



Serie Promoción de la Salud N 4

Escuelas Promotoras de la Salud

Fortalecimiento de la Iniciativa Regional

Estrategias y Líneas de Acción 2003-2012



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Escuelas Promotoras de la Salud

Fortalecimiento de la Iniciativa Regional

Estrategias y Líneas de Acción 2003-2012

Unidad de Espacios Saludables
Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental

Washington, DC

Mayo 2003



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Ippolito-Shepherd, Josefa

Fortalecimiento de la Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud: Estrategias y Líneas de Acción 2003-2012

Washington, D.C.: OPS, © 2003.
(Serie Promoción de la Salud N° 4) --x,74p.--

ISBN 92 75 32448 4

I. Título II. Mantilla Castellanos, Leonardo
III. Cerqueira, María Teresa IV. Series

1. SALUD ESCOLAR
2. PROMOCIÓN DE LA SALUD
3. EDUCACIÓN EN SALUD
4. SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR
5. EDUCACIÓN ESCOLAR
6. AMÉRICA LATINA

NLM WA350.I64f 2003

Las solicitudes para reproducir o traducir todo o parte de esta publicación
deberán dirigirse a la Unidad de Espacios Saludables
Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental,
Organización Panamericana de la Salud,
525 Twenty-third Street,
N.W., Washington, D.C.
20037, E.U.A.

Texto preparado por

Josefa Ippolito-Shepherd, PhD

Asesora Regional en Promoción de la Salud y Educación para la Salud

y

Leonardo Mantilla Castellanos, MD

Consultor en Salud Mental y Desarrollo Psicosocial de Niños y Adolescentes

Coordinación técnica

Josefa Ippolito-Shepherd, PhD

Dirección general

María Teresa Cerqueira, PhD

Jefe, Unidad de Espacios Saludables

Diseño Gráfico

Alejandro Levy

Coordinación de diseño e impresión

Centro de Asesoramiento en Salud Adolescente (CASSA)

CONTENIDO

Reconocimientos	i		
Prefacio	iii		
Introducción	v		
Presentación	ix		
1. Condiciones de salud de la población en edad escolar en América Latina y el Caribe	1		
2. Perspectiva general y situación actual de los programas de salud escolar en América Latina y el Caribe	7		
2.1 Perspectiva general	9		
2.2 Situación actual de los programas de salud escolar	13		
3. La Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud	23		
3.1 ¿Cómo surgió y en qué consiste la Iniciativa?	25		
3.2 Estrategia Operativa de la Organización para poner en marcha la Iniciativa Regional	26		
3.3 Redes Latinoamericana y Caribeña de Escuelas Promotoras de la Salud	28		
3.3.1 Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud (RLEPS)	28		
3.3.2 Red Caribeña de Escuelas Promotoras de la Salud (RCEPS)	31		
3.4 Acreditación de Escuelas Promotoras de la Salud	32		
4. Marco Conceptual	35		
4.1 ¿Qué es una Escuela Promotora de la Salud?	37		
4.2 Declaraciones internacionales y algunos enfoques teóricos en que se fundamentan la Iniciativa Regional y la Estrategia Escuelas Promotoras de la Salud	44		
5. Estrategias y Líneas de Acción 2003-2012	53		
5.1 Abogacía de los programas de salud escolar y la difusión de la Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud	57		
5.2 Apoyo a la institucionalización de la Estrategia Escuelas Promotoras de la Salud y la formulación de políticas públicas saludables en las comunidades educativas	57		
5.3 Fortalecimiento de la participación de actores claves en la gestión de los programas de salud escolar	58		
5.4 Fortalecimiento de la capacidad de los Estados Miembros para la gestión de la Estrategia Escuelas Promotoras de la Salud	60		
5.5 Apoyo a la investigación para el desarrollo de los programas de salud escolar	61		
5.6 Movilización de recursos	62		
		Bibliografía	67
		<i>Anexo, Participantes en la Reunión de Expertos de Salud Escolar, Washington, DC 2-4 de octubre de 2002</i>	71

Las Escuelas Promotoras de la Salud inculcan el sentido de responsabilidad social en niños, niñas y jóvenes, desarrollando en ellos y ellas la capacidad de resolver conflictos mediante el diálogo y la negociación como factores preventivos de la violencia e instrumentos de convivencia armónica.

Niños, niñas y jóvenes desean sentirse útiles y están dispuestos a trabajar en la comunidad, en los hospitales, con personas ancianas o con niños más pequeños. Estas actividades, que estimulan su espíritu de compromiso social y comunitario al mismo tiempo que les permiten utilizar en forma creativa el tiempo libre, resultan más efectivas cuanto más integradas están en el proceso de aprendizaje escolar.

Escuelas Promotoras de la Salud

Entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras

Organización Panamericana de la Salud, 1998

RECONOCIMIENTOS

Se agradece a todas las personas que, de una u otra forma, contribuyeron con sus valiosos aportes, observaciones y sugerencias a enriquecer y mejorar este documento. Nuestro reconocimiento especial, en primera instancia, para el pequeño grupo de colegas y profesionales integrado por Blanca Patricia Mantilla, Amanda Bravo, Verónica Molina, Gloria Briceño, Karina Cimmino, Nereida Arjona, María Paz Guzmán, Daniele Pompei, Sergio Meressman, Carlos Dos Santos Silva y Benjamín Puertas, quienes paciente y generosamente se reunieron con nosotros, después de un intenso día de trabajo durante la *III Reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud*, celebrada en Quito, Ecuador, del 10 al 13 de septiembre de 2002, para revisar conjuntamente una versión preliminar del presente Plan de Acción.

Con base en la retroalimentación que nos brindó el grupo mencionado con anterioridad, se hicieron ajustes y se preparó una nueva versión del documento que se presentó y discutió durante la *Reunión de Expertos en Salud Escolar*, celebrada en la sede de la Organización en Washington, entre el 2 y el 4 de octubre de 2002. Nuestro agradecimiento sincero para el equipo de profesionales e invitados(as) especiales de los distintos países, así como las/los funcionarias(os) de la propia Organización, quienes en forma tan entusiasta y comprometida participaron en esta jornada de trabajo (la lista completa de asistentes aparece en el Anexo correspondiente), contribuyendo con la visión desde sus distintas experiencias y áreas del conocimiento, a la validación y consenso de esta propuesta.

Deseamos también expresar nuestro reconocimiento y gratitud a la Dra. María Teresa Cerqueira, Jefe de la Unidad de Entornos Saludables del Área de Salud Ambiental y Desarrollo Sostenible, no sólo por su apoyo para la

realización de las actividades necesarias para la preparación de este documento, así como la revisión de su versión final, sino por su liderazgo y entusiasmo permanentes en el trabajo en la Región en beneficio de la promoción de la salud en el ámbito escolar.

Por último, aunque no por ello menos importante, nuestro reconocimiento más ferviente para las maestras y los maestros, las madres y padres de familia, las directivas escolares, las niñas y los niños, y los equipos de trabajadores de la salud y otros profesionales, que día a día con su trabajo hacen de las Escuelas Promotoras de la Salud una realidad tangible en distintos rincones de América Latina y el Caribe. Su entusiasmo, desinterés y convicción para adelantar este trabajo, con tanta frecuencia en medio de la pobreza y otras condiciones adversas, constituyen el mayor aliciente y el mejor estímulo para todas las personas comprometidas en el mejoramiento de las condiciones de salud y educación, la calidad de vida y las oportunidades de desarrollo integral de la población en edad escolar.

PREFACIO

Nunca antes en la historia de las naciones de América Latina y el Caribe, una proporción tan significativa de niñas y niños en edad escolar había tenido acceso a la escuela y a la oportunidad de completar al menos la educación primaria. Esta situación destaca la función trascendental que tienen las instituciones educativas en la transformación de las comunidades locales y en la formación de mujeres y hombres más solidarios, críticos y capaces de enfrentar con éxito los desafíos del mundo contemporáneo y de vivir una vida plena y saludable.

Aunque las relaciones entre salud y educación son múltiples e inseparables, quizá el elemento común más importante es que ambas comparten las aspiraciones y objetivos de desarrollo humano contemplados en las políticas internacionales de *Educación para Todos, Salud para Todos y las Metas del Milenio para el Desarrollo*. Desde esta perspectiva amplia e integral, salud y educación son a la vez fuente y prerrequisito del bienestar, el desarrollo humano y la riqueza social, económica y espiritual de los individuos y los pueblos.

Las *Escuelas Promotoras de la Salud* constituyen una gran estrategia de promoción de la salud en el ámbito escolar y un mecanismo articulador de esfuerzos y recursos multisectoriales, orientados al mejoramiento de las condiciones de salud y bienestar, ampliando así las oportunidades para el aprendizaje con calidad y el desarrollo humano sostenible de todos los integrantes de las comunidades educativas.

Desde el lanzamiento formal de la *Iniciativa Regional* en 1995, las Escuelas Promotoras de la Salud han demostrado el gran potencial que tienen, como *comunidades saludables*, de contribuir al logro de objetivos comunes

de distintos sectores sociales. En especial, salud y educación pueden lograr conjuntamente la adopción de políticas escolares saludables; la creación y mantenimiento de entornos físicos seguros y saludables y culturas escolares armónicas, libres de cualquier forma de violencia o discriminación, equitativas y que faciliten el proceso de enseñanza y aprendizaje; el desarrollo e implementación de currículos de educación para la salud que trasciendan la mera transmisión didáctica de información y fomenten el aprendizaje participativo de las actitudes, los valores y las habilidades necesarias para vivir una vida saludable y contribuir al cuidado de la salud de las demás personas; el fortalecimiento de la participación social y el respeto de los derechos y libertades fundamentales; y el acceso oportuno a servicios de calidad para la prevención y el tratamiento de la enfermedad.

El Plan Estratégico que se presenta en este documento, refleja la visión de la Organización Panamericana de la Salud para el fortalecimiento de la Iniciativa Regional durante los próximos diez años. Hacemos una nueva convocatoria a todos los Estados Miembros para que continúen avanzando en el mejoramiento de la salud y la calidad de la educación de todos los niños, las niñas y los jóvenes en edad escolar a través de las Escuelas Promotoras de la Salud.

Mirta Roses Periago

Directora

Organización Panamericana de la Salud

INTRODUCCION

Las *Metas del Milenio para el Desarrollo* (MDM) adoptadas en la 55.^a Asamblea General de la ONU representan un compromiso mundial en la lucha por reducir la pobreza y la inequidad en la distribución del ingreso dentro y entre los Estados Miembros. En este magno compromiso el sector salud está implicado directamente en el logro de tres grandes metas: la reducción de la mortalidad materna (MDM No. 5) e infantil (MDM No. 4), y la reducción del VIH/SIDA y otras enfermedades transmisibles (MDM No. 6). Adicionalmente, el sector salud tiene la gran responsabilidad de colaborar con otros sectores en el logro de las demás metas. En especial en la reducción de la pobreza y el hambre (MDM No. 1), es indispensable promover el desarrollo humano y social sostenible mediante el aumento de la seguridad alimentaria y nutricional, así como el empleo y la distribución del ingreso. De otra parte, en dos de las metas se requiere de una colaboración estrecha entre los sectores salud y educación: en la de asegurar la educación primaria completa para todos(as) los niños y las niñas (MDM No. 2), así como en la eliminación de la disparidad por género en la educación primaria y secundaria (MDM No. 3).

Las MDM se interrelacionan de tal manera que el logro de una requiere avances significativos en las otras. Esta interdependencia de las metas obliga a fortalecer la capacidad de los países para poner en marcha estrategias que sostengan los procesos de desarrollo humano y social a largo plazo, lo que requiere del fortalecimiento de la capacidad de las instituciones para diseñar procesos de planificación participativa e intersectorial, así como su implementación y evaluación. En este sentido también es crítico fortalecer la capacidad de los países para implementar estrategias integrales e integradoras, como las Escuelas Promotoras de la Salud, asegurando una mayor continuidad de los procesos.

La Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud (IREPS) tiene el gran desafío, a la vez que la oportunidad, de contribuir al logro de las *Metas de Desarrollo del Milenio*. En el contexto de los compromisos del sector social, tanto salud como educación tienen un compromiso ineludible en el logro de dichas metas, en especial las siguientes:

1. *Erradicación de la pobreza y el hambre*, para lo cual se requiere incrementar el nivel educativo de la población. Las Escuelas Promotoras de la Salud (EPS) pueden apoyar con el desarrollo de huertos escolares que contribuyan a la nutrición de los escolares y a erradicar el hambre en este grupo de edad.
2. *Educación primaria universal*, cuyo principal desafío es lograr la educación primaria completa para todos los niños y las niñas en las comunidades marginadas, reduciendo así las inequidades dentro y entre países de la Región.
3. *Igualdad de género y empoderamiento de la mujer*. Las EPS tienen el gran desafío de contribuir a la eliminación de la disparidad por género en la educación secundaria.
4. *Reducción de la mortalidad infantil*, mediante educación para la salud en la escuela y la educación con padres y madres de familia, usando Habilidades para la Vida y otros enfoques, reforzando la capacitación del personal docente y preparando materiales para alfabetización en salud.
5. *Mejoramiento de la salud materna*. A través de las EPS se puede fortalecer, mediante el enfoque de Habilidades para la Vida, la formación de los y las jóvenes antes de salir de la secundaria en aspectos relacionados con su salud sexual y reproductiva.

6. *Lucha contra el VIH/SIDA.* En forma similar al numeral anterior, mediante la inclusión del componente de Habilidades para la Vida en los programas de educación para la salud y la formación de la población joven, antes de salir de la escuela secundaria, en los aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva.
7. *Asegurar sostenibilidad ambiental.* Las EPS pueden integrar y actualizar los contenidos y metodologías de enseñanza de la salud ambiental en el currículo escolar, así como reforzar los ecoclubs y el liderazgo de los jóvenes en el cuidado del ambiente.
8. *Alianza global para el desarrollo.* Las EPS son un escenario propicio para la enseñanza desde temprana edad de principios y valores fundamentales de convivencia, solidaridad, democracia y participación social.

El Banco Mundial realizó un análisis de la probabilidad de logro de las MDM en América Latina, el que concluyó que ésta es muy baja en la mayoría de casos y que las intervenciones en salud tienen una altísima prioridad. El análisis de las MDM reveló una vez más que la capacidad para implementar estrategias integrales de promoción de la salud, involucrando a la sociedad civil y a diversos sectores en un esfuerzo planificado en forma conjunta, sigue siendo deficiente en muchos países de América Latina y el Caribe, por lo que su fortalecimiento es todavía más urgente. El logro de las MDM exige profundizar y fortalecer los mecanismos de distribución equitativa del ingreso, descentralizando y democratizando las decisiones. Las MDM son una oportunidad para establecer pactos sociales entre todos los sectores y con la sociedad civil para lograr el desarrollo humano y social sostenible.

Otro estudio reciente indicó que los factores de riesgo a que se enfrentan los jóvenes en su desarrollo son de tal magnitud que de no lograr ambientes más saludables y una etapa de crecimiento y desarrollo en la niñez con menos riesgos, la Región no será capaz de avanzar en el desarrollo económico y social y seguramente no logrará alcanzar las MDM¹. Se estima que cerca de la mitad de los niños(as) y adolescentes en América Latina (AL) han experimentado algún tipo de fracaso durante su desarrollo. Los cálculos se basaron en la mortalidad infantil, datos de los niños entre 11 y 16 años no matriculados en la escuela, y jóvenes entre 17 y 18 desempleados y desescolarizados. Esta conclusión del *Informe sobre índices de Fracagos en Jóvenes de América Latina*¹ revela, una vez más, la necesidad de fortalecer la capacidad de los países para la creación de ambientes físicos y psicosociales más saludables y solidarios. El sector salud tiene la responsabilidad de colaborar con el sector educativo para enfrentar el gran reto que plantea esta situación, mejorando la salud de la población en edad escolar, ofreciendo oportunidades educativas y ambientes saludables que aseguren un mejor desempeño en el aprendizaje y una disminución del fracaso escolar. El informe citado anteriormente señala con toda claridad que es urgente reducir los riesgos que llevan al fracaso y que experimentan la mitad de las niñas(os) en AL, si se desea fortalecer la capacidad de la Región para competir en el mercado y acceder al mejoramiento de los índices de desarrollo humano y social.

Diversas experiencias en la Región son alentadoras e ilustran cómo es posible avanzar en las MDM mediante estrategias integradoras como la *Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud*. Dicha Iniciativa es producto de varios años de consenso y se desarrolló con base en las experiencias de los países con el fin de tener un marco integrador de las acciones de salud escolar. En términos operativos es rela-

tivamente joven, ya que se viene implementando apenas desde 1995. En los países en donde se ha evaluado, los resultados muestran que la Iniciativa es exitosa, produce mejoría en los ambientes escolares, en la calidad y los resultados de la educación para la salud, y en general es bien calificada por los profesores y gerentes del sector educativo.

La Iniciativa se evaluó en su totalidad en Chile. Diversos componentes fueron evaluados en otros países: en Colombia se evaluó la educación en Habilidades para la Vida; en Brasil y Argentina se evaluó el módulo sobre violencia y la educación para la buena convivencia. En Colombia el sector educativo viene implementando la educación para la paz con resultados importantes para un mejor aprovechamiento escolar y una educación en salud más integral, por estar basada en el desarrollo de habilidades y destrezas. Los escolares refuerzan su autoestima y muestran mayor confianza en sí mismos y al enfrentar situaciones difíciles. Se observa mayor capacidad para resolver los conflictos a través del diálogo, así como más respeto y tolerancia.

En Venezuela y Costa Rica se evaluó el módulo sobre el tabaco; en Panamá, el componente de alimentación y nutrición; en El Salvador se evaluó la salud oral y en Nicaragua se evaluaron las redes sociales de apoyo, el trabajo voluntario de los escolares y la coordinación entre la escuela y la comunidad. El fortalecimiento de la Red de Protección Social en Nicaragua es fundamental, ya que apoya a las familias para matricular y mantener a los niños(as) en la escuela, contribuye con el mejoramiento de la alimentación y el acceso a los servicios de salud, y fortalece la orientación en salud sexual y reproductiva a las madres.

En Ecuador se evaluó la Iniciativa en su totalidad en los Cantones de Loja, así como los módulos educativos produ-

cidos por el Proyecto de Espacios Saludables. La experiencia está siendo llevada a gran escala por el Ministerio de Educación de Ecuador con el apoyo del Ministerio de Salud y la OPS/OMS. En México, una adaptación de la Iniciativa también se está llevando a gran escala en el programa de Comunidades Educativas Saludables de la Secretaría de Salud, donde además el *Programa Progres*a, consistente en el mejoramiento de la alimentación, el acceso a servicios de salud y el aumento de la asistencia escolar, resulta en lecciones importantes para el mejoramiento del desarrollo humano y social. *Progres*a ha logrado aumentar el uso de los servicios de atención primaria para los menores de cinco años y también ha disminuido la deserción escolar, inclusive en los municipios con mayores índices de pobreza.

Las Estrategias y Líneas de Acción propuestas en este documento para la Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud durante el periodo 2003-2012, son producto del análisis de las experiencias generadas en estos 6-7 años, así como el resultado de múltiples consultas y reuniones en la construcción de una propuesta conjuntamente con los responsables de la promoción de la salud y la salud escolar de los sectores Salud y Educación, las organizaciones no gubernamentales y las Universidades que trabajan en esta área. Es así como entregamos este documento para que sirva de guía en el esfuerzo y compromiso continuos por mejorar la salud y el aprovechamiento escolar, asegurando espacios sociales sanos y factores protectores que faciliten la práctica de hábitos y estilos de vida más saludables.

María Teresa Cerqueira

Jefe

Unidad de Entornos Saludables

Area de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental

PRESENTACION

El presente *Plan Estratégico para el Fortalecimiento de la Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud* durante el periodo 2003-2012, es el resultado de un largo proceso de análisis de la situación actual de la Estrategia Escuelas Promotoras de la Salud en América Latina y el Caribe y de las necesidades de niños, niñas y jóvenes y de los países de la Región, así como de discusión, consenso y validación final con un grupo de profesionales, principalmente de los sectores salud y educación, con amplia experiencia en la gestión de la estrategia y de los programas de salud escolar en los países de la Región.

Además del contacto frecuente con las personas responsables de la estrategia en los países, muchos de los cuales he tenido oportunidad de visitar durante los últimos dos años en cumplimiento de las labores de colaboración técnica propias de la Organización, la visión sobre el estado de desarrollo de las Escuelas Promotoras de la Salud (EPS) en las Américas se enriqueció enormemente mediante la valiosa información compartida en la III Reunión de la Red Latinoamericana de EPS y en la I Reunión y Creación de la Red Caribeña de EPS, así como la información que aportaron los 17 países que, entre 2001 y 2002, respondieron la Encuesta Regional sobre las EPS en América Latina.

