

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

**ESCUELA DE POST GRADO  
MAESTRÍA EN DOCENCIA UNIVERSITARIA Y  
GESTIÓN EDUCATIVA**



**Í EVALUACIÓN DE LOS EJES TEMÁTICOS HIGIENE, AMBIENTE,  
ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN, EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL  
PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD A NIVEL  
PRIMARIO -TACNA 2013-2014Î**

**TESIS**

**Presentado por:  
Lic. Maria Luisa de Lourdes Pizarro Vega.**

**Asesora:**

**Dra. Carla Morí Fuentes**

**Para optar el Grado Académico de:  
MAGISTER EN DOCENCIA UNIVERSITARIA Y GESTION EDUCATIVA**

**TACNA - PERU  
2018**

## **DEDICATORIA:**

A mis padres por forjarme en mi vida.

A mis hermanos y familia.

Al personal de Promoción de la Salud de  
la Región de Salud de Tacna.

A todas y cada una de las personas que  
contribuyeron a la realización de este  
trabajo de investigación

## ÍNDICE

ÍNDICE .....	3
RESUMEN.....	11
ABSTRACT .....	12
INTRODUCCIÓN .....	13

### CAPITULO I

#### EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	16
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	20
1.2.1. INTERROGANTE PRINCIPAL .....	20
1.2.1. INTERROGANTES SECUNDARIAS .....	20
1.3. FUNDAMENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....	20
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	21
1.4.1. OBJETIVO GENERAL.....	21
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
1.5. CONCEPTOS BÁSICOS.....	22
1.5.1. ALIMENTO .....	22
1.5.2. ALIMENTACIÓN.....	22
1.5.3. COMUNIDAD EDUCATIVA .....	22
1.5.4. CAMBIO DE COMPORTAMIENTOS.....	22
1.5.5. COMPORTAMIENTO SALUDABLE.....	23
1.5.6. DESNUTRICIÓN.....	23
1.5.7. EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	24
1.5.8. EJE TEMÁTICO.....	24
1.5.9. HIGIENE, MANIPULACIÓN Y CONSERVACIÓN DE LOS ALIMENTOS .....	25
1.5.10. PROGRAMACIÓN CURRICULAR .....	25
1.5.11. PLAN DE TUTORÍA .....	25
1.5.12. PLAN DE AULA .....	25
1.5.13. PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	26
1.5.14. INSTITUCIÓN EDUCATIVA SALUDABLE.....	26

1.5.15. NIVEL DE LOGRO. ....	26
1.6. ANTECEDENTES DEL PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	26

## **CAPITULO II**

### **FUNDAMENTO TEÓRICO CIENTÍFICO**

2.1. MARCO CONCEPTUAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	46
2.2. LINEAMIENTOS DE POLÍTICA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	47
2.3. LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS .....	47
2.3.1. LINEAMIENTO 1 .....	47
2.3.2. LINEAMIENTO 2 .....	49
2.3.3. LINEAMIENTO 3 .....	51
2.3.4. LINEAMIENTO 4 .....	53
2.3.5. LINEAMIENTO 5 .....	54
2.3.6. LINEAMIENTO 6 .....	58
2.4. MODELO DE ABORDAJE DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	60
2.5. FORTALECIMIENTO DE LA SALUD EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS .....	61
2.6. LA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD .....	61
2.7. ÁREAS DE ACCIÓN QUE PROMUEVEN LA SALUD INTEGRAL .....	64
2.7.1. ÁREAS DE ACCIÓN.....	64
2.7.1.1.AMBIENTES SALUDABLES.....	64
2.7.1.2.ESTILOS DE VIDA SALUDABLES .....	65
2.7.1.3.PROGRAMAS Y SERVICIOS DE SALUD Y NUTRICIÓN.....	65
2.7.2. CARACTERÍSTICAS DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS QUE PROMUEVEN SALUD.....	66
2.7.2.1.EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA.....	66
2.7.2.2.EN LA COMUNIDAD LOCAL .....	68
2.7.3. PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS .....	68
2.7.4. OBJETIVOS DEL PROGRAMA .....	69
2.7.4.1.OBJETIVO GENERAL.....	69

2.7.4.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	69
2.7.5. NIVELES DE IMPLEMENTACIÓN.....	69
2.7.5.1.NIVEL NACIONAL.....	70
2.7.5.2.NIVEL REGIONAL Y PROVINCIAL.....	70
2.7.5.3.NIVEL LOCAL.....	71
2.7.6. FASES DE IMPLEMENTACIÓN Y ORGANIZACIÓN.....	71
2.7.6.1.PRIMERA FASE: SENSIBILIZACIÓN Y COMPROMISO.....	71
2.7.6.2.SEGUNDA FASE: DIAGNOSTICO.....	72
2.7.6.3.TERCERA FASE: PLANIFICACIÓN.....	73
2.7.6.4.CUARTA FASE: EJECUCIÓN.....	74
2.7.6.5.QUINTA FASE: EVALUACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN.....	75
2.7.7. LÍNEAS DE ACCIÓN.....	77
2.7.7.1.PROMOCIÓN DE COMPORTAMIENTOS SALUDABLES.....	77
2.7.7.2.ACCIONES EN LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	79
2.7.7.3.ACCIONES A DESARROLLAR PARA LA PROMOCIÓN DE HIGIENE Y AMBIENTE SALUDABLE.....	87
2.7.7.4.DESARROLLO DE ENTORNO SALUDABLE.....	89
2.7.7.5.TRABAJO INTERSECTORIAL.....	90
2.7.7.6.IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS QUE PROMUEVAN SALUD.....	90
2.7.8. ACREDITACIÓN DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS.....	91
2.7.8.1.NIVELES DE ACREDITACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA.....	91

### **CAPITULO III**

#### **MARCO METODOLÓGICO**

3.1. HIPÓTESIS.....	93
3.1.1. HIPÓTESIS GENERAL.....	93
3.1.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.....	93
3.2. VARIABLE.....	94

3.2.1. VARIABLE INDEPENDIENTE .....	94
3.2.2. VARIABLE DEPENDIENTE.....	96
3.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	96
3.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	96
3.5. ÁMBITO DE ESTUDIO .....	96
3.6. TIEMPO SOCIAL.....	96
3.7. POBLACIÓN Y MUESTRA .....	97
3.7.1. UNIDAD DE ESTUDIO .....	97
3.7.2. POBLACIÓN .....	97
3.7.3. MUESTRA .....	98
3.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	99
3.8.1. TÉCNICAS.....	99
3.8.2. INSTRUMENTOS .....	99

#### **CAPITULO IV**

##### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

4.1. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO.....	101
4.2. DISEÑO DE LA PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS .....	102
4.3. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	104

#### **CAPITULO V**

##### **CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS**

5.1. CONCLUSIONES .....	134
5.2. SUGERENCIA.....	135
BIBLIOGRAFÍA .....	137
ANEXOS.....	140

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>PÁG.</b>
Tabla 1 Instituciones Educativas por Microredes	99
Tabla 2 Prueba de bondad de ajuste para los puntajes higiene saludable y alimentación y nutrición saludable.	106
Tabla 3 Evaluación de higiene saludable en los escolares del nivel primario con aplicación del programa de instituciones educativas saludables.	107
Tabla 4 Evaluación de alimentación y nutrición saludable en escolares de nivel primario con aplicación del programa de Instituciones educativas saludables	109
Tabla 5 Evaluación de higiene saludable en escolares de nivel primario según Microred urbano/rural.	111
Tabla 6 Evaluación de alimentación y nutrición saludable en escolares de nivel primario según Microred urbano/rural.	113

Tabla 7	
Resumen descriptivo del puntaje de higiene saludable y alimentación/nutrición saludable en escolares de nivel primario	115
Tabla 8	
Comparación descriptiva del puntaje de higiene saludable en escolares de primaria de Microredes urbanas y rurales.	117
Tabla 9	
Comparación descriptiva del puntaje de alimentación y nutrición saludable en escolares de primaria de Microredes urbanas y rurales.	119
Tabla 10	
Evaluación de eje temático higiene saludable en escolares de nivel primario de Microredes Urbanas.	121
Tabla 11	
Evaluación de eje temático higiene saludable en escolares de nivel primario de Microredes Rurales.	123
Tabla 12	
Evaluación de eje temático alimentación y nutrición saludable en escolares de nivel primario de Microredes Urbanas.	126
Tabla 13	
Evaluación de eje temático alimentación y nutrición en escolares de nivel primario de Microredes Rurales.	128



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	<b>PÁG.</b>
Gráfico 1 Evaluación de higiene saludable en los escolares del nivel primario con aplicación del programa de instituciones educativas saludables	108
Gráfico 2 Evaluación de alimentación y nutrición saludable en escolares de nivel primario con aplicación del programa de Instituciones educativas saludables	110
Gráfico 3 Evaluación de higiene saludable en escolares de nivel primario según Microred urbano/rural.	112
Gráfico 4 Evaluación de Alimentación y nutrición saludable en escolares de nivel primario según Microred urbano/rural	114
Gráfico 5 Puntaje de higiene saludable y alimentación/nutrición saludable en escolares de nivel primario	116
Grafico 6 Comparación descriptiva del puntaje de higiene saludable en escolares de primaria de Microredes urbanas y rurales.	118

Gráfico 7	
Comparación descriptiva del puntaje de alimentación y nutrición saludable en escolares de primaria de Microredes urbanas y rurales.	120
Gráfico 8	
Evaluación de eje temático higiene saludable en escolares de nivel primario de Microredes Urbanas	122
Gráfico 9	
Evaluación de eje temático higiene saludable en escolares de nivel primario de Microredes Rurales	125
Gráfico 10	
Evaluación de eje temático alimentación y nutrición saludable en escolares de nivel primario de Microredes Urbanas.	127
Gráfico 11	
Evaluación de eje temático alimentación y nutrición de escolares de nivel primario de Microredes Rurales.	130

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como **objetivo**: Evaluar los resultados de los contenidos de ejes temáticos higiene y alimentación y nutrición, en la implementación del programa de promoción de la salud a nivel primario, del ámbito Regional de Tacna 2013-2014. **Metodología**: El diseño de estudio fue descriptivo de corte transversal comparativo, con muestra de 388 escolares en 9 Microrredes; se aplicó una encuesta para medir el comportamiento en eje temático higiene saludable contenido en 6 preguntas y comportamiento en alimentación y nutrición saludable contenido por 6 preguntas. El análisis estadístico se realizó utilizando el software SPSS v 21.0. **Los Resultados** obtenidos determinaron que en el higiene saludable predominaron los escolares con nivel deficiente (64,7%) y nivel regular (25,3%); en alimentación saludable la mayoría obtuvo el nivel deficiente (50%) y nivel regular (39,7%). Entre las Microrredes urbanas se encontró diferencia estadística significativa en higiene saludable ( $p < 0,05$ ) y el comportamiento en alimentación y nutrición saludable fue similar ( $p > 0,05$ ). **Concluyendo** que la higiene saludable y la alimentación y nutrición saludable en escolares de nivel primario incluidos en la aplicación del programa de Instituciones educativas saludables, en su mayoría fue deficiente a regular.

**Palabras clave**: *Escolares, Eje temático higiene saludable, Eje temático alimentación y nutrición saludable.*

## ABSTRACT

The present study aimed to: Assess the results of the contents of hygiene and food and nutrition themes, in implementing the program of health promotion at the primary level, the regional level of Tacna 2013-2014. **Methodology:** The study design was descriptive comparative cross-sectional sample of 388 schoolchildren with 9 Microgrids; A survey was conducted to measure hygiene behavior thematic axis 6 questions healthy content and behavior in healthy eating and nutrition content by 6 questions. Statistical analysis was performed using SPSS v 21.0 software. **The results** obtained determined that predominated in healthy hygiene school with deficient level (64.7 %) and regular level (25.3%); most healthy food in the low level obtained (50%) and regular level (39.7 %). Among urban microgrids statistically significant difference was found in healthy hygiene ( $p < 0.05$ ) and behavior in healthy food and nutrition was similar ( $p > 0.05$ ). **Concluding** that hygiene and healthy food and healthy nutrition in elementary school children included in the application program healthy Educational Institutions, was mostly poor to fair.

**Keywords:** *School, Main Topic healthy hygiene, healthy eating and nutrition thematic area.*

## INTRODUCCIÓN

Es importante saber que la presencia de enfermedades que se puedan presentar en todas las etapas de vida sobre todo aquellas que pueden ser preocupantes como problemas de salud pública como: diarreas, infecciones respiratorias, sobre peso y obesidad, tuberculosis y otras, es realizar actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Dentro de las Políticas de Salud Pública no se había incluido la Promoción de la Salud, y a la Educación para la Salud como programa. A partir del año 2001 el Ministerio de Salud se crea la Dirección de Promoción de la Salud, teniendo como finalidad fortalecer las habilidades y capacidades en los individuos para tener el control de la salud y mejorarla, para lograr un estado bienestar físico y mental. Otro de los puntos es la participación de la comunidad a través de sus autoridades locales para promover estilos de vida saludable, a través de cambio de comportamientos y actitudes. Además es dar conocer iniciativas de políticas públicas que incidan en la salud y en las determinantes sociales, La acción intersectorial, las alianzas y el enfoque basado en entornos son inherentes a las estructuras y procesos de la Promoción de la Salud.

Es preocupación del Estado que la salud de la población escolar sea óptima para contar un nivel educativo que favorezca un aprendizaje favorable, por lo que era necesario implementar el Programa de Promoción de la Salud en las instituciones educativas fomentando el uso del ámbito escolar como espacio estratégico para promover una cultura de salud y mejorar sus capacidades . Esta alianza se da en el Marco del Convenio de Cooperación Técnica entre el Ministerio de Educación . MED y el Ministerio de Salud-MINSA y en el contexto de la Reforma del Estado y de la Descentralización. Dichos convenios deberían realizarse en cada ámbito regional.

Dicho convenio permitió realizar Lineamientos de Políticas entre los dos Ministerios Educación y Salud, para determinar normas que permita realizar actividades de promoción de la salud en las instituciones educativas. Es necesaria la participación de los integrantes de la comunidad educativa siendo los docentes el pilar fundamental para su implementación.

Así podemos decir que la acción política, educación y social hay que lograr una conciencia de salud, al fomento de estilos saludables y acciones comunitarias que brinden a los educandos sus derechos y responsabilidades en la creación de ambientes saludables como: kioscos escolares saludables, rincones de aseo para el lavado de manos y otros. El sector educativo tiene necesariamente que establecer alianzas con otros sectores sociales para articular las acciones de promoción de la salud. La efectividad y la permanencia de las acciones de promoción están supeditadas a la integración al sistema total curricular y educativo. La Promoción de la Salud Escolar será efectiva si logra un enfoque integral (en lo conceptual, el contenido y la metodología). Por lo que decimos que la promoción de la salud es una estrategia de gestión que busca sembrar conciencia a los niños y niñas que aprenderán conocimientos temas de salud que deberán ser incorporados en los programas curriculares que va permitir su formación sostenida y lograr los espacios saludables

A partir del año 2002 en Tacna se encuentra la implementación de políticas saludables en el ámbito escolar que promueven la salud y la vida, esta línea de acción difunde el conocimiento de los principales problemas que afectan la salud de la comunidad educativa y apoya la adopción de medidas que favorecen la salud y la vida.

En nuestro ámbito departamental solo 92 instituciones educativas pilotos, a nivel inicial, primaria y secundaria se encuentra implementado el Programa de Promoción de la Salud, en coordinación con la DIRESA Tacna conjuntamente con la Oficina de Tutoría y Prevención Integral de la DRET, brindando asistencia técnica oportuna y permanente en los establecimientos de salud y los centros educativos programados.

En este contexto el presente trabajo de investigación sobre **EVALUACIÓN DE EJES TEMÁTICOS HIGIENE Y AMBIENTE Y ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN, EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD A NIVEL PRIMARIO, TACNA 2013-2014**, que busca establecer el grado de conocimientos de los ejes temáticos priorizados: alimentación y nutrición, higiene y medio ambiente saludable. La institución educativa será el espacio privilegiado para contribuir el desarrollo del alumno, el cual se promoverá como agente de cambio y promotora de una cultura de la salud para el bien de su familia y comunidad. Es necesario realizar una evaluación de los conocimientos sobre salud son significativos, si los alumnos realmente están participando y si los métodos de enseñanza empleados son pertinentes y efectivos.

El contenido de este trabajo se resume en cinco capítulos. El primer capítulo presenta el problema de la investigación. El segundo, el marco teórico en el que se presenta una descripción de la Promoción de la Salud en la Instituciones Educativas .El tercer capítulo se presenta el marco metodológico de la investigación. En el capítulo cuarto discusión de los resultados.

## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1. PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Uno de los objetivos estratégico del sistema educativo es ~~%~~Formar niños y jóvenes como ciudadanos capaces de construir la democracia, el bienestar y el desarrollo nacional, armonizando este proyecto colectivo con su propio proyecto personal de la vida.

El sistema educativo en nuestro país atiende el 82.4% de los niños de 5 años, el 96.9% de los niños entre los y los 6 a 11 años, y el 85.9 de los adolescentes entre los 12 y 16 años, reflejando avances en su nivel de cobertura (Plan Estratégico Institucional 2013-MINEDU). Los altos niveles de inequidad en la vida nacional, se reflejan en las escuelas rurales en la desigualdad de oportunidades y las condiciones de pobreza en las poblaciones campesinas y comunidades dispersas. En las escuelas rurales se concentran los niveles más bajos de aprendizaje y las más altas tasas de repetición, deserción y ausentismo. Uno de los aspectos en el que más se ha avanzado en la educación peruana es la cobertura en primaria, siendo el atraso y el rendimiento escolar aspectos que presentan serias limitaciones. A nivel nacional el 98% de los a niños y niñas entre 6 y 11 años asiste a primaria. Sin embargo, aun un 4% no asiste a la escuela, lo que equivale aproximadamente a 145,000 niños y niñas.

Durante los meses de noviembre y diciembre del año 2010 se implementó, por primera vez en el Perú, la Encuesta Mundial de Salud Escolar - GSHS (sus siglas en inglés). Los objetivos fueron obtener datos



precisos sobre comportamientos relativos a la salud, factores de riesgo y factores de protección entre los estudiantes y proveer información para la generación de políticas saludables en pro de los escolares. La encuesta fue aplicada a estudiantes del 2do al 4to año de educación secundaria. Fue respondida por 2,882 alumnos, lo que corresponde a una tasa de respuesta a nivel de escuelas del 100%, de estudiantes del 85% y total de 85%. Los resultados más relevantes de la encuesta muestran que cerca del 20% de los estudiantes presentaron sobrepeso, y un 3% obesidad, de acuerdo a los valores autos reportados de peso y talla. El 3.2% de los alumnos refirió haber sentido hambre en el último mes debido a la falta de alimentos en el hogar. Solo un 8.9% consumió verduras tres veces al día y más de la mitad (54,0%) de los estudiantes consumió gaseosas una o más veces por día en el último mes.

Lo resaltante en relación a la higiene, fue que el 4.4% de los estudiantes encuestados refirió cepillarse los dientes menos de una vez al día, el 5.3% de los estudiantes nunca o casi nunca se lavó las manos antes de comer, mientras que el 6.8% de los estudiantes nunca o casi nunca se lavó las manos después de utilizar el inodoro o letrina. A su vez 8% de los estudiantes nunca o casi nunca utilizaron jabón al lavarse las manos en los últimos 30 días.