Con base en el conocimiento de la situación hasta el momento, se elaboró la versión preliminar del Plan Estratégico, la que se sometió a una primera sesión de discusión con un grupo de expertos quienes participaron en la *III Reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud*, celebrada en Quito, Ecuador, del 10 al 13 de Septiembre del presente año. Tanto la retroalimentación del grupo informal de consulta como las presentaciones y aportes de los 135 representantes de los 19 países y otros invitados que asistieron a la reunión de Quito, sir-

vieron para actualizar el análisis de la situación y hacer las modificaciones correspondientes al Plan Estratégico.

La jornada de discusión final se realizó del 2 al 4 de Octubre de 2002 en la sede de la Organización Panamericana de la Salud en Washington, DC, durante la *Reunión de Expertos en Salud Escolar*, en la que participaron profesionales de varios países de la Región, destacados invitados especiales y funcionarios de la propia Organización, especialmente de los distintos programas de la División de Promoción y Protección de la Salud.

Ningún documento podría incorporar en su totalidad los aportes y sugerencias de todas y cada una de las personas que en forma tan entusiasta y desinteresada participaron en los procesos descritos anteriormente, pero confiamos en que esta versión final del Plan Estratégico refleje con la mayor fidelidad posible los acuerdos y elementos fundamentales que se discutieron.

La primera sección del documento contiene una reseña sobre las condiciones de salud en la población en edad escolar en América Latina y el Caribe, en tanto que la segunda brinda una perspectiva general y una descripción resumida de la situación actual de los programas de salud escolar en la Región.

La tercera sección está dedicada a la síntesis de los antecedentes más importantes de la Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud, la descripción de la estrategia operativa de la Organización Panamericana de la Salud para poner en marcha dicha Iniciativa, el resumen sobre el desarrollo de las Redes Latinoamericana y Caribeña de Escuelas Promotoras de la Salud y los mecanismos de acreditación de EPS.

En la cuarta sección se resumen algunos de los aspectos teóricos y conceptuales más importantes en que se ha fundamentado el marco conceptual de la Estrategia Escuelas Promotoras de la Salud y la Iniciativa Regional. Por último, en la quinta sección del documento se presentan las seis grandes estrategias y las correspondientes líneas de acción, que en su conjunto constituyen el Plan Estratégico para el fortalecimiento de la Iniciativa Regional durante los próximos diez años.

Deseamos que este Plan Estratégico contribuya eficazmente al propósito de la Iniciativa Regional y las Escuelas Promotoras de la Salud, de articular esfuerzos y recursos regionales, nacionales y locales en beneficio del mejoramiento de las condiciones de salud y las posibilidades de bienestar y desarrollo integral de la población en edad escolar y de la comunidad educativa en todos los Estados Miembros.

Josefa Ippolito-Shepherd

Asesora Regional en Promoción de la Salud y Educación para la Salud
Unidad de Entornos Saludables
Area de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental

1.

CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACION EN EDAD ESCOLAR EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE

programas nutrición iniciativa regional redes salud colaborac
servicios educación promoción participación programas nutr
iniciativa regional redes salud colaboración servicios ed
promoción **participación** programas nutrición inicia
regional redes salud colaboración servicios educación promoci
participación programas nutrición iniciativa regional redes
colaboración **servicios** educación **promoción** partici
programas nutrición iniciativa regional redes salud colaborac
servicios educación promoción **participación** programas nutr
iniciativa regional redes salud **colaboración** servicios
educación **promoción** participación programas nutriti
iniciativa regional redes salud colaboración servicios educación
promoción participación programas nutrición **iniciativa**
regional **redes** salud **colaboración** servicios educación pro
participación programas nutrición iniciativa **regional**
salud colaboración servicios educación promoción **participación**
programas nutrición iniciativa regional **redes** salud colab
servicios educación promoción participación **programas**
nutrición iniciativa regional redes salud colaboración servici

En las Américas hay una población de más de 220 millones de niños y adolescentes entre 5 y 18 años de edad, de los cuales 27 millones viven en los países de la Región Andina; 53 millones en Brasil y el Cono Sur; 41 millones en México, Centroamérica y el Caribe de habla hispana; 2 millones en el Caribe de habla inglesa; y 103 millones en los Estados Unidos de Norteamérica y Canadá².

Las proyecciones indican que durante los próximos 40 años la población en edad escolar, menor de 15 años, permanecerá constante³. En una era de innovaciones permanentes y acceso creciente al mundo de la tecnología, el potencial de esta población para contribuir al desarrollo material, cultural y espiritual de la Región es ilimitado; no obstante, si los países fracasan en satisfacer sus necesidades de salud, educación y desarrollo humano integral, sus esperanzas y expectativas, podrían tener un enorme efecto desestabilizador en los sistemas políticos, sociales y económicos de las naciones.

Durante el último decenio del siglo XX se realizaron avances considerables en el mejoramiento de algunos problemas que tradicionalmente han afectado a niños, niñas y jóvenes en la Región. Los principales logros se hicieron en el campo de los derechos sociales (salud, nutrición y educación), en gran medida como resultado del estímulo internacional que brindó en 1990 la Cumbre Mundial de la Infancia⁴.

Casi todos los países de América Latina y el Caribe lograron aumentar la expectativa de vida y disminuir la mortalidad infantil, principalmente como resultado del control de enfermedades transmisibles mediante la ampliación de las coberturas de vacunación y el mejoramiento de los servicios de agua potable y saneamiento ambiental. La

poliomielitis, por ejemplo, se erradicó del Continente, en donde no se informan casos desde 1991. A partir de ese año se logró una disminución de 98% en la incidencia del sarampión y de 99% en la mortalidad por esta causa⁵.

Sin embargo, los avances no han sido uniformes en todos los países y no siempre se correlacionan con el nivel de desarrollo que han alcanzado. Persisten, asimismo, enormes desigualdades dentro de los propios países relacionadas con el nivel socioeconómico, la localización geográfica o el origen étnico de distintos grupos de población, entre otros factores.

Pese a los logros durante los últimos años, todavía hay muchos problemas y desafíos que amenazan las posibilidades de desarrollo saludable de niños, niñas y jóvenes en América Latina y el Caribe. El perfil de las condiciones de salud de la población infantil y juvenil se teje en el contexto específico de grandes *inequidades* sociales, económicas, geográficas, étnicas, de género y en el acceso a servicios básicos como salud y educación que todavía prevalecen y caracterizan la Región.

Un estudio reciente advierte que el clima generado por los actuales modelos de desarrollo está configurando los acontecimientos sociales y económicos del presente siglo de tal manera que las posibilidades de conseguir mayores progresos, a corto, mediano y largo plazo se verán limitadas, impidiendo así alcanzar los beneficios esperados de la inversión social que se hizo durante los últimos años y aumentando la tendencia a la inequidad entre los países y al interior de los mismos⁴.

La salud y el bienestar son conceptos sociales y poblacionales, más que individuales. En los grupos de

población en donde hay grandes desigualdades sociales y económicas entre los individuos, los niveles de salud y bienestar (físico, cognitivo y psicosocial) son inferiores que en las comunidades en donde las diferencias son menores, lo que destaca el *papel fundamental que desempeña la falta de equidad como un factor determinante de la salud*⁵.

Pobreza, exclusión, vulnerabilidad social, falta de oportunidades, trabajo infantil, violencia intrafamiliar y violencia sociopolítica (incluido el desplazamiento forzado) son otros factores que amenazan la vida y el desarrollo saludable de miles de niños, niñas y jóvenes en la Región, en donde más de la mitad viven en la pobreza.

El perfil sanitario de los países de América Latina y el Caribe se caracteriza, además, por la llamada *transición epidemiológica*, la *superposición o acumulación de distintos patrones de enfermedad y la distribución desigual* de éstas en la población. Si bien durante los últimos años en la mayoría de países ha habido una transición gradual de la *carga de enfermedad* del grupo de *enfermedades transmisibles* a los grupos de las *no transmisibles y las lesiones*, las primeras no han sido eliminadas por completo.

En muchas comunidades en donde se han disminuido o eliminado las afecciones mortales típicas de la infancia, éstas han sido reemplazadas por *lesiones* (accidentes, lesiones provocadas), *enfermedades mentales y problemas asociados con el comportamiento*, *afecciones crónicas*, *enfermedades reemergentes* como la tuberculosis y otros problemas de salud que tienen raíces en *factores psicosociales y ambientales prevenibles*. Se estima que todavía cerca de 600.000 niños y adolescentes mueren

cada año en Iberoamérica como consecuencia de *afecciones que hubieran podido prevenirse*, las que pueden agruparse en tres grandes categorías⁴:

- Muertes debidas a enfermedades prevenibles mediante vacunación oportuna o como consecuencia de desnutrición, condiciones de vida inadecuadas, falta de agua potable y ausencia de sistemas para la eliminación de excretas.
- Muertes ocasionadas por afecciones que podrían haberse tratado con éxito mediante el acceso oportuno a servicios de salud de buena calidad.
- Muertes ocasionadas por violencia, ya sea por acción directa (homicidios) o negligencia (accidentes).

Pese a que se han logrado avances importantes en la disminución de la desnutrición infantil en América Latina y el Caribe, todavía hay tasas altas de deficiencia de micronutrientes y desnutrición crónica, especialmente en algunos países con población numerosa y tasas elevadas de mortalidad infantil. Se calcula que en el año 2000 cerca de 36% de los menores de 2 años de la Región se encontraban en situación de alto riesgo desde el punto de vista nutricional, en especial en las zonas rurales, en donde la proporción fue incluso mayor (46%). Una consecuencia típica de la desnutrición es que, a través de variables neuropsicológicas intermedias, afecta considerablemente el rendimiento escolar. Adicionalmente, los niños desnutridos no asisten al colegio con regularidad o lo abandonan por completo y repiten años con frecuencia. En consecuencia, la desnutrición infantil es una de las causas principales de disminución de la eficiencia y eficacia de los sistemas educativos⁴.

Los problemas de salud de los adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe difieren bastante de los de la población infantil, y se asocian principalmente con los cambios físicos y psicosociales que caracterizan esta etapa del ciclo evolutivo, con las condiciones del entorno que los rodea y con el apoyo y oportunidades que reciben de la sociedad a la que pertenecen.

La adolescencia es un periodo de la vida lleno de oportunidades y de riesgos, y el tipo de adolescencia que una persona vive puede tener consecuencias a largo plazo en ella y en la sociedad. A pesar de los adelantos de los últimos años, todavía la salud y el desarrollo integral de muchos adolescentes y jóvenes del Continente -y en ocasiones su vida misma- se encuentran seriamente amenazados. A diferencia de otros grupos de población de menor edad, los adolescentes y jóvenes mueren principalmente como consecuencia de *actos de violencia* (accidentes, homicidios y suicidios) que ocasionan en promedio 40% de las muertes en este grupo. La mortalidad es mayor en el sexo masculino y en los adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años de edad⁶.

Además de las consecuencias éticas y la pérdida económica que representa, la mortalidad en este grupo tiene repercusiones psicosociales enormes: por cada niño o adolescente que muere como consecuencia de un accidente o acto violento, hay 15 que sufren secuelas graves y otros 30 o 40 que requerirán tratamiento médico, psicológico o rehabilitación. Los accidentes automovilísticos son la causa principal de muerte violenta de adolescentes en Iberoamérica. El homicidio es una causa de mortalidad particularmente importante en Colombia, en donde ocasiona 54% de las muertes en este grupo de edad, en comparación con el Ecuador, en donde representa sólo 11% del total⁴.

Aunque la información disponible sugiere que en Latinoamérica en general la tasa de fecundidad de las adolescentes es menor ahora que hace 30 años, esta tendencia no se mantuvo durante la última década e incluso es posible que esté aumentando nuevamente⁴. Los países con la tasa de fecundidad adolescente más alta son Nicaragua, Honduras, Guatemala, El Salvador y Venezuela. En general, los países de Centro América tienen una tasa de fecundidad mayor (87 x 1000) que los países del Caribe (78 x 1000) y los de Sudamérica (75 x 1000)⁷.

La fertilidad elevada en adolescentes es un problema de salud pública por varias razones. En primer lugar, por las consecuencias negativas que puede ocasionar en los padres adolescentes, en especial las madres. Con frecuencia obliga a los jóvenes a abandonar el colegio, disminuyendo de forma considerable el tiempo dedicado a las actividades formativas, estimula la entrada precoz y perjudicial de los jóvenes al mercado laboral, implica riesgos para la salud, en especial cuando las gestaciones se producen a una edad muy temprana, y conduce a uniones conyugales frágiles. También puede haber consecuencias negativas en los hijos de padres adolescentes, relacionadas en primer lugar con la inmadurez biológica del cuerpo de la madre y el menor grado de desarrollo psicosocial para asumir la crianza de los hijos, así como un mayor riesgo de disolución del hogar y de sufrir múltiples carencias asociadas con la pobreza.

La población adolescente enfrenta los riesgos involucrados en la iniciación temprana de las relaciones sexuales en el contexto de una gran vulnerabilidad. En consecuencia, problemas como las infecciones de transmisión sexual casi siempre afectan a los y las adolescentes con una mayor severidad. Se ha

informado, por ejemplo, que cada año 15% de adolescentes entre 15 y 19 años contraen tricomoniasis, clamidia, gonorrea o sífilis⁸.

De acuerdo con un informe reciente, 1.660.000 personas se han infectado con el VIH/SIDA en Latinoamérica, de las cuales aproximadamente 37.600 son niños y niñas entre 0 y 14 años de edad⁹. En general, América Latina presenta algunas diferencias en cuanto a la evolución de la epidemia y tasas de infección más bajas que otras regiones del mundo, aunque hay una franca tendencia hacia el aumento, en especial en la subregión del Caribe.

El flagelo del VIH/SIDA afecta con mayor intensidad a la población joven: la mitad de todos los casos nuevos son adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años, y la edad promedio de los casos nuevos ha descendido de 32 años en 1983 a 25 en 1992. Se estima que del total de varones infectados, 29% en Brasil y 31% en Honduras tienen entre 10 y 19 años, a la vez que en República Dominicana, Guatemala, Haití, Honduras y Panamá más de 1% de la población entre 15 y 24 años de edad es seropositiva⁴.

2.

PERSPECTIVA GENERAL Y SITUACION ACTUAL DE LOS PROGRAMAS DE SALUD ESCOLAR EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE

programas nutrición iniciativa regional redes salud colaboracion
servicios educación promoción participación programas nutri
iniciativa regional redes salud colaboración servicios edu
promoción participación programas nutrición inicia
regional redes salud colaboración servicios educación promoci
participación programas nutrición iniciativa regional redes
colaboración servicios educación promoción partici
programas nutrición iniciativa regional redes salud colaborac
servicios educación promoción participación programas nutri
iniciativa regional redes salud colaboración servicios
educación promoción participación programas nutri
iniciativa regional redes salud colaboración servicios educación
promoción participación programas nutrición iniciativ
regional redes salud colaboración servicios educación pro
participación programas nutrición iniciativa regional
salud colaboración servicios educación promoción participaci
programas nutrición iniciativa regional redes salud colab
servicios educación promoción participación programas
nutrición iniciativa regional redes salud colaboración servici

2.1

PERSPECTIVA GENERAL

Existe una trayectoria de varias décadas de programas de salud escolar en América Latina y el Caribe, y en consonancia con las prácticas vigentes en otras regiones del mundo, hasta la década de los ochenta y principios de los noventa, dichos programas se caracterizaron por una fuerte tendencia a la concentración de esfuerzos en el mejoramiento de las condiciones de higiene y saneamiento ambiental, la prevención de enfermedades transmisibles, el tratamiento de enfermedades específicas y la realización periódica e indiscriminada de exámenes médicos o pruebas de tamizaje ("screening").

Con frecuencia, a las comunidades educativas se les sobrecargó con múltiples intervenciones desarticuladas dirigidas a la solución de problemas u objetivos específicos, sin que hubiera estrategias operativas claras que facilitaran la integración de los distintos componentes (políticas, educación para la salud, servicios de salud y nutrición, etc.) dentro de un marco conceptual que permitiera avanzar en el logro de objetivos comunes y relevantes para los distintos sectores, especialmente salud y educación.

Los programas de salud escolar tradicionalmente se consideraron responsabilidad exclusiva del sector salud y a las escuelas como simples "receptoras pasivas" de las intervenciones, casi siempre esporádicas (jornadas de vacunación, campañas de salud, charlas o conferencias sobre enfermedades específicas, entre otras) y realizadas por agentes externos a la comunidad educativa.

Es evidente que en el contexto de este modelo vertical, "medicalizado" y "asistencialista" en que las escuelas

se consideraban blancos pasivos ("poblaciones cautivas") de las acciones del sector salud, ni los integrantes de la propia comunidad educativa ni los equipos locales de salud u otros miembros de la comunidad en general, tenían mayor influencia en las decisiones sobre el contenido o enfoque de tales intervenciones¹⁰. Con frecuencia los programas de salud escolar reflejaban las prioridades de las administraciones centrales o las agencias financiadoras, antes que las verdaderas necesidades o expectativas de las comunidades educativas.

En el marco de este enfoque "medicalizado" (de ahí el énfasis en las acciones de carácter preventivo y asistencial) la salud de la población escolar seguía comprendiéndose más en términos de ausencia de enfermedad que como el resultado de un *proceso de transformación colectiva de los factores determinantes de la salud y el bienestar*, en el que los profesionales de la salud y todos los miembros de la comunidad educativa pueden y deben convertirse en *socios activos*.

La educación para la salud, que de una u otra manera siempre ha hecho parte de los programas de salud en las escuelas, se caracterizó fundamentalmente por la *transmisión didáctica de información* sobre temas aislados (en general relacionados con enfermedades específicas o aspectos físicos de la salud) antes que el desarrollo de habilidades o destrezas para vivir una vida plena y saludable. Todavía había una gran reticencia a incluir en los programas educativos ciertos temas como la sexualidad humana o la salud mental, además de que otros como el suicidio o la violencia no se consideraban asuntos de salud pública¹¹.

De hecho, los resultados de un análisis comparativo realizado a finales de los ochenta, que incluyó más de

treinta estudios de caso en 20 países de la Región de las Américas, mostraron que los contenidos, los enfoques educativos y la metodología de la educación para la salud en los diversos países que participaron eran verticales, basados en los daños a la salud y las causas de enfermedad y muerte. El estudio también reveló la falta de enfoques novedosos para el desarrollo de materiales educativos¹².

Aunque a comienzos del Nuevo Milenio *estas tendencias no han desaparecido por completo de los programas de salud escolar en América Latina y el Caribe*, es indiscutible que se han logrado avances considerables en todos los países en el camino hacia un enfoque integral de la salud en las escuelas. Durante las últimas dos décadas, la Región ha sido escenario de procesos importantes de transformación y cambios que reflejan las megatendencias relacionadas con la globalización e internacionalización de la economía, las estrategias de descentralización y desconcentración del poder, la reducción del aparato estatal, la crisis de los paradigmas en salud y la apertura de nuevos y crecientes espacios de participación social. De una u otra manera, todos estos factores han incidido en la forma de concebir la salud pública en general, así como la salud escolar y la prestación de dichos servicios.

Las reformas de los sectores salud y educación por las que están atravesando la mayoría de países en las Américas, han fortalecido la estrategia de promoción de la salud, estimulando la flexibilización de los currículos escolares y aumentando la autonomía de las comunidades educativas, creando así nuevas oportunidades y espacios institucionales para los programas de salud escolar con enfoque integral.

El cambio de paradigmas de salud ha significado, entre otras cosas, un *mayor consenso sobre la relación*

estrecha entre salud y desarrollo. La salud se considera ahora no sólo un componente fundamental del proceso de desarrollo, sino esencialmente su razón de ser¹³. Desde esta perspectiva, la salud es ante todo un *producto social*, toda vez que depende y es resultante de todas aquellas acciones que realizan a favor, o en contra, los diversos actores sociales y políticos que intervienen sobre las condiciones de vida de la población. La disminución en los niveles de pobreza y el avance en el desarrollo económico de los países sólo son posibles cuando los ciudadanos tienen la libertad u oportunidad de acceder a la educación básica y el cuidado de la salud¹⁴.

La tendencia a la *descentralización y desconcentración del poder*, que redefine el papel del Estado en el ámbito de la salud, también ha contribuido a destacar la *importancia de nuevos actores y espacios en la gestión de lo saludable* y en el marco de las territorialidades y en el sector privado. La definición del nuevo papel del Estado condujo a la reflexión sobre las relaciones entre éste, la democratización de sus roles y la participación de la población en la toma de decisiones. Lo anterior ha implicado el *fortalecimiento de las comunidades o espacios locales**, el reconocimiento de sus particularidades étnicas y culturales, la lucha por un mayor grado de autonomía y la demanda de una mayor participación de las mismas en el desarrollo de las políticas y programas de salud.

Es en medio de este panorama complejo de nuevas relaciones y formas de administración pública y de una

* Es en el nivel local donde tienen lugar buena parte de las acciones de promoción de la salud y prácticamente todas las acciones de prevención y recuperación, además de ser la realidad local -cercana a la vida diaria de la gente- donde se producen y resuelven la mayoría de los problemas de salud de la población, sujeto y objeto de la salud pública.

nueva visión de la salud colectiva en América Latina y el Caribe, que el papel crucial de las comunidades educativas en el mejoramiento de las condiciones de salud, bienestar y desarrollo integral de niños, niñas y jóvenes ha adquirido cada vez mayor reconocimiento y protagonismo.

La Iniciativa Regional de la Organización Panamericana de la Salud ha contribuido en forma ininterrumpida desde su lanzamiento en 1995, a la difusión en todos los Estados Miembros del modelo de *Escuelas Promotoras de la Salud* (EPS) como una estrategia *integral e integradora* para la provisión de servicios de salud escolar, que trasciendan la atención médica tradicional y se fundamenten en acciones de promoción de la salud en el ámbito escolar.

La *Tercera Reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud* (Quito, Septiembre 10-13 de 2002) puso en evidencia que en la actualidad todas las subregiones y países del Continente son, sin excepción y en mayor o menor grado de desarrollo, escenarios de experiencias e innovaciones importantes en salud escolar con enfoque integral.

En América Central, por ejemplo, además de la ejecución de la estrategia Escuelas Promotoras de la Salud en casi todos los países de la subregión, desde hace dos años se viene trabajando en la articulación de dicha estrategia y el componente de Seguridad Alimentaria y Nutricional con el *desarrollo humano sostenible* en los ámbitos regional, nacional y municipal. Esta iniciativa se presentó y aprobó en la V Reunión Regular del Consejo Educativo y Cultural Centroamericano (CECC), celebrada en Antigua, Guatemala, del 6 al

8 de Octubre de 2000. Un esfuerzo conjunto de la OPS/OMS y el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) permitió recientemente completar la documentación de la experiencia de siete países de la subregión* en la implementación de la estrategia Escuelas Promotoras de la Salud¹⁵.

En el Municipio de Río de Janeiro el "*Proyecto en esta Escuela Me Quedo*", que comenzó a desarrollarse en 1999 en comunidades de bajos ingresos, busca mejorar el ambiente de aprendizaje en las escuelas en desventaja mediante una combinación de actividades artísticas, deportivas y culturales, dentro del contexto histórico y social de la comunidad. El proyecto, que cuenta ahora con una red de 120 Escuelas Promotoras de la Salud, está avanzando gradualmente hacia la consolidación de los mecanismos necesarios para transformarse en una gran iniciativa que cobije toda la red de escuelas públicas municipales¹⁶.

En Chile, el Ministerio de Educación ha ejecutado un programa integral de salud escolar que ofrece exámenes gratuitos de postura, audición y visión, junto con otros beneficios. Los docentes tienen la responsabilidad de realizar el primer examen de los niños, mecanismo que ha sido un factor de suma importancia para garantizar la igualdad de acceso a los servicios del programa, así como para el éxito del tratamiento diario administrado a los estudiantes y de los servicios de seguimiento¹⁷.

En Barbados, Chile, Colombia y Costa Rica se viene trabajando en la educación en habilidades psicosociales (Habilidades para la Vida) como un componente impor-

* Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.

tante de los programas de salud escolar y las actividades de educación para la salud de las Escuelas Promotoras de la Salud.

Por su parte, los países de habla inglesa de la región del Caribe, asociados hoy en día en la *Comunidad Caribeña*^{*} (CARICOM), también constituyen en la actualidad una subregión del Continente muy activa en el campo de la promoción de la salud en el ámbito escolar.

En los últimos quince años ha habido un mayor reconocimiento del impacto negativo que pueden tener sobre la salud, el bienestar, el desarrollo y las oportunidades para el aprendizaje de la población infantil y juvenil del Caribe, los factores de riesgo y las nuevas amenazas relacionadas con los cambios complejos en los patrones socioeconómicos y culturales que experimentan las familias y las comunidades Caribeñas en general. En consecuencia, se ha producido también una aceptación progresiva por parte de los sectores salud y educación de la necesidad de fortalecer el papel de la escuela en la reformulación de los valores y prácticas relacionados con la salud¹⁸.

Con el fin de enfrentar esta situación, a la vez que evitar la falta de coordinación intersectorial e interagencial y duplicación de acciones que caracterizó diversas intervenciones en el pasado, desde 1997 se puso en marcha en varios países miembros de CARICOM una iniciativa de salud y educación para la salud en el ámbito escolar ("*Health and Family Life Education*" HFLE), coordinada por UNICEF y que cuenta con el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud y el respaldo de los

* En la actualidad, la membresía en CARICOM incluye no sólo a los países de habla inglesa de la Región del Caribe, sino a los miembros asociados constituidos por los territorios británicos de ultramar, Haití y Surinam.

Ministerios de Salud y Educación¹⁹.

Los siguientes son algunos de los aspectos más relevantes de esta Iniciativa¹⁹:

- Promoción de la coordinación y colaboración multisectorial, así como de una mayor comprensión sobre la salud escolar y la educación para la vida en familia.
- Realización de un análisis de necesidades en cinco países y de una investigación sobre salud de los adolescentes en nueve países.
- Desarrollo de un nuevo marco conceptual en el que se fundamentan las acciones de educación para la salud y la vida en familia, con énfasis en el enfoque de habilidades y la creación de ambientes de apoyo. El marco conceptual busca condensar y reenfocar múltiples problemas de salud propios de los escolares en cinco grandes áreas temáticas:
 - Alimentación sana y buen estado físico.
 - Protección de la salud sexual y reproductiva.
 - Desarrollo de habilidades para el manejo del mundo emocional y las relaciones interpersonales.
 - Manejo del medio ambiente.
 - Promoción y mantenimiento de estilos de vida y ambientes más saludables.
- Abogacía de las intervenciones en salud en el ámbito escolar y educación para la vida en familia y apoyo para el desarrollo de políticas del sector salud en ocho países, mediante la realización de talleres intersectoriales (con inclusión de organizaciones no gubernamentales y universidades de la Región) y fomento del diálogo.

- Capacitación de docentes y educadores de adultos en la comunidad, con el fin de aumentar la capacidad del recurso humano para la aplicación de estrategias para la educación en habilidades para la vida y garantizar la sostenibilidad de la Iniciativa.
- Creación de una base de datos sobre los materiales educativos de apoyo disponibles en la Región del Caribe.

En el futuro, la Iniciativa Caribeña deberá enfrentar desafíos como ¹⁹:

- Desarrollar argumentos sólidos que faciliten la coordinación multisectorial, la abogacía, la ampliación y el fortalecimiento de las políticas, y el apoyo de la Iniciativa de educación para la salud y la vida en familia.
- Revitalizar y fortalecer los mecanismos que garantizan la continuidad de la coordinación multisectorial en el ámbito nacional, en especial la plena participación del sector educación.
- Revisar el diseño de la estrategia de capacitación y continuarla, con el fin de aumentar la integración del enfoque de habilidades para la vida en las universidades y centros de formación de docentes.
- Desarrollar normas y estándares que sirvan como puntos de referencia para identificar y guiar a los países en relación con las habilidades, conocimientos y el apoyo mínimo requeridos para el logro de los objetivos de la Iniciativa de educación para la salud y la vida en familia.
- Continuar desarrollando la base de datos sobre los materiales de apoyo disponibles en el Caribe.

2.2

SITUACION ACTUAL DE LOS PROGRAMAS DE SALUD ESCOLAR

Con el fin de conocer el estado actual de desarrollo de la Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud (IREPS) y disponer de una base de datos que permita realizar futuros análisis comparativos y una planificación acorde con las necesidades de los Estados Miembros, la IREPS, Programa de Salud de la Familia y Población, División de Promoción y Protección de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud, diseñó y aplicó en el año 2001 una encuesta (*"Las Escuelas Promotoras de la Salud en América Latina"*) de carácter auto-administrado en 19 países de América Latina y el Caribe ²⁰.

El cuestionario, que respondieron 17 países* (porcentaje de respuesta de 90%), se estructuró con base en las siguientes dimensiones: información general sobre el contexto del país, políticas de salud escolar, coordinación intersectorial, capacitación, investigación y evaluación, financiación, educación para la salud, ambientes saludables, servicios de salud y alimentación, participación y publicaciones.

En la tabla a continuación, se presenta una síntesis de los principales hallazgos y conclusiones de la encuesta con base en la información suministrada por los 17 países que la respondieron.

* Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay.

LAS ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD EN AMERICA LATINA

RESULTADOS DE LA ENCUESTA 2001²⁰

Variables	Principales hallazgos y conclusiones	Comentarios adicionales
<p>Políticas y planes nacionales de promoción de la salud de la población en edad escolar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 94% de los países cuentan con <i>políticas orientadas a la promoción de la salud de la población en edad escolar</i> y en 82% de ellos existen <i>políticas específicas relacionadas con la estrategia Escuelas Promotoras de la Salud (EPS)</i>. • 82% de los países dispone de <i>planes de salud escolar</i> (principalmente de aplicación en escuelas primarias) y 57% de éstos incluye acciones relacionadas con los tres componentes de la estrategia EPS (educación para la salud, creación de ambientes saludables y servicios de salud y nutrición). • 94% de los países cuenta hoy en día con <i>programas de salud escolar</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> • La existencia de políticas públicas, normas técnicas y científicas y planes de acción dirigidos específicamente a la promoción y atención de la salud de la población infantil y juvenil en edad escolar, constituye un <i>indicador del grado de posicionamiento de la salud escolar en las agendas públicas y sanitarias de los países de la Región</i>.
<p>Financiación de programas y actividades de salud escolar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tan sólo 30% de los países informó que dispone de <i>presupuestos específicos</i> para financiar los programas de salud escolar. 	<ul style="list-style-type: none"> • No siempre el reconocimiento de la salud escolar como un tema importante, o la existencia de políticas nacionales, se traducen en la asignación de los recursos necesarios.

	<ul style="list-style-type: none"> Las <i>organizaciones no gubernamentales</i> (nacionales o locales) apoyan la financiación de dichas actividades en 71% de los casos. Menos de un tercio de los países (29,4%) informó <i>préstamos o financiación de organismos internacionales</i> como el Banco Mundial o el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para apoyo de los programas de salud escolar. 	<ul style="list-style-type: none"> Es evidente el papel crucial que desempeñan las ONG's en el desarrollo de los programas de salud escolar en los países, por lo que su participación, mediante <i>alianzas estratégicas u otros mecanismos</i>, debe considerarse siempre en los planes de acción.
<p>Mecanismos de coordinación multisectorial para el apoyo de la promoción de la salud en el ámbito escolar</p>	<ul style="list-style-type: none"> 65% de los países tiene <i>Comisiones Nacionales Mixtas</i> de salud escolar, porcentaje que se eleva a 75% si se consideran otras modalidades de trabajo intersectorial distintas a las comisiones (por ejemplo, comités técnicos intersectoriales o grupos mixtos) que están en funcionamiento en los países. 	<ul style="list-style-type: none"> En general, la conformación de Comisiones Nacionales Mixtas ha demostrado ser un mecanismo facilitador de la coordinación intersectorial, aunque en ocasiones <i>su enfoque, o el de los acuerdos entre ministerios, puede ser demasiado "burocratizado" y poco efectivo</i>¹⁷. Los países identificaron la <i>dificultad para el trabajo intersectorial</i> como una de las principales barreras que todavía persisten para el desarrollo de la estrategia EPS, por lo que se requiere <i>consolidar los mecanismos formales existentes y explorar formas novedosas de fortalecer la coordinación multisectorial efectiva</i>.
<p>Grado de difusión del enfoque de Escuelas Promotoras de la Salud (EPS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 94% de los países está <i>desarrollando la estrategia EPS</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> Un logro importante de la Iniciativa Regional es haber contribuido, en los siete años desde su lanzamiento, a la <i>difusión continental del modelo de</i>

	<ul style="list-style-type: none"> • En casi todos los casos (90%) la estrategia EPS se implementa en <i>escuelas públicas de educación primaria en las zonas urbanas</i>. • El grado de <i>difusión de la estrategia</i> (estimado como la proporción de EPS con respecto al total de escuelas) es bastante heterogéneo, con un promedio de 16,3%. • Mientras que en algunos países como Paraguay la estrategia todavía se encuentra en una etapa inicial, en otros como Chile, Colombia, El Salvador o México las EPS han alcanzado una mayor difusión nacional. En El Salvador, por ejemplo, el programa de "Escuelas Saludables" aumentó la cobertura de 124 escuelas en el Departamento de La Libertad en 1996, a 3.593 escuelas en catorce departamentos del país en 1999¹⁷. 	<p><i>Escuelas Promotoras de la Salud</i> como estrategia para la <i>promoción de la salud en el ámbito escolar</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es importante continuar fortaleciendo la <i>difusión de la estrategia al interior de los países</i>, con el fin de aumentar la cobertura nacional de las EPS.
<p>Conformación y participación en las redes nacionales e internacionales de EPS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 29% de los países ha <i>conformado redes nacionales</i> de EPS. • 47% de los países <i>participa actualmente en la Red Latinoamericana de EPS</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es necesario estimular la <i>creación de redes nacionales de EPS</i> en los países que todavía no las han conformado, así como <i>dinamizar la gestión</i> de las ya existentes, incluidas las Redes Latinoamericana y Caribeña. • Conviene destacar que en algunos casos como ocurre desde hace cuatro años en los países de Centroamérica, aunque no

		se haya constituido formalmente una red de EPS, <i>en la práctica se desarrollan mecanismos efectivos</i> de intercambio de experiencias y cooperación horizontal
Componentes de los programas de salud escolar	<ul style="list-style-type: none"> • La oferta de servicios de salud en el ámbito escolar en los países de la Región es amplia e incluye acciones e intervenciones relacionadas con: implementación de políticas saludables; creación de ambientes escolares saludables; promoción y educación para la salud; servicios escolares preventivos y de atención de la enfermedad; y programas de nutrición y complementación alimentaria (ver descripción detallada de los hallazgos, por componente, en las siguientes cuatro filas sombreadas de la tabla). No obstante, el enfoque, contenido y articulación de estos distintos elementos varían considerablemente de un lugar a otro. 	<ul style="list-style-type: none"> • El contenido de los programas de salud escolar en los países de la Región es heterogéneo y en muchos casos no hay un consenso claro sobre los componentes que deben incluirse en dichos programas¹⁷.
Políticas saludables en el ámbito escolar	<ul style="list-style-type: none"> • 70% de los países informó que existen <i>políticas encaminadas a evitar el tabaquismo</i> en la escuela, y en 64% de ellos programas de <i>prevención de la violencia en el ámbito escolar</i>. 	
Ambientes escolares saludables	<ul style="list-style-type: none"> • La <i>información específica disponible</i> en la mayoría de países sobre las <i>condiciones de higiene y saneamiento ambiental en las escuelas es escasa y deficiente</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cada vez hay más claridad sobre la enorme importancia que tienen los <i>ambientes escolares físico y psicosocial en la salud integral</i> (incluida la nutrición) y el <i>aprendizaje</i> de los estudiantes²¹, por lo que se requiere no sólo con-

	<ul style="list-style-type: none"> • Hay <i>grandes disparidades entre los países</i> de la Región en relación con la cantidad de escuelas con acceso a <i>agua y agua potable</i>, y por lo menos en la mitad de los que disponen de esta información, la cobertura de dichos servicios es baja o insatisfactoria. 	<p>tinuar trabajando en el desarrollo de este componente sino en los sistemas de monitoreo y evaluación de las acciones.</p>
Educación para la salud	<ul style="list-style-type: none"> • 100% de los países informó que la <i>educación para la salud está incluida en los programas escolares</i>, casi siempre (88%) como un eje transversal. • Existe una <i>gama muy amplia de temas</i> que se tratan en las actividades de educación para la salud, por ejemplo: adicciones (94%); higiene personal, salud sexual y reproductiva, educación física y deportes (88%); VIH/SIDA, alimentación y nutrición, utilización de los servicios de salud (82%); y autoestima, inmunizaciones, manejo de desperdicios, habilidades para la vida (70%). • La mayor parte de los países informaron que los programas escolares incluyen actividades para la práctica del <i>ejercicio físico y la recreación</i> (76% cuentan con programas específicos y en 86% de los casos se aborda como un contenido curricular). 	<ul style="list-style-type: none"> • Vale la pena destacar la difusión creciente que ha tenido la educación en <i>habilidades para la vida</i> en muchos países de la Región, en algunos de los cuales como México, Costa Rica, Colombia, Chile o Argentina se cuenta ahora con proyectos de varios años de duración que están permitiendo acumular experiencias y lecciones muy valiosas sobre la aplicación de este enfoque en el <i>contexto específico</i> de América Latina.
Oferta de servicios escolares preventivos, atención de la enfermedad y nutrición o complementación nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • 76% de los países cuenta con <i>pautas definidas por los Ministerios de Salud o Educación sobre los servicios médicos que debe recibir la población escolar</i>, los 	<ul style="list-style-type: none"> • Un estudio reciente destaca el hecho de que, pese a que las pruebas de tamizaje han hecho parte de la tradición de los programas de salud escolar en

	<p>que casi siempre incluyen controles médicos periódicos y vacunación y en muy baja proporción otras intervenciones como detección temprana de la escoliosis, consejería psicológica o atención ginecológica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aunque no puede generalizarse, la prestación de estos servicios tiende a realizarse combinando modalidades dentro y fuera de la escuela y generalmente son los profesionales del sector salud los responsables de la coordinación de los mismos. • Los docentes también cumplen funciones importantes en la prestación de estos servicios, especialmente en actividades relacionadas con la <i>detección temprana</i> de problemas de comportamiento, dificultades de aprendizaje o afecciones físicas y la derivación para valoración o tratamiento especializado; y en una menor proporción, parecen estar realizando controles de talla y peso o tamizajes ("screening") visuales o auditivos. • Los programas de <i>nutrición o complementación alimentaria</i> también han estado casi siempre estrechamente relacionados con los programas de salud escolar. En países como El Salvador, Bolivia, Brasil, Ecuador y algunas provincias de Argen- 	<p>muchos países de la Región durante décadas, existe ahora una fuerte tendencia a explorar alternativas más efectivas frente a la práctica común del tamizaje universal, indiscriminado y que no se acompaña de los respectivos mecanismos de referencia y solución definitiva de los problemas detectados¹⁷.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La mayor parte de los países cuenta con un elevado porcentaje de escuelas que poseen <i>comedores escolares</i>, lo que destaca la oportunidad que tienen las EPS de realizar acciones relacionadas con la nutrición y la educación en hábitos alimentarios. • En El Salvador se ha puesto a prueba una modalidad diferente que consiste en la entrega de un <i>bono alimentario</i>, transferible a organizaciones comunitarias o escolares para su administración y la compra local de insumos para el refrigerio escolar. La evaluación de esta iniciativa mostró que el uso del bono, en lugar de la entrega de alimento en crudo, es un incentivo para la economía local además de que permite una mayor variación del menú²²;
--	---	---

	<p>tina existe legislación específica que incluye dichos programas como parte de las estrategias nacionales de seguridad alimentaria, mientras que en otros se están poniendo a prueba esquemas de <i>descentralización</i> de estos programas¹⁷.</p>	
<p>Formación de recursos humanos en promoción de la salud en el ámbito escolar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 70% de los países informó la <i>existencia de programas de capacitación de profesionales en temas relacionados con salud escolar</i>, aunque sólo Cuba, Ecuador y México cuentan con una <i>especialización aprobada en ese campo</i>. • Los <i>profesionales que más se capacitan en estos temas pertenecen al área de la salud</i> (enfermería y medicina), aunque en 65% de los países también ya hay docentes con formación específica en salud escolar o quienes son responsables de la estrategia EPS, la mayoría de ellos vinculados al ámbito de la educación primaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Un estudio reciente destacó experiencias interesantes y novedosas en esta área que se están adelantando en algunas regiones del continente. En Chile, por ejemplo, se han desarrollado programas específicos de formación para docentes, para profesionales de la salud e incluso un programa de educación a distancia¹⁷.
<p>Monitoreo, seguimiento y evaluación de los programas de salud escolar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aunque casi 71% de los países respondió que dispone de métodos de evaluación de la estrategia EPS (principalmente de tipo cualitativo, de proceso y resultado o grillas de evaluación y seguimiento), sólo en muy pocos existen modelos disponibles para la <i>evaluación del impacto</i>. Casi todos los países mencionaron la necesidad de mejorar y aplicar dichos mecanismos de evaluación de modo más sistemático. 	<ul style="list-style-type: none"> • El seguimiento y la evaluación siguen siendo el "talón de Aquiles" de muchos programas de salud escolar y nutrición en la mayoría de países. • El resultado neto es que la información fundamentada científicamente sobre intervenciones exitosas en el ámbito escolar y proveniente de los países de América Latina y el Caribe es escasa, a diferencia de la originada en Estados

<p>Investigación</p>	<ul style="list-style-type: none"> El porcentaje de países que informó sobre proyectos de <i>investigación en temas relacionados con la promoción de la salud en el ámbito escolar es bajo (41,2%)</i>, así como los que disponen de sistemas de vigilancia de comportamientos de riesgo en escolares (35%) o han realizado encuestas sobre prácticas de riesgo (41,2%). 	<p>Unidos de Norteamérica y Europa. No sólo se requiere investigar más y documentar mejor las experiencias, sino también hacer un mejor uso de la información existente y que ésta esté disponible para un número mayor de personas. Se ha sugerido, por ejemplo, el uso creativo de <i>Internet</i> en el campo de la salud escolar como uno de los medios de difundir información relevante¹⁴.</p>
-----------------------------	---	---

Principales barreras (en orden decreciente de importancia) para el desarrollo de la estrategia Escuelas Promotoras de la Salud, de acuerdo con información de la encuesta regional:

- Escasez de recursos humanos (personal de salud y educación sobrecargado de actividades) y financieros.
- La conciencia de los líderes políticos sobre la importancia de los programas de salud escolar y su respaldo a los mismos son insuficientes.
- Dificultad para trabajar en forma coordinada con otros sectores.
- Infraestructura inadecuada o insuficiente.
- Problemas relacionados con la administración pública (burocracia, escasa continuidad de los equipos técnicos, poca sostenibilidad de los proyectos).