La Dirección Regional Sectorial de Educación de Tacna en el marco de la Ley General de Educación N° 28044 y lo señalado en la RM. N° 341 . 2009 ED relativo a la Directiva para el Desarrollo del año escolar 2015 en EBR y Técnico Productiva, las Normas educativas de Educación superior y la Ley de Presupuesto N° 30281 para el año fiscal 2015. Cuentan con el Plan Estratégico Regional y el Proyecto Educativo Regional al 2015, y el apoyo técnico del personal de la sede educativa, sumado al aporte del recurso humano de la UGEL. Tacna, Tarata, Candarave y Jorge Basadre, como órganos desconcentrados operativos de la DRSET. la misma que atiende a una población escolar aproximadamente de 84,417 estudiantes del régimen estatal y privadas, apoyados por 6,349 docentes, distribuidos en 1,027 II.EE. y programas públicos y privados

En la Unidad de Gestión Educativa Local de Tacna, se concentra el mayor porcentaje de alumnos educación primaria se atiende a nivel primario (91.5%) y el nivel secundario (92.2%) en la cual estudian en más centros educativos del estado, el cual se presentan mayores prevalencias de enfermedades. La mayoría de los alumnos egresados pasan directamente al mercado de trabajo, sin que hayan sido capacitados para desempeñarse adecuadamente.

La Educación en Tacna tiene casi los mismos problemas comunes que los identificados a nivel nacional entre ellos el bajo nivel de enseñanza, escaso uso de las tecnologías de información, bajas remuneraciones e insuficiente capacitación a los docentes, etc. No obstante a ello, Tacna se sitúa entre los cinco departamentos con mayor índice de desarrollo educativo.

EL Ministerio de Educación a través de la Oficina de Tutoría y Prevención Integral (OTUPI), ejecutan programas de atención a fin de asegurar la permanencia sostenida del educando en el sistema educativo, evitando el ausentismo y deserción por razones de trabajo.

El Ministerio de Salud, a través de la nueva Ley aprobada por el Congreso de la República el 17 de enero de 2002, se crea la Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS), incorporando así esta línea estratégica y prioritaria a la estructura funcional del Ministerio (Cap.X, Art. 27º). Entre las funciones que le han sido asignadas se encuentran la formulación de políticas y planes de promoción de la salud concertada con los niveles regionales, así como el diseño de estrategias de implementación de servicios y gestión sanitaria que incorporen el enfoque de promoción de la salud orientada a la generación de estilos de vida y entornos saludables. La promoción de la salud abarca no sólo las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades básicas para la vida y las capacidades de los individuos, sino también las acciones para influir en las condiciones sociales y económicas subyacentes y en los entornos físicos que influyen

sobre la salud. El desafío de la promoción de la salud en nuestro país, radica en transformar las relaciones excluyentes, conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como trabajar por la solidaridad y la equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo.

El Ministerio de Salud ha desarrollado el Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas, que se concibe como una estrategia para generar y fortalecer prácticas saludables apoyando el desarrollo integral de los niños y adolescentes. Para su implementación, fue necesario contar con una línea de base que permitiera conocer los comportamientos en relación a la salud de los estudiantes; es en ese sentido, que se elaboró y aplicó una encuesta basal con el objetivo de conocer las prácticas en salud de los estudiantes de las Instituciones Educativas adscritas al programa. Los resultados encontrados sirvieron para la programación y planificación de acciones de intervención que permiten mejorar las prácticas y entornos saludables en los estudiantes. Por otro lado, la línea basal es un instrumento que contribuirá a evaluar el impacto del programa en los estudiantes de primaria y secundaria a nivel nacional.

Cada vez más los padres, personal de colegios, trabajadores de salud pública y otros se preocupan por las nuevas generaciones y se plantean la necesidad de participar en programas de salud en los colegios. Es necesario unir esfuerzos entre sectores, es así que los Ministerios de Salud y Educación se han unido para incorporar el Programa de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas, estas últimas pueden influir de manera directa en el desarrollo de comportamientos saludables en los niños.

Una evaluación es una exigencia ética y técnica en cualquier proceso de inversión. Proyecto educativo Institucional, Plan Anual de Trabajo, Proyecto Curricular del Centro, Implementación de Políticas Saludables, Seguimiento y Monitoreo, Escuela Acreditada e Informe de Actividades. La

falta de evaluación es ~~el~~ talón de Aquiles+de las intervenciones de salud, si revisamos los antecedentes de trabajo en salud no encontramos una evaluación con respecto al tema, esta situación es la que se quiere cambiar y por ello, se considera pertinente la presente investigación.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. INTERROGANTE PRINCIPAL**

¿Qué niveles de logro muestran los contenidos temáticos de higiene y ambiente saludable, alimentación y nutrición en la implementación del programa de promoción de la salud en las instituciones educativas saludables de la región?

### **1.2.1. INTERROGANTES SECUNDARIAS**

1. ¿Cuáles son los niveles de logro en higiene y ambiente saludable de los escolares del nivel primario incluidos en la aplicación del Programa de Instituciones Educativas saludables de la región?

2.-Cuáles son los niveles de logro en alimentación y nutrición saludable de los escolares del nivel primario incluidos en la aplicación del Programa de Instituciones Educativas saludables de la REGIÓN?

3.- ¿Existen diferencias significativas en el nivel de logro en los ejes temáticos higiene y ambiente saludable en los escolares del nivel primario incluidos en la aplicación del Programa de Instituciones Educativas saludables de la Región?

4.- ¿Existen diferencias significativas en el nivel de logro de los ejes temáticos alimentación y nutrición en los escolares del nivel primario incluidos en la aplicación del Programa de Instituciones Educativas saludables?

## **1.3. FUNDAMENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

Siendo la salud un factor fundamental para garantizar el normal desarrollo del ser humano y por ende hacer posible un eficiente RENDIMIENTO EN el logro de su formación integral el Perú desde el año 2001 viene

impulsando en forma integrada entre el Ministerio de Salud y el ministerio de Educación acciones dirigidas a fortalecer la promoción de la salud con el propósito de favorecer el mejoramiento de la calidad de vida de los estudiantes.

Dentro de este propósito es sumamente importante conocer los niveles de logro que se vienen obteniendo en los contenidos de los ejes temáticos de higiene y ambiente, alimentación y nutrición en la implementación del Programa de Promoción de la salud en las Instituciones Educativas saludables de Educación Primaria de la Región.

De este modo conociendo los resultados de la evaluación del nivel de logro de los contenidos de los ejes temáticos, se podrá implementar los lineamientos estratégicos para consolidar y/o mejorar dichos logros, he ahí donde radica la importancia de nuestra investigación.

#### **1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **1.4.1. OBJETIVO GENERAL**

Evaluar los resultados de los contenidos de ejes temáticos higiene y ambiente, alimentación y nutrición saludables, en la implementación del programa de promoción de la salud a nivel primario de Tacna 2013-2014.

##### **1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1) Determinar el nivel de logro en higiene y ambiente saludable en la aplicación del Programa de Promoción de la salud en Instituciones Educativas Saludables del Nivel Primario de la Región.
- 2) Determinar nivel de logro en alimentación y nutrición saludable en la Aplicación del Programa de Promoción de la salud en Instituciones Educativas Saludables del nivel Primario de la Región
- 3) Comparar los niveles de logro, por microredes, de los contenidos de los ejes temáticos higiene y ambiente, alimentación y nutrición saludable en la Aplicación del

Programa de Promoción de la salud en Instituciones Educativas saludables del nivel Primario de la Región.

## **1.5. CONCEPTOS BÁSICOS**

### **1.5.1. ALIMENTO**

Es toda sustancia o producto que en su estado natural o elaborado presenta características que lo hacen apto y agradable al consumo humano a fin de satisfacer las necesidades calóricas proteicas para crecer, desarrollar y vivir. Los alimentos aportan energía y nutrientes que el organismo humano necesita para realizar sus diferentes funciones y mantener su salud.

### **1.5.2. ALIMENTACIÓN**

Consiste en la ingesta de una serie de sustancias que tomamos del mundo exterior y que forman de nuestra dieta. La alimentación es un acto voluntario y consciente que aprendemos a lo largo de nuestra vida. La alimentación puede no ser la adecuada y está influenciada por diversos factores como los medios de comunicación.

### **1.5.3. COMUNIDAD EDUCATIVA**

Conjunto de personas que influyen y son afectadas por un entorno educativo. Está integrada por los estudiantes, docentes, directivos, padres y personal administrativo y de limpieza

### **1.5.4. CAMBIO DE COMPORTAMIENTOS**

Los cambios de comportamiento se lograrán si son fáciles de realizar por toda la población, si son flexibles a las necesidades concretas de grupos locales, si se accede a información y recopila sugerencias de la población y el costo no es una barrera para la

práctica por la población, y principalmente si están de acorde con sus valores y creencias culturales.

De acuerdo a observaciones directas de personas que estaban efectuando cambios en su comportamiento, lo más común es pasar por cinco etapas a medida que uno se familiariza con una nueva conducta (Rimer BK. 1990):

1. La persona todavía no ha pensado en cambiar su comportamiento (%No veo suciedad en mis manos+).
2. La persona empieza a contemplar algunos cambios (%Quizá el lavado de manos me haga bien+).
3. La persona se prepara para el cambio (%Me informé en el centro de salud que el lavado de manos protege mi salud+).
4. La persona empieza a efectuar cambios (%Me lavo las manos antes de comer y después de hacer deposiciones+).
5. Dos o tres años después del cambio, la persona continúa con el comportamiento saludable (%Desde que me lavo las manos estoy saludable y no gasto en medicinas+).

#### **1.5.5. COMPORTAMIENTO SALUDABLE.**

El comportamiento saludable como cualquier otro comportamiento se adquiere, se aprende, La salud como proceso implica identificación, atención, adquisición, práctica, mantenimiento, y desarrollo. El comportamiento saludable debe definirse como un comportamiento específico de salud desde la salud.

#### **1.5.6. DESNUTRICIÓN**

Es una enfermedad producida por un consumo insuficiente de nutrientes. Las personas desnutridas tienen un bajo peso corporal y en los niños se produce un retraso en el crecimiento y desarrollo psicomotor. La desnutrición produce una disminución de la

capacidad para defenderse de las enfermedades infecciosas y aumenta el riesgo de muerte. En los escolares se traduce además en una disminución del rendimiento escolar y en los adultos falta de energía para trabajar y realizar las actividades diarias. Entre las principales causas de la desnutrición tenemos:

- Una ingestión insuficiente de calorías y proteínas, por desconocimiento de una correcta alimentación y nutrición o por carencias económicas para adquirir los alimentos.
- Diarreas y otras infecciones que producen pérdidas de los nutrientes aportados por los alimentos.
- Enfermedades que dificultan la absorción normal de nutrientes.

#### **1.5.7. EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

Es toda actividad libremente elegida que participa en un aprendizaje de la salud o de la enfermedad, es decir, en un cambio relativamente permanente de las disposiciones o de las capacidades del sujeto. Una educación para la salud, eficaz puede producir cambios a nivel de conocimientos, de la comprensión o de las maneras de pensar, puede determinar cambios de actitudes y de creencias, puede facilitar la adquisición de competencias.

#### **1.5.8. EJE TEMÁTICO**

Es el contenido técnico conceptual sobre un tema priorizado en promoción de la salud, fundamenta y brinda los contenidos técnicos a los programas de promoción de la salud según población sujeto de intervención. Los ejes temáticos priorizados son: Higiene y ambiente, alimentación y nutrición, actividad física, salud sexual y reproductiva, habilidades para la vida, seguridad vial y cultura de tránsito, buen trato y cultura de paz y promoción de la salud mental.



### **1.5.9. HIGIENE, MANIPULACIÓN Y CONSERVACIÓN DE LOS ALIMENTOS**

Todas las personas que preparan alimentos, deben ser conscientes de que una intoxicación alimentaria, causada por una falla en la cadena de manipulación de dichos productos, puede tener efectos muy graves sobre la salud, llegando incluso a causar la muerte en determinados casos. Los contaminantes pueden ser: físicos (tierra, pelos, papel, heces, etc.), químicos (pesticidas)

### **1.5.10. PROGRAMACIÓN CURRICULAR**

La planificación curricular, consiste en programar cada año los contenidos básicos de las áreas educativas. Como sabemos, se elabora sobre la base de los contenidos educativos del diseño curricular básico, formulados por el Ministerio y la Región. Los contenidos de salud son dosificados en la programación anual de las áreas educativas mediante las unidades didácticas y sesiones de aprendizaje, a este proceso se le denomina planificación curricular.

### **1.5.11. PLAN DE TUTORÍA**

El Comité de Tutoría, conformado por el conjunto de tutores, elabora cada año un plan de actividades a implementarse en toda la institución educativa, abarca los niveles de primaria y secundaria. Este plan contiene las actividades de acompañamiento y orientación permanente de los estudiantes, que responden a necesidades e intereses de desarrollo personal, de desempeño académico, orientación vocacional y de promoción y defensa de la salud integral.

### **1.5.12. PLAN DE AULA**

Las escuelas a través de la diversificación contextualizan los contenidos de la Estructura Curricular Básica, incluyendo los

contenidos de salud como temas transversales en las diferentes áreas; este proceso se denomina planificación de aula, en el cual se diseñan las unidades didácticas, por grado y en cada nivel (primario y secundario). Y es en los proyectos de aprendizaje donde el alumno pone en práctica lo aprendido, relacionando los conocimientos de salud con las diversas áreas.

#### **1.5.13. PROMOCIÓN DE LA SALUD**

La promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación.

#### **1.5.14. INSTITUCIÓN EDUCATIVA SALUDABLE.**

Definida como aquella institución educativa del nivel inicial, primario y secundario; cuya comunidad educativa conformada por docentes, estudiantes y padres de familia, se organiza, planifica y ejecuta acciones para promover prácticas saludables y generar mecanismos que faciliten un mayor control sobre su salud.

#### **1.5.15. NIVEL DE LOGRO.**

Son descripciones de los conocimientos y habilidades que se espera que demuestren los estudiantes en el manejo de tecnologías, y pueden ser definidas en tres niveles de logros: Inicial, intermedio y avanzado.

### **1.6. ANTECEDENTES DEL PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD**

En 1920, Winslow hizo alusión a la organización de la comunidad para la educación de los individuos hacia su salud personal y el desarrollo de la

maquinaria social, a fin de asegurar a cada persona un estándar de vida para el mantenimiento o mejoramiento de la salud. (Gómez 1998:4)

La historia más reciente, que antecedió a la renovación de principios y la construcción teórica práctica de la promoción de la salud, se inició en 1945, con Henry E. Sigerist, quien definió las cuatro funciones básicas de la medicina: 1) la promoción de la salud, 2) la prevención de la enfermedad, 3) la restauración de los enfermos, y 4) la rehabilitación; y, afirmó que ~~la~~ la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso; instando al esfuerzo coordinado de los políticos, los sectores laboral e industrial, los educadores y los médicos.

Fue el primero en usar el término ~~promoción~~ promoción de la salud para hacer alusión a las acciones del Estado para mejorar las condiciones de vida y a las acciones basadas en la educación sanitaria. En el listado de los aspectos fundamentales que debe considerar un programa nacional de salud, Sigerest situó en primer lugar a la educación gratuita para toda la población, incluida la educación para la salud, seguida de las mejores condiciones posibles de trabajo y de vivienda. (Terris 1999:45). En tercer lugar hace referencia a los mejores medios de recreación y descanso; en cuarto lugar propone un sistema de instituciones de salud y de personal médico accesible para todo el mundo, responsable por la salud de la población, capaz de aconsejar y ayudar a mantener la salud y a su restauración, cuando la prevención ha fallado; y en quinto lugar alude al desarrollo de centros médicos de investigación y de capacitación. (Restrepo 2001:39)

El Informe Lalonde, publicado por el Gobierno de Canadá en 1974 y sustentado por Marc Lalonde, ex Ministro de Salud y Bienestar Nacional de Canadá titulado ~~Una~~ Una nueva perspectiva de salud de los canadienses; considera a la promoción de la salud como una estrategia gubernamental, dirigida a la resolución de los problemas de salud y proponía acciones que tenían que ver con Cambios del estilo de vida o comportamientos, como tabaco, alcohol, dieta, comportamiento sexual. (Gómez 1998:9)

De la perspectiva tradicional de que el arte o la ciencia de la medicina ha sido el manantial del que han surgido todos los progresos de la salud, se pasó a un concepto más amplio de campo de salud, que consta de cuatro grandes elementos: biología humana, medio ambiente, estilos de vida y organización de la atención sanitaria. En el mismo documento se sostenía que lo preventivo debía primar sobre lo curativo. (Terris 1999:47)

En 1978, se produjo un evento internacional que introdujo a escala mundial innovaciones en la conceptualización de la salud. Nos estamos refiriendo a la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, auspiciada por la Organización Mundial de la Salud y el UNICEF en Alma-Ata, capital de la República de Kazajstan, entonces Unión Soviética, a la que asistieron 134 países, 67 organizaciones internacionales y muchas organizaciones no gubernamentales.

La innovación fue la de proclamar la convicción de que la salud no puede ser un privilegio de pocos pues es un derecho humano universal y fundamental. De no menor importancia en lo doctrinario fue el enunciado que sostiene: El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud (OMS 1994:11) Ya en 1975, el Dr. Halfdan Mahler, Director General de la OMS, había propuesto la meta salud para todos, afirmando que se trataba de alcanzar un nivel de salud que permitiese a todos, sin excepciones, llevar una vida social y económicamente productiva, destacando la relevancia social y política de la salud. (Tejada 2003:60). Es altamente reconocido que la Declaración de Alma-Ata constituye uno de los mayores hitos para la salud pública del siglo XX. Hasta ese momento, los países pobres tendían a replicar el sistema de salud de los países industrializados. A partir de Alma-Ata, primó el enfoque sobre las necesidades básicas de salud y sobre la prevención de enfermedades en lugar de la atención eminentemente recuperativa. Fue una estrategia nueva de desarrollo integral de las comunidades para fines de salud y

desarrollo, que inserta, además, los principios de equidad, inclusión de los pobres, prevención, promoción y participación social. (Altobelli 2002:43)

El Dr. David Tejada de Rivero, ex ministro de Salud del Perú, responsable de la coordinación general de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, considera que, guardando ciertas proporciones, las recomendaciones de Alma-Ata hoy en día tienen más vigencia que nunca. Aunque reconoce que, en nombre de la atención primaria, se han cometido muchos crímenes en el campo de la salud, como la creación de programas, sean o no de carácter vertical. (Tejada 2003:62)

El Dr. Tejada enfatiza que: ~~La~~ Atención Primaria de Salud hay que entenderla como una forma de cómo conducir el cuidado integral de la salud y no como un programa de tercera clase, muy elemental, muy primitivo, hecho para las zonas periféricas y para los pobres. La Atención Primaria de la Salud es un concepto que debe estar presente desde el instituto más especializado en salud hasta el nivel más periférico del cuidado integral de la salud, que no es el puesto de salud sino que es la familia, la escuela, el centro de trabajo+. En este punto, cabe la aclaración vertida por el Dr. Tejada, en relación a la inadecuada interpretación de los términos del concepto ~~Atención~~ Atención Primaria de Salud+. (Tejada 2003:63)

En lo referido a la ~~atención~~ atención+, la versión original en inglés usó el término ~~cuidado~~ cuidado+ (~~care~~ care+) y no ~~atención~~ atención+. En realidad entre ambos conceptos hay una diferencia abismal, ~~atención~~ atención+ significa relaciones verticales, asimétricas y no participativas; en donde alguien atiende desde arriba y otro es atendido, pasivamente, desde abajo. Por el contrario ~~cuidado~~ cuidado+ denota relaciones horizontales, simétricas y participativas de responsabilidades en el que promueve y en el que realiza. El cuidado es intersectorial, a diferencia de la atención que es sectorial, institucional o de programas aislados y servicios específicos. (Tejada 2003:63)

Asimismo, en lo que compete al término ~~primario~~ primario+ se tienen dos acepciones extremas y opuestas; una se refiere a lo ~~primitivo~~ primitivo, poco

civilizado+ y la otra a %o principal o primero en orden o grado+. El espíritu de Alma-Ata se refería a la segunda. En la Declaración de Alma-Ata se señala que la Atención Primaria de la Salud forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud como del desarrollo social y económico global (en su sentido multisectorial y no mundial), y es la función central y el núcleo principal de todo el sistema. (Tejada 2003:62)

En 1979, el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos publicó el informe %Gente sana: el informe del Cirujano General sobre la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad+. En este documento se presenta a la promoción de la salud como una estrategia de medidas que estimulen a las personas a adoptar modos de vida sanos. (Tejada 2003:65)

Al mismo tiempo presenta a la prevención como las estrategias tendientes a la protección de las amenazas ambientales a la salud. Ambos planteamientos de políticas, el de Canadá y el de Estados Unidos, irían a generar profundos cambios en la práctica de la salud pública en esos dos países. (Gómez 1998:14)

En la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, llevada a cabo en Ottawa, Canadá, en 1986 y organizada por la Organización Mundial de la Salud, la Asociación Canadiense de Salud Pública y el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá; se elaboró la Carta de Ottawa en la que se hacen importantes avances en la conceptualización de la promoción de la salud, entendiéndola no concentrada exclusivamente en los estilos de vida y la responsabilidad individual, como inicialmente se definió, sino desde una perspectiva más amplia, planteando la importancia del entorno físico, económico, social, cultural y ambiental como Determinantes de la salud. (OMS 1992:67)

En la organización de dicha Conferencia, pesó la necesidad de reactivar el compromiso de los países miembros de la OMS para alcanzar la meta de %Salud para todos en el año 2000+, que no avanzaba como se esperaba.