- Necesidad insatisfecha de capacitación del recurso humano.
- Dificultad para insertar la promoción de la salud en los programas escolares.

Acciones prioritarias (en orden decreciente de importancia) para el fortalecimiento de la estrategia Escuelas Promotoras de la Salud, de acuerdo con la información de la encuesta regional:

- Aumentar los recursos humanos y financieros disponibles.
- Consolidar y mejorar los mecanismos de coordinación intersectorial.
- Capacitar recursos humanos en promoción de la salud en el ámbito escolar.
- Institucionalizar la estrategia Escuelas Promotoras de la Salud.

- Propiciar el intercambio de experiencias.
- Mejorar los mecanismos de seguimiento y supervisión de las escuelas participantes.
- Mejorar el suministro de materiales de apoyo didáctico a las escuelas.
- Fortalecer la participación comunitaria en las escuelas.
- Aumentar la difusión de la estrategia Escuelas Promotoras de la Salud.
- Mejorar los procesos de acreditación y certificación de las Escuelas Promotoras de la Salud.

3.

LA INICIATIVA REGIONAL ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD

programas nutrición iniciativa regional redes salud colaborac
servicios educación promoción participación programas nutr
iniciativa regional redes salud, colaboración servicios ed
promoción **participación** programas nutrición inicia
regional redes salud colaboración servicios educación promoci
participación programas nutrición iniciativa regional redes
colaboración **servicios** educación **promoción** partici
programas nutrición iniciativa regional redes salud colaborac
servicios educación promoción **participación** programas nutr
iniciativa regional redes salud **colaboración** servicios
educación **promoción** participación programas nutriti
iniciativa regional redes salud colaboración servicios educación
promoción participación programas nutrición **iniciativa**
regional redes salud **colaboración** servicios educación pro
participación programas nutrición iniciativa **regional**
salud colaboración servicios educación promoción **participación**
programas nutrición iniciativa regional **redes** salud colab
servicios educación promoción participación **programas**
nutrición iniciativa regional redes salud colaboración **servici**

3.1

¿COMO SURGIO Y EN QUE CONSISTE LA INICIATIVA?

La *Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud* de la Organización Panamericana de la Salud surgió formalmente en 1995, en respuesta a la situación de los programas de salud escolar identificada en los países de la Región de las Américas y como resultado del compromiso de la Organización, desde la década de los ochenta, con la promoción y la educación para la salud con enfoque integral en el ámbito escolar²⁴.

La iniciativa de desarrollar y fortalecer la promoción y la educación para la salud en las escuelas con una perspectiva integral y a partir de la experiencia Latinoamericana, fue propuesta por la Organización y aceptada durante la Reunión de Consulta sobre este tema realizada en 1993 en Costa Rica, a la que asistieron representantes de los sectores salud y educación de doce países y miembros de organizaciones internacionales como UNICEF, UNESCO, UNFPA y la Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud²³. En dicha reunión se hicieron recomendaciones a los Gobiernos de los Estados Miembros para el desarrollo de la Iniciativa Regional y se plantearon sus propósitos y acciones principales*.

La Iniciativa, que se enmarca a su vez dentro del contexto amplio del enfoque regional de *municipios y comu-*

* Las memorias completas de la Reunión de Consulta celebrada en la Universidad Nacional Heredia, Costa Rica (1993), incluidas las recomendaciones a los Estados Miembros en la Región de las Américas, aparecen consignadas en la publicación "Educación para la Salud en el Ambito Escolar: Una perspectiva integral" (OPS/OMS Serie HSS/SILOS No. 37, 1995).

La educación para la salud en el ámbito escolar es un derecho fundamental de todos los niños y las niñas.

La salud está entrañablemente ligada al aprovechamiento escolar, a la calidad de vida y a la productividad económica. Al adquirir y construir conocimientos sobre la salud en la niñez y la juventud, se adquieren valores, habilidades, destrezas y prácticas necesarias para la vida sana.

En el proceso se adquiere la capacidad de formar y fortalecer comportamientos y hábitos saludables. En este sentido niños, niñas y jóvenes se convierten en sujetos capaces de influenciar cambios en beneficio de la salud de sus comunidades.

Esta meta puede alcanzarse si tenemos la voluntad y la decisión política y ciudadana.

OPS, 1995²³

*nidades por la salud*²⁵, está dirigida a facilitar la articulación y movilización multisectorial de recursos regionales, subregionales y nacionales destinados a la *promoción de la salud* en las comunidades educativas mediante la *Estrategia Escuelas Promotoras de la Salud*, con el fin de apoyar la creación de condiciones propicias para el aprendizaje y el desarrollo humano integral y el mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar colectivo de niños, niñas, jóvenes y demás miembros de las comunidades educativas.

La Iniciativa se fundamenta en una visión integral y un enfoque multidisciplinario que considera a las personas en el contexto de su vida cotidiana en la familia, la comunidad y la sociedad. Fomenta el desarrollo de conocimientos, capacidades y aptitudes para que las personas puedan cuidar su salud y la de otros y reducir al mínimo los comportamientos de riesgo. Promueve un análisis crítico y reflexivo de valores, comportamientos, condiciones sociales y modos de vida, con la meta de fortalecer aquellos factores que favorecen la salud y el desarrollo humano y ayudar a los miembros de la comunidad educativa a que tomen decisiones para promover la salud y la de otros^{26, 27}.

La Iniciativa Regional contribuye al establecimiento de relaciones sociales de equidad entre los sexos al alentar el espíritu cívico y la democracia y reforzar las tradiciones de solidaridad y espíritu de comunidad. Aboga por la promoción y protección en las escuelas de los derechos humanos y las

libertades fundamentales, de conformidad con las normas generales y estándares internacionales de derechos humanos que protegen a niños, niñas, adolescentes y jóvenes*, en especial a aquellos que se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad (la población infantil y juvenil con discapacidades físicas o mentales o en situación de desplazamiento forzado, por ejemplo).

3.2 ESTRATEGIA OPERATIVA DE LA ORGANIZACION PARA PONER EN MARCHA LA INICIATIVA REGIONAL

Desde su lanzamiento formal en 1995, la estrategia operativa de la OPS/OMS para la implementación de la Iniciativa en las Américas ha focalizado sus esfuerzos en las siguientes líneas de acción prioritarias.

* Distintos organismos internacionales han establecido estándares especiales para la promoción y protección de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales y las libertades fundamentales de niños, niñas, adolescentes y jóvenes (Declaración de los Derechos del Niño, A.G. res. 1386 [XIV], 14 N.U. GAOR Supp. [No. 16], p. 19, ONU Doc. A/4354 [1959] y la Convención sobre los Derechos del Niño, A.G. res. 44/25, anexo, 44 N.U. GAOR Supp. [No. 49] p. 167, ONU Doc. A/44/49 [1989], que entró en vigor el 2 de Septiembre de 1990. En general, estos derechos y libertades fundamentales incluyen el derecho a la vida, a un nombre y nacionalidad, la libertad de pensamiento, religión y asociación, el derecho a la integridad personal, a las garantías judiciales, a la salud y a la educación, entre otros.

- *Abogacía de los programas de salud escolar con enfoque integral y difusión del concepto de Escuelas Promotoras de la Salud* en los países de la Región, mediante realización de reuniones regionales y subregionales, elaboración y difusión de material informativo y promocional y participación en foros internacionales.
- Colaboración técnica a los países para la *consolidación de mecanismos de coordinación intersectorial* (Comisiones Nacionales integradas por representantes de salud, educación y otros sectores) para el fomento de la salud escolar con enfoque integral y la puesta en marcha de la estrategia Escuelas Promotoras de la Salud.
- Colaboración técnica a los países para el *análisis y actualización de políticas conjuntas de los sectores salud y educación y elaboración de los respectivos planes de acción*.
- Colaboración técnica para el *fortalecimiento de la capacidad institucional de los países* para la gestión de los programas y actividades de salud escolar con enfoque integral, mediante actividades de *capacitación de profesionales* de los sectores salud y educación.
- Apoyo a la *conformación de Redes Nacionales de Escuelas Promotoras de la Salud* en los países de la Región, como mecanismo facilitador del intercambio de información, conocimientos y experiencias al interior de los propios países.
- Creación de las Redes Latinoamericana y Caribeña de Escuelas Promotoras de la Salud con el fin de facilitar el intercambio de información, conocimientos y

experiencias entre los distintos países de la Región de las Américas, así como apoyar la organización y el desarrollo de las Escuelas Promotoras de la Salud y las redes en cada país.

- Apoyo a la *difusión e inclusión del enfoque de Habilidades para la Vida* como un componente de los programas de educación para la salud con enfoque integral en el ámbito escolar.
- Desarrollo, difusión y apoyo a la aplicación de *instrumentos para el diagnóstico y análisis rápido* de la capacidad de los países para la implementación y evaluación de programas amplios de salud escolar con enfoque integral.
- Apoyo para el desarrollo, validación y aplicación de instrumentos para la *investigación y vigilancia de prácticas de riesgo y factores protectores en escolares*.
- Apoyo al desarrollo del *Consortio Interamericano de Universidades y Centros de Formación de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud*.
- *Creación de alianzas estratégicas con otras agencias internacionales y el sector privado* (por ejemplo, la "Iniciativa Conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y el Banco Mundial para la Salud Escolar y Nutrición en América Latina y el Caribe", 1997) con el fin de apoyar estrategias efectivas para la gestión de programas de salud escolar con enfoque integral.

Aunque la forma en que los distintos países de la Región han puesto en marcha la estrategia *Escuelas Promotoras de la Salud* ha estado matizada por diferentes

interpretaciones y adaptaciones de la misma, de acuerdo con el perfil de necesidades y problemas de la población en edad escolar, las prioridades y recursos disponibles, en términos generales ha incluido las siguientes grandes líneas de acción ²³ :

- Desarrollo de acuerdos y políticas conjuntas entre los sectores (principalmente salud y educación), lo que incluye actividades de movilización y comunicación social para fomentar el diálogo entre los sectores sociales y la población sobre las prioridades en salud escolar, así como la formación de consenso, alianzas y pactos sociales para apoyar la difusión de la estrategia Escuelas Promotoras de la Salud.
- Consolidación de mecanismos de coordinación intersectorial en los distintos niveles, incluida la activación o formación de Comisiones Mixtas, para la elaboración conjunta de análisis de situación y planes de trabajo y realización del seguimiento y evaluación de las actividades.
- Gestión de los programas de salud escolar.
- Capacitación de docentes y profesionales de la salud en temas relacionados con la salud escolar.
- Producción de materiales educativos y para abogacía de la estrategia.
- Realización de acciones coordinadas entre escuelas, servicios de salud y organizaciones comunitarias, lo que incluye: fomentar y facilitar la participación comunitaria en torno a la promoción de la salud, involucrar a los líderes de la comunidad y a las auto-

ridades locales, y fomentar la planificación participativa local para incorporar la promoción de la salud en los planes locales de desarrollo.

3.3 REDES LATINOAMERICANA Y CARIBEÑA DE ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD

3.3.1 RED LATINOAMERICANA DE ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD (RLEPS)

La Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud (RLEPS) tuvo sus orígenes en la Conferencia Europea sobre Educación Sanitaria y Promoción celebrada en Estrasburgo en 1990. Posteriormente en Chile en 1995, durante el Congreso de Salud Escolar, se acordó su creación formal, la que se llevó a cabo en 1996 en San José, Costa Rica, con participación de representantes de Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México y Panamá, así como miembros de la Red Española y de los Centros Colaboradores de la OMS en salud escolar (Centro de Desarrollo Educacional y los Centros de Estados Unidos de Norteamérica para Prevención y Control de Enfermedades)²⁸.

En la actualidad 20 países de América Latina hacen parte de la RLEPS, cuya segunda reunión se realizó en México en 1998 con asistencia de todos los países de

Latinoamérica, incluidos Cuba y República Dominicana. La tercera reunión se llevó a cabo del 10 al 13 de Septiembre de 2002 en la ciudad de Quito, Ecuador, con la asistencia de representantes de todos los países de América Latina, excepto Argentina y México, y la participación de delegados de agencias internacionales, organizaciones no gubernamentales y del sector privado.

La *misión* de la RLEPS consiste en apoyar la organización y desarrollo de las Escuelas Promotoras de la Salud y las redes en cada país de la Región, así como facilitar el intercambio de sus experiencias, apoyando la apertura y constitución de vías de comunicación multidireccional que se entrelacen y sean convergentes en puntos de interés para el mejoramiento de la educación y de la salud en el ámbito escolar²⁹.

El funcionamiento de la RLEPS se basa en los siguientes *principios*:

- Es una organización que agrupa instituciones y organismos de los diversos sectores que promueven la salud de los integrantes de diversas comunidades educativas en todos los países de la región.
- Está abierta a la libre afiliación de todas las instituciones y de todos los países.
- Responde a las particularidades de la Región y de los países miembros.
- Se centra en las necesidades de los educandos y tiene una visión integral de la educación para la salud.
- Se compromete con el desarrollo integral de la niñez y de la adolescencia.

La RLEPS busca alcanzar los siguientes *propósitos*:

- Difusión del marco conceptual y operativo de la Iniciativa de promoción de la salud a través de las escuelas.
- Fomento de la participación de la comunidad educativa, del personal institucional, la población y las autoridades locales.
- Promoción de la salud en el ámbito escolar mediante la educación para la salud, la creación y cuidado de ámbitos saludables y de la oferta de servicios de salud.
- Impulso a la formación y funcionamiento de redes nacionales de Escuelas Promotoras de la Salud.
- Desarrollo de metodologías de evaluación de los procesos de promoción de la salud en las escuelas.
- Creación y desarrollo de redes de trabajo, que promuevan y faciliten el intercambio de conocimientos y experiencias sobre la promoción de la salud en las escuelas y entre las redes nacionales.
- Fortalecimiento de mecanismos de coordinación intersectorial, con inclusión de comisiones mixtas.
- Fortalecimiento de las redes nacionales y la expansión de las escuelas promotoras de la salud entre los países miembros.

Las principales *estrategias* de trabajo de la RLEPS son:

- Promover el desarrollo y la capacitación de recursos humanos, técnicos y educativos en las áreas de promoción de la salud, educación para la salud, participación comunitaria, planificación y gestión de proyectos multisectoriales y otras acciones en favor de la salud de quienes estudian, enseñan y trabajan en la escuela.
- Fomentar la investigación aplicada a la promoción de la salud conjuntamente con universidades, organismos de gobierno, organizaciones no gubernamentales, entidades gremiales y el sector privado.
- Apoyar la elaboración de materiales educativos para la promoción de la salud en las escuelas y establecer estrategias para su análisis e intercambio.
- Organizar foros, talleres, grupos de trabajo, seminarios y otros eventos que permitan el estudio, análisis y debate sobre el contenido y la metodología de la promoción de la salud en las escuelas.
- Promover el intercambio de experiencias de educación y promoción de la salud en el ámbito escolar, así como difundir programas exitosos y estimular el debate crítico.
- Alentar el interés de políticos, sector privado y sociedad civil por las Escuelas Promotoras de la Salud.
- Impulsar la evaluación tanto de las acciones de promoción de la salud en el ámbito escolar llevadas a cabo en el marco de la Red, así como del proceso mismo del desarrollo de la Red.
- Elaborar un boletín informativo con la colaboración de todos los países miembros, que contenga experiencias y avances de la promoción de la salud en las escuelas y las redes nacionales.

En relación con la actividad de la RLEPS desde su creación, a continuación se resumen algunas de las debilidades percibidas en su funcionamiento, las cuales se discutieron durante la *Primera Reunión Constitutiva de la Red Caribeña de Escuelas Promotoras de la Salud* celebrada en Bridgetown, Barbados, del 26 al 28 de Noviembre de 2001³⁰:

- Falta de fuentes de financiación continua.
- Dificultad para coordinar acciones (requiere bastante tiempo).
- Rotación alta y frecuente de los representantes de los países.
- Apoyo insuficiente e inconstante por parte de los Gobiernos.
- Limitaciones para acceder a una comunicación efectiva.
- Conocimiento insuficiente de las experiencias locales.
- Duplicación de actividades.
- Desarrollo insuficiente de las redes nacionales de EPS.
- Desconocimiento de la existencia de la RLEPS en los países miembros.
- Escasa participación de nuevos actores (sector privado, organizaciones no gubernamentales, universidades) en el proceso.

- Concentración de la responsabilidad en uno o dos puntos focales de un solo país.
- Limitaciones para acceder a capacitación y educación continua.
- Falta de experiencia en la dinámica del trabajo en red.

Con base en el análisis de los aspectos críticos del funcionamiento de la RLEPS, durante la Tercera Reunión de la misma celebrada en Quito, Ecuador, se acordó fortalecer su gestión teniendo en cuenta las siguientes recomendaciones principales³¹:

- Incluir en la estructura de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud, así como en las redes nacionales de Escuelas Promotoras de la Salud, a otros sectores convergentes con la propuesta, gubernamentales o no, además de los sectores salud y educación.
- Modificar la estructura organizativa de la RLEPS para que la Presidencia del Consejo General se elija a partir de una terna de países propuesta por los participantes en cada reunión de la red.
- Modificar la estructura, funciones y responsabilidades de la RLEPS, siendo el país elegido por la Asamblea para asumir la Presidencia del Consejo General el encargado de coordinar las actividades necesarias para esta reestructuración.
- Fortalecer el sentido de pertenencia y la identidad institucional de la RLEPS, mediante una estrategia que incluya la construcción y difusión de su imagen cor-

porativa y la promoción de los vínculos interpersonales e interprofesionales entre sus integrantes, en un marco de respeto a la diversidad cultural.

- Movilizar recursos financieros que permitan el funcionamiento adecuado de la RLEPS.
- Desarrollar el plan de acción de la RLEPS de acuerdo con los lineamientos generales establecidos en Quito, y crear los grupos o comités de trabajo en las áreas de formación y capacitación de recursos humanos y la de comunicación y conectividad.

Los representantes de los 19 países que asistieron a la Tercera Reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud, eligieron por mayoría a Puerto Rico para asumir la sede de la IV Reunión y la Presidencia del Consejo General de la RLEPS, designación que fue aceptada por los delegados oficiales de ese país.

3.3.2 RED CARIBEÑA DE ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD (RCEPS)

Con el fin de continuar apoyando a los países del Caribe en la difusión y fortalecimiento de los programas de salud escolar, dentro del contexto específico de sus características e identidad cultural, recursos y prioridades, en noviembre de 2001 se celebró en la ciudad de Bridgetown, Barbados, la reunión constitutiva de la *Red Caribeña de Escuelas Promotoras de la Salud*, con asistencia de representantes de Bahamas, Barbados, Dominica, Granada, Guyana, Jamaica, Puerto Rico, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, San Cristóbal y Nieves, Surinam, Trinidad y Tobago.