La promoción de la salud surge, como una nueva forma de reactivar los procesos de acción intersectorial y las intervenciones en el terreno político, para lograr mejores condiciones de salud en el mundo. (Restrepo 2001:43)

Los aportes de la Carta de Ottawa a una concepción más integral de promoción de la salud se sintetizan a continuación:

#### **A. Énfasis en la perspectiva sociopolítica de la salud**

Se concibe a la salud no solo como ausencia de enfermedad sino que ésta es el resultado del desarrollo humano, social, económico y político.

Plantea que factores de la organización social, en general, y de la estructura económica en particular son las causas de la enfermedad y que las acciones para promover la salud, además de la modificación de comportamientos individuales, van dirigidas a la modificación del ambiente físico y social que a su vez se encuentra inserto y determinado por un contexto político, cultural y económico. (OMS 1992:68)

#### **B. Incorpora lo individual y las realidades sociales**

Sintetiza los enfoques orientados a individuos como a las colectividades y los enfoques de promoción de la salud, basados en determinantes específicos de la enfermedad con determinantes generales. (OMS 1992:69)

#### **C. Redimensiona la participación social como eje central de la promoción de la salud.**

El aumento de la capacidad de individuos o comunidades para definir, analizar y actuar sobre sus propios problemas de salud, se

constituyen como la esencia misma de la participación en la promoción de la salud, tanto a nivel individual como colectivo. (OMS 1992:69)

#### **D. Redefine el enfoque tradicional de la educación en salud**

Pasa de ser una educación en donde los individuos y grupos tienen un rol pasivo frente a los expertos a un enfoque que promueve la participación reflexiva activa y crítica y el desarrollo de capacidades y habilidades en el control de los individuos sobre su salud y sus determinantes. (OMS 1992:69)

#### **E. Redimensiona y orienta el papel del sector salud en la promoción de la salud**

Orienta las actividades de los servicios más allá de la atención curativa hacia una atención que contemple la promoción de la salud, no solo como responsabilidad del sector sino también de individuos, comunidades y otros sectores. Da al sector salud un nuevo papel como intercesor, mediador y facilitador de procesos sociales conducentes a la salud.

Como cursos de acción para hacer operativa la promoción de la salud, la Carta de Ottawa propone cinco áreas:

- 1) Elaboración de políticas públicas saludables.
- 2) Creación de ambientes favorables.
- 3) Reforzamiento de la acción comunitaria,
- 4) Desarrollo de habilidades personales y
- 5) Reorientación de los servicios de salud.

En 1988, en Adelaida-Australia, se realizó la Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. En esta conferencia se exploró con mayor profundidad cómo las políticas públicas saludables de todos los sectores inciden en los factores determinantes de la salud y cómo se



constituyen en un vehículo esencial para las acciones que reducen las inequidades sociales y económicas. (OMS 1992:69)

La Declaración de esta Conferencia, definió la política pública saludable como *la que se dirige a crear un ambiente favorable para que la gente pueda disfrutar de una vida saludable* y llamó la atención respecto a la necesidad de solicitar cuentas a los que formulan las políticas públicas sobre su impacto en la salud. (Restrepo 2001:44)

La Declaración de Sundsvall, suscrita en la Tercera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, efectuada en Suecia en 1991, destacó la interdependencia entre la salud y el ambiente en sus diferentes dimensiones: físicas, culturales, económicas y políticas. Específicamente se reconoce que, los conflictos armados, el rápido crecimiento demográfico, la alimentación inadecuada, la falta de medios de autodeterminación y el deterioro de los recursos naturales, son algunas de las influencias ambientales identificadas como factores perjudiciales para la salud. En 1992 se firmó la declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Santafé de Bogotá, titulada *La Promoción de la Salud y Equidad*. En esta declaración se definió el significado de la promoción de la salud en América Latina y se debatieron principios, estrategias y compromisos relacionados con el logro de la salud de la población de la Región. (Restrepo 2001:44-47)

Las conclusiones de la Conferencia responden a la problemática específica de las naciones latinoamericanas, tomando en cuenta los aportes de reuniones internacionales previas y experiencias en promoción de la salud de otros países del mundo. Se explicita que *la promoción de la salud en América Latina busca la creación de condiciones que garanticen el bienestar general como propósito fundamental del desarrollo, asumiendo la relación de mutua determinación entre salud y desarrollo*. Por consiguiente, el desafío consiste en transformar las relaciones excluyentes conciliando los

intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como en trabajar por la solidaridad y la equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo+. (OPS 1992:37)

Durante la 13ª Reunión de los Ministros Responsables de la Salud del Caribe, y después de haber tomado conciencia de la pertinencia de la promoción de la salud como proceso importante y significativo, a través del cual los pueblos del Caribe podrían asumir un control mayor sobre su salud y mejorarla, se pidió la elaboración de una Carta para la Promoción de la Salud. En cumplimiento de este mandato, se celebró en Puerto España, Trinidad y Tobago, la Primera Conferencia de Promoción de la Salud del Caribe, reunión efectuada del 1 al 4 de junio de 1993. (OPS 1992:38)

En el marco de esta Conferencia se firma la Carta del Caribe para la Promoción de la Salud, en donde se manifiesta que los problemas de salud están crecientemente ligados a factores sociales, económicos y del comportamiento y urge la necesidad de adoptar un nuevo enfoque. Además por los efectos desfavorables de los programas de ajuste estructural de sus economías. (Carta del Caribe 1993:4-10)

En 1997 tiene lugar la Cuarta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, en Jakarta. Esta Conferencia, considerada como la segunda gran conferencia internacional sobre la promoción de la salud después de Ottawa, planteó la necesidad de avanzar en la lucha contra la pobreza y otros determinantes de la salud en países en desarrollo. Asimismo, enfatizó respecto a la movilización de sectores privados y la conformación de alianzas estratégicas. (Restrepo 2001:47)

En junio de 2000, en México, se desarrolló la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. La Declaración de México 2000, formulada en el marco de la mencionada Conferencia, reconoce que el logro del grado máximo de salud que se pueda alcanzar, es un valioso recurso para el disfrute de la vida y es necesario para el desarrollo

social y económico. Asimismo, se concluye 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. (Declaración Ministerial para la Salud 2000:3-8) En octubre de 2002, en Santiago de Chile, se realizó el Foro de Promoción de la Salud de las Américas: Empoderando y Formando Alianzas para la Salud. Además de ratificar los principios y valores de la promoción de la salud de la Carta de Ottawa, reconoce la urgencia de abordar los determinantes sociales de la salud, a través del fortalecimiento de los mecanismos de colaboración entre los sectores público, privado y la sociedad civil, en el marco de un proceso de descentralización.

Otro de los compromisos asumidos es el establecimiento de políticas públicas saludables que promuevan la calidad de vida y el desarrollo social más allá del sector sanitario, incorporando la promoción de la salud como un componente central en el proceso de reforma del sector salud y como un elemento básico en la reorientación de los sistemas y servicios de salud, mejorando el acceso a los servicios y a los medicamentos esenciales. (MINSAL 2003:1-5)

Asimismo, en la XXIV Reunión Ordinaria de Ministros de Salud del Área Andina realizada en Lima, Perú, los días 28 y 29 de noviembre de 2002, fue aprobado el texto de la Resolución REMSAA XXIV/386, (Certificado en Lima, Perú, el 5 de diciembre de 2002, por el Doctor Mauricio Bustamante García, Secretario Ejecutivo, Organismo Andino de Salud . Convenio Hipólito Unanue) comprometiéndose los ministros firmantes a: realizar las gestiones necesarias para incluir la promoción de la calidad de vida y la salud en la Agenda de Políticas de Estado; la inclusión de la promoción de calidad de vida y la salud como eje articulador de las políticas sociales y de salud en la Agenda Social Andina; mejorar los sistemas de información, vigilancia y evaluación de las intervenciones de promoción de la salud; fortalecer en los países el desarrollo de la promoción de la salud en los servicios de salud, especialmente de los cuidados de salud a la familia y de la atención

primaria; capacitar recursos humanos del sector de la salud y otros sectores, en promoción de la salud, su vigilancia y evaluación, en alianza estratégica con las universidades y otros centros de excelencia académica; articular y potenciar las iniciativas nacionales de promoción de la calidad de vida y salud en los países miembros, a través de canales de información e intercambio de experiencias, encargándosele al Convenio Hipólito Unanue, la coordinación de estos procesos, con el apoyo de la OPS-OMS y de la cooperación internacional. Cabe señalar que la promoción de la salud no está fuera del marco internacional de los derechos humanos. En 1948, se firman los tres pactos básicos que definen a la salud como un derecho humano fundamental: la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Declaración Americana de los Derechos Humanos y la constitución de la Organización Mundial de la Salud. (Carl 2002:64-85)

El derecho a la salud está sustentado en innumerables tratados internacionales, de los que el Perú es Estado parte. En el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se alude a que ~~la~~ salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente+ (MINSa 2003:14)

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce que el derecho a la salud se debe interpretar como un derecho inclusivo que no solo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones de trabajo seguras y sanas, un medio ambiente sano y el acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro eje importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las

cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional. (MINSA 2003:15)

Existe una trayectoria de varias décadas de programas de salud escolar en el mundo, que a sus inicios 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, el tratamiento de enfermedades específicas y exámenes médicos. Aunque a comienzos del Nuevo Milenio estas tendencias no han desaparecido por completo de los programas de salud escolar en el mundo, es indiscutible que se han logrado avances considerables en todos los países en el camino hacia un enfoque integral de salud en las escuelas, a través de la incorporación de acciones de promoción de la salud en este importante escenario.

La 4ta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud Nuevos actores para una nueva era : Guiando la promoción de la salud hacia un siglo XXI- se celebra en un momento crítico para la formulación de estrategias internacionales de salud, Han transcurrido casi 20 años desde que los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud contrajeron el ambicioso compromiso de adoptar una estrategia mundial de salud para todos y observar los principios de atención primaria de salud establecidos en la Declaración de Alma-Ata. Han pasado 10 años desde que se celebró la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en Ottawa (Canadá). Como resultado de esta conferencia se publicó la Carta de Ottawa para la promoción de la salud, que ha sido fuente de orientación e inscripción en ese campo desde entonces. En varias conferencias y reuniones internacionales subsiguientes se ha aclarado la importancia y el significado de las estrategias clave de promoción de la salud, incluso de las referentes a una política pública saludable y a un ambiente favorable a la salud.

La 4ta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, organizada en Yakarta, es la primera en celebrarse en un país en desarrollo y en dar participación al sector privado en el apoyo a la promoción de la salud. Ofrece una oportunidad de reflexionar sobre lo aprendido con respecto a la promoción de la salud, reconsiderar los factores determinantes de la salud y señalar los derroteros y estrategias necesarios para resolver las dificultades de la promoción de la salud en el siglo XXI.

Una La Red de Escuelas Promotoras de Salud surgió a partir de las recomendaciones de la Conferencia Europea sobre Promoción y Educación para la salud (Estrasburgo, 1990), donde expertos en salud y educación, funcionarios e investigadores consideraron que el fortalecimiento de la promoción y educación para la salud en las escuelas requería de diversas actividades y mecanismos para promover el intercambio de experiencias e información.

En los países europeos, este esfuerzo común recibió el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Consejo de Ministros de la Comunidad Europea. El apoyo político favoreció la introducción de la educación para la salud en las escuelas. En 1993 se creó oficialmente la Red Europea de escuelas promotoras de la salud. Esta Red promueve el desarrollo de las escuelas saludables, facilitando la adopción por toda la comunidad educativa, de modos de vida sanos en un ambiente favorable a la salud, así como instaurando un entorno físico y psicosocial saludable y seguro. La primera reunión de la Red Europea la realización en Grecia en 1997 y en el acta constitutiva se declaró que todos los niños y jóvenes de Europea tienen el derecho y han de tener la posibilidad de estudiar en una escuela promotora de la salud+ (Carl 2002:87)

En el caso de la Región de las Ameritas, en Costa Rica en 1993, la Organización Panamericana de Salud-Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS), lleva a cabo una reunión de consulta para analizar la

situación de la educación para la salud, actualizar sus lineamientos y proponer una perspectiva regional.

A partir de esta reunión se comenzó a elaborar el documento Educación para la Salud en el ámbito Escolar: una perspectiva integral, publicando en 1995. Este documento contiene las recomendaciones a los estados miembros, para la puesta en marcha de la iniciativa de escuelas promotoras de salud.

A partir de esta reunión en el año 1995, la Oficina Regional de la Salud OPS-OMS, realizó el lanzamiento de la iniciativa de la Escuela Promotoras de la Salud en la Región de las Américas, con la finalidad de promover la salud en los centros de enseñanza, promoviendo para ello la constitución de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud en la Región de las Américas, con la finalidad de promover salud en los centros de enseñanza ,promoviendo para ello la constitución de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud (RLEPS).

La I Reunión de la Red Latinoamericana de escuelas Promotoras de la Salud se realizó en 1996 en San José de Costa Rica, con el respaldo y compromiso de 14 países. En esta reunión se constituye oficialmente la Red, estableciéndose los objetivos y planes de acción a nivel de la región y de cada país.

La II Reunión de la Red Latinoamericana de escuelas Promotoras de la Salud se realizó en 1998 en México, donde se lograron acuerdos importantes sobre la organización y desarrollo de acciones de promoción de la salud en las escuelas de la región.

La III Reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud, se realizó del 10 al 13 de septiembre del 2002, en la ciudad de Quito, Ecuador. En esta reunión se logró apoyar la organización y el desarrollo de las escuelas promotoras de la salud (EPS) 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 escolar.

La IV Reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud, se realizó del 11 al 16 de Julio de 2004, en la ciudad de San Juan de Puerto Rico. Asistieron a este evento delegados/as oficiales de salud y educación, se logró fortalecer la estructura, gestión y metas organizacionales de la RLEPS, se propició el debate crítico sobre aspectos relacionados con las posibilidades y condiciones de salud y bienestar, educación y desarrollo integral de la población en edad escolar, en el contexto político, económico, sociocultural y sanitario específico de los países de América Latina y el Caribe en el presente siglo. En esta importante reunión el Perú fue designado para asumir la Secretaria Técnica de la Red de Escuelas Promotoras de la Salud de la Comunidad Andina.

En el I Encuentro Nacional de Promoción de la Salud en el Perú en noviembre del 2004 se llevó a cabo la 1era reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de Salud RLEPS-sub. Región Andina, donde participaron Ecuador, Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, y se acordó trabajar de manera conjunta para el desarrollo de la promoción de la salud en el ámbito escolar de la sub. Región Andina.

#### **Antecedentes Nacionales.**

En el país se tiene un desarrollo importante de las escuelas saludables tanto desde el sector público como las instituciones cooperantes y organismos no gubernamentales de desarrollo.

Una de las primeras experiencias al desarrollo la Asociación Kallpa, en 1988 en el Cono Sur de Lima, extendiéndose luego al Cusco,



Ayacucho e Iquitos. De igual forma la institución Plan Internacional desarrolla el componente de Higiene en los Centros Educativos en el nivel primario, en las regiones de Lima, Piura y Cusco. (KALLPA 2003:21)

Otra experiencia es "Escuelas Amigas+", impulsada por UNICEF a través del Ministerio de Educación en zonas rurales y urbano-marginales. Se trabaja la democratización del aula, el autogobierno de los alumnos, la mejora de la calidad educativa y una educación integral que involucre la salud.

El Ministerio de Salud desarrollo diversas acciones educativas en los centros educativos a través del Programa de Salud Escolar y Adolescente, habiéndose suscrito un convenio de cooperación técnica entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación el año 1993.

El Ministerio de Salud valora y recoge las experiencias de Escuelas Promotoras de la Salud por diferentes instituciones como Catalyst y Pathfinder internacional, entre otras. En el año 2003 se inició el Programa de Escuelas Saludables en el Ministerio de Salud, en el marco de Convenio de Cooperación Técnica entre el Ministerio de Educación y Ministerio de Salud. Este programa actualmente se desarrolla en 3,250 instituciones educativas del país, beneficiando aproximadamente a 500,000 estudiantes. En el año 2003 se inició el programa de Escuelas saludables en el Ministerio de Salud en el Marco del Convenio de Cooperación Técnica entre el Ministerio de Salud y Ministerio de Educación. Este programa actualmente se desarrolla en 9,874 centros educativos del país hasta el 2011, de un total de 51,052 escuelas que representa el 19 % del total, beneficiando aproximadamente a 300,000 estudiantes.

A fin de oficializar el trabajo en las escuelas, el 28 de Octubre del 2004 se publicó en el Diario Oficial "El Peruano" la aprobación vía Resolución Ministerial de la Directiva del Indicador del Programa de

Promoción de la Salud en los Centros Educativos, que norman a Nivel Nacional el desarrollo de las Escuelas Saludables, bajo la responsabilidad de las Direcciones Regionales de Salud del País. El accionar conjunto del Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud se realiza con el propósito de mejorar la calidad de vida de la población, reconociendo la educación y la salud como los pilares fundamentales para el desarrollo de nuestro país.

En noviembre del 2004 se realizó el I Encuentro Nacional de Promoción de la Salud donde se conformó la Red Nacional de Escuelas Promotoras de la Salud constituyéndose en un importante hito en el país para el desarrollo del Programa. Asimismo en el marco del encuentro se realizó la 2da Reunión de la Escuelas Promotoras de Salud. Como producto del Encuentro se emitió la Declaración de Lima que entre uno de sus acuerdos promueve el desarrollo de las escuelas saludables en el país.

### **Convenio Marco entre el Ministerio de Salud y Ministerio de Educación**

Un paso significativo para el trabajo conjunto entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación lo constituye el convenio de cooperación técnica MINSA-MED firmado el 5 de agosto del 2002. Mediante este convenio MINSA-MED , ambos ministerios expresaron su voluntad y acuerdo de un trabajo conjunto para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida del educando en su entorno familiar y comunitario, mediante la promoción de la salud y el óptimo desarrollo de sus capacidades físicas , intelectuales, sociales y emocionales ampliando la cobertura de atención en educación y salud en zonas rurales dispersas y urbano marginales de alta vulnerabilidad, fomentando de esta manera el uso del espacio escolar como lugar estratégico para promover una cultura de salud. Para la implementación del Convenio el Ministerio de Educación está representado por la

Oficina de Tutoría y Prevención Integral y el Ministerio de salud por la Dirección General de Promoción de la Salud.

La Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud de Tacna cuenta con dos Direcciones: La Dirección de Promoción de Vida Sana y Participación Comunitaria en Salud y la Dirección de Educación para la Salud, dentro de ésta última se desarrolla el Programa de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas.

El Programa se viene desarrollando en base al Convenio Marco de Cooperación Técnica entre los Ministerios de Educación y Salud, suscrito el 05 de agosto de 2002. En la DIRESA Tacna se inició con las coordinaciones intra y extramurales en marzo del 2003, suscribiéndose el Convenio con la Dirección Regional Sectorial de Educación Tacna el 09 de setiembre del año 2003, a la fecha teniendo como propósito implementar Instituciones Educativas Saludables, como una estrategia de generación y protección de entornos favorables para la salud.

El objetivo del Programa es contribuir a mejorar la salud, la educación y el desarrollo de la comunidad educativa. Se realizó reuniones con representantes de Educación, Establecimientos de Salud y las Instituciones Educativas para sensibilizar e informar sobre la implementación del Programa, cumpliendo lo programado. En el año 2003 participaron en el programa 40 instituciones educativas, el 2004 un total de 60, el 2005 un total de 62, 2006 un total de 70, 2007 participaron 85, 2008 un total de 92 Instituciones Educativas. Se firmaron actas de compromiso, se realizó diagnóstico recopilando datos de población escolar, docentes, infraestructura, servicios básicos y acciones de promoción de la salud. Asimismo se ha realizado reuniones técnicas de capacitación al personal de Salud, talleres de capacitación en ejes temáticos: higiene, alimentación, habilidades para la vida. Seguridad vial y cultura de tránsito. Igualmente a los docentes, quienes posteriormente transmitieron a sus alumnos, se realizó visitas de

monitoreo y asistencia técnica a los Establecimientos de Salud y a Instituciones Educativas.

En el proceso de Acreditación: en el año 2003 acreditaron 15 I.E., el 2004 un total de 28 I.E., el 2005 fue 63 I.E., el 2006 fueron 61 I.E. 2007 se acreditaron 79 I.E. y el 2008 fue un total de 92 respectivamente. A partir del año 2009 se cuenta con la Guía Técnica de Gestión de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas para el Desarrollo Sostenible , documento que detalla el desarrollo de procesos de gestión en promoción de la salud, a través del dialogo y la reflexión permanente fortaleciendo las capacidades y potencialidades de los actores de la comunidad educativa. Así mismo se describe brevemente el proceso de implementación de una institución educativa saludable considerando los pasos y resultados esperados en promoción de la salud, como el fomento de las prácticas y entornos saludables, desarrollo de asignaturas de educación para la salud en las mallas curriculares como parte de la formación general.

El Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación han ido desarrollando diversas acciones de articulación con la finalidad de elaborar, promover y evaluar la aplicación del enfoque de Instituciones Educativas para el Desarrollo Sostenible en todas las instituciones educativas del país. Se cuenta con la guía como herramienta de apoyo al proceso de aplicación concreta en las instituciones educativas que contribuye a la mejora de los entornos, la calidad de vida, la calidad educativa y el bienestar social, a fin de contribuir al desarrollo integral sostenible de los y las estudiantes y al óptimo desarrollo de sus capacidades, promoviendo una cultura de salud en el ámbito escolar.

Asimismo cabe señalar que la guía servirá como objetivo principal en brindar orientación técnica al personal de salud, para fortalecer su capacidad de gestión en la implementación de acciones de promoción de la salud en instituciones educativas, con el involucramiento de los

integrantes de la familia y la comunidad y el compromiso de los demás actores decisores: los gobiernos locales y regionales.

Se identifica además las características de una institución educativa que promueve el desarrollo sostenible cuando la comunidad educativa:

- Promueve la construcción de una cultura de salud en la institución educativa, que contribuya al desarrollo local.
- Implementan políticas institucionales y normas que favorecen la promoción de prácticas saludables y mejoramiento de entornos en la institución educativa.
- Promueve un entorno físico saludable, servicios básicos (agua segura y servicios higiénicos adecuados, manejo de residuos sólidos) logrando ambientes agradables, limpios y seguros.
- Tiene programas y servicios de nutrición y salud adecuados (desayunos escolares, comedores, tópico escolar, kioscos escolares saludables).
- Promueve un ambiente de bienestar y de tranquilidad para el desarrollo de la educación de los estudiantes.

(Guía Técnica de Gestión de promoción de la salud en instituciones educativas para el desarrollo sostenible pág. 9 - 11)

## **CAPITULO II**

### **FUNDAMENTO TEÓRICO CIENTÍFICO**

#### **2.1. MARCO CONCEPTUAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD**

La Promoción de la Salud, en concordancia con la definición de la OMS es ~~el~~ proceso que da a la población, los medios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y de mejorarla. Para alcanzar en estado completo de bienestar físico, social y mental, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o adecuar el medio ambiente.+ (OPS/OMS 1992: 21-22)

En tal sentido, la promoción de la salud involucra a personas, familias y comunidades es un proceso de cambio orientado a modificar los condicionantes y determinantes de la salud: ingreso y posición social, redes de apoyo social, educación, empleo y condiciones de trabajo, entorno físico, características biológicas, dotación genética, hábitos personales, aptitudes de adaptación y servicios de salud. (OPS/OMS 1992: 25)

Para la Promoción de la Salud el escenario escolar es fundamental pues es donde se desarrollan acciones de aprendizaje creadas para ampliar el conocimiento de los estudiantes en relación con la salud, desarrollando la comprensión y las habilidades personales para facilitar cambios de conducta que promuevan estilos de vida saludables. (OPS/OMS 1992: 29)

## **2.2. LINEAMIENTOS DE POLÍTICA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Para llevar adelante políticas de Promoción de la Salud será imprescindible afrontar una serie de retos, tales como: romper paradigmas vigentes; generar mecanismos de coordinación intersectorial que actualmente son frágiles; fortalecer la ciudadanía; contribuir a la descentralización y al fortalecimiento de los gobiernos locales y a la reorientación de los servicios promoviendo la participación de la población en procesos de toma de decisiones y vigilancia ciudadana.

La Promoción de la Salud debe apostar a largo plazo por la construcción colectiva de una cultura de la salud orientada al desarrollo de prácticas de autocuidado que se organicen en estilos de vida saludables y al logro de una población empoderada capaz de ejercer control sobre los determinantes de la salud. Esta visión de promoción de la salud requiere establecer nuevas herramientas e instrumentos de seguimiento sobre factores y procesos que promuevan la salud, trascendiendo aquellos relacionados con la salud/enfermedad. (MINSA LINEAMIENTOS 2015:21)

## **2.3. LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS**

### **2.3.1. LINEAMIENTO 1**

#### **Impulsar Salud en todas las políticas de estado**

Actualmente predomina el concepto de salud y el modelo de sistema de salud que de él se deriva están centrados en las enfermedades, considerándose al sector salud el principal responsable de la salud de la población. Sin embargo, la mayor parte de los problemas de salud y de las principales causas de muerte prematura, están condicionados por otros Determinantes Sociales de la Salud, que afectan desigualmente a la población y que van más allá del sector salud.

En ese sentido, para alcanzar la equidad en salud resulta necesario el involucramiento de los demás sectores del Estado que desarrollan

políticas con impacto en salud, como es el caso de educación, desarrollo e inclusión social, ambiente, trabajo, vivienda, transporte , agricultura, producción, y economía entre otros. El rol del sector salud no es actuar directamente en la transformación de los determinantes sociales, sino asumir el compromiso de lograr que se priorice en la agenda política del Estado; para lo cual ejerce el liderazgo compartido para el abordaje intersectorial de los mismos, abogando e incidiendo en estos otros sectores para actuar conjuntamente y lograr los cambios necesarios para reducir las inequidades y desigualdades en salud en la población.

La mayor parte de la carga de morbilidad y las causas principales de las inequidades en salud, surgen de las condiciones en las que viven las personas, por lo tanto para mejorar la salud es necesario actuar sobre los Determinantes Sociales de la Salud. La mejor forma de abordarlos consiste en que todos los sectores identifiquen aquellos determinantes sociales que pueden ser abordados desde los programas y proyectos que implementan y que tienen importante efecto potencial sobre la salud y el desarrollo, de tal modo que sean tomados en cuenta al momento de formulación de sus políticas. Para ello, se deberán considerar las siguientes acciones estratégicas:

- Abogar e incidir en los demás Sectores, Gobiernos Regionales y Locales con la finalidad de desarrollar un sentido de corresponsabilidad en la formulación de políticas reconociendo que estas tienen impacto en la salud.
- Facilitar procesos de articulación interinstitucional, intersectorial e intergubernamental para colocar en la agenda política, la necesidad de tomar acción para el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud, con énfasis en los determinantes estructurales.
- Fortalecer capacidades y brindar asistencia técnica a los demás Sectores, Gobiernos Regionales y Locales para el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud, prácticas y entornos saludables con enfoque de gestión territorial de promoción de la salud.



- Impulsar acuerdos de gestión y convenios de cooperación para el abordaje de los determinantes sociales, prácticas y entornos saludables con enfoque de gestión territorial de promoción de la salud.
- Promover procesos participativos e inclusivos para impulsar la gestión territorial de promoción de la salud.
- Generar e impulsar la generación de evidencia acerca de la efectividad de las políticas públicas que actúan sobre los Determinantes Sociales de la Salud, su diseminación y uso de resultados en la toma de decisiones de los Sectores, Gobiernos Regionales y Locales. (MINSa Lineamientos de política de Promoción de la Salud 2015:22-23)

### **2.3.2. LINEAMIENTO 2**

#### **Fortalecer la articulación intergubernamental e intersectorial para reducir inequidades y facilitar la inclusión social**

Es necesario, en el marco del proceso de descentralización, fortalecer y reorientar la acción intergubernamental, como un mecanismo de gestión que permita mejorar la equidad en salud a través de la coordinación fluida entre los tres niveles de gobierno (nacional, regional y local) que tengan competencia directa o indirecta sobre la salud. Asimismo, la acción intersectorial tiene como fin ocuparse de la equidad en salud mediante la legislación y políticas públicas, esta acción debe abarcar a todos los gobiernos y a la sociedad. En algunos casos se necesita que solamente determinados sectores cumplan bien su función.

Es preciso tener en cuenta que esta doble articulación es indispensable para modificar de manera sostenible y definitiva los determinantes estructurales de los Determinantes Sociales de la Salud, y que corresponde a la Autoridad de Salud, nacional y regional, liderar este proceso.

Para este lineamiento se deberán considerar las siguientes acciones estratégicas:

- Promover un marco de políticas públicas saludables y un enfoque de gestión territorial favorable a la salud integral, el desarrollo y la inclusión social con equidad, que conduzcan a la acción intersectorial.
- Definir los objetivos y áreas temáticas afines que requieren intervenciones concertadas a nivel intergubernamental e intersectorial para el abordaje de los determinantes sociales con enfoque de gestión territorial.
- Socializar los beneficios del trabajo colaborativo, así como trasladar estas ventajas y objetivos comunes a la acción intersectorial, intergubernamental y de gestión local y comunitaria para el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud y favorecer prácticas y entornos saludables.
- Desarrollar procesos de planificación concertada en base a la construcción de alianzas estratégicas con sectores, gobierno regional y local y con participación de actores clave del nivel local.
- Crear espacios de diálogo intercultural con sectores, gobierno regional, gobierno local para el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud y favorecer prácticas y entornos saludables.
- Fortalecer el liderazgo del gobierno local en la conducción del proceso de gestión territorial para el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud y favorecer prácticas y entornos saludables.
- Desarrollar modelos prácticos, herramientas y mecanismos destinados a respaldar la implementación de la acción intersectorial, intergubernamental y comunitaria para el abordaje de determinantes sociales y favorecer prácticas y entornos saludables.
- Desarrollar procesos de educación y comunicación social para generar conciencia sobre la relevancia de los determinantes sociales y su influencia sobre la salud y el desarrollo local, regional

y nacional. (MINSA Lineamientos de política de Promoción de la Salud 2015:23)

### **2.3.3. LINEAMIENTO 3**

#### **Fortalecer la Gestión Territorial y Gobernanza**

Una respuesta normativa coherente para el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud orientada a disminuir las inequidades en salud, exige fortalecer la gestión territorial y la gobernanza. Requiere establecer responsabilidades individuales y colectivas de los diferentes sectores y niveles de gobierno, fortaleciendo las sinergias del poder político, económico y social para hacer frente a las causas más profundas de las inequidades en salud.

Cada Gobierno en su ámbito territorial tiene la oportunidad de tomar decisiones y en base a mecanismos de gobernanza y diseño de políticas públicas que aborden los Determinantes Sociales de la Salud para resolver sus asuntos y contribuir al desarrollo de sus territorios mediante la articulación y participación de los actores territoriales.

Es importante destacar el potencial que tiene la articulación con las políticas públicas nacionales, del nivel regional, local y comunitario, maximizando su contribución al mejoramiento de la salud, la calidad de vida y el desarrollo.

Para este lineamiento se deberán considerar las siguientes acciones estratégicas:

- Conducir y establecer un direccionamiento estratégico para reducir inequidades en salud y favorecer la inclusión social en el territorio mediante el abordaje de los determinantes sociales, que incluyan acciones sobre los determinantes estructurales y las que favorezcan prácticas y entornos saludables.

- Fortalecer la planificación concertada y participativa.
- Fortalecer la articulación presupuestal y financiamiento de los establecimientos de salud del primer nivel.
- Gestión del desarrollo de recursos humanos para el abordaje de los determinantes sociales, tanto estructurales como intermedios, con enfoque de gestión territorial.
- Gestión de la información, monitoreo y evaluación para la toma de decisiones en los tres niveles de gobierno para el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud.
- Generar herramientas para el sistema de información a través del cual difundir reportes técnicos para los sectores y niveles de gobierno así como boletines informativos para la comunidad acerca de las intervenciones para la mejora de la gobernanza, indicadores sociales y de salud.
- Generar evidencia para la mejora de elaboración de políticas públicas.
- Realizar evaluaciones del impacto en salud de las políticas públicas implementadas.
- Establecer acuerdos, compromisos y responsabilidades por cada uno de los actores que operan en el territorio para abordar los problemas priorizados.
- Impulsar procesos participativos que conduzcan la ejecución de políticas sobre los determinantes sociales estructurales, y favorecer prácticas y entornos saludables de la salud.
- Generar políticas públicas interinstitucionales con el Sector Educación y otros sectores que permitan impulsar procesos de cambio de prácticas de autocuidado, y comportamientos hacia la configuración de estilos de vida saludables en los ciudadanos.
- Fomentar la creación de entornos saludables por parte de los gobiernos locales.
- Monitorear la ejecución presupuestal y establecer recomendaciones sobre el gasto público orientado a la disminución de las inequidades sociales e inclusión social.

Es pertinente tener en cuenta que el desarrollo de la gestión territorial requiere condiciones previas para su implementación:

- a. Decisión política de las autoridades
- b. Compromiso de sectores y los actores sociales.
- c. Fortalecimiento de capacidades del personal de salud, decisores y actores sociales.
- d. Conocimiento y diagnóstico de la realidad territorial.

Así mismo el desarrollo de este lineamiento requiere de parte de la Autoridad de Salud:

1. Conducir y establecer una visión compartida para reducir las inequidades en salud.
  2. Alinear las políticas públicas regionales y locales a las políticas nacionales.
  3. Promover la Gestión integrada del financiamiento en el territorio
  4. Fortalecer los espacios de concertación y establecer consensos que impulsen la Gestión Territorial.
  5. Fortalecer la Planificación concertada y participativa.
- Promover mecanismos de participación social en el desarrollo y evaluación de la política territorial. (MINS Lineamientos de política de Promoción de la Salud 2015:23-25)

#### **2.3.4. LINEAMIENTO 4**

##### **Fortalecer la Participación Social en salud**

Para actuar sobre los Determinantes Sociales de la Salud es imprescindible la reforma del Estado que incluya los instrumentos democráticos reconocidos constitucionalmente. Por ello, la importancia de incluir los procesos de participación social en la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas. Fomentar la

participación social puede ayudar a proteger la equidad como principio y a garantizar su aplicación en las políticas públicas.

Otros aspectos de la participación como la participación individual en la obtención de servicios o la participación de las comunidades en la prestación de servicios, son también importantes para reducir las inequidades en salud. Sin embargo, la participación de las personas y de la sociedad civil en el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas son esenciales para actuar sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Se requiere de voluntad política para dotar de poder real a las personas y la sociedad, así como para asumir las consecuencias de demandas que podrían llevar a cambios transformadores.

Para este lineamiento se deberán considerar las siguientes acciones estratégicas:

- Impulsar la institucionalización de los mecanismos de participación.
- Gestionar la provisión de los recursos que requieren los actores para que participen protagónicamente en procesos de toma de decisiones a nivel de su territorio.
- Desarrollar procesos de capacitación para la participación empoderada de los ciudadanos a favor de la mejora de la salud y el desarrollo de su comunidad.
- Desarrollar procesos de educación que permitan a la ciudadanía a reconocer los efectos de las políticas en la creación de oportunidades para el crecimiento individual y colectivo en su territorio. (MINSA Lineamientos de política de Promoción de la Salud 2015:25)

#### **2.3.5. LINEAMIENTO 5**

**Impulsar el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud a nivel intersectorial e intergubernamental y la evaluación de su impacto en salud**

Para actuar de forma eficaz es necesario contar con información adecuada sobre las inequidades en salud y conocer cuáles son sus causas. Se requiere disponer de datos desagregados por determinantes sociales de la salud para conocer la magnitud y la distribución de las inequidades en salud, así como para dirigir adecuadamente las intervenciones para reducirlas. Además, la disponibilidad de datos puede potenciar la visibilización de las inequidades sociales en salud y contribuir a la toma de conciencia social y política sobre el problema.

Esta información será sustancial para impulsar desde la Autoridad Nacional de Salud las acciones indispensables que permitan poner en la agenda política del Estado, la importancia de abordar las determinantes sociales de la salud, con énfasis en los determinantes estructurales, con la intervención intersectorial coordinada y concertada con los otros ministerios desde el Poder Ejecutivo, y desde allí con los gobiernos regionales y locales. Para ello es importante involucrar a las Autoridades Regionales de Salud, para que sean catalizadoras de la implementación de este lineamiento dentro de sus respectivos gobiernos regionales, y que sean los articuladores con los gobiernos locales de sus jurisdicciones, de un efectivo y alineado proceso de dicho abordaje desde la intervención intergubernamental.

Por ello es necesario para el sector salud, que los sistemas de información estén diseñados para la generación, recolección, procesamiento, análisis, disseminación y utilización de rutina de datos e información sobre los resultados en salud, los Determinantes Sociales de la Salud, las inequidades en salud y la interacción entre ellos. Por ejemplo, los registros de las causas de muerte deben permitir evaluar la tasa de mortalidad en función de la educación, la ocupación, el ingreso, el género, la etnia o el lugar de residencia.

Asimismo, esta información debe ser complementada con la implementación de sistemas de información de base comunitaria para que

desde las comunidades/barrios se visibilicen los determinantes de la salud y se generen las acciones de cambio a través de acciones de movilización social.

Estos sistemas deben de complementarse con los sistemas de información del sector salud para proveer a los gobiernos locales y regionales de la información necesaria para organizar un observatorio y/o sala situación Determinantes Sociales de la Salud, que les permita tomar decisiones en beneficio del desarrollo de su comunidad. Estos observatorios y/o sala situacional serán promovidos por los gobiernos locales a través de sus gerencias de desarrollo social y las micro redes de salud correspondientes.

Los sistemas de información en salud pública deberán de contribuir al diseño de políticas orientadas a la mejora de la salud y sus determinantes, prácticas y entornos saludables. Además, precisan identificar indicadores que midan los Determinantes Sociales de la Salud, así como métodos que vinculen los datos de los demás Sectores a fin de esclarecer su repercusión en la reducción o el incremento de las inequidades en salud.

Por otro lado, las políticas públicas, tanto de salud como de otros sectores, necesitan conocer cómo estas influyen en la salud y el bienestar de la población, -evaluar su impacto en salud-, en términos no sólo de efectividad (cómo están funcionando) sino también de equidad (para quién están funcionando), de cara a diseñar, evaluar, redefinir y reorientar las intervenciones.

Para establecer la institucionalización de la evaluación del impacto de los Determinantes Sociales de la Salud y el desarrollo se proponen las siguientes acciones estratégicas:

- Fortalecer las competencias de los equipos técnicos del Ministerio de Salud, para la cabal comprensión del proceso salud .



enfermedad, del rol de los Determinantes Sociales de la Salud, y la relevancia del abordaje de dichas determinantes, en especial de los determinantes estructurales, para contribuir a mejorar con efectividad el nivel de salud de la población.

- Desarrollar mecanismos de coordinación con todos los órganos del Ministerio de Salud, sus órganos desconcentrados y organismos públicos adscritos, para alinear las intervenciones en el marco del abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud.
- Establecer las coordinaciones con las Direcciones Regionales de Salud y las Gerencias Regionales de Salud, para acordar intervenciones con el enfoque de Determinantes Sociales de la Salud, con énfasis en los determinantes estructurales, y las estrategias requeridas para el involucramiento de sus propios gobiernos regionales y locales.
- Establecer mecanismos para la vigilancia de los Determinantes Sociales de la Salud y evaluación de resultados e impacto.
- Organizar un sistema de información municipal de base comunitaria que permita recoger datos que den cuenta de las inequidades en salud y los determinantes sociales detrás de ellas.
- Organizar espacios de socialización de la información con instancias decisoras del nivel regional, sectorial y comunitario para que tengan en cuenta los efectos de las políticas, programas y proyectos en la salud, los determinantes de la salud y favorecer prácticas y entornos saludables.
- Promover la instalación de los observatorios y/o salas situacionales de los determinantes sociales en los gobiernos locales en un trabajo coordinado entre la micro red de salud y la gerencia de desarrollo social correspondiente.
- Promover el uso de información de los determinantes sociales en los planes concertados de desarrollo distritales, planes comunales y presupuestos participativos. (MINSA Lineamientos de política de Promoción de la Salud 2015:25-27)

### **2.3.6. LINEAMIENTO 6**

#### **Fortalecer la promoción de la salud y la atención primaria de salud en el primer nivel de atención**

Desde los años 70, con la aparición del Informe Lalonde, sabemos que los estilos de vida y las condiciones ambientales influyen más en la promoción y mantenimiento de la salud que los servicios sanitarios a los que acceden los ciudadanos cuando enferman. Sin embargo, los recursos económicos en salud se destinan mayoritariamente a la asistencia sanitaria, fundamentalmente a la atención especializada, relegando la promoción de la salud y prevención de la enfermedad a una inversión anecdótica.

En Perú, según los datos de 2012, el 54% del gasto en salud se destina a los servicios hospitalarios y especializados, un 19,8% a la prestación farmacéutica, un 15,7% a los servicios de atención primaria de salud y un 1,4% a servicios de salud pública. Para reducir las inequidades en salud, es imprescindible priorizar la inversión en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Esto implica entender que los establecimientos de salud, en especial los del primer nivel de atención, deben brindar . además de las atenciones recuperativas que le demanda la población de su ámbito- las intervenciones referidas a promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad. Es preciso impulsar estas dos intervenciones sanitarias, como una forma directa e inmediata de intervenir en los determinantes intermedios, para obtener resultados a corto plazo, teniendo en cuenta que a la vez suelen ser de corto alcance y de impacto limitado si no son sostenidos en el tiempo.

La comprensión de este abordaje, incluye tener claro que es interviniendo en los determinantes estructurales donde se logran resultados de impacto sanitario, trascendentes y definitorios en términos

sanitarios, pero demandan para ello intervenciones de mediano y largo plazo, que deben ser lideradas y asumidas por la acción intergubernamental e intersectorial desde la Autoridad de Salud de nivel nacional y las de nivel regional.

Para este lineamiento se deberán considerar las siguientes acciones estratégicas:

- Fortalecer capacidades y competencias del personal de salud, principalmente del primer nivel de atención, en los temas de prevención de la enfermedad, promoción de la salud como enfoque de salud pública y gestión territorial
  - Fortalecer los mecanismos de coordinación del personal de la Autoridad de Salud de nivel nacional y regional con la comunidad, gobierno local, regional y sectores correspondientes. Incorporar al personal de salud del nivel local para la implementación de estos mecanismos, de manera complementaria.
  - Fortalecer y expandir el alcance de los centros de promoción y vigilancia comunal en su relación con el gobierno local y su población.
  - Fortalecer la atención primaria de la salud en el marco de una gestión territorial promoviendo el compromiso de líderes comunitarios y funcionarios de los gobiernos locales y regionales.
- En conclusión es preciso señalar que la Promoción de la Salud requiere fundamentalmente del soporte de procesos políticos traducidos en la forma de asignación de recursos, legislación y regulación. Igualmente supone el desarrollo de procesos que involucren acciones de carácter intersectorial, que articulen los esfuerzos y las iniciativas públicas y privadas orientadas al logro del bienestar de la población. Existe por consiguiente plena concordancia con las políticas de Estado generadas a partir del

Acuerdo Nacional, referidas a la política de descentralización y fortalecimiento de los gobiernos regionales y ámbitos locales incluidas las organizaciones comunales; con el objetivo de conseguir paz y desarrollo en el marco de la lucha contra la pobreza. (MINSA Lineamientos de política de Promoción de la Salud 2015:27-28)

#### **2.4. MODELO DE ABORDAJE DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD**

El Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Promoción de salud desarrolla el Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud, el mismo que contiene las bases teóricas referenciales en promoción de la salud para orientar los esfuerzos a nivel de los establecimientos de salud y la sociedad civil en la implementación de iniciativas que contribuyan con crear una cultura de salud y mejorar la calidad de vida en las poblaciones.

El modelo considera fundamentos, concepciones y enfoques dirigidos a la población sujeta de intervención que es la receptora específica de acciones que promueven salud, deseando alcanzar cambios en los comportamientos y un impacto positivo en las condiciones de vida, constituida por la comunidad, familia y las personas por etapa de vida en quienes repercuten las acciones realizadas.

Buscando mejorar la calidad de vida de las poblaciones y siendo necesario complementar acciones dirigidas a la persona en sus diferentes etapas de vida en los establecimientos de salud, este modelo plantea abordar a la población en los diferentes escenarios como son: la vivienda, la escuela, municipios, centros laborales y la comunidad en general, entendiéndose como escenario al espacio geográfico territorial y de dinámica social donde se desarrollan los procesos relacionados con las condiciones de vida y salud de las personas.

Las acciones a implementar en estos escenarios son abordadas a través de ejes temáticos priorizados: alimentación y nutrición, higiene,

habilidades para la vida, salud mental, buen trato y cultura de paz, salud sexual y reproductiva y seguridad vial y cultura de tránsito.

La manera de operativizar este modelo es a través de programas en promoción de la salud que son un conjunto de acciones integrales y sostenibles a nivel de los escenarios considerando además la población sujeta de intervención para alcanzar resultados que favorezcan condiciones de vida saludables en la población y su entorno.

Los Programas que han considerado la Dirección General de Promoción de la Salud son: Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas, Programa de Familia y Vivienda Saludables, Programa de Municipios y Comunidades Saludables y Programa de Centros Laborables Saludables. (MINSA . Programa de Promoción de la Salud en las IE 2005:24-25)

## **2.5. FORTALECIMIENTO DE LA SALUD EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS**

Antes de describir la estrategia de promoción de la salud, entendamos el concepto de salud que sustenta su accionar: ***ÍEs el equilibrio armonioso de las áreas física, social y espiritual que le permite a la persona un desarrollo humano integralÍ.***

Esta definición destaca la integralidad de la persona y la necesidad de dotarla de conocimientos y herramientas para que alcance las posibilidades de realización plena. La promoción de la salud se propone construir una cultura de la salud, que involucra la responsabilidad personal y social.

## **2.6. LA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD**

La promoción de la salud es una estrategia de la salud pública, puesto que La salud pública tiene la misión de garantizar los derechos a la salud integral de la población e involucra a los diferentes sectores para

lograrlo, como trabajo, transporte o comunicaciones, vivienda, entre otros, en el marco del desarrollo humano, que se propone incrementar las oportunidades para la población, desde un enfoque de equidad, el cual busca superar las brechas de desigualdad en salud y género, para lograr la igualdad de derechos y responsabilidades entre hombres y mujeres; así como un enfoque de interculturalidad para el respeto de las diferentes visiones y expresiones culturales de nuestro país. (Carl 2002:88)

El *Ministerio de Salud, en sus Lineamientos de Política del Sector 2012-2021*, señala en segundo lugar: INSTAURAR CULTURA DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD EN LA SOCIEDAD. El estado de salud está determinado por un conjunto de variables que interactúan en diferentes niveles, las cuales comprenden desde elementos individuales, como los factores biológicos, genéticos y las preferencias en estilos de vida, hasta elementos colectivos y ambientales, como las influencias sociales, el acceso a servicios de atención de salud, las condiciones de vida, de trabajo y condiciones socio económicas, culturales y ambientales.

De los determinantes señalados, en el momento actual tienen enorme importancia los estilos de vida (sedentarismo, patrón alimentario, consumo de alcohol y tabaco), por su influencia en enfermedades crónico-degenerativas; la contaminación del aire en zonas urbanas y la exposición intradomiciliaria al humo en zonas rurales, por sus efectos en enfermedades respiratorias agudas y crónicas; y los problemas en el abastecimiento de agua, que aumentan el riesgo de enfermedades diarreicas agudas.

En este contexto, el desafío del Estado es balancear sus acciones y recursos para orientarlos no solo al tratamiento de los casos diagnosticados, sino también a organizar los esfuerzos de la sociedad para modificar los determinantes sociales de la salud.

Esto último presupone desarrollar acciones de salud pública coordinadas con los ciudadanos, los sectores y los gobiernos regionales y

locales para (a) promover conductas y entornos saludables; (b) proteger a la población frente a los riesgos de emergencias de salud o eventos que generen daños personales; (c) ejercer vigilancia y control epidemiológico; y (d) prevenir la ocurrencia de complicaciones de enfermedad, mediante tamizajes o pruebas de detección temprana.

La Dirección General de Promoción de la Salud es la instancia responsable de cumplir con dicha tarea, por esta razón impulsó el convenio marco intersectorial con educación para fortalecer en las Instituciones Educativas las acciones de promoción de la salud. La promoción de la salud a diferencia de la prevención, que se dirige al individuo, y que busca reducir la incidencia actuando sobre los factores de riesgo, fortalece la participación colectiva favoreciendo los factores que contribuyen al mantenimiento o mejoramiento de la salud. (MINSA . Programa de Promoción de la Salud en las IE 2005:24-25)

Estos factores se denominan determinantes de la salud y son:

- Los internos, corresponden a las personas, su naturaleza biológica y genética y el estilo de vida desarrollado (hábitos, alimentación, recreación, actividad física, modos de pensar, entre otros)
- Los externos, se refieren a los entornos, físicos, sociales, económicos y culturales; así como los servicios sanitarios básicos, su calidad, accesibilidad, entre otros.

La promoción de la salud coloca en el primer lugar de su acción a la niñez, con el propósito de proteger sus derechos y su potencial cognitivo, emocional, social y físico, para un desarrollo óptimo en las etapas siguientes del ciclo vital.

Las Instituciones Educativas que promueven una cultura de la salud tienen espacios para la participación activa de sus diferentes integrantes y en este proceso tiene lugar preferencial la participación de los niños, niñas y adolescentes, que hacen uso de sus derechos, ejercen ciudadanía y

desarrollan un análisis crítico de su realidad, fortaleciendo valores ligados a la solidaridad y compromiso social. (Carl 2002:89)

## **2.7. ÁREAS DE ACCIÓN QUE PROMUEVEN LA SALUD INTEGRAL**

La alianza establecida entre los sectores educación y salud, para fortalecer las acciones que promueven la salud, se concretan en tres áreas de acción en la institución Educativa.

### **2.7.1. ÁREAS DE ACCIÓN**

Las áreas de acción delimitan el rumbo a seguir, se expresan en contenidos y se aplican en actividades, desde orientaciones determinadas que responden a un enfoque integral de salud.

#### **2.7.1.1. AMBIENTES SALUDABLES**

Esta área tiene el propósito de favorecer ambientes saludables en sus dimensiones física, psicológica y social. Para que una Institución Educativa posea ambientes saludables requiere de condiciones adecuadas y el control o eliminación de los factores que ponen en riesgo la salud de los escolares. Será aquella que cuente con aulas en buen estado, limpias, con suficiente iluminación, con mobiliario adecuado al nivel de enseñanza. (MINEDU 2009:12-45)

Contará con agua fluida y limpia, servicios higiénicos completos y en buen funcionamiento, áreas de recreación y deporte, así como áreas verdes; y que promueva relaciones interpersonales positivas, de respeto mutuo, libre de agresión y violencia, entre los integrantes que conforman la comunidad educativa.



### **2.7.1.2. ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

Esta área fortalece los conocimientos, las actitudes, valores y aptitudes de los estudiantes para mejorar y conservar su propia salud, la de su familia y su comunidad. Se imparte información adecuada para desarrollar hábitos de higiene y promover habilidades para la vida que permitan establecer relaciones interpersonales adecuadas, así como afrontar y modificar las diferentes situaciones de manera positiva.

Estas habilidades son: el conocimiento de sí mismo, la empatía, la comunicación asertiva, la toma de decisiones, solución de problemas y conflictos, pensamiento crítico y pensamiento creativo, manejo de emociones y sentimientos, además el manejo de tensiones y el estrés. (MINEDU 2009:48)

En este sentido, los estilos de vida son el resultado de la interacción entre las condiciones y las pautas de vida individuales, que se traducen en comportamientos y están determinadas por factores socioculturales y características personales.

### **2.7.1.3. PROGRAMAS Y SERVICIOS DE SALUD Y NUTRICIÓN**

Esta área se refiere a aquellos servicios, programas y/o proyectos en la escuela que responden a las necesidades de los y las estudiantes y favorecen los aspectos de su salud integral.

Algunos servicios, programas y proyectos de esta línea son: desayuno escolar, kioscos escolares saludables, comedor escolar, biohuerto, botiquín y/o tópico escolar, asesoría y consejería psicológica, educación física, deportes, recreación, y apoyo a pequeños emprendimientos productivos, tales: granjas y panaderías escolares, enseñanza de oficios, entre otros.

El tópico escolar, es un espacio que permite el trabajo coordinado con el personal de salud, en el que además participan los docentes y/o alumnos. En estas áreas se fortalece el vínculo de la escuela con el equipo del establecimiento de salud local para coordinar un plan de trabajo anual concertado: campañas que promuevan la salud, la referencia de casos especiales, entre los principales temas.

## **2.7.2. CARACTERÍSTICAS DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS QUE PROMUEVEN SALUD**

Toda institución educativa que fortalece las acciones de promoción de la salud mejora el bienestar y la calidad de vida de la comunidad educativa; refuerza valores y actitudes favorables hacia la salud integral en un ambiente psicológico y social solidario, de relaciones humanas constructivas, armoniosas y de respeto a la cultura local; favorece un ambiente físico seguro y con servicios de instalaciones adecuadas; y se proyecta y ejerce una influencia positiva hacia la comunidad, a la vez que fortalece habilidades en los alumnos y alumnas para que adopten decisiones de ciudadanía y democracia. (MINEDU 2009:52)

Describamos las características de las Instituciones Educativas que fortalecen las acciones que promueven la salud.

### **2.7.2.1. EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA**

- Se implementan políticas institucionales y normas que favorecen la creación y mantenimiento de ambientes saludables libres de todo tipo de discriminación, abuso, violencia y drogas, entre otros aspectos.
- Cuenta con servicios básicos (agua segura y servicios higiénicos adecuados) logrando ambientes agradables, limpios y seguros, adecuados, en un clima de afecto, alegría y tolerancia.

- Tiene programas y servicios de nutrición y salud adecuados (desayunos escolares, comedores, tópico escolar, kioscos escolares saludables).

#### **Los directores (as) y docentes:**

- Son emprendedores y realizan gestiones interinstitucionales.
- Han elaborado con los representantes de salud el Plan Anual de Trabajo conjunto.
- Gestionan y/o elaboran materiales educativos y guías metodológicas para abordar temas de salud.

#### **El personal de servicio y administrativo:**

- Está involucrado en el proceso de fortalecimiento de la promoción de la salud.
- Aporta a la cultura del bienestar y salud integral de la comunidad educativa.

#### **Los estudiantes:**

- Potencian sus conocimientos, habilidades y valores para asumir consciente y responsablemente el cuidado de sí mismos y su entorno.
- Están motivados para desarrollar un mejor aprendizaje.
- Tienen mayores espacios de participación y de opinión.
- Disponen de mayores opciones para su tiempo libre.
- Mejoran su salud integral, física, psicológica y social.

#### **Los padres de familia:**

- Tienen orientación sobre la salud integral de sus hijos e hijas.
- Participan activamente en acciones que promueven la salud.

#### **2.7.2.2. EN LA COMUNIDAD LOCAL**

- Se difunde una cultura de salud proyectada desde la escuela hacia una comunidad saludable.
- Se dinamiza la interrelación de las instituciones y organizaciones sociales en bien de su desarrollo local.

#### **2.7.3. PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS**

El Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas permite fortalecer el accionar de promoción de la salud, involucrado a los estudiantes, profesores, padres de familia y comunidad educativa, con el fin de incorporar y fortalecer comportamientos saludables.

El desarrollo de la Promoción de la Salud en el entorno educativo pretende hacer de las instituciones educativas un espacio lleno de vida, donde los niños y adolescentes crezcan sanos y felices, donde se compartan valores para la vida, se identifiquen principios, se adopten comportamientos sanos, donde los docentes refuercen su vocación profesional y donde los padres de familia encuentren un ambiente acogedor. Se considera Institución Educativa Saludable a aquella que ha alcanzado estándares de mejoramiento en su entorno y cuya comunidad educativa mantiene comportamientos saludables en su vida cotidiana. (MINEDU 2009:50-56) (MINSAL . Programa de Promoción de la Salud en las IE 2005:31)

## **2.7.4. OBJETIVOS DEL PROGRAMA**

### **2.7.4.1. OBJETIVO GENERAL**

Contribuir el desarrollo humano integral de los estudiantes y de la comunidad educativa mediante el fortalecimiento de acciones de promoción de la salud en las instituciones educativas.

### **2.7.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Promover comportamientos saludables en los escolares de primaria y secundaria así como en las demás actores de la comunidad educativa en los ámbitos de la aplicación del Programa.
- Fortalecer el trabajo intersectorial coordinado entre el sector educación y el sector salud. La Institución Educativa y el Centro de Salud.
- Promover en las instituciones Educativas la incorporación de la promoción de la salud en el Proyecto Educativo Institucional. (MINSA . Programa de Promoción de la Salud en las IE 2005- 31)

## **2.7.5. NIVELES DE IMPLEMENTACIÓN**

La promoción de la salud en las Instituciones Educativas de nuestro país se desarrolla en un trabajo concertado entre los Ministerios de Educación y Salud, fortaleciéndose en los Proyectos Educativos Institucionales. Los Consejos Educativos Institucionales son responsables de velar por su cumplimiento en las diferentes fases del proceso y los comités de tutoría y los docentes los encargados de poner en práctica sus acciones.

Son tres los niveles de implementación de la promoción de la salud en las Instituciones Educativas que se enmarcan en el proceso de descentralización que vive el país.