Los *objetivos* de la Red Caribeña son ³² :

- Apoyar a los países de la subregión en el mejoramiento de las condiciones de salud y desarrollo de la población infantil y juvenil en edad escolar.
- Apoyar a los países del Caribe en la implementación de políticas saludables en el ámbito escolar.
- Fortalecer vínculos mediante la organización y participación comunitaria.
- Aumentar la participación de padres y madres de familia en la salud y el bienestar de niños y adolescentes, con el fin de facilitar la adquisición y mantenimiento de estilos de vida saludable.
- Diseminar conocimientos y prácticas exitosas de promoción y educación para la salud en relación con: escuelas libres de humo, educación sexual, alimentación y nutrición, actividad física, prevención de adicciones, educación en Habilidades para la Vida, entornos saludables (libres de violencia), prevención del suicidio, salud mental, estilos de vida saludable, etc.
- Brindar incentivos para una colaboración más estrecha entre los Ministerios de Salud y Educación con el propósito de lograr el desarrollo saludable de niños, niñas y jóvenes.
- Abogar y promover el valor agregado que tiene la existencia de una Red Caribeña de Escuelas Promotoras de la Salud entre todos los socios estratégicos, en especial quienes ya están trabajando en temas relacionados con la promoción de la salud mediante las escuelas.
- Fortalecer la capacidad de los Ministerios de Salud y Educación para promover la Iniciativa Escuelas Promotoras de la Salud.

Las redes de Escuelas Promotoras de la Salud de América Latina y el Caribe ofrecen oportunidades para continuar el diálogo sobre promoción de la salud y educación para la salud en todos los ámbitos y facilitar el intercambio de ideas, recursos y experiencias para nutrir el compromiso y entusiasmo de los distintos interesados³³.

3.4 ACREDITACION DE ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD

Con base en las directrices generales de la Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud, los países han avanzado en el proceso de definición de criterios y procedimientos para la acreditación de las Escuelas Promotoras de la Salud. En términos generales, los procedimientos incluyen normas sobre requisitos mínimos, certificación por parte de los Ministerios de Salud y Educación, actividades de monitoreo y seguimiento, requisitos de información y periodo de acreditación, aunque los esquemas varían mucho de país a país. En el cuadro siguiente se presenta el ejemplo de Chile.

CRITERIOS PARA LA ACREDITACION DE UNA ESCUELA PROMOTORA DE LA SALUD*

Proceso de Planificación

La Escuela debe reunir por lo menos tres de los siguientes elementos:

- Proceso definido para abogacía o documento de compromiso para el desarrollo de la Iniciativa.
- Grupo de trabajo para implementación de la Iniciativa y coordinación con otros sectores, en el que hay participación de representantes de los administradores escolares, docentes, padres y madres de familia, estudiantes y asociación de docentes y padres.
- Evaluación de necesidades o plan de acción de por lo menos un año.
- Inclusión del programa de salud escolar en el plan de acción de la comunidad, el proyecto educativo institucional o los planes nacionales regulares.

Actividades de Promoción de la Salud

La escuela debe tener al menos un programa en tres de las siguientes áreas prioritarias:

- Alimentación sana (cafeterías, refrigerios o comedores saludables).
- Educación física (ampliación de las horas dedicadas a la actividad física, recreación y deportes, mejoramiento de los espacios físicos).

* Ejemplo de Chile

- Factores psicosociales protectores (afectividad, educación en Habilidades para la Vida, relaciones interpersonales).
- Uso de tabaco, alcohol y drogas (declaración de espacios libres de humo, actividades educativas, prevención).
- Promoción de la salud bucal (instalación de cepilleros, actividades educativas).
- Ambiente escolar saludable (mejoramiento de los espacios físicos, educación ambiental, creación y conservación de áreas verdes).

Participantes en los programas

La escuela debe incorporar al menos tres participantes de los siguientes representantes:

- Personal de la administración escolar
- Profesores
- Estudiantes
- Padres y madres de familia
- Representantes de la comunidad

4.

MARCO CONCEPTUAL

programas nutrición iniciativa regional redes salud colaboracion
servicios educacion promocion participacion programas nut
iniciativa regional redes salud colaboracion servicios ed
promocion participacion programas nutrición inici
regional redes salud colaboracion servicios educacion promoci
participacion programas nutrición iniciativa regional redes
colaboracion servicios educacion promocion partici
programas nutrición iniciativa regional redes salud colaborac
servicios educacion promocion participacion programas nut
iniciativa regional redes salud colaboracion servicios
educacion promocion participacion programas nutrici
iniciativa regional redes salud colaboracion servicios educacion
promocion participacion programas nutrición iniciativ
regional redes salud colaboracion servicios educacion pro
participacion programas nutrición iniciativa regional
salud colaboracion servicios educacion promocion participaci
programas nutrición iniciativa regional redes salud colab
servicios educacion promocion participacion programas
nutrición iniciativa regional redes salud colaboracion servici

INTRODUCCION

La Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud tiene como meta el fortalecimiento del desarrollo humano sostenible de niños, niñas, adolescentes y jóvenes en el contexto del ámbito escolar. El marco conceptual en que se fundamenta dicha Iniciativa tiene dos bases principales. La primera de ellas son las *Declaraciones y Orientaciones de Promoción de la Salud*^{*}, que brindan el gran marco de referencia general de la propuesta Escuelas Promotoras de la Salud. La segunda, incluye las consideraciones pertinentes al binomio salud y educación, así como otros sectores sociales, el contexto y experiencias de los países en América Latina y el Caribe, los programas de salud escolar existentes, y en particular, los conocimientos científicos y técnicos sobre salud y educación a nivel mundial, incluyendo teorías, modelos y acciones educativas que permiten identificar las prácticas apropiadas, eficaces y efectivas para el desarrollo de programas integrales de salud escolar en los ámbitos regional, nacional y local.

El desarrollo de las estrategias y líneas de acción propuestas para el fortalecimiento de la Iniciativa Regional durante el periodo 2003-2012, se sustenta en el trabajo mediante redes y la participación comunitaria, especialmente de la comunidad educativa, las que a su vez se canalizan a través de los tres pilares de las Escuelas Promotoras de la Salud (educación para la salud con enfoque integral, entornos escolares saludables, y servicios escolares de salud, alimentación y vida

^{*} Carta de Ottawa (1986), Declaración de Adelaide (1988), Declaración de Sundsvall (1991), Declaración de Bogotá (1992), Conferencia del Caribe (1993), Declaración de Yakarta (1997), Declaración de México (2000) y Conferencia de Chile (2002).

activa). Con el propósito de facilitar el desarrollo humano sostenible se propone, además, el trabajo permanente en políticas públicas saludables, como un elemento común y transversal a los tres pilares de la Iniciativa Regional.

El diagrama de la página siguiente ilustra la forma en que se articulan los elementos principales del marco conceptual de la Iniciativa Regional, los cuales se describen en detalle a continuación en esta sección del documento.

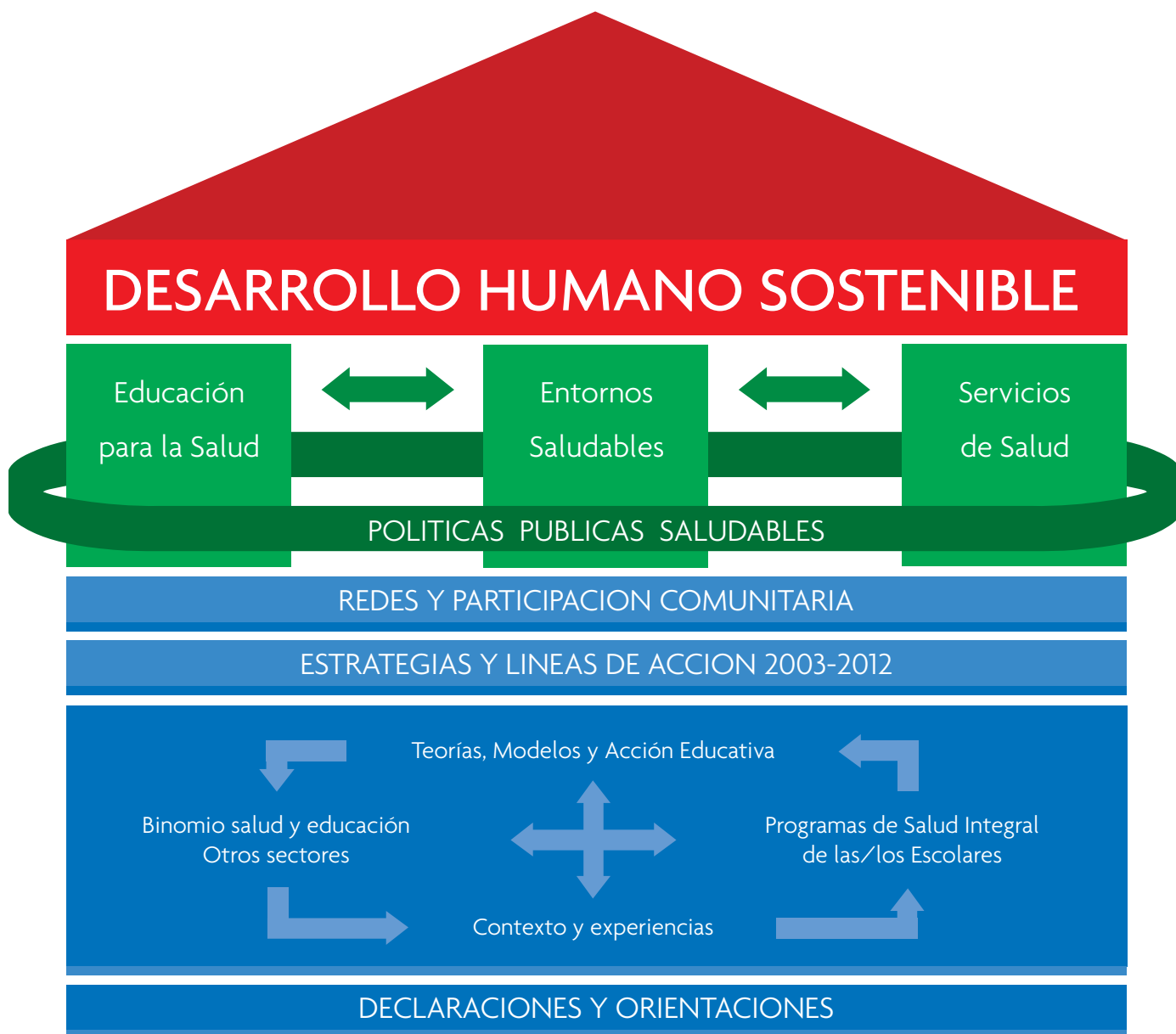
4.1 ¿QUE ES UNA ESCUELA PROMOTORA DE LA SALUD?

El modelo de *Escuelas Promotoras de la Salud* (EPS), difundido desde 1995 por la Organización Panamericana de la Salud en la Región de las Américas, a través de la Iniciativa Regional, es una *estrategia de promoción de la salud en el ámbito escolar* que se fundamenta en el desarrollo articulado y sinérgico de tres componentes principales³⁴:

- Educación para la salud con enfoque integral
- Creación y mantenimiento de entornos y ambientes saludables
- Provisión de servicios de salud, nutrición sana y vida activa

MARCO CONCEPTUAL

INICIATIVA REGIONAL ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD



Educación para la salud con enfoque integral

Los sistemas de educación formal de los países constituyen un escenario ideal para la realización de acciones educativas con la población en edad escolar durante etapas formativas muy importantes de su vida, pues se parte del reconocimiento de que los niños, las niñas y los adolescentes y jóvenes son los actores sociales del mañana y que las escuelas son una instancia donde los estudiantes pueden tener acceso a la información, el conocimiento, el ejemplo y el apoyo necesarios para desarrollar hábitos y estilos de vida saludable³⁵.

Hay evidencia científica que demuestra que los programas de prevención de la enfermedad que se centran principal o exclusivamente en la *transmisión de información y conocimientos* son poco efectivos³⁶, por lo que las intervenciones educativas para el fomento de la salud en el ámbito escolar deben tener en cuenta la gran diversidad de factores que influyen en el comportamiento humano. Así mismo, deben fundamentarse en una visión integral y multidisciplinaria de la salud que incluya el análisis de los factores sociales, políticos y económicos que afectan la vida cotidiana.

En consecuencia, este componente de la estrategia busca fortalecer la capacidad ("empoderamiento") de niños, niñas y jóvenes mediante procesos educativos estructurados en las escuelas que les facilite adquirir y poner en práctica los conocimientos, actitudes, valores, habilidades y competencias necesarias para la promoción y protección de su propia salud y la de su familia y comunidad.

Uno de los grandes retos para educadores y salubristas consiste en trascender los enfoques tradicionales de abordar la educación para la salud caracterizados por la ense-

ñanza de contenidos aislados de temas de salud que tienen poca o ninguna relación con la realidad del estudiante en sus entornos familiar y comunitario; el énfasis en los aspectos cognitivos y didácticos del proceso educativo, con escasa valoración o franco desconocimiento de los procesos afectivos y la inteligencia emocional; la falta de participación de los estudiantes y otros miembros de la comunidad educativa en la selección de los temas y la evaluación del proceso de enseñanza y aprendizaje; y la poca atención al uso de técnicas interactivas y participativas que contribuyan a hacer de la experiencia educativa un proceso más agradable y de mayor impacto para todos los involucrados.

Los programas de educación para la salud en las escuelas son *integrales* cuando³⁸:

- Se inspiran en un paradigma que considera la salud como fuente de bienestar y desarrollo sostenible y no como la simple ausencia de enfermedad.
- Utilizan todas las oportunidades disponibles (dentro y fuera de la comunidad educativa, educación formal e informal, métodos tradicionales o alternativos) para desarrollar procesos de educación para la salud.
- Fortalecen la capacidad de los estudiantes ("empoderamiento") para transformar las condiciones determinantes de la salud.
- Promueven la interacción entre escuela, comunidad, padres y madres de familia, y los servicios de salud disponibles localmente.
- Promueven el desarrollo y conservación de ambientes escolares saludables.

Una Escuela Promotora de la Salud :

- Implementa políticas que apoyan la dignidad y el bienestar individual y colectivo y ofrecen múltiples oportunidades de crecimiento y desarrollo para niños, niñas y adolescentes, dentro del contexto de aprendizaje y éxito de la comunidad escolar (incluidos docentes, estudiantes y sus familias).
- Pone en marcha estrategias que fomentan y apoyan el aprendizaje y la salud, utilizando para ello todos los medios y recursos disponibles e involucrando personal del sector salud y educación y líderes de la comunidad en el desarrollo de actividades escolares planificadas (Vg., educación para la salud con enfoque integral y entrenamiento en Habilidades para la Vida; fortalecimiento de factores protectores y disminución de comportamientos de riesgo; facilitación del acceso a servicios de salud escolar, nutrición y educación física).
- Involucra a todos los miembros de la escuela y la comunidad (incluidos maestros, padres, estudiantes, líderes y organizaciones no gubernamentales) en la toma de decisiones y la ejecución de las intervenciones para la promoción del aprendizaje, el fomento de estilos de vida sana y la realización de proyectos comunitarios de promoción de la salud.
- Tiene un plan de trabajo para el mejoramiento del ambiente escolar físico y psicosocial y sus alrededores (Vg., normas y reglamentos para ambientes libres de humo, drogas, abuso y cualquier forma de violencia; acceso a agua potable e instalaciones sanitarias; alimentos saludables), tratando de dar ejemplo mediante la creación de ambientes escolares saludables y el desarrollo de actividades que se proyecten fuera del ámbito escolar hacia la comunidad.
- Implementa acciones para evaluar y mejorar la salud de estudiantes, comunidad educativa, familias y miembros de la comunidad en general y trabaja con los líderes de la comunidad para asegurar el acceso a nutrición, actividad física, consejería, servicios de salud y de referencia.
- Ofrece entrenamiento relevante y efectivo y material educativo a docentes y estudiantes.
- Tiene un comité local de educación y salud en el que participan activamente las asociaciones de padres, organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones en la comunidad.

En el Nuevo Milenio* niños, niñas y jóvenes requieren una verdadera *educación para la vida orientada al desarrollo de su capacidad innata de aprender a ser, aprender a aprender, aprender a hacer, aprender a convivir*³⁹ y *aprender a emprender*⁴⁰, y al fortalecimiento de las distintas destrezas y competencias necesarias para enfrentar con éxito las exigencias y desafíos de un mundo que es cada vez más complejo.

Requieren una educación participativa y liberadora que desarrolle su capacidad analítica e investigadora en un ambiente positivo y de creatividad, y que fortalezca los principios de respeto de los derechos humanos, la equidad y los valores solidarios, contribuyendo así a la formación de hombres y mujeres con autoestima, autonomía, conciencia y compromiso social³⁵.

En este sentido, el enfoque de *Habilidades para la Vida* -con su énfasis en el desarrollo de destrezas y competencia psicosocial- está teniendo cada vez más aceptación y difusión en los países de la Región y constituye una herramienta valiosa para continuar apoyando los procesos de educación para la salud en el ámbito escolar⁴¹.

La educación en Habilidades para la Vida tiene como objetivo principal el desarrollo y fortaleci-

* Las Metas del Milenio para el Desarrollo (MDM), adoptadas en la 55.^a Asamblea General de la ONU, representan un compromiso mundial en la lucha por reducir la pobreza y la inequidad en la distribución del ingreso dentro y entre los Estados Miembros. El sector salud está implicado en el logro de tres grandes metas: la reducción de la mortalidad materna e infantil (MDM Nos. 4 y 5) y la reducción del VIH/SIDA y otras enfermedades transmisibles (MDM No. 6). Además el sector salud tiene la responsabilidad de colaborar con otros sectores en el logro de las demás metas.

miento de un *grupo genérico de habilidades psicosociales* que tienen aplicación en una amplia variedad de situaciones cotidianas y de riesgo propias de la vida de niños, niñas y jóvenes. Aunque existen diversas formas de clasificar dichas habilidades⁴², la Organización Mundial de la Salud ha propuesto que las siguientes diez son relevantes en cualquier contexto sociocultural⁴³:

Conocimiento de sí mismo (a)	Empatía
Comunicación efectiva (asertiva)	Relaciones interpersonales
Toma de decisiones	Solución de problemas
Pensamiento creativo	Pensamiento crítico
Manejo de emociones y sentimientos	Manejo de tensiones y estrés

Saber tomar mejores decisiones o tener la capacidad de "decir no", por ejemplo, son habilidades psicosociales importantes que pueden ayudarle a niñas, niños y jóvenes a resistir la presión del grupo de pares o amigos para iniciarse en el consumo de sustancias psicoactivas o el tabaquismo. Sin embargo, estas mismas habilidades también pueden constituir un factor protector en el caso de situaciones de riesgo relacionadas con la vida sexual de adolescentes y jóvenes.

Algunas de las características personales que se han identificado en los niños y las niñas resilientes⁴⁴, como por ejemplo, *autonomía, empatía, control de emociones e impulsos*, o la habilidad para *comprender y analizar situaciones*, pueden desarrollarse o fortalecerse mediante las intervenciones de educación en Habilidades para la Vida en las escuelas.

El que una sola intervención -la educación en Habilidades para la Vida- permita abordar múltiples objetivos, intereses y prioridades comunes a diversos sectores sociales, como la promoción de la salud (desarrollo de aptitudes personales), la prevención de problemas psicosociales y la promoción del desarrollo humano integral, constituye una de las principales fortalezas de este enfoque.

Los programas actuales de educación para la salud en las escuelas deben igualmente prestar atención a los aspectos relacionados con la alfabetización en salud ("health literacy") y su potencial de contribuir a los objetivos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en las distintas etapas del ciclo evolutivo.

Como parte de los posibles contenidos temáticos de "alfabetización en salud" a través de las escuelas, resultaría muy pertinente incluir la educación en los derechos humanos básicos y las libertades fundamentales de todos los niños, niñas y jóvenes en general, y en especial de aquellos que pertenecen a los grupos más vulnerables o excluidos (por ejemplo, niños y niñas con afecciones crónicas o discapacidades de cualquier tipo, víctimas de conflictos armados o los refugiados, entre otros).

* Sobre el concepto de "health literacy" (de aplicación relativamente reciente en el campo de la salud pública) existen diversas definiciones, como la adoptada en los objetivos de US Healthy People 2010, en donde se afirma que la alfabetización en salud consiste en "la capacidad para obtener, interpretar y comprender información básica sobre la salud y los servicios y la competencia para usar dicha información y servicios para el mejoramiento de las condiciones de salud" (US Healthy People 2010 Objectives). Durante la V Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (México, 2000), se acordó incorporar en el concepto otras dimensiones del desarrollo comunitario y hacer énfasis en la alfabetización en salud no solo como una característica personal sino como un factor determinante de la salud pública (Ilona S. Kickbusch. Health Literacy: Addressing the health and education divide. February 2001).