#### **2.7.5.1. NIVEL NACIONAL**

A este nivel, se ha conformado una Comisión Mixta integrada por el Director General de Promoción de la Salud en representación del Ministerio de Salud (MINSa) y el Jefe de la Oficina de Tutoría y Prevención Integral en representación del Ministerio de Educación (MINEDU 2009:63).

En este nivel se encuentra la Comisión Multisectorial de Escuelas Promotoras de la Salud integrada por los Ministerios de Educación y Salud, Organizaciones no Gubernamentales y Agencias de Cooperación, que ha logrado la suscripción del convenio entre los sectores educación y salud. Esta comisión cumple un rol articulado y de concertación fundamental en el fortalecimiento de la estrategia a nivel nacional.

#### **2.7.5.2. NIVEL REGIONAL Y PROVINCIAL**

En este nivel encontramos a los Gobiernos Regionales, que en el marco de la descentralización cumplen un rol fundamental respecto a la educación y la salud para implementar y fortalecer la propuesta de promover la salud en las Instituciones Educativas.

Las Direcciones Regionales de Educación a través de las Unidades de Gestión Educativa Local (UGEL), los Consejos Educativos Institucionales y los Equipos de Tutoría y Prevención Integral en coordinación con las Direcciones Regionales de Salud, Redes, Microrredes de Salud y los Equipos de Promoción de Salud.

### **2.7.5.3. NIVEL LOCAL**

En el nivel local se implementan y fortalecen las acciones de promoción de la salud en el trabajo concertado entre las Instituciones Educativas y los Establecimientos de Salud de la jurisdicción. El resultado de la alianza entre los Ministerios de educación y salud, es el fortalecimiento de la promoción de la salud escolar, que a nivel local hacen su vinculación entre la institución educativa y el establecimiento de salud, potenciándose como instituciones que lideran el desarrollo local desde el enfoque de desarrollo humano; el Consejo Educativo Institucional impulsa y vela por el cumplimiento de la promoción de la salud y la tutoría y los docentes la operativizan. (MINSa Implementación del Programa de promoción de la Salud en IE D.056 MINSa 2005:14-15)

### **2.7.6. FASES DE IMPLEMENTACIÓN Y ORGANIZACIÓN**

El proceso de implementación y organización se desarrolla en cinco fases cuya secuencia lógica nos permite consolidar las áreas de acción que promueven la salud en la Institución Educativa. Estas fases siguen un proceso continuo y circular, se enlazan dinámicamente unas a otras de manera que lo realizado en la fase previa es la base de la siguiente. El proceso es secuencial y se inicia en un determinado periodo, al culminar las cinco fases, vuelve a empezar recuperando lo aprendido en el ciclo anterior, de este modo se construye un proceso dinámico y circular que permite acumular aprendizajes y conocimientos. (PSIE pág 29)

#### **2.7.6.1. PRIMERA FASE: SENSIBILIZACIÓN Y COMPROMISO**

El marco referencial nos ha brindado información acerca del trabajo conjunto entre educación y salud en el fortalecimiento de las acciones que promueven la salud en la Institución Educativa.

Este es un proceso que se inicia con la sensibilización para lograr el compromiso y la participación activa de todos los

integrantes de la comunidad educativa e incluye a la comunidad local. La fase de sensibilización nos permite entender mejor el proceso de la promoción de la salud en la escuela y su desarrollo a nivel comunitario. En esta fase es el Consejo Educativo Institucional el que impulsa las acciones que promueven la salud en la escuela, como órgano de participación, concertación y vigilancia ciudadana, que contribuye al ejercicio de una gestión que garantiza la calidad educativa.

El principal recurso para consolidar el trabajo conjunto entre la escuela y el establecimiento de salud es el acta de compromiso. Ella expresa el trabajo concertado entre los sectores salud y educación en el nivel local y tiene un carácter de pacto social que de obligatoriedad. (Promoción de salud en IE pág 31-38)

#### **2.7.6.2. SEGUNDA FASE: DIAGNOSTICO**

En la fase de sensibilización hemos logrado que la comunidad educativa se comprometa y organice, formando comisiones de trabajo de acuerdo a su realidad local. En esta fase se asume la responsabilidad de elaborar el diagnóstico en salud.

Este diagnóstico en salud debemos realizarlo para tener una información de la situación actual. Es recomendable realizarlo cada año para adecuar las acciones que promueven la salud en el Plan Anual de Trabajo. Antes de proseguir consideremos los recursos con los que contamos para desarrollar esta fase:

- Diagnóstico del Proyecto Educativo Institucional - PEI que aporta con la información referida al área de salud.
- Asesoría técnica, del representante del establecimiento de salud de nuestra localidad, en temas y técnicas para el levantamiento de datos de salud.



En esta fase hacemos un reconocimiento de la realidad en salud, realizando un trabajo de campo en el medio escolar, considerando su contexto social y desarrollando un análisis reflexivo de ella. Nos implementaremos en las técnicas de levantamiento o acopio de información, cuantitativa como cualitativa.

Elaboramos y aplicamos los instrumentos, valorando y/ o ponderando la información; estableciendo prioridades en función a las tres áreas de acción de la promoción de la salud, el resultado de esta fase permitirá tener un diagnóstico actual, o inicial, de la Institución Educativa.

Debemos conocer cuál es la situación de partida, con relación a las áreas de promoción de la salud en la comunidad educativa, que permitirá orientar las acciones. Tendremos que recoger información cuantitativa, como cualitativa de los aspectos que componen éstas áreas.(Promoción de la salud IE pag 39-46)

### **2.7.6.3. TERCERA FASE: PLANIFICACIÓN**

Como resultado de la fase de diagnóstico conocemos cual es la situación de nuestra comunidad educativa con relación a los factores que vienen favoreciendo nuestra salud integral o determinado las enfermedades, además priorizamos los problemas de salud, identificando sus necesidades y fortalezas.

En esta fase, de planificación operativa, el Consejo Educativo Institucional, el Comité de Tutoría y los docentes son los principales responsables de planificar y diseñar las acciones anuales que promueven la salud en la escuela.

- Se fortalecen los temas de salud, que serán desarrollados durante el año lectivo, articulados en las acciones

operativas programadas en el Plan de Anual de Trabajo - PAT, en la Programación Curricular, el Plan de Tutoría y el Plan de Aula de cada docente, coherentes al Proyecto Educativo Institucional. ( P de la salud IE pag 47- 52)

#### **2.7.6.4. CUARTA FASE: EJECUCIÓN**

Como resultado de la fase de planificación nuestros recursos y las acciones a desplegar están orientadas correctamente y forman parte de los instrumentos de gestión educativa, o se encuentran en proceso de fortalecimiento.

En esta fase el trabajo pedagógico se potencia por la alianza intersectorial establecida con salud. Contamos con los siguientes recursos:

- El plan anual de trabajo que contiene las acciones que promueven la salud.
- Planes de aula con contenidos diversificados en salud por niveles.
- Comunidad educativa involucrada en promover la salud en la escuela y la localidad.

Esta fase la iniciamos implementando los recursos necesarios para llevar a cabo nuestra misión, tomando como guía el Plan Anual de Trabajo. Nos proveemos de conocimientos y desarrollamos habilidades personales y sociales para establecer un trabajo sinérgico, que nos garantice orientarnos hacia un fin común. Después de implementarnos de conocimientos y potenciar habilidades ejecutaremos las acciones que promueven la salud.

Tenemos los contenidos diversificados en nuestras áreas y es el aula el principal espacio donde impartimos estos conocimientos, será con nuestro modelo que transmitiremos las

actitudes que inspiren a nuestros estudiantes la adopción de comportamientos hacia una cultura del bienestar y la salud. (Promoción de la salud en instituciones educativas, Guía de implementación y organización pág 53-61)

#### **2.7.6.5. QUINTA FASE: EVALUACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN**

Después de haber puesto en marcha las acciones que promueven la salud, procedemos al análisis de lo logrado al final del año escolar, respecto de lo que nos propusimos como parte del Plan Anual de Trabajo.

Las acciones que hemos realizado nos señalan el nivel de avance de la institución educativa que promueve la salud. Es importante que distingamos entre aquellas acciones que han conducido al logro de los objetivos de aquellas que nos desviaron de éstos, en ambos casos es fundamental guardar el aprendizaje vivido, para ello sistematizaremos la experiencia.

#### **Formas de evaluar**

El ejercicio de una nueva cultura de la evaluación a través de la reflexión colectiva y permanente, permite analizar el logro de los objetivos mediante la participación responsable de todos los integrantes de la comunidad educativa y genera el mejoramiento continuo hacia una escuela de calidad.

La evaluación en sí misma la podemos realizar de dos maneras:

- La autoevaluación, es la que realiza el propio equipo de trabajo, en ésta se valora el acierto y se asume el logro, así como se reconoce el error y se hace una autocrítica constructiva.

- Evaluación externa, es realizada por actores sociales externos a la comunidad educativa, a nivel de órganos desconcentrados de los sectores educación y salud, que están en relación con el proceso de la promoción de la salud en el medio escolar.

No olvidemos que este proceso requiere de una evaluación permanente y lo haremos a través del seguimiento. Desde el enfoque de procesos, el seguimiento lo entendemos como un acompañamiento y respaldo al trabajo de los y las responsables de las actividades.

Tiene el objetivo de revisar periódicamente que las acciones realizadas sean coherentes y aporten al plan de trabajo anual. Este seguimiento nos permitirá:

- Identificar las dificultades y buscar alternativas de solución.
- Detectar las limitaciones y ser realistas en su afronte.
- Brindar el apoyo en el momento adecuado a las comisiones de trabajo.
- Reconocer los avances y fortalecerlos.

Se sugieren las siguientes preguntas para el seguimiento:

- ¿Las actividades están respondiendo a los objetivos propuestos?
- ¿Las actividades están orientadas hacia los resultados acordados?
- ¿Las actividades responden al acta de compromiso?
- ¿Las actividades responden a los recursos humanos y materiales con los que contamos? (Promoción de la salud

Promoción de la salud en instituciones educativas, Guía de implementación y organización pág 62-66)

## **2.7.7. LÍNEAS DE ACCIÓN**

### **2.7.7.1. PROMOCIÓN DE COMPORTAMIENTOS SALUDABLES**

Esta línea de acción busca desarrollar y fortalecer conocimientos, actitudes, valores, habilidades y competencias de los alumnos, necesarios para mejorar y conservar su propia salud, la de su familia y comunidad. Asimismo permite desarrollar y fortalecer comportamientos para una vida sana, plantea experiencias de aprendizaje intencionadas, valiéndose de procesos pedagógicos participativos y significativos, en todas las oportunidades educativas y recreativas del plan curricular y en las actividades con los padres de familia y la comunidad, es hacer vida+la Promoción de la Salud y dejar de ser algo que se practica y enseña en los salones de clase. (MINSA Implementación del Programa de promoción de la Salud en IE D.056 MINSA 2005:12)

Esta líneas se trabaja con las capacitaciones dirigidas al personal de salud y luego ellos replican a los docentes, como el desarrollo de los ejes temáticos utilizando materiales (Guías Pedagógicas para el profesional y docente por cada eje temático), como módulos laminas educativas y folletos.

Los ejes temáticos se desarrollaran con los siguientes materiales:

- Educación Primaria: Guías pedagógicas para el profesional de salud por cada eje temático, guías pedagógicas para el docente por cada eje temático y cuadernos de trabajo, módulos, laminas educativas y folletos para el estudiante.

**Eje Temático de Alimentación y Nutrición Saludable:**

Existe cada vez mayor evidencia sobre la relación entre el valor nutritivo y la combinación de los alimentos consumidos, el estado de nutrición del ser humano y la presencia de ciertas condiciones de salud a lo largo de la vida. Esta relación tiene un impacto significativo en el desarrollo humano, la salud colectiva y en el medio social. La condición de saludable en Alimentación y Nutrición radica en el ejercicio de prácticas acordes y relacionadas con el mantenimiento de la salud durante todas las etapas de la vida.

Las mejoras en las condiciones de nutrición requieren de cambios positivos en la cadena alimentaria, desde la producción, disponibilidad, hasta el consumo y utilización de los mismos, empleando medios de comunicación y difusión masiva e interpersonal, así como procesos educativos que generen cambios de comportamiento hacia estilos de vida saludable de la población, revertiendo la situación actual de problemas de salud como son la desnutrición y el sobrepeso.

Las prácticas saludables en Alimentación y Nutrición son determinadas por un conjunto de factores dependientes de aspectos biológicos, psicológicos, entorno familiar, cultura y valores a nivel familiar, así como los aspectos del medio ambiente, del nivel organizativo de la sociedad y de las políticas públicas destinadas a garantizar la seguridad alimentaria. El tipo de alimentación consumida o dieta se encuentra íntimamente ligado a la información que las personas reciben, la disponibilidad de alimentos saludables, los recursos para conseguirlos, y los patrones culturales aprendidos. Su intervención requiere varios niveles de acción articulados, en simultáneo y claramente efectivos.

Existe toda una plataforma de factores del lado comercial que también influyen en la alimentación de las personas, por ejemplo productos procesados industrialmente con componentes

que pueden afectar el estado de salud de las personas. Es necesario, que la legislación sanitaria sea orientada por acciones que provengan desde la promoción de la salud.

Promover alimentación y nutrición saludable significa desarrollar esfuerzos a nivel de todos los actores sociales involucrados para generar condiciones desde la disponibilidad, acceso y utilización (consumo) de los alimentos, que favorezcan una calidad de vida justa y digna, en el entendido de que el acceso a los alimentos es un derecho inherente de las personas.

El desafío educacional, la generación de capacidades comunitarias para solucionar los problemas según las necesidades reales y sentidas por la comunidad, el compromiso entre los sectores o el estado, y el establecimiento de alianzas estratégicas en pro de comportamientos saludables, son anhelos que pueden ser impulsados desde la perspectiva integral de promoción de la salud.

#### **2.7.7.2. ACCIONES EN LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD**

##### **Programa de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas**

El objetivo general del Programa es contribuir al desarrollo humano integral de los estudiantes y de la comunidad educativa mediante el fortalecimiento de acciones de promoción de la salud en las instituciones educativas. En este sentido la escuela se convierte en el segundo espacio de socialización más importante para niñas, niños y adolescentes por su papel en la transmisión de conocimientos y valores.

En la etapa escolar la adquisición de hábitos y comportamientos apropiados son la clave para una alimentación y nutrición saludable y es particularmente propicia para la adopción de los mismos. Igualmente, muchos de los buenos hábitos de los niños aprendidos en la escuela son asimilados por los adultos, por lo que intervenciones en alimentación y nutrición en la escuela, pueden apoyar a generar cambios a nivel familiar y comunitario.

Para desarrollar las acciones del eje temático de alimentación y nutrición saludable en la institución educativa, es importante iniciar capacitando a los docentes sobre aspectos generales como proyectos de alimentación y nutrición; hábitos de alimentación e higiene; contenido de las loncheras; calidad de los desayunos escolares; alimentos que se expenden en los kioscos escolares; tiempo y lugar dedicado a la alimentación de los escolares; ferias alimentarias, jornadas de evaluación del crecimiento de los niños, disponibilidad de espacios para producción de bio-huertos escolares, acceso a servicios de saneamiento básico, valores priorizados por los estudiantes, habilidades para la vida para una adecuada alimentación, relación de la escuela con la familia, comunidad y las Asociaciones de Padres de Familia (APAFAS), entre otras.

Las actividades de enseñanza que se desarrollen con las niñas y los niños deben ser amenas y agradables, motivando la participación a través de actividades lúdicas, la pintura, las adivinanzas, el canto, las dramatizaciones, la preparación de menús con alimentos de la zona, el cultivo de verduras y frutas en el huerto escolar, etc. Deben adecuarse a la edad de las niñas y niños, tomando en cuenta su cultura y los recursos disponibles. Si se dan desayunos escolares por ejemplo aprovechar para reforzar hábitos correcto de alimentación e higiene (lavado de manos con agua y jabón antes de ingerir los alimentos) y valorar la hora de comer. Igualmente los alumnos pueden investigar los principales



alimentos que se expenden en su localidad o en el kiosco del colegio y la calidad de los mismos. Promover la participación de las niñas y niños a través de los brigadistas o promotores de aulas en salud y nutrición.

La promoción de **huertos escolares**, es una actividad práctica que se podría proponer en la escuela, si se dispone de espacio y agua para ello. Los huertos escolares cumplen diversas funciones que las podríamos clasificar en: nutricionales, pues los alimentos producidos pueden complementar las necesidades energéticas de los escolares; *educativas*, ya que los niños pueden apreciar las utilidades y diferencias existentes en las plantas y aprender el manejo de pequeñas labores agrícolas como la siembra, el deshierbe, la cosecha, uso y preparación de abonos naturales, etc.; *demostrativas*, ya que puede motivarlos a hacer una réplica en sus respectivos hogares con los huertos familiares; *experimental-conservacionista*, porque en los huertos se pueden cultivar variedades exóticas y nativas apropiadas al clima, lo que favorece su disseminación; *ecológica*, porque que el huerto genera un microclima que favorece el desarrollo asociado de la vegetación y también permite usar abono natural (compost) en forma oportuna, lo que mantiene su productividad.

La promoción de **refrigerios o loncheras nutritivas y saludables**, es una actividad que se convierte en espacios muy adecuados para enseñar de forma práctica y objetiva alimentación y nutrición. El refrigerio además de proporcionar energía y otros nutrientes, ayuda a promover el consumo de alimentos producidos localmente, enseñar colores, olores, texturas y sabores, así como valores, identidad, solidaridad, respeto a los orígenes, revalorización de los productos locales y respeto a las costumbres culinarias de la zona.

### **Entre las acciones a desarrollar tenemos:**

- Partir de la recopilación de la información relacionada a la situación alimentaria y nutricional de la comunidad educativa.
- La información recopilada debe servir de insumo para insertar el eje temático de alimentación y nutrición saludable en el plan de acción con instituciones educativas, según las estrategias, metodologías y fases del Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas . Escuelas Saludables.
- Desarrollar talleres de capacitación al personal docente sobre los contenidos de alimentación y nutrición en la etapa pre-escolar, escolar y adolescencia.
- Promover que los profesores hagan un plan de trabajo que incluya los temas a desarrollar, los tiempos, los responsables y los recursos necesarios.
- Promover la implementación progresiva de algunas actividades de buenas prácticas en alimentación y nutrición en la escuela, con la participación directa de la comunidad educativa.
- Promover proyectos como: El pequeño chef, refrigerios y loncheras saludables, kioscos saludables, producción de biohuertos escolares, ferias alimentarias con exhibición de productos y alimentos producidos en la zona, jornadas de control de peso y talla de los alumnos con participación de padres de familia, visitas al mercado o fábricas de producción de alimentos, entre otros.

Los principales contenidos y objetivos de aprendizaje a desarrollar en las instituciones educativas son:

### **En la EDUCACIÓN PRIMARIA**

Dosificar el contenido de los temas y ayuda didáctica, de acuerdo a la edad, al grado de estudios y a la diversidad cultural de las niñas y niños.

- ***Aprendamos a comer bien I***, ¿Qué comemos y para qué comemos?

**Objetivo:** Que las niñas y niños socialicen los alimentos que consumen diariamente y las razones para alimentarse.
- ***Aprendamos a comer bien II***, ¿Qué hacen los alimentos en nuestro cuerpo?

**Objetivo:** Que las niñas y niños reconozcan en forma práctica los grupos de alimentos y su función en el organismo.
- ***Aprendamos a comer bien III***, ¿Qué es una alimentación balanceada o equilibrada? Cómo combinar los alimentos y hábitos alimentarios de la familia.

**Objetivos:** a) Que las niñas y niños conozcan el valor nutritivo de los alimentos y aprendan a combinar adecuadamente los diferentes grupos de alimentos disponibles en su localidad y realicen alguna preparación sencilla en el aula; b) Que identifiquen los hábitos alimentarios negativos en su familia (consumir gaseosas o golosinas por ejm.) y que den propuestas de cambio.
- ***La lonchera***, ¿Qué es una lonchera saludable y nutritiva? ¿Qué alimentos debe contener la lonchera o refrigerio?

**Objetivo:** Que las niñas y niños traigan una lonchera saludable.
- ***¿De dónde provienen los alimentos que comemos?***, que alimentos son producidos en la zona y que alimentos no se producen en la zona. Importancia y revalorización de los alimentos locales.

**Objetivo:** Que las niñas y niños identifiquen las diferentes etapas de la cadena alimentaria y propongan el desarrollo de alguna actividad productiva en la escuela, como un huerto

escolar, el cultivo de algunas hortalizas en macetas o en agua (cultivo hidropónico), crianza de animales menores, entre otros.

- **¿Cómo seleccionar y preparar alimentos saludables?,** Alimentos frescos y preparados, ventajas y desventajas; higiene en la preparación de los alimentos, requisitos que debemos exigir como usuarios de los alimentos envasados.

**Objetivos:** a) Que las niñas y niños tengan criterios para la selección de sus alimentos y practiquen medidas de higiene apropiadas antes y después de su consumo; b) Que sepan reconocer la información mínima que deben incluir las etiquetas de los alimentos envasados: fecha de expiración, volumen o peso neto del producto y especificaciones nutricionales.

- **Los platos típicos de nuestra localidad,** importancia y revalorización de las preparaciones culinarias de la zona.

**Objetivo:** Que las niñas y niños identifiquen platos típicos de su localidad, los grupos de alimentos que contienen y si son o no balanceados. MINSA Orientaciones Técnicas para la Promoción de la Alimentación y Nutrición Saludable 2005: 30- 35).

#### INDICADORES DE CAMBIO DE COMPORTAMIENTO:

A continuación se presentan algunos indicadores de cambios de comportamiento por etapas de la vida y por escenarios de intervención que se tomarán en cuenta para el seguimiento, monitoreo y evaluación de las diferentes acciones para la Promoción del Eje Temático de Alimentación y Nutrición Saludable

Etapas de vida	Indicador
Edad escolar (3 a 9 años).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de pre-escolares que se alimentan solos</li> <li>• Frecuencia de consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro</li> <li>• Frecuencia de consumo de leche o sus derivados</li> <li>• % de estudiantes que llevan una lonchera o refrigerio saludable</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de comidas al día que consume la niña o niño</li> <li>• Frecuencia de consumo de golosinas y gaseosas</li> <li>• % de niñas y niños con crecimiento adecuado</li> <li>• % de niñas y niños con sobrepeso</li> <li>• % de niñas y niños que se lavan las manos antes y después de consumir los alimentos.</li> <li>• Frecuencia de cepillado de los dientes</li> <li>• % de escolares que practican regularmente algún deporte</li> </ul>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### **Eje Temático de Higiene y Ambiente**

Las prácticas de higiene permiten a la población la minimización de exposición a factores de riesgo para su salud y bienestar. Sin embargo, la adopción de comportamientos saludables relacionados a la higiene es de valor para preservar y mejorar la calidad de vida. La relación de la higiene con problemas de salud (diarreas, helmintiasis, zoonosis, entre otras) es ancestral, siendo de valor la búsqueda y adopción de conductas saludables (lavado de manos en momentos esenciales, higiene, cuidado personal) a nivel individual y familiar.

En este tema, la promoción de la salud va más allá de procesos comportamentales, se orienta a mejorar la calidad de vida. Por ejemplo, es sumamente importante proveer acceso a cantidades suficientes de agua segura e instalaciones para la disposición sanitaria de excretas y promover prácticas seguras de higiene. En tal sentido el agua se convierte no solo en fuente de vida y desarrollo al generar movilización social y participación comunitaria para la elaboración y financiamiento de proyectos de inversión que solucionen no sólo promuevan la práctica saludable, sino también generen la mejora del entorno. El abastecimiento de agua, el saneamiento y la higiene están presentes en las metas internacionales de desarrollo del milenio.

El limitado acceso a servicios de saneamiento básico y las pobres prácticas de higiene son dos grandes problemas a enfrentar. Los principales factores que causan esta situación incluyen la falta

de prioridad e inversión de los gobiernos, la escasez de recursos económicos, la limitada acción comunitaria por esos aspectos, bajo nivel educacional, y el desconocimiento de las prácticas saludables y de higiene de parte de las madres, padres de familia y de sus hijos.

Según la OMS, existe evidencia acumulada para afirmar que:

1. La mejora del abastecimiento de agua reduce la morbilidad por diarrea en un 21%.
2. La mejora del saneamiento reduce la morbilidad por diarrea en un 37,5%.
3. El simple hecho de lavarse las manos en momentos esenciales puede reducir el número de casos de diarrea hasta un 35%.
4. El mejoramiento adicional de la calidad del agua de bebida, como la desinfección en el punto de consumo, reduciría los casos de diarrea en un 45%.
5. El acceso a los servicios de agua potable y saneamiento y el mejoramiento de las prácticas de higiene pueden reducir la morbilidad por ascariasis en un 29%.

Esta evidencia acumulada revela la importancia de intervenir en saneamiento e higiene en términos de mejorar la calidad de vida de la población. La promoción de salud puede contribuir en dos grandes propósitos: fomentar la generación de políticas públicas saludables para mejorar el ambiente (agua potable y segura, saneamiento, disposición sanitaria de excretas, eliminación residuos sólidos, descontaminación del agua, suelo y aire) y promover la adopción de prácticas efectivas de higiene en momentos esenciales (lavado de manos antes de preparar o ingerir alimentos, después de la defecación, etc.).

Vale decir existe un propósito a nivel de comportamiento saludable y otro a nivel del entorno saludable. La educación y comunicación para la salud permitirán concientizar y empoderar a la población sobre la relevancia de practicar comportamientos de higiene y de cuidado del ambiente.

### **2.7.7.3. ACCIONES A DESARROLLAR PARA LA PROMOCIÓN DE HIGIENE Y AMBIENTE SALUDABLE**

Para unificar y contar con una base referente a los factores y aspectos claves para la promoción de higiene y ambiente saludable, se propone el siguiente cuadro, que orientará la identificación y priorización de las necesidades de la población, y la planificación de las intervenciones a nivel de las personas, familias, viviendas, comunidad, instituciones educativas, municipios y centros laborales. El personal de salud adaptará la propuesta a su realidad y cultura local. (MINSa Documento Técnico: Modelo de abordaje de promoción de la salud en el Perú 2005:13-14)

### **INDICADORES DE CAMBIO DE COMPORTAMIENTO**

La promoción en higiene y ambiente saludable, debe estar enfocada a mejorar la calidad de vida de la población, que influyan positivamente en las determinantes de la salud relacionadas con el tema, asimismo, asegurar el compromiso conjunto de los otros sectores, instituciones públicas y privadas para lograr reducir los indicadores en el segmento poblacional más vulnerable, como son las niñas y los niños.

<b>Etapas de vida</b>	<b>Indicador</b>
Población por etapas de vida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de niños que se lavan las manos con agua y jabón en los momentos críticos: después de usar el baño o letrina, antes de comer los alimentos y después de jugar.</li> <li>“ Porcentaje de adolescentes que se lavan las manos con agua y jabón en los momentos críticos: después de usar el baño o letrina, cambiar los pañales a la niña y niño, antes de</li> </ul>

	<p>preparar, servir y comer los alimentos, y de dar de comer a los niños.</p> <p>” Porcentaje de adultos que se lavan las manos con agua y jabón en los momentos críticos: después de usar el baño o letrina, cambiarlos pañales a la niña y niño, antes de preparar, servir y comer los alimentos, y de dar de comer a los niños.</p> <p>” Porcentaje de adultos mayores que se lavan las manos con agua y jabón en los momentos críticos: después de usar el baño o letrina, cambiar los pañales al niña y niño, antes de preparar, servir y comer los alimentos y de dar de comer a los niños.</p> <p>” Porcentaje de población que usa jabón durante el lavado de manos.</p> <p>” Porcentaje de la población que practica el cepillado dental después de las tres comidas principales.</p> <p>” Porcentaje de la población que consume agua hervida o clorada.</p> <p>” Porcentaje de la población que elimina adecuadamente las excretas o heces de los niños lactantes (0-2 años).</p> <p>” Porcentaje de la población que realiza el mantenimiento adecuado del baño o letrina.</p> <p>” Porcentaje de la población que prepara y consume alimentos en condiciones de higiene.</p> <p>” Porcentaje de la población que usa medidas de protección personal contra los vectores.</p> <p>” Porcentaje de la población que sabe y practica la eliminación adecuada de residuos sólidos.</p> <p>” Porcentaje de la población que realiza tenencia adecuada de animales domésticos.</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Aspectos Priorizados para la Promoción de Higiene y Ambiente Saludable

Aspectos a trabajar	Contenidos priorizados para la Promoción de Higiene y Ambiente Saludable
HIGIENE PERSONAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baño corporal en niños, adolescente y adultos.</li> <li>• Higiene de la cara y del cabello.</li> <li>• Lavado de manos en momentos críticos.</li> <li>• Higiene de la boca.</li> <li>• Higiene femenina.</li> <li>• Higiene y orden de la ropa.</li> </ul>
SANEAMIENTO Y EXCRETAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ubicación de lugares de defecación.</li> <li>• Uso de baños o letrinas.</li> <li>• Limpieza del baño o letrina.</li> <li>• Mantenimiento del servicio higiénico o letrina.</li> <li>• Eliminación de heces de los niños.</li> <li>• Uso de materiales de limpieza.</li> <li>• Espacios comunes (patio, calles) libre de heces.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eliminación de aguas servidas o residuales.</li> </ul>
AGUA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso a suficiente cantidad de agua por persona y por día.</li> <li>• Servicio o conexión de agua en la vivienda, institución educativa, centro laboral.</li> <li>• Acarreo o transporte del agua.</li> <li>• Almacenamiento adecuado del agua.</li> <li>• Manipulación del agua.</li> <li>• Tratamiento del agua.</li> <li>• Uso y consumo del agua.</li> <li>• Eliminación de aguas residuales.</li> </ul>
HIGIENE DE ALIMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compra y transporte de los alimentos.</li> <li>• Almacenamiento de los alimentos.</li> <li>• Manejo y preparación de los alimentos.</li> <li>• Lavado de los alimentos.</li> <li>• Reutilización de los alimentos.</li> <li>• Lavado de los utensilios de cocina y zona de trabajo.</li> <li>• Lavado de manos en momentos críticos.</li> </ul>
CUIDADO AMBIENTAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orden y limpieza de la vivienda, comunidad, centro laboral.</li> <li>• Orden y limpieza de la institución educativa/aula.</li> <li>• Limpieza de áreas recreativas, calles y caminos.</li> <li>• Almacenamiento de residuos sólidos en la vivienda, institución educativa, municipio y centro laboral.</li> <li>• Disposición de residuos o desechos sólidos en la vivienda, institución educativa, municipio, comunidad y centro laboral.</li> <li>• Reciclaje de residuos sólidos en la vivienda, institución educativa, municipio y centro laboral.</li> <li>• Cuidado de animales de compañía (domésticos) en la vivienda.</li> <li>• Detección y eliminación de aguas estancadas y charcos.</li> <li>• Seguridad, iluminación y ventilación de la vivienda, institución educativa y centros laborales.</li> <li>• Control de vectores.</li> <li>• Prevención de ruidos molestos y avisos visuales distractores y distorsionadores.</li> </ul>

#### **2.7.7.4. DESARROLLO DE ENTORNO SALUDABLE**

El Programa contempla la elaboración y ejecución de un plan de trabajo de actividades de mejoramiento físico por parte de

la institución educativa en los temas de: agua segura, creación de kioscos saludables con la asesora y capacitación del centro de salud. En esta línea de acción contempla la implementación de botiquines de aula con la asesoría del establecimiento de salud. (MINSA Programa de Promoción de la salud en la Instituciones Educativas 2005:45)

#### **2.7.7.5. TRABAJO INTERSECTORIAL**

Para el logro articulado y organizado, el personal de salud participara en el Consejo Educativo Institucional de cada institución educativa con quienes programara ejecutara y evaluara las actividades de promoción de la salud. El Consejo Educativo Institucional está conformado por los siguientes miembros: Director, sub. Director, representante de profesores, representante de estudiantes, representante de padres de familia, responsable de promoción de la salud del centro de salud de su jurisdicción. (MINSA Programa de Promoción de la salud en la Instituciones Educativas 2005:45)

#### **2.7.7.6. IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS QUE PROMUEVAN SALUD**

Esta línea de acción difunde el conocimiento de las principales necesidades que afectan la salud de la comunidad educativa y apoya la adopción de medidas que favorecen la salud y la vida. Las políticas saludables en el ámbito escolar debe ser una manifestación explícita y objetiva de la voluntad y el compromiso de la comunidad educativa con el mejoramiento de las condiciones de salud y de aprendizaje. Debe focalizar las acciones en las necesidades que la comunidad educativa considere prioritaria. (MINSA Programa de Promoción de la salud en la Instituciones Educativas 2005:45)

## **2.7.8. ACREDITACIÓN DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS**

El establecimiento de salud es el responsable de realizar la acreditación a las instituciones educativas .La acreditación de las instituciones educativas tendrá tres niveles de logros progresivos en la aplicación y adaptación del programa. Esta lógica se sustenta en la intervención pedagógica que comienza en el aula y se expande hacia toda institución educativa y su entorno. (MINSA Programa de Promoción de la salud en la Instituciones Educativas 2005:45)

### **2.7.8.1. NIVELES DE ACREDITACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA**

**Primer Nivel.** . la institución educativa comprende la importancia de unir esfuerzos entre los dos sectores de Educación y Salud para conservar y mejorar la salud de la comunidad educativa. La institución educativa y el centro de salud firman un acta por medio del cual se comprometen a realizar acciones de promoción de la salud por medio del Programa de Promoción de la salud en las Instituciones Educativas. Para el primer nivel se iniciara con la intervención de los ejes temáticos de higiene y ambiente y habilidades de la vida.

**Segundo Nivel.-** Los miembros de la comunidad educativa realizan actividades para desarrollar las cuatro líneas de acción del programa. Se trabaja los ejes temáticos de higiene y ambiente, alimentación y nutrición, salud sexual reproductiva y habilidades para la vida.

**Tercer Nivel.-** Se trabaja de higiene y ambiente, alimentación y nutrición, actividad física, salud sexual reproductiva, habilidades para la vida, seguridad vial y cultura de tránsito, promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz. Además de los ejes temáticos se trabaja las líneas de acción del programa y la promoción de la salud es incorporada al Proyecto Educativo

Institucional de la Institución educativa. (MINSA Programa de Promoción de la salud en la Instituciones Educativas 2005:45-47)

## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. HIPÓTESIS**

##### **3.1.1. HIPÓTESIS GENERAL**

El nivel de logro en los contenidos de los ejes temáticos, higiene y ambiente saludable, alimentación y nutrición saludable en la aplicación del programa de promoción de la salud en instituciones educativas saludables en la región de Tacna, es deficiente.

##### **3.1.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS**

- 1) El nivel de logro en la temática de higiene y ambiente saludable en la aplicación del Programa de Promoción de la salud en I, Educativas saludables en la región de Tacna, es deficiente.
- 2) El nivel de logro en la temática de alimentación y nutrición saludable en la aplicación del Programa de Promoción de la salud en Instituciones educativas saludables en la región de Tacna es deficiente.
- 3) Existen diferencias significativas en los niveles de logro de los contenidos de los ejes temáticos de higiene y ambiente saludable, alimentación y nutrición en la aplicación del Programa de Promoción de la salud en Instituciones Educativas saludables de la Región de Tacna a nivel de microredes.

## **3.2. VARIABLE**

### **3.2.1. VARIABLE INDEPENDIENTE**

Ejes Temáticos Alimentación y Nutrición, Higiene y Medio Ambiente saludables.

<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ÍTEMS</b>	<b>INSTRUMENTO</b>
HIGIENE Y AMBIENTE	Contenido técnico conceptual sobre el tema de higiene y ambiente, fundamenta y brinda los contenidos técnicos a los programas de promoción de la salud según población sujeto de intervención.	Higiene Ambientes agradables, limpios y seguros Ambiente	Conocimiento en el eje temático higiene. Lavado de manos con agua y jabón	Muy bueno Bueno Regular Deficiente	Instrumento de programa de promoción de la salud en instituciones educativas
ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN	Contenido técnico conceptual sobre el tema de alimentación y nutrición en promoción de la salud, fundamenta y brinda los contenidos técnicos a los programas de promoción de la salud según población sujeto de intervención.	Alimentación  Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desayunos escolares</li> <li>• Promoción de refrigerios o loncheras nutritivas y saludables</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adecuado</li> <li>• Inadecuado</li> </ul>	Instrumento de programa de promoción de la salud en instituciones educativas
<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ÍTEMS</b>	<b>INSTRUMENTO</b>
EDUCANDOS CON COMPORTAMIENTOS SALUDABLES	Los vigías escolares con conocimiento y práctica de ejes temáticos de promoción de la salud en sus acciones alimentación y nutrición, higiene y ambientes saludables que contribuyen a la prevención de las enfermedades en el hogar y en el contexto comunitario.	Contar con vigías escolares en instituciones educativas.	Vigías escolares con conocimiento y práctica de ejes temáticos de promoción de la salud	Muy bueno Bueno Regular Deficiente	Instrumento de programa de promoción de la salud en instituciones educativas

### **3.2.2. VARIABLE DEPENDIENTE**

Educandos con Nivel bueno a muy bueno del conocimiento y práctica de Ejes Temáticos Higiene y Ambiente, Alimentación y Nutrición saludables.

### **3.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El tipo de investigación es cuantitativa.

### **3.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

El diseño de investigación es descriptivo transversal comparativo

### **3.5. ÁMBITO DE ESTUDIO**

La investigación se desarrolló en el ámbito de la Región de Tacna, focalizado en Instituciones Educativas que se encuentran realizando el Programa de Promoción de la Salud. La Región de Salud de Tacna está organizada según una estructura orgánica y cuyo órgano desconcentrado está constituido en una sola Red de Servicios de Salud, la Red de Salud, conformada por 9 Microredes (3 Urbanas y 6 Rurales), en las cuales se distribuye 17 Centros de Salud, 53 Puestos de Salud y 1 Hospital de Apoyo, el Hipólito Unanue.

### **3.6. TIEMPO SOCIAL**

El periodo del estudio se produjo durante 8 meses durante los meses de abril a noviembre en el periodo escolar que permitió realizar las coordinaciones con los directores de las instituciones educativas seleccionados.



### 3.7. POBLACIÓN Y MUESTRA

#### 3.7.1. UNIDAD DE ESTUDIO

Fueron aquellos niños y niñas escolares matriculados del nivel primario de la Región de Educación de Tacna escolares matriculados del nivel primario seleccionados en la muestra.

#### 3.7.2. POBLACIÓN

La población está formada por 11,734 estudiantes del año pedagógico 2014 de las localidades en las cuales se implementa el programa y que corresponden a 71 instituciones educativas de las Microredes de la Región Tacna, siendo 6 microredes rurales y 3 urbanas. Se ha tomado en cuenta el nivel primario, que oscila entre las edades de 6 a 11 años, la educación formal comienza en la escuela primaria (grados 1 a 6)

**TABLA 1**  
**Instituciones Educativas por Microredes Región Tacna**

Nº	Microredes	Nº IE
1	Rurales	
	Tarata	10
2		
	Candarave	11
3		
	Alto Andino	7
4		
	Frontera	7
5		
	Jorge Basadre	8
6		
	Litoral	9
7	Urbanas	
	Cono Sur	5
8		
	Cono Norte	4
9		
	Metropolitano	10
	Total	71

Fuente: DIRESA TACNA

### 3.7.3. MUESTRA

Se diseñó una muestra estratificada con afijación proporcional.