Es fundamental educar a niñas, niños y jóvenes para una vida saludable a partir del conocimiento y apropiación de los derechos humanos y libertades fundamentales, y en este sentido las instituciones educativas constituyen un escenario ideal. Existen vínculos muy importantes por explorar entre derechos humanos y promoción y educación para la salud, dentro del contexto de "empoderamiento" y participación social de las Escuelas Promotoras de la Salud.

Las actividades de educación para la salud en las escuelas que involucran el uso de métodos y estrategias de aprendizaje participativo e interactivo, como los enfoques *Niño a Niño o Joven a Joven*, estimulan a los estudiantes para que asuman un papel activo en la promoción y protección de la salud entre los niños y las niñas de su edad, sus familias y sus comunidades, incluidos los niños y jóvenes que están por fuera del sistema escolar⁴⁵.

Es evidente que en un continente como el de las Américas, de tan extraordinaria diversidad cultural y fuente de ricas experiencias pedagógicas innovadoras, no puede existir una forma única de planificar y llevar a cabo las actividades de educación para la salud en las escuelas. No obstante, en términos generales el diseño y desarrollo de un programa integral de educación para la salud requiere el diagnóstico de necesidades; el desarrollo curricular; la preparación de material didáctico; la formación, capacitación y actualización de docentes; la investigación; el seguimiento y evaluación; y la difusión de la información³⁷.

Es recomendable que dichos programas*:

- Integren un currículo escolar con base en las prioridades nacionales, regionales y locales de salud pública concebidas en términos de los conocimientos, actitudes, valores y habilidades necesarias para el desarrollo de estilos de vida saludable.
- Hagan énfasis en los factores protectores de la salud (incluida la promoción de la resiliencia) y las prácticas y factores de riesgo.
- Incluyan el componente de educación en habilidades y competencias psicosociales (Habilidades para la Vida).
- Apliquen nuevos métodos de educación para la salud que complementen el aprendizaje en las aulas mediante el refuerzo transcurricular y las actividades en el ámbito escolar y la comunidad.

Aunque habitualmente la educación física ha hecho parte de la educación para la salud y se centra en la práctica de los deportes y el desarrollo de destrezas motrices, en años recientes ha cobrado fuerza el movimiento internacional para promover el mejoramiento del estado físico durante todas las etapas del ciclo vital. La educación física y las actividades recreativas ofrecen oportunidades adicionales para la promoción de la vida activa y la salud física y mental en las escuelas y colegios.

* Tomado y adaptado de World Health Organization (1997) Promoting Health through Schools. Report of a WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion. WHO Technical Report Series 870. Geneva: WHO.

Creación y mantenimiento de entornos y ambientes saludables

La creación de entornos saludables es otro componente fundamental de la promoción de la salud en el ámbito escolar e involucra dos dimensiones diferentes y complementarias:

- **Dimensión física.** Se refiere al entorno físico en donde se enseña y se aprende, el cual debe garantizar las condiciones mínimas de seguridad y saneamiento ambiental (agua, servicios sanitarios) que favorecen la salud, el bienestar y el desarrollo del máximo potencial de niños, niñas y demás miembros de la comunidad educativa. Las condiciones del entorno físico de una escuela, las condiciones que apoyen el cuidado del ambiente y las políticas relacionadas con su uso (espacios libres de humo, el tipo de alimentos que se venden en la cafetería escolar, por ejemplo) pueden tener un potente efecto reforzador o contradictor de otros mensajes de promoción de la salud que se promueven en el ámbito escolar³⁸.
- **Dimensión psicosocial.** Una Escuela Promotora de la Salud busca promover la construcción de un clima de interacción armónica, amable, respetuosa de los derechos humanos, equitativa y libre de cualquier forma de violencia entre sus miembros, a través de la enseñanza de la tolerancia, democracia y solidaridad. Cada vez existe más evidencia sobre la enorme importancia que tiene la *calidad del microclima psicosocial dentro del aula de clase* (relaciones amistosas, ausencia de peleas, grupos de pares) en el rendimiento académico de los estudiantes y el desempeño de los propios docentes*.

Provisión de servicios de salud, alimentación sana y vida activa

La prestación de servicios de salud en el ámbito escolar tiene una larga trayectoria en la Región de las Américas. A lo largo de los años los enfoques y modelos se han caracterizado por una enorme diversidad de país a país, reflejando fundamentalmente cambios en las tendencias de salud pública y las distintas maneras en que las naciones han avanzado en la reforma de sus sistemas sanitarios. Del modelo de "higiene escolar", inspirado en experiencias europeas a comienzos del siglo pasado, se evolucionó a programas escolares con inclusión de campañas masivas de vacunación y temas de educación para la salud, y posteriormente al diseño de intervenciones de corte más integral en las que salud y educación se convierten en socios activos para el logro de objetivos y metas comunes¹⁷.

La provisión de servicios de salud, alimentación sana y vida activa para los escolares debe organizarse de acuerdo con las políticas, mecanismos, modelos y contenidos relevantes que responden a las necesidades de los escolares, y los recursos previstos en cada caso (país, región o municipio) para la atención de la salud de la población en general. En este sentido, una Escuela Promotora de la Salud:

* Resultados del Primer Estudio Internacional Comparado de Matemática, Lenguaje y Factores Asociados, realizado por el Laboratorio Latinoamericano de Evaluación de la Calidad de la Educación en doce países de Latinoamérica (UNESCO, 1998). Para mayor información sobre esta investigación puede consultarse el sitio web de UNESCO-OREALC: <www.unesco.cl>.

- Orienta a la comunidad educativa para que los escolares accedan oportunamente a todas las acciones de *prevención* (inmunizaciones, tamizajes visuales y auditivos, salud bucal, salud mental y consejería, entre otros) y *tratamiento de la enfermedad, alimentación y nutrición* a que tienen derecho dentro de los mecanismos previstos en el sistema sanitario vigente.
- Organiza, en coordinación con la red de servicios disponibles localmente, la *prestación directa de servicios de salud (incluidos los de alimentación, nutrición y vida activa) dentro de la escuela*, en los casos en que esto se considere pertinente y de acuerdo con las políticas establecidas, el modelo vigente para la prestación de servicios sanitarios, los recursos disponibles para tal fin y el contexto sociocultural.
- Ejerce *auditoría de la calidad y oportunidad de los servicios de salud* (incluidos los de alimentación, nutrición y vida activa) que reciben los estudiantes y demás miembros de la comunidad educativa.
- Informa y educa a la comunidad educativa sobre los *derechos y deberes* de los escolares y demás miembros dentro del sistema sanitario al que pertenecen.
- Participa en la *vigilancia epidemiológica de las condiciones de riesgo y factores protectores* para la salud a que está expuesta la comunidad educativa.

4.2 DECLARACIONES INTERNACIONALES Y ENFOQUES TEORICOS EN QUE SE FUNDAMENTA LA INICIATIVA REGIONAL ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD

Las Escuelas Promotoras de la Salud son esencialmente una gran estrategia de *promoción de la salud en el ámbito escolar y*, en consecuencia, constituyen una aplicación al entorno específico de las comunidades educativas, de las teorías, bases científicas, modelos y herramientas en que se fundamenta la *promoción de la salud*. Por ende, referirse al marco conceptual de las Escuelas Promotoras de la Salud significa, principalmente, considerar los elementos más importantes del marco conceptual de la propia promoción de la salud⁴⁶.

Como estrategia de salud pública, la promoción se ocupa de una amplia gama de áreas sociales que son críticas para el mejoramiento de la salud de los pueblos, el desarrollo humano y la calidad de vida. La promoción de la salud amplía el marco operativo de la estrategia de atención primaria y contribuye a alcanzar los objetivos de "Salud para Todos", fortaleciendo la capacidad de las per-

“La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana: en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.”

Carta de Ottawa, 1986

sonas para optar y mantener estilos de vida saludable y participar en las acciones comunitarias necesarias para vivir una vida saludable.

La promoción se inspira principalmente, aunque no de manera exclusiva, en los planteamientos esenciales de la Carta de Ottawa (1986)⁴⁷ y las sucesivas conferencias internacionales y regionales, en donde se han analizado distintos aspectos críticos para el mejoramiento de las condiciones de salud y desarrollo de las personas y comunidades. Así, por ejemplo, la Segunda Conferencia, realizada en Adelaida (Australia, 1988), subrayó el papel fundamental de las *políticas públicas saludables* y en la Tercera Conferencia en Sundsväl (Suecia, 1991), se hizo énfasis en la *interdependencia entre la salud y el ambiente* en sus diferentes dimensiones (físicas, culturales, económicas y políticas).

Durante la Conferencia de Santa Fé de Bogotá (Colombia, 1992) se discutió la importancia de la *solidaridad y la equidad como condiciones indispensables para la salud y el desarrollo*, además de que se deploró la repercusión de la violencia en la salud de los individuos y las comunidades. La Conferencia de Promoción de la Salud del Caribe (Trinidad y Tobago 1993) enfatizó la promoción y protección de la salud, identificó estrategias para la realización de actividades intersectoriales, e hizo un llamado a la renovación del compromiso para la participación comunitaria en los procesos de decisión, comunicación social y mayor equidad en salud.

Posteriormente, durante la Conferencia de Jakarta (Indonesia, 1997), considerada como la Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud después de Ottawa, se planteó la *necesidad de avanzar en la lucha*

contra la pobreza y otros determinantes de la salud en los países en desarrollo. De igual modo, se hizo énfasis en la *movilización de sectores privados y la conformación de alianzas estratégicas*¹³.

La Quinta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, realizada en la Ciudad de México (2000), consideró la promoción del desarrollo sanitario y social un deber primordial y una responsabilidad de los gobiernos, que comparten todos los demás sectores de la sociedad y concluyó que la *promoción de la salud debe ser un componente fundamental de las políticas y programas de salud en todos los países*, en la búsqueda de la equidad y de una mejor salud para todos, proponiendo entre otras cosas, el desarrollo de las siguientes acciones¹³:

- Situar la promoción de la salud como prioridad fundamental de las políticas y programas de salud locales, regionales, nacionales e internacionales.
- Ejercer el papel de liderazgo para asegurar la participación activa de todos los sectores y de la sociedad civil en la aplicación de medidas de promoción de la salud.
- Apoyar la preparación de planes de acción en el ámbito nacional para la promoción de la salud.
- Establecer o fortalecer redes nacionales e internacionales que promuevan la salud.

Con el fin de pasar de la teoría a la práctica y alcanzar los objetivos propios de promoción de la salud, la Carta de Ottawa (1986) propuso que las acciones de pro-





moción se fundamenten en el desarrollo de las siguientes *cinco grandes áreas estratégicas*:

- Formulación de *políticas públicas* que promuevan la salud en todos los sectores y niveles de la sociedad (políticas públicas saludables).
- Creación de *entornos favorables* (ambientes físicos, sociales, económicos, políticos, culturales) para la salud y el bienestar.
- Fortalecimiento de las *acciones comunitarias y de la participación de la gente* en las decisiones y las acciones de promoción de la salud.
- Desarrollo de las *aptitudes personales* necesarias para vivir una vida saludable.
- *Reorientación de los servicios de salud* para conceder mayor importancia a la promoción de la salud.

La aplicación de este marco estratégico general en que se apoya la promoción de la salud en el contexto de *escenarios o entornos específicos*, ha servido para guiar el desarrollo de importantes propuestas internacionales de salud pública como las de "*ciudades o municipios saludables*" y "*escuelas saludables o promotoras de la salud*".

Conceptualmente la promoción de la salud se nutre de una enorme diversidad de teorías y modelos que tienen fundamento en la investigación científica originada en distintas disciplinas y latitudes, especialmente en los Estados Unidos de Norteamérica y Europa, con excepciones notables como la investigación

en el campo de la *acción participativa* (Fals Borda 1988-91) y la teoría de la *educación participativa* (Freire 1970-74), que se desarrollaron en América Latina. No obstante, resulta claro que se requiere mucha más investigación con el fin de desarrollar teorías, modelos y procesos para las intervenciones en salud en el contexto social, económico y cultural específico de América Latina y el Caribe.


Algunos de los enfoques teóricos más importantes, y su relación con las áreas de promoción de la salud, se presentan en la próxima página^{*48}.

Teorías políticas sobre desarrollo comunitario participativo

El *empoderamiento* ("empowerment") es un concepto fundamental en la práctica de la organización comunitaria y el desarrollo participativo y se refiere a la capacidad de las personas para tomar decisiones y llevar a cabo acciones, individualmente y en lo colectivo. Implica acceso y control sobre los recursos necesarios.

En términos de un *empoderamiento individual*, se refiere a las características psicológicas de autoestima, confianza en sí mismo y buena dosis de control para lograr una meta o interés personal. En términos de un *empoderamiento comunitario*, se refiere a características de organización social, contactos y alianzas entre grupos de presión, influencia en los niveles políticos y de deci-

* El cuadro se basa en la información contenida en el documento "Communication, Education and Participation: A Framework and Guided Action", elaborado en 1996 por las Doctoras María Teresa Cerqueira y Gloria Coe, en ese entonces Asesoras Regionales en Participación Social y Educación para la Salud y en Comunicación Social, respectivamente.

Marco de referencia	Enfasis		Area estratégica de la promoción de la salud
<ul style="list-style-type: none"> • Teorías políticas sobre desarrollo comunitario participativo • Redes de apoyo social de base comunitaria • Teorías sobre desarrollo cognitivo centrado en quien aprende • Teorías sobre modificación del comportamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Explican el fortalecimiento de la capacidad ("capacity building"), la organización democrática y los estilos de administración • Facilitan la comunicación interpersonal y el consenso sobre estilos de vida saludable • Describen y explican el proceso de adquisición y actualización de valores, conocimientos y habilidades • Describen y explican el proceso de adopción de estilos de vida saludable a nivel individual y comunitaria. 		<ul style="list-style-type: none"> • Creación de entornos o ambientes de apoyo a la vida saludable • Fortalecimiento de la acción comunitaria • Desarrollo de aptitudes o habilidades necesarias para una vida saludable

sión económica, de tal manera que se logre una meta o interés del grupo o la comunidad³⁵.

Dentro del marco de promoción de la salud, el término "empoderamiento" también se refiere al proceso de acción social que promueve la participación de las personas, organizaciones y comunidades hacia metas de incremento del control individual y comunitario, eficacia política, mejora de la calidad de la vida en comunidad y justicia social.

El proceso de empoderamiento implica desarrollo de competencias y entrenamiento en habilidades para negociar, manejar conflictos, construir consenso y alianzas estratégicas.

En la medida en que las comunidades fortalecen su capacidad de tomar decisiones y resolver problemas mediante la acción colectiva, el cambio se reflejará en un aumento de los indicadores de calidad de vida y una reducción de las tasas de problemas sociales y de salud. Las comunidades que se han fortalecido de esta manera, pueden trabajar eficientemente en la modificación de los factores de riesgo y las condiciones que subyacen a muchos problemas de salud. Estas comunidades son la fuerza que impulsa la promoción de políticas públicas que facilitan los estilos de vida saludable.

Redes de apoyo social de base comunitaria

El desarrollo de comunidades competentes con frecuencia involucra la aplicación de principios y enfoques

derivados de las *teorías de apoyo social y conformación de redes con base en la comunidad*, cuyas técnicas se usan para la identificación de líderes naturales en una comunidad; la comprensión de patrones comunitarios; la identificación de grupos de alto riesgo; y para involucrar a los miembros de las redes en la evaluación de necesidades en sus propias comunidades y para que emprendan las acciones necesarias para mejorar la calidad de vida y crear ambientes de apoyo en la comunidad.

Las redes de apoyo social desempeñan una función vital en la promoción de estilos individuales y colectivos de vida saludable, ya sea estimulando o desalentando el comportamiento orientado a la salud y el bienestar.

Teorías sobre desarrollo cognitivo centrado en quien aprende

Muchos de los pilares actuales sobre desarrollo cognitivo se deben al trabajo pionero de Jean Piaget, quien en la década de los treinta postuló que el desarrollo cognitivo en los seres humanos progresa a lo largo de una serie de etapas (*sensoriomotriz, pre-operacional, de operaciones concretas y de operaciones formales*), como resultado de la interacción permanente entre los factores biológicos y la experiencia, y que en cada una de ellas la persona adquiere la capacidad de comprender el mundo de manera cada vez más compleja y sofisticada⁴⁹.

Es evidente que siete décadas después, muchos de los planteamientos iniciales de Piaget han sido revisados y actualizados a la luz de los resultados de investigaciones científicas recientes. Por ejemplo, las seis fases en que el autor subdividió el periodo sensoriomotriz se clasifican hoy en día en cuatro, con puntos críticos de tran-

sición a los 3, 8, 12 y 18 meses de edad, que parecen coincidir con cambios en el proceso de maduración cerebral relacionados con las ondas cerebrales, los ciclos de sueño y la percepción, los cuales no se habían esclarecido en la época de Piaget⁴⁹.

Si bien es cierto que es necesario contextualizar el trabajo científico de Piaget, no cabe la menor duda que sus aportes al desarrollo de la teoría del conocimiento fueron enormes, y que muchos de ellos sentaron las bases para el desarrollo de las teorías de la educación. En primer lugar, Piaget señaló con toda claridad que el conocimiento tiene como función transformar la realidad, no sólo adquirir información. En segundo lugar, destacó que mucho de la psicología conductista y ciencia cognitiva negaba la importancia de los sentimientos. La experiencia humana involucra el pensamiento, lo cognoscitivo, la acción, lo psicomotriz y lo afectivo. Piaget señaló que es sólo cuando estas tres dimensiones se consideran en conjunto, que el aprendizaje de cada experiencia tiene sentido, enriquece y "empodera" al individuo⁵⁰.

Durante años se ha considerado que involucrar a las personas en experiencias de aprendizaje constructivas es un aspecto esencial en el mejoramiento de la calidad de vida individual y colectiva. Los marcos de referencia de desarrollo cognitivo centrado en quien aprende, que se fundamentan principalmente en las teorías de *educación de adultos* (Knowles 1981-1984), *pedagogía crítica* (Freire 1970-1974) y *aprendizaje social* (Bandura 1986), son claves en el fortalecimiento de la capacidad en el ámbito local.

Los modelos de educación popular para la salud, basados en la pedagogía crítica, se centran en el empoderamiento de los miembros de la comunidad para que

puedan identificar problemas e implementar las soluciones necesarias para mejorar la calidad de vida.

En gran medida el fundamento teórico de la educación para la salud y la capacitación de los trabajadores de la salud se ha derivado del campo de la educación de adultos. Los modelos más efectivos asumen que una persona bien motivada que está aprendiendo puede beneficiarse de una abundancia de experiencias de vida, y en consecuencia muchos programas enfatizan la importancia de un clima de respeto mutuo, colaboración, reciprocidad, confianza, apoyo, franqueza y autenticidad.

Teorías sobre la modificación del comportamiento

Tratar de comprender qué determina que una persona quiera o no optar por un estilo de vida saludable ha sido tema de investigación científica de diversas disciplinas. Algunas de las teorías utilizadas con frecuencia para explicar este proceso son las relacionadas con los modelos sobre la *modificación del comportamiento por etapas* y las *teorías de la persuasión*.

Las *teorías sobre modificación del comportamiento* sostienen que adoptar comportamientos saludables es un proceso en el que las personas avanzan a lo largo de varias etapas hasta que el nuevo comportamiento llega a formar parte de la vida cotidiana.

Las *teorías y modelos de la persuasión* ofrecen un marco de referencia amplio para la comprensión del comportamiento humano y sus determinantes, han servido como base para la investigación científica en disciplinas relacionadas con las ciencias de la salud y la planificación, implementación y evaluación de activi-

dades de comunicación y educación para la salud. Dentro de este campo se destacan dos, por su solidez y amplia difusión transcultural.

El Modelo de Creencias en Salud se formuló en la década de los cincuenta a partir de una experiencia de participación pública en un programa de tamizaje (screening) para la tuberculosis. El análisis de las distintas fuerzas y factores que influyeron en la participación dio origen al desarrollo del modelo, el que se basa en tres factores esenciales⁵¹:

- La disponibilidad de la persona para considerar cambios en su comportamiento con el fin de evitar la enfermedad o reducir al máximo los riesgos para la salud.
- La presencia e intensidad de fuerzas en el entorno de la persona que impulsan el cambio y lo facilitan.
- Los comportamientos en sí mismos.

Este modelo se basa en la presunción de que si la gente tiene acceso a información sobre la gravedad de una enfermedad y su propia susceptibilidad hacia condiciones que puedan producirla, actuarán de manera racional siempre y cuando perciban que el comportamiento recomendado es efectivo.

La *Teoría del Aprendizaje Social* de Bandura sugiere que las personas se comprometen en la modificación del comportamiento siempre y cuando:

- Consideren que son competentes para adoptar el nuevo comportamiento, es decir, se perciben a sí mismas como individuos eficientes.

- Crean que los resultados del comportamiento serán positivos.

El *Modelo PRECEDE-PROCEDE*⁵² se ha usado exitosamente en programas de promoción de la salud y educación para la salud en el ámbito escolar, dando énfasis al desarrollo de habilidades y destrezas de escolares. Toma en cuenta los factores determinantes de la salud y sirve de guía en la planificación de programas e intervenciones de promoción de la salud y educación para la salud, facilitando la planificación, implementación y evaluación integral de programas, así como el desarrollo de políticas y legislación. El modelo enfatiza que la salud y las conductas están determinadas por múltiples factores y que las acciones multisectoriales y multidisciplinarias son fundamentales para lograr cambios de conductas.

El modelo consta de cinco fases de diagnóstico, una fase de ejecución y tres fases de evaluación. Las fases de diagnóstico incluyen:

1. Diagnóstico social de necesidades, deseos y percepciones.
2. Diagnóstico epidemiológico de la situación y los problemas de salud más frecuentes.
3. Diagnóstico de conductas y del entorno.
4. Diagnóstico de las condiciones de conductas predisponentes (conocimientos, actitudes, creencias, valores y percepciones que facilitan o limitan el proceso de cambio), que refuerzan (recompensas y retroalimentación), que facilitan y afectan el comportamiento (habilidades sociales, recursos disponibles, barreras que pueden favorecer la conducta deseada y limitar la indeseada).
5. Diagnóstico del ambiente administrativo y político, que evalúa la capacidad organizacional, gerencial y los recursos disponibles para el desarrollo e implementación de programas que pueden influenciar los factores de la conducta deseada.

El gran desafío para quienes trabajan en promoción de la salud en el ámbito escolar consiste en la aplicación creativa de estos marcos teóricos, así como de muchos otros, para el mejoramiento de la calidad de vida y las oportunidades para el aprendizaje y el desarrollo saludable de la población en edad escolar.

5.

ESTRATEGIAS Y LINEAS DE ACCION

2003-2012

programas nutrición iniciativa regional redes salud colaborac
servicios educación promoción participación programas nut
iniciativa regional redes salud **colaboración** servicios ed
promoción **participación** programas nutrición inici
regional redes salud colaboración servicios educación promoci
participación programas nutrición iniciativa regional redes
colaboración **servicios** educación **promoción** partici
programas nutrición iniciativa regional redes salud colaborac
servicios educación promoción participación programas nut
iniciativa regional redes salud **colaboración** servicios
educación **promoción** participación programas nutrici
iniciativa regional redes salud colaboración servicios educación
promoción participación programas nutrición **iniciativ**
regional redes salud **colaboración** servicios educación pro
participación programas nutrición iniciativa **regional**
salud colaboración servicios educación promoción participaci
programas nutrición iniciativa regional **redes** salud colab
servicios educación promoción participación **programas**
nutrición iniciativa regional redes salud colaboración servici

La Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud es un mecanismo estratégico de abogacía, articulación y movilización social, multisectorial e interagencial de recursos para el fortalecimiento de las capacidades regionales, nacionales y locales necesarias para la promoción de la salud, la creación de condiciones propicias para el aprendizaje y el desarrollo humano integral, y el mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar colectivo de niños, niñas, jóvenes y demás miembros de las comunidades educativas.

El presente plan estratégico para el fortalecimiento de la Iniciativa durante el periodo 2003 a 2012 se formuló teniendo en cuenta la situación actual de los programas de salud escolar y el grado de avance en la implementación de la estrategia en la Región, dentro del marco general de las áreas prioritarias de cooperación técnica de la Organización para el mismo periodo⁵³ y las establecidas por la División de Promoción y Protección de la Salud (HPP) para la creación y fortalecimiento de capacidad técnica en materia de promoción de la salud⁵⁴.

El plan se apoya en el desarrollo de seis estrategias principales y sus correspondientes líneas de acción, descritas a continuación, y que se presentan en forma resumida en la tabla al final de esta sección.

5.1

ABOGACIA DE LOS PROGRAMAS DE SALUD ESCOLAR Y LA DIFUSION DE LA INICIATIVA REGIONAL ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD

Uno de los logros más significativos de la Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud es haber contribuido durante los últimos siete años a que las necesidades integrales de la población infantil y juvenil en edad escolar tengan ahora una mayor visibilidad en las agendas políticas, socioeconómicas y de salud pública de los Estados Miembros. De igual manera, la Iniciativa ha promovido una mayor comprensión continental sobre la indisolubilidad del binomio salud-educación y el potencial estratégico que tienen las escuelas en el fomento de la salud, el desarrollo sostenible y el crecimiento socioeconómico y espiritual de los pueblos.

No obstante lo anterior, y pese a los logros obtenidos, la abogacía de las intervenciones integrales en el ámbito escolar debe seguir siendo una de las prioridades de la Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud. Un desafío persistente para la consolidación de la misma en la Región consiste en involucrar a la sociedad en su conjunto, las agencias internacionales, los sectores público y privado, los medios de comunicación, las instancias de

decisión política, los docentes, los estudiantes y los padres y madres de familia en la definición de prioridades y la movilización de los recursos humanos y materiales requeridos para la realización de las actividades.

En consecuencia, durante los próximos diez años la Iniciativa continuará apoyando estrategias regionales y subregionales encaminadas a incrementar la valoración social de los programas integrales de salud escolar, el compromiso político y los recursos disponibles para dichos programas. Así mismo, enfocará la colaboración técnica de la Organización al fortalecimiento de la capacidad de abogacía en los propios países, especialmente de las Comisiones Nacionales y otros actores interesados y responsables de impulsar la causa en favor de los programas integrales de salud escolar.

Los defensores de la salud escolar necesitan una visión clara sobre dichas acciones y la manera de ponerlas en marcha dentro del contexto específico de cada país, así como herramientas técnicas para formular propuestas y gestionar recursos e información fundamentada en evidencia científica. La diseminación amplia de dicha información y de los resultados de la investigación tiene un impacto considerable en la determinación de prioridades y en el trabajo de las distintas instituciones y agencias³⁸.

Principales líneas de acción:

- Fortalecer la conciencia de líderes políticos y funcionarios de los Estados Miembros responsables de

* Instituciones de educación superior y formadoras del recurso humano; agremiaciones científicas y profesionales; sindicatos de docentes; medios masivos de comunicación; organizaciones no gubernamentales y otros grupos de abogacía.

tomar decisiones en los Ministerios de Salud, Educación y otros sectores; líderes de opinión; y actores estratégicos vinculados a los sectores no gubernamentales*, sobre el compromiso de continuar avanzando en los objetivos de las políticas internacionales "Salud para Todos" y "Educación para Todos" (EFA2015) y el potencial de las Escuelas Promotoras de la Salud de contribuir eficazmente al logro de dichos objetivos comunes.

- Fortalecer la capacidad técnica de las Comisiones Nacionales de Salud Escolar para promover eficazmente la estrategia Escuelas Promotoras de la Salud.
- Apoyar el desarrollo y difusión de estrategias de información, educación y comunicación social (IEC) y materiales novedosos para abogacía de los programas de salud escolar y promoción de la estrategia Escuelas Promotoras de la Salud.

5.2

APOYO A LA INSTITUCIONALIZACION DE LA ESTRATEGIA ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD Y LA FORMULACION DE POLITICAS PUBLICAS SALUDABLES EN LAS COMUNIDADES EDUCATIVAS

En el contexto sociopolítico y administrativo de procesos crecientes de descentralización y reforma de los sectores salud y educación en América Latina, cada vez más las prioridades se establecen y redefinen en los escenarios locales, en donde también se asignan -o no- los recursos respectivos. La ausencia de políticas claras que garanticen la prioridad indiscutible de la promoción de la salud escolar en las agendas públicas y económicas de los países, provincias y municipios, o de las propias comunidades educativas, lleva con frecuencia a que incluso experiencias exitosas no reciban la financiación necesaria como consecuencia de la voluntad variable de las administraciones de turno.

La sostenibilidad de la estrategia Escuelas Promotoras de la Salud requiere políticas explícitas de compro-

miso con la salud, la educación y el desarrollo humano sostenible a través de las comunidades educativas, no sólo en el ámbito de las administraciones nacionales sino mediante su inclusión en los planes de desarrollo regional y municipal. De igual forma, es importante avanzar en la institucionalización de la estrategia mediante su articulación con los Proyectos Educativos Institucionales (PEI).

La Iniciativa Regional continuará fortaleciendo la capacidad técnica de los Estados Miembros para que avancen en la formulación y actualización de *políticas y planes de acción concertados multisectorialmente*, así como en la inclusión de la salud escolar con enfoque integral y la estrategia Escuelas Promotoras de la Salud en los planes y proyectos institucionales de las comunidades educativas.

De otra parte, la experiencia acumulada durante casi una década demuestra que las Escuelas Promotoras de la Salud son una estrategia efectiva para impulsar la difusión, adopción, auditoría social y evaluación de políticas saludables en el ámbito escolar. Uno de los objetivos centrales de la estrategia es facilitar la convergencia de acciones complementarias en beneficio de la salud, la educación y la calidad de vida de las comunidades, por lo que la Iniciativa promoverá, en coordinación con otras Divisiones, Programas y Centros de la Organización*, Centros Colaboradores de la OPS/OMS, Ministerios de Salud y Educación y otros actores claves, la difusión y formulación participativa de políticas que contribuyan al logro de dichos objetivos en las Escuelas Promotoras de la Salud.

* CPC, CLAP, CFNI, INCAP y CEPIS.

Principales líneas de acción:

- Brindar colaboración técnica a los Estados Miembros para la elaboración de lineamientos e instrumentos que faciliten la concertación multisectorial y fortalecimiento de políticas y planes de acción orientados a la promoción de la salud escolar y la difusión de la estrategia Escuelas Promotoras de la Salud.
- Apoyar la elaboración y disseminación de lineamientos e instrumentos que faciliten la inclusión de la estrategia Escuelas Promotoras de la Salud en los planes y proyectos institucionales de las comunidades educativas.
- Abogar, en coordinación con otras Areas, Unidades, Representaciones y Centros de la Organización, Centros Colaboradores de la OPS/OMS y Ministerios de Salud, Educación y otros sectores, por la difusión, adopción, auditoría social y evaluación de políticas saludables en el ámbito escolar.

5.3

FORTALECIMIENTO DE LA PARTICIPACION DE ACTORES CLAVES EN LA GESTION DE LOS PROGRAMAS DE SALUD ESCOLAR

El mejoramiento de las condiciones de salud, calidad de vida, bienestar y oportunidades de aprendizaje y desarrollo de la población en edad escolar y demás miembros de las comunidades educativas, no es responsabilidad exclusiva de un sólo sector y requiere el compromiso y articulación de recursos y esfuerzos de la comunidad, los distintos sectores y niveles de la administración pública (especialmente en el ámbito local o municipal), las organizaciones no gubernamentales y las agencias de cooperación internacional. La multisectorialidad es imprescindible para la movilización de voluntades, la definición de soluciones y la realización de las acciones⁵⁵.

Aunque más de 65% de los países de la Región ya disponen de mecanismos de coordinación intersectorial²⁰, éstos deben consolidarse y fortalecerse. Durante los próximos diez años, la Iniciativa de la Organización buscará estimular a los Estados Miembros para que dichos mecanismos y estrategias incluyan a todos los sectores con responsabilidades en la salud, educación y desarrollo de los escolares y no sólo a salud y educación; y para que se traduzcan en la capacidad de negociar y concertar *agendas comunes, marcos conceptuales y operativos compar-*

tidos y relevantes para todos, e intervenciones convergentes y complementarias.

La *formación de redes* ha demostrado ser una estrategia efectiva para impulsar la promoción de los programas escolares con enfoque integral en los ámbitos regional (Red Latinoamericana y Caribeña de Escuelas Promotoras de la Salud) y de los propios países (Redes Nacionales de Escuelas Promotoras de la Salud), por lo que esta Iniciativa seguirá apoyando su difusión y la movilización de los recursos necesarios para dinamizar su gestión.

Principales líneas de acción:

- Apoyar la *conformación o el fortalecimiento de la capacidad de gestión de las Comisiones Nacionales de Salud Escolar* en los países de la Región que todavía no las han establecido y *consolidar las ya existentes* mediante estrategias de capacitación, difusión de información pertinente e intercambio de conocimientos y experiencias.
- Brindar colaboración técnica a los países de la Región para el desarrollo de lineamientos que faciliten la *concertación multisectorial de marcos conceptuales y planes estratégicos compartidos* para el diseño, ejecución y evaluación de programas de salud escolar que sean aplicables en los ámbitos nacional, regional y municipal.
- Impulsar la *creación de Redes Nacionales de Escuelas Promotoras de la Salud y dinamizar su gestión* mediante estrategias que faciliten la divulgación de información relevante, el intercambio de conocimientos, la documentación y difusión de experiencias

tosas y la investigación aplicada a la promoción de la salud en el ámbito escolar.

- *Dinamizar la gestión de las Redes Latinoamericana y Caribeña de Escuelas Promotoras de la Salud (RLCEPS)* mediante difusión de información sobre programas y modelos exitosos de intervención en las escuelas, facilitación del debate e intercambio de conocimientos y experiencias, fomento de la investigación aplicada y promoción del desarrollo y capacitación de recursos humanos en áreas críticas para la salud escolar.
- *Forjar y consolidar alianzas estratégicas* con distintas agencias del sistema de Naciones Unidas, Centros de la Organización, Centros Colaboradores de la OPS/OMS, organizaciones no gubernamentales y otras instituciones, con el fin de fortalecer la Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud en los Países Miembros.

5.4

FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD DE LOS ESTADOS MIEMBROS PARA LA GESTION DE LA ESTRATEGIA ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD

En respuesta al perfil de necesidades y problemas identificados por los países de la Región para la gestión exitosa de programas de salud escolar con enfoque integral y la estrategia Escuelas Promotoras de la Salud, la Iniciativa Regional apoyará la capacitación de recursos humanos e institucionales (centros facilitadores) existentes en los Estados Miembros y fortalecerá las asociaciones para la colaboración técnica entre los distintos países y subregiones.

La situación de escasez crónica de personal (profesionales de los sectores salud y educación) con entrenamiento en salud escolar, la rotación alta de funcionarios y trabajadores y los costos elevados de los procesos de capacitación, obligan igualmente a la búsqueda y evaluación de estrategias novedosas y de alto costo-beneficio que permitan aumentar el recurso humano disponible en los países.

El desarrollo saludable de la población infantil y juvenil requiere la satisfacción de necesidades básicas y la adquisición de las habilidades y competencias (incluidas las psicosociales) necesarias para negociar con el entorno

social y eventualmente asumir funciones como personas adultas⁵⁶, por lo que la difusión y el fortalecimiento de la capacidad técnica para el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de intervenciones orientadas a la promoción de la competencia psicosocial y la educación en aptitudes para la vida también constituyen una prioridad dentro de esta Iniciativa Regional.

Principales líneas de acción:

- Identificar en los países instituciones (académicas, agencias de gobierno, organizaciones no gubernamentales) con credibilidad, liderazgo y experiencia en promoción de la salud en el ámbito escolar, con el fin de *fortalecer su capacidad técnica, gestión y trabajo coordinado como centros facilitadores en sus propios países y subregiones.*
- Promover la *inclusión del componente de promoción de la salud en el ámbito escolar en los planes curriculares de las instituciones formadoras de recursos humanos en salud y educación* en los Estados Miembros.
- Apoyar el desarrollo, ejecución y evaluación de programas y *metodologías innovadoras para la educación continua de profesionales* de salud, educación y otros sectores relacionados, en los aspectos conceptuales, técnicos y operativos de los programas de salud escolar.
- Establecer, en colaboración con agencias internacionales*, Centros de la Organización, Centros Colaboradores de la OPS/OMS, instituciones académicas (Consortio Interamericano de Universidades y Centros de

* UNESCO, UNICEF, WFP, Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo, entre otras.

Formación de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud -CIUEPS) y otros socios potenciales, *mecanismos para la formación superior de profesionales de salud y educación en salud escolar.*

- Brindar colaboración técnica a los países para el *mejoramiento de los sistemas y mecanismos de acreditación de las Escuelas Promotoras de la Salud*, de acuerdo con sus propios criterios, prioridades y recursos.
- Apoyar la *difusión, inclusión y evaluación del componente de habilidades psicosociales* (Habilidades para la Vida) en los programas de educación para la salud de las Escuelas Promotoras de la Salud.

5.5

APOYO A LA INVESTIGACION PARA EL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD ESCOLAR

El fomento de la investigación encaminada a la evaluación (de proceso e impacto) de los programas de salud escolar con enfoque integral, la vigilancia de prácticas de riesgo y factores protectores en los escolares y el análisis periódico (encuesta cada dos años) del grado de avance en el desarrollo de la Iniciativa Regional Escuelas Promo-

toras de la Salud en los países son otras prioridades de este plan estratégico.

Desde el punto de vista de la investigación, la ampliación de cobertura y el mejoramiento de la calidad de los programas escolares en los Estados Miembros debe sustentarse en la diseminación amplia de información fundamentada en evidencia científica, en el análisis y uso racional de la información disponible en los distintos ámbitos de decisión (especialmente en el municipal) y en una mayor participación de las propias comunidades educativas en los procesos de evaluación. Determinar qué intervenciones en el ámbito escolar producen los mayores beneficios con el menor costo constituye una prioridad, así como la difusión de dicha información para apoyar la labor permanente de abogacía y toma de decisiones.

Con este propósito de fomentar y apoyar la investigación aplicada al campo de la salud escolar, la Iniciativa promoverá la movilización de recursos, la creación y fortalecimiento de asociaciones estratégicas con distintos socios y aliados potenciales y el desarrollo de protocolos de investigación.

Principales líneas de acción:

- Definir e impulsar una *agenda regional de prioridades en investigación aplicada a los programas de salud escolar con enfoque integral y la Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud*, en coordinación con los países, otras Areas, Unidades, Representaciones, y centros de la Organización, agencias de cooperación internacional, instituciones académicas (Consortio Interamericano de Universidades y Centros de Formación de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud) y otros socios potenciales.

- Colaborar con agencias del sistema de Naciones Unidas*, organizaciones no gubernamentales e instituciones académicas en el *desarrollo colaborativo de protocolos de investigación e instrumentos para la vigilancia de prácticas de riesgo y factores protectores en la población en edad escolar*.
- Brindar colaboración técnica a los países de la Región para la *puesta en marcha de protocolos de vigilancia de prácticas de riesgo y factores protectores en escolares*.
- Aplicar *cada dos años la encuesta sobre el grado de desarrollo de las Escuelas Promotoras de la Salud en América Latina y divulgar los resultados*, en colaboración con los puntos focales de promoción de la salud en las representaciones de la OPS/OMS, los Ministerios de Salud y Educación y otros socios potenciales en los países de la Región.
- Difundir entre los Estados Miembros *información fundamentada en evidencia científica* que facilite la investigación en aspectos relacionados con los distintos componentes de los programas integrales de salud escolar y la Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud.
- Validar *el marco conceptual de la Iniciativa Regional* con base en los resultados de la investigación y el conocimiento de la situación de las Escuelas Promotoras de la Salud en los Estados Miembros.

* UNESCO, UNICEF, WFP, OMS, FACO, CDC y UNFPA, entre otras.

5.6

MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

La promoción de la salud en el ámbito escolar implica acciones y responsabilidades complejas que escapan a las competencias de un sólo sector o agencia, por lo que se requiere capacidad para movilizar voluntades y recursos y negociar propuestas concertadas multisectorialmente.

La movilización de recursos en favor de los programas de salud escolar está estrechamente relacionada con la labor de abogacía y el posicionamiento de tales programas en las agendas públicas y en el centro de interés de la sociedad en general. Hay un terreno común entre estas líneas de acción en el que son indispensables estrategias novedosas de comunicación y mercadeo social, con el fin de incrementar la conciencia global sobre el valor de la salud y la educación como socios activos en la promoción del desarrollo humano sostenible, la estabilidad social y el progreso espiritual y económico de los pueblos.

La Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud continuará gestionando la movilización de recursos institucionales y externos destinados a la ejecución de las distintas estrategias y líneas de acción propuestas en este plan, al apoyo de iniciativas en los Estados Miembros y a la gerencia Regional de la propia Iniciativa.

Principales líneas de acción:

- Elaborar *propuestas regionales, subregionales y nacionales para la movilización de recursos internacionales* que contribuyan a la difusión de la Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud y la ejecución de las actividades previstas en los países, de acuerdo con

sus necesidades y la situación actual de las comunidades educativas.

- *Forjar y consolidar alianzas con agencias del sistema de Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales, el sector privado y otros socios estratégicos, con el fin de movilizar los recursos necesarios para fortalecer las acciones de promoción de la salud en el ámbito escolar en la Región y minimizar la duplicación de esfuerzos y sobrecarga de los profesionales en los Estados Miembros.*

FORTALECIMIENTO DE LA INICIATIVA REGIONAL ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD

PLAN DE ACCION 2003-2012

Estrategias	Líneas de acción
<p>1. Abogacía de los programas de salud escolar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de la conciencia de líderes políticos, responsables de tomar decisiones en los distintos sectores, líderes de opinión y otros actores estratégicos vinculados a los sectores no gubernamentales, sobre la importancia de los programas de salud escolar. • Aumento de la capacidad técnica de las Comisiones Nacionales de Salud Escolar para promover la estrategia Escuelas Promotoras de la Salud. • Desarrollo y difusión de estrategias de comunicación social y materiales novedosos para las actividades de abogacía de los programas de salud escolar.

<p>2. Institucionalización de la estrategia Escuelas Promotoras de la Salud y formulación de políticas saludables en las comunidades educativas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de la concertación multisectorial para el desarrollo de políticas y planes conjuntos de promoción de la salud escolar. • Fomento de la inclusión de la estrategia Escuelas Promotoras de la Salud en los planes y proyectos de las instituciones educativas. • Promoción de la difusión, aplicación, auditoría social y evaluación de políticas saludables en el ámbito escolar.
<p>3. Participación de actores claves en la gestión de los programas de salud escolar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo para la conformación o consolidación de Comisiones Nacionales de Salud Escolar en los países de la Región. • Promoción de la concertación multisectorial de marcos conceptuales y planes estratégicos compartidos para la gestión de los programas de salud escolar. • Apoyo para la creación y dinamización de la gestión de las Redes Nacionales de Escuelas Promotoras de la Salud. • Dinamización de la gestión de las Redes Latinoamericana y Caribeña de Escuelas Promotoras de la Salud. • Creación y consolidación de alianzas interagenciales estratégicas para el fortalecimiento de la Iniciativa Regional.
<p>4. Fortalecimiento de la capacidad técnica de los países</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de recursos institucionales existentes en la Región y fortalecimiento de su gestión como centros facilitadores de promoción de la salud escolar en los distintos países y subregiones. • Fomento de la inclusión del componente de promoción de la salud escolar en los planes curriculares de las instituciones formadoras de recursos humanos en salud y educación.

	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de programas y metodologías innovadoras para educación continua de profesionales en temas de salud escolar. • Apoyo al desarrollo de mecanismos para la formación superior de profesionales de salud y educación en salud escolar, en coordinación con distintos socios potenciales. • Apoyo para el mejoramiento de los sistemas y mecanismos de acreditación de las Escuelas Promotoras de la Salud. • Promoción de la inclusión del componente de habilidades psicosociales en los programas de educación para la salud de las Escuelas Promotoras de la Salud.
<p>5. Investigación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fomento de la investigación aplicada a los programas de salud escolar. • Desarrollo colaborativo de protocolos de investigación e instrumentos para la vigilancia de prácticas de riesgo y factores protectores en la población en edad escolar. • Apoyo para la aplicación de protocolos de vigilancia de prácticas de riesgo y factores protectores en la población en edad escolar. • Aplicación cada dos años de la encuesta regional sobre las Escuelas Promotoras de la Salud en América Latina. • Difusión de información científica actualizada en el área de salud escolar. • Validación del marco conceptual de la Iniciativa Regional con base en evidencia científica e información sobre la situación de los programas de salud escolar en los países.

<p>6. Mobilización de recursos</p>	<ul style="list-style-type: none">• Elaboración de propuestas regionales y subregionales.• Desarrollo de alianzas con socios estratégicos para la movilización regional y subregional de recursos.
---	---

BIBLIOGRAFIA

¹ Valenzuela, J (2002) Informes sobre índices de Fracaso en Jóvenes en América Latina, Interamerican Development Bank (BID).

² Pan American Health Organization (1998) Health in the Americas. Volume I. Scientific Publication No. 569. Washington, DC: PAHO/WHO.

³ Meresman, S (1999) Los Diez que van a la Escuela: Programación de Estrategias de Salud y Nutrición Escolar en América Latina y el Caribe. Washington, DC: The World Bank/PAHO.

⁴ Economic Commission for Latin America and the Caribbean (2001) Building Equity from the Beginning: The Children and Adolescents of IberoAmerica. Santiago, Chile.

⁵ Pan American Health Organization (2002) Regional Strategy for Health Promotion and Integrated Child Development. Washington, DC: PAHO/WHO.

⁶ Organización Panamericana de la Salud (1998) Plan de Acción de Desarrollo y Salud de Adolescentes y Jóvenes en las Américas 1998-2001. Washington, DC: OPS/OMS.

⁷ Fondo de Población de las Naciones Unidas (1997) (UNFPA) y Adolescencia. En Organización Panamericana de la Salud (1998): Plan de Acción de Desarrollo y Salud de Adolescentes y Jóvenes en las Américas 1998-2001. Washington, DC: OPS/OMS.

⁸ Camacho, AV (2000) Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe. Revisión bibliográfica 1988-1998, Washington, DC: PAHO/WHO. En Economic Commission for Latin

America and the Caribbean (2001) Building Equity from the Beginning: The Children and Adolescents of Ibero-America. Santiago, Chile.

⁹ UNICEF (2001) The State of the World's Children. En Economic Commission for Latin America and the Caribbean (2001). Building Equity from the Beginning. The Children and Adolescents of Ibero-America. Santiago, Chile.

¹⁰ Meresman, S (1999) Los Diez que van a la Escuela: Programación de Estrategias de Salud y Nutrición Escolar en América Latina y el Caribe. Washington, DC: The World Bank/PAHO.

¹¹ Cerqueira, MT (1999) Personal communication. As cited in Education Development Center (2000). EFA 2000 Assessment Thematic Study on School Health and Nutrition.

¹² Organización Panamericana de la Salud (1989) Educación para la Salud Escolar en América Latina. Washington, DC: OPS(HSS/HED)/OMS.

¹³ Urquijo, LE (2000) Promoción y Prevención. Bogotá, Colombia (Documento en proceso de publicación).

¹⁴ Education Development Center (2000) EFA 2000 Assessment Thematic Study on School Health and Nutrition. Boston: EDC.

¹⁵ Ippolito-Shepherd, J y V Molina (Editores) (2002) Escuelas Promotoras de la Salud. La Experiencia Centroamericana. Serie Promoción de la Salud No 1. Washington, DC: OPS/INCAP.

¹⁶ Silva, C (2002) Una Mirada desde lo Local. La Experiencia de las Escuelas Promotoras de la Salud en el Municipio de Río de Janeiro. Conferencia presentada durante la Reunión de Expertos en Salud Escolar celebrada en Washington del 2 al 4 de Octubre de 2002.

¹⁷ Meresman, S, D Bundy, and MT Cerqueira (2001) School Health: Policies, Programs, and Practice: Insights from Latin America. Partnership for School Health in Latin America and the Caribbean. Washington, DC: The World Bank/PAHO (Unpublished document).

¹⁸ Pan American Health Organization (2000) Core Curriculum Guide for Strengthening Health and Family Life Education in Teacher Training Colleges in the Eastern Caribbean. St. Michael, Barbados: PAHO/WHO.

¹⁹ Brandon, P (2000) Definition and Reality of the Caribbean Countries: A Summary. Paper presented during the Workshop for the Planning of the First Meeting and Creation of the Caribbean Network of Health-Promoting Schools in San Juan, Puerto Rico. In Ippolito-Shepherd, J (Editor) (2000) Summary of Planning Meeting. Washington, DC: PAHO/WHO (Unpublished document).

²⁰ Ippolito-Shepherd, J (Editor) (2003) Las Escuelas Promotoras de Salud en América Latina - Resultados de Encuesta Regional 1995-2002. Serie Promoción de la Salud No 3. Washington, DC: OPS/OMS (In press).

²¹ Laboratorio Latinoamericano de Evaluación de la Calidad de la Educación, UNESCO (1998) Primer Estudio Internacional Comparado de Matemática, Lenguaje y Factores Asociados. UNESCO-OREALC: www.unesco.cl

²² Ippolito-Shepherd, J y V Molina (Editores) (2002) Escuelas Promotoras de la Salud. La Experiencia Centroamericana. Serie Promoción de la Salud No. 1. Washington, DC: OPS-INCAP.

²³ Organización Panamericana de la Salud (1995) Promoción y Educación de la Salud Escolar. Una Perspectiva Integral: Marco Conceptual y Operativo. Washington, DC: OPS/OMS.

²⁴ Cerqueira, MT (1996) Health-Promoting Schools. World Health. The Magazine of the WHO, 49th Year, No. 4, July-August 1996.

²⁵ Organización Panamericana de la Salud (2000) El Progreso en la Salud de la Población. Informe Anual del Director. Washington, DC: OPS/OMS.

²⁶ Ippolito-Shepherd, J (2002) The Health-Promoting Schools Regional Initiative. Washington, DC: PAHO/WHO (Unpublished document).

²⁷ Ippolito-Shepherd, J y K Cimmino (2002) La Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud. Ensayos y Experiencias, 45. Salud-Educación. Colección Psicología y Educación. Edición Novedades Educativas.

²⁸ Organización Panamericana de la Salud (1997) Memoria Primera Reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud. Washington, DC: OPS/OMS.

²⁹ Consejo General de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud (1998) Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud (Plegable informativo).

³⁰ Puertas, B (2001) Latin American Network of Health-Promoting Schools. In Ippolito-Shepherd, J (Editor) (2002) Proceedings First Meeting and Creation of the Caribbean Network of Health-Promoting Schools. Washington, DC: PAHO/WHO.

³¹ Organización Panamericana de la Salud (2002) Resumen Memoria de la III Reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud, Quito, Ecuador, 10-13 de Septiembre de 2002. Washington, DC: OPS/OMS.

³² Ippolito-Shepherd, J (Editor) (2002) Proceedings First Meeting and Creation of the Caribbean Network of Health-Promoting Schools, Bridgetown, Barbados, November 2001. Health Promotion Series No 2. Washington, DC: PAHO/WHO (In press).

³³ Organización Panamericana de la Salud (2002) La Salud en las Américas. Volumen I. Publicación Científica y Técnica No. 587. Washington, DC: OPS/OMS.

³⁴ Cerqueira, MT (1996) Health-Promoting Schools. World Health. The Magazine of the WHO, 49th Year, No. 4, July-August 1996.

³⁵ Arroyo, H y MT Cerqueira (Editores) (1997) La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina. Un análisis sectorial. San Juan, Puerto Rico: Editorial de la Universidad de Puerto Rico.

³⁶ Botvin, GJ (1999) Preventing drug abuse through the schools: Intervention programs that work. Document presented in Meeting "Life Skills and Human Development," Washington, DC, 8-10 September, 1999.

³⁷ Ippolito-Shepherd, J y MT Cerqueira (2002) The Health-Promoting Schools Initiative in the Americas (1995-2002) Family Health and Population Program. Division of Health Promotion and Protection. Washington, DC: PAHO/WHO (Documento inédito).

³⁸ World Health Organization (1997) Promoting Health through Schools. Report of a WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion. WHO Technical Report Series 870. Geneva: WHO.

³⁹ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (1998) Educación: La Agenda del Siglo XXI. Hacia un Desarrollo Humano. Bogotá: Tercer Mundo Editores.

⁴⁰ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (2002) Propuesta de Proyecto Regional de Educación para América Latina y el Caribe (ED-PRELAC I/REF.1). Documento de trabajo discutido durante la Primera Reunión Intergubernamental de PRE-LAC, realizada en La Habana, Cuba, del 14 al 16 de noviembre de 2002.

⁴¹ Mantilla, L (2000) Habilidades para la Vida: Una propuesta educativa para la promoción del desarrollo humano y la prevención de problemas psicosociales. Bogotá, Colombia.

⁴² Magrulkar, L, C Vince Whitman, and M Posner (2001) Life Skills Approach to Child and Adolescent Healthy Human Development. Washington, DC: PAHO/WHO.

⁴³ World Health Organization (1999) Life Skills Education in Schools (WHO/MNH/PSF/93, 7A. Rev. 2). Geneva: WHO.

⁴⁴ Organización Panamericana de la Salud (2000) Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Washington, DC: OPS/OMS.

⁴⁵ The Child-to-Child Trust (1997) Health Promotion in Our Schools. London: The Child-to-Child Trust-UNICEF.

⁴⁶ Kickbusch, I (2003) The Contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion. *AJPH* (March 2003) Vol. 93, No. 3, pp 383-388.

⁴⁷ World Health Organization (1986) Health Promotion. Ottawa Charter. Charter Adopted at an International Conference on Health Promotion. The Move Towards a New Public Health, November 17-21, 1986, Ottawa, Ontario, Canada. Geneva: WHO

⁴⁸ Cerqueira, MT and G Coe (1996) Communication, Education and Participation: A Framework and Guided Action. Washington, DC: PAHO/WHO (Unpublished document).

⁴⁹ Steinberg, LD and J Belsky (1991) *Infancy, Childhood, and Adolescence: Development in Context*. New York: McGraw-Hill.

⁵⁰ Piaget, J (1926) *The Language and Thought of the Child*. New York: Harcourt Brace.

⁵¹ Dignnan, MB and PA Carr (1992) *Program Planning for Health Education and Promotion*. Philadelphia.

⁵² Green, LW and MW Kreuter (1991) *Health Promotion Planning. An Educational and Environmental Approach*. Second Edition. Mayfield Publishing Company.

⁵³ Organización Panamericana de la Salud (2002) Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el periodo 2003-2007. Documento CSP26/10. Washington, DC: OPS/OMS.

⁵⁴ Organización Panamericana de la Salud (2001) Fortalecimiento de la planificación de la Promoción de la Salud en las Américas. Documento CE128/17. Washington, DC: OPS/OMS.

⁵⁵ Suárez, J y M Márquez (2002) Proyectos locales de promoción de la salud. Nuevos escenarios para el desarrollo de la salud pública. Documento de archivo del Centro de Documentación e Información “Doctor Luis Ernesto Giraldo.” Representación OPS/OMS en Cuba.

⁵⁶ World Health Organization (1999) *Programming for Adolescent Health and Development*. Technical Report No. 889. Geneva: WHO.

ANEXO

PARTICIPANTES EN REUNION DE EXPERTOS DE SALUD ESCOLAR

WASHINGTON, DC, 2-4 DE OCTUBRE DE 2002

Dr. Andy Thomas Anderson

Ontario Institute for Studies in Education
University of Toronto
252 Bloor Street West
Toronto, Ontario
M5S 1V6
Canada
Tel. 416-978-2992
E-Mail: aanderson@oise.utoronto.ca

Lic. Amanda Josefina Bravo

Coordinadora Pedagógica Nacional
Fe y Alegría Colombia
Diagonal 34 No. 4 - 94
Bogotá, Colombia
Tel. 323-7775
E-Mail: abravo@col-online.com

Mrs. Carmen Dardano Newman

Food and Nutrition Officer
Food and Agriculture Organization (FAO)
P.O. Box 631-C
Bridgetown, Barbados
Tel. 246-426-7110
E-Mail: carmen.dardano@fao.org

Dr. Carlos Dos Santos Silva

Gerente do Programa de Saúde Escolar da
Secretaria Municipal de Saúde Escolar do Rio de Janeiro/Brasil
Rua Afonso Cavalcanti, 455/850
Cidade Nova
Rio de Janeiro/RJ, Brasil
Tel. 55-21-250-32-222
Fax: 55-21-22734240
E-Mail: carlossilva@pcrj.rj.gov.br

Lic. Irene Diana Gojman

Directora de CASSA
(Centro de Asesoramiento en Salud Adolescente)
Peña 2709 7to. Piso
1425 Buenos Aires, Argentina
Tel. 4805-6217
E-Mail: irenegojman@hotmail.com

Mr. Charles Gollmar

Team Leader School Health/Youth Health Promotion
WHO/ NPH
Ave Appia 20
Geneva, Switzerland
Tel. 41-22-791-3581
E-Mail: gollmarc@who.int

Dra. María Paz Guzmán Llona

Encargada del Programa Nacional de Salud del Estudiante
Red de Apoyo al Estudiante
Ministerio de Educación (JUNAEB)
Antonio Varas, 153, Providencia
Santiago, Chile
Tel. 235-9898 ext. 226
E-Mail: mpguzman@junaeb.cl

Dra. Blanca Patricia Mantilla Uribe

Directora
Instituto PROINAPSA
Universidad Industrial de Santander
Carrera 32 No. 29-31 Piso 3º
Facultad de Salud
Bucaramanga, Colombia
Tel. 7-645-0006 - Ext.3156
E-mail: proinaps@uis.edu.co

Dr. Leonardo Mantilla

Asesor
Fe y Alegría Colombia
Carrera 8 # 49-25 Consultorio 705
Bogotá, Colombia
Tel. 2-219621
E-Mail: lmantilla@cablenet.co

Sr. Juan Carlos Melero Ibáñez

Responsable de Prevención
EDEX / Centro de Recursos Comunitarios
Particular de Indautxu, 9
48011 Bilbao
España
Tel. 34-94-442-5784
E-Mail: prevencion@edex.es

Mrs. Paula Morgan

Coordinadora de Programas Internacionales
Centers for Disease Control and Prevention
CDC/DASH
4770 Buford Hwy. N.E. MS-K-29
Atlanta, GA 30002
Tel. 770-488-6107
E-Mail: pmorgan@cdc.gov

Sr. Jesús A. Pérez-Arróspide García

Director del Observatorio Vasco de la Juventud
Presidente de la Fundación "Vivir sin Drogas"
Gregorio de la Revilla 22, entreplanta,
Dto. 3, 48011 Bilbao
España
Tel. 94-441-8582

Mr. Alfredo Rojas-Figueroa

Oficial de Programas
UNESCO
Oficina Regional de Educación
Enrique Delpiano 2058
Santiago, Chile
Tel. 562-655-1050 ext. 43
E-Mail: arojas@unesco.cl

Dr. Antonio Sáez

Asociación Iberoamericana de Salud Escolar y Universitaria
C/Pilar de Zaragoza, No. 32-2º DCHA
Madrid, España
Tel. 34-91-725-0919
E-Mail: omepspain@ent.ucm.es

Dra. Aída Verónica Simán de Betancourt

Directora de Desarrollo Humano y Coordinadora Ejecutiva de Escuela Saludable
Secretaría Nacional de la Familia
Calle José Martí # 15, Col. Escalón
San Salvador, El Salvador
Tel. 503-263-4090
E-Mail: a.siman@primeradama.gob.sv

Mr. Kiene Werner

Representative
United Nations
World Food Programme (PMA)
2175 K Street, N.W., Suite 350
Washington, DC 20009
Tel. 202-653-2029
E-Mail: werner.kiene@wfp.org
OPS/OMS

Dra. Maria Teresa Cerqueira

Directora
División de Promoción y Protección de la Salud
Organización Panamericana de la Salud
525-23rd. Street NW
Washington, DC 20037
202-974-3243
Fax: 202-974-3640
E-Mail: cerqueim@paho.org

Dr. Ernest Pate

Coordinador
Programa de Salud de la Familia y Población
División de Promoción y Protección de Salud
525 Twenty-third St, NW
Washington, DC 20037
Tel: 202-974-3466
E-Mail: pateerne@paho.org

Dra. Josefa Ippolito-Shepherd

Asesora Regional en Educación para la Salud
Programa de Salud de la Familia y Población
División de Promoción y Protección de Salud
525-23rd. Street, NW
Washington, DC 20037
202-974-3639
Fax: 202-974-3631
E-Mail: ippolitj@paho.org

Dr. Lenor Armstrong

Student Intern
Health-Promoting Schools Regional Initiative
Family Health and Population Program
Division of Health Promotion and Protection
525-23 Street, NW
Washington, DC 20037

Ms. Christine Bocage

Nutritionist
Caribbean Food and Nutrition Institute
c/o UWI, Augustine
Trinidad
1-868-663-1544
Fax: 1-868-663-1544
E-Mail: cfni@cablenett.net

Ms. Patricia Brandon

Adviser in Health Promotion and Health Education
PAHO Office of the Caribbean Program Coordination
Dayrells, St. Michael, P.O Box 508
Barbados
246-426-3860
Fax: 246-436-9779
E-Mail: brandon@cpc.paho.org

Lic. Lourdes Mindreau

Asesora, Atención Primaria Ambiental
CEPIS/OPS
Los Pinos 259 Urb. Camacho-La Molina
Lima, Perú
511-437-1077
Fax: 511-437-8289

Lic. Veronika Molina

Gerente Educación

INCAP/ OPS

PO Box 1188

Guatemala, Guatemala

502-440-9722

Fax: 502-473-6529

E-Mail: vmolina@incap.ops-oms.org

Lic. Karina Cimmino

Consultora

Health-Promoting Schools Regional Initiative

Family Health and Population Program

Division of Health Promotion and Protection

525-23 Street, NW

Washington, DC 20037