El tamaño de muestra se determinó según la fórmula para poblaciones finitas con ajuste por el tamaño de la población.

El tamaño de muestra es el siguiente:

$$n_0 = \frac{(P * Q)Z^2}{e^2}$$

$$n_0 = \frac{(0.5 * 0.5)1.96^2}{0.05^2}$$

$$n_0 = 384.16$$

p\*q = estimación de la varianza

Z = 95% confianza = 1.96

e= Estimador 5% de P

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{(n_0 - 1)}{N}}$$

$$n = 387$$

El cual por afijación proporcional fue repartido entre cada Microred y UGEL, seleccionándose así el Centro Educativo en el cual existe un Centro de Salud que imparte el programa de Higiene y ambiente saludable y alimentación/nutrición saludable.

Así, en la Microred Tarata se seleccionaron los P. S. Sitajara y Yabroco, tomándose la muestra de los centros educativos de dichos lugares. Como la muestra es de tamaño 16, se toma íntegramente la muestra de Sitajara que dispone de 14 y se completa con 2 de Yabroco

para conformar la muestra de la Microred. De igual manera se procede con el resto de las Microredes.

### **3.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

#### **3.8.1. TÉCNICAS**

La técnica para la recolección de la información fue la encuesta aplicada a la muestra estratificado con afijación proporcional mediante entrevista directa realizado por personal capacitado profesional en enfermería.

#### **3.8.2. INSTRUMENTOS**

El instrumento fue el cuestionario aplicado a los educandos del nivel primario que permitió obtener datos sobre el tema a investigar, para sintetizar y proponer alternativas en el proceso de mejoramiento del programa escuelas saludables, el mismo que fue estandarizado y aprobado por la Dirección General de Promoción de la Salud de la Dirección General de la Salud de las Personas del Ministerio de Salud.

La encuesta estuvo estructurada en dos partes, que son los siguientes:

**Primera parte: El eje temático de Higiene saludable,** estructurado con 6 preguntas basado en los elementos que debe de saber los escolares de nivel primario, estos fueron: 1) Los pasos que comprende un buen lavado de manos; 2) El correcto cepillado de dientes; 3) El consumo de agua segura; 4) Higiene de los alimentos; 5) Las condiciones de un kiosco saludable; y 6) El uso adecuado de los servicios higiénicos.

Cada pregunta fue valorado con un puntaje; la primera fue 4 puntos, la segunda 3 puntos, la tercera 3 puntos, la cuarta 2 puntos, la quinta 4 puntos y la sexta 4 puntos, haciendo un total de 20 puntos, del

cual se generó una escala ordinal de 4 categorías, que fueron las siguientes:

Nivel Muy bueno : 17 . 20 puntos  
Nivel bueno : 15 . 17 puntos  
Nivel regular : 11 . 14 puntos  
Nivel deficiente : 0 . 10 puntos

**Segunda parte: El eje temático de alimentación y nutrición saludable**, estructurado con 6 preguntas basado en los elementos que debe de saber los escolares de nivel primario, los tópicos fueron: 1) Sobre lo que previene una alimentación saludable; 2) Alimentos que se debe consumir para crecer y desarrollar; 3) Por qué necesita el niño/niña comer verduras y frutas; 4) Alimentos que se debe consumir para tener fuerza y energía; 5) Ejemplos básicos de una lonchera escolar saludable; y 6) El consumo de alimentos que engordan o no.

Cada pregunta fue valorado con un puntaje; la primera fue 2 puntos, la segunda 4 puntos, la tercera 2 puntos, la cuarta 4 puntos, la quinta 4 puntos y la sexta 4 puntos, haciendo un total de 20 puntos, del cual se generó una escala ordinal de 4 categorías, que fueron las siguientes:

Nivel Muy bueno : 17 . 20 puntos  
Nivel bueno : 15 . 17 puntos  
Nivel regular : 11 . 14 puntos  
Nivel deficiente : 0 . 10 puntos

## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

#### **4.1. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO**

Para poder realizar la toma de la muestra en primer lugar se determinó la cantidad de instituciones educativas primarios en Nivel de Acreditación II, que se encuentran en las jurisdicciones de los establecimientos de salud donde se tomarían los cuestionarios.

De los 71 establecimientos de salud donde se aplica el Programa de Promoción de la Salud se determinó el número de encuestas a tomar en cada uno de las instituciones educativas.

Se solicitó la colaboración de las responsables del Programa de Promoción de Salud que en su mayoría son Enfermeras de los servicios de salud de Tacna.

Antes de ejecutar se tuvo una entrevista con las responsables para explicarles de que se trataba el trabajo a realizar y la importancia del mismo. Se les capacito para la toma de la muestra y se les solicito que aplicaran los conocimientos recibidos en la forma más fidedigna a lo enseñado y que no cambiaran las indicaciones recibidas.

Para poder tomar los cuestionarios las responsables visitaron a cada uno de las instituciones educativas para poder conversar con los Directores y explicarles el estudio de investigación que se estaba realizando y solicitarles en primer lugar el permiso y seguidamente el

apoyo para dar las facilidades en la toma de la muestra a través de las responsables de Promoción de la Salud de los establecimientos de salud. No siempre fue fácil encontrarlos por lo que tuvimos que hacerles otra visita para obtener una respuesta.

La cartilla a seguir para la toma de los cuestionarios por parte de la encuestadora es:

- a) Presentarse a los docentes de las aulas que se debe tomar el cuestionario.
- b) Explicarles a los alumnos el motivo de la visita y explicarles que está haciendo un encuesta sobre la evaluación de los conocimientos de los ejes temáticos del programa de promoción de la salud., en las que se les pide su colaboración.
- c) La encuestadora hará entrega de la encuesta a los alumnos del nivel primario de cualquier grado, ya que los ejes temáticos fueron implementados en todos los grados.
- d) Sujetarse a las preguntas de la encuesta, no tratar de explicar mucho ni dirigir la respuesta.
- e) Si el alumno no es participe del Programa de Promoción, no tomar el cuestionario.
- f) Antes de devolver los cuestionarios aplicados a la investigadora, la encuestadora debe de revisar que ninguna pregunta quede sin contestar

La muestra se tomó a los alumnos de las instituciones educativas que se encuentran en el Programa de Promoción de la Salud del nivel primario y se encuentran acreditados en el II Nivel de las 9 Microredes

#### **4.2. DISEÑO DE LA PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS**

Una vez obtenida la información, se ordenó y codificó los datos, luego se elaboró una base de datos en programa Excel de Microsoft Windows 2010; el procesamiento de los mismos se realizó utilizando el

software estadístico informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v.21.0.

Primero se aplicó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (K-S), prueba para poblaciones mayores de 30 sujetos, a fin de determinar si los puntajes de las variables higiene saludable y alimentación y nutrición saludable presentan o no distribución normal.

En el análisis univariado se utilizó estadística descriptiva (frecuencia absoluta, frecuencia relativa simple y acumulada). En el análisis comparativo por Microredes del eje temático Higiene saludable y el eje temático alimentación/nutrición saludable, se utilizó el estadístico no paramétrico de Kolmogorov-Smirnov, U de Mann-Whitney y Chi cuadrado de homogeneidad, para muestras independientes, considerando un nivel de confianza de 95% y un valor  $p < 0,05$  para probar la Hipótesis de investigación.

Para la presentación de información se generaron cuadros de contingencia de una y doble entrada en base a los objetivos planteados con sus respectivos gráficos.

Una vez obtenida la información, se ordenó y codificó los datos, luego se elaboró una base de datos en programa Excel de Microsoft Windows 2010; el procesamiento de los mismos se realizó utilizando el software estadístico informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v.21,0.

Primero se aplicó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (K-S), prueba para poblaciones mayores de 30 sujetos, a fin de determinar si los puntajes de las variables higiene saludable y alimentación y nutrición saludable presentan o no distribución normal.

En el análisis univariado se utilizó estadística descriptiva (frecuencia absoluta, frecuencia relativa simple y acumulada). En el

análisis comparativo por Microredes del eje temático Higiene saludable y el eje temático alimentación/nutrición saludable, se utilizó el estadístico no paramétrico de Kolmogorov-Smirnov, U de Mann-Whitney y Chi cuadrado de homogeneidad, para muestras independientes, considerando un nivel de confianza de 95% y un valor  $p < 0,05$  para probar la Hipótesis de investigación.

Para la presentación de información se generaron cuadros de contingencia de una y doble entrada en base a los objetivos planteados con sus respectivos gráficos.

#### 4.3. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

**Tabla N° 02**

**Prueba de bondad de ajuste para los puntajes higiene saludable y alimentación y nutrición saludable.**

Pruebas de normalidad	Kolmogorov-Smirnov			
		N	Estadístico	Sig.
Puntaje, higiene saludable	Urbanas	311	0,179	0,000
	Rurales	77	0,190	0,000
Puntaje, alimentación y nutrición saludable	Urbanas	311	0,141	0,000
	Rurales	77	0,124	0,005

Se han calculado a partir de los datos.

**Fuente:** elaboración propia

Se observa que el puntaje obtenido en la variable higiene saludable, así como en alimentación y nutrición saludable tanto de Microredes urbanas y rurales no se aproximan a una distribución normal, ya que el coeficiente de significancia son menores a  $p < 0.05$ . Debido a estos



hallazgos se empleará estadística no paramétrica para muestras independientes.

**Tabla N° 03**

**Evaluación de higiene saludable en los escolares del nivel primario con aplicación del programa de instituciones educativas saludables.**

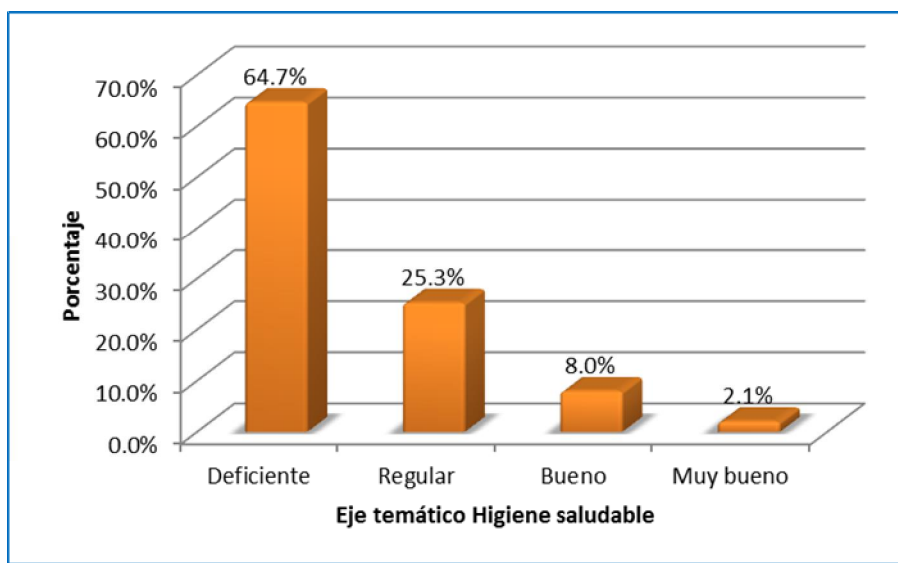
<b>Eje temático Higiene saludable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Deficiente	251	64,7%
Regular	98	25,3%
Bueno	31	8,0%
Muy bueno	8	2,1%
Total	388	100,0%

**Fuente:** Instrumento de programa de promoción de la salud en instituciones educativas

En el presente cuadro se observa que en la evaluación, el 64,7% de escolares de nivel primario, tuvieron deficiente conocimiento en el eje temático higiene saludable, en el 25,3% fue regular, 8% nivel bueno y una minoría de 2,1% nivel muy bueno.

**Gráfico N° 01**

**Evaluación de higiene saludable en los escolares del nivel primario con aplicación del programa de instituciones educativas saludables.**



**Fuente:** Instrumento de programa de promoción de la salud en instituciones educativas

**Tabla N° 04**

**Evaluación de alimentación y nutrición saludable en escolares de nivel primario con aplicación del programa de Instituciones educativas saludables**

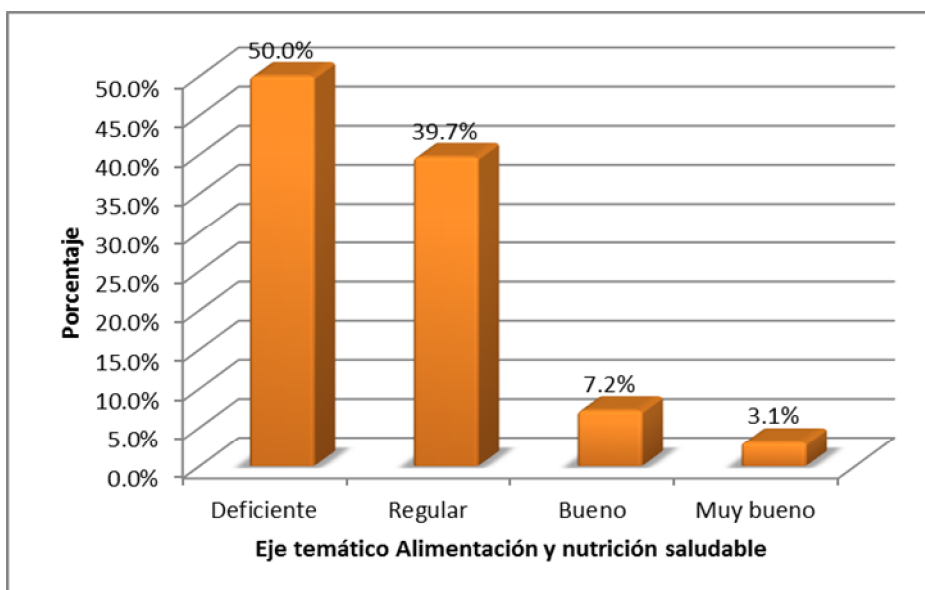
<b>Eje temático Alimentación y nutrición saludable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Deficiente	194	50.0
Regular	154	39.7
Bueno	28	7.2
Muy bueno	12	3.1
Total	388	100.0

**Fuente:** Instrumento de programa de promoción de la salud en instituciones educativas

Se observa que en la evaluación del eje temático alimentación y nutrición saludable, el 50% de escolares de nivel primario, tuvieron un deficiente conocimiento, el 39,7% fue regular, 7,2% nivel bueno y una minoría de 3,1% fue nivel muy bueno.

**Gráfico N° 02**

**Evaluación de alimentación y nutrición saludable en escolares de nivel primario con aplicación del programa de Instituciones educativas saludables**



**Fuente:** Instrumento de programa de promoción de la salud en instituciones educativas

**Tabla N° 05**  
**Evaluación de higiene saludable en escolares de nivel primario según**  
**Microred urbano/rural.**

Conocimiento en eje temático Higiene saludable	Microredes					
	Urbanas		Rurales		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Deficiente	213	68.5	38	49.4	251	64.7
Regular	71	22.8	27	35.1	98	25.3
Bueno	19	6.1	12	15.6	31	8.0
Muy bueno	8	2.6	0	0.0	8	2.1
Total	311	100.0	77	100.0	388	100.0

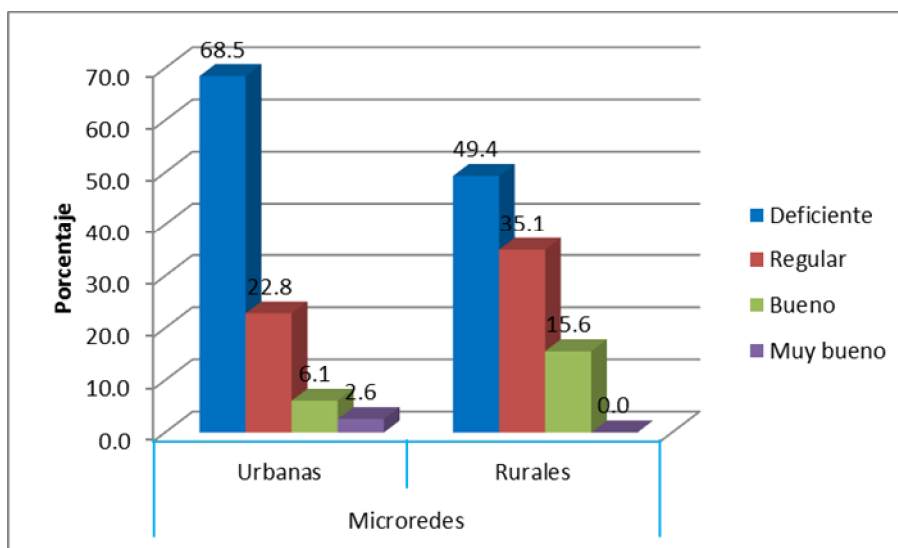
**Fuente:** Instrumento de programa de promoción de la salud en instituciones educativas

Prueba Chi-cuadrado:  $X^2 = 16.068$ ; G.L.=3;  $p=0,001 < 0,05$

Se observa que de los escolares que corresponden a las Microredes urbanas, el 68,5% evaluaron con nivel deficiente en el eje temático de higiene saludable, 22,8% nivel regular y una minoría lo representa el nivel bueno y muy bueno. Entre escolares correspondientes a Microredes rurales, el 49,4% tienen nivel deficiente, 35,1% nivel regular y 15% nivel bueno.

Gráfico N° 03

Evaluación de higiene saludable en escolares de nivel primario según  
Microred urbano/rural



Fuente: Instrumento de programa de promoción de la salud en instituciones educativas

Tabla N° 06

**Evaluación de alimentación y nutrición saludable en escolares de nivel primario según Microred urbano/rural.**

Conocimiento	Microredes					
	Urbanas		Rurales		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Deficiente	151	48.6	43	55.8	194	50.0
Regular	125	40.2	29	37.7	154	39.7
Bueno	25	8.0	3	3.9	28	7.2
Muy bueno	10	3.2	2	2.6	12	3.1
Total	311	100.0	77	100.0	388	100.0

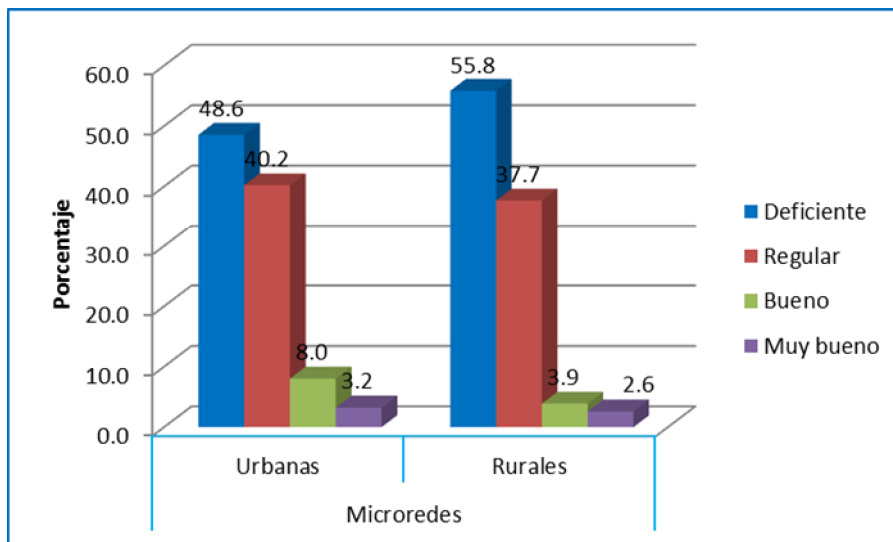
**Fuente:** Instrumento de programa de promoción de la salud en instituciones educativas

Prueba Chi-cuadrado:  $X^2= 2,299$ ; G.L.=3;  $p=0,503 > 0,05$

Se aprecia que de los escolares que corresponden a las Microredes urbanas, la mayor proporción con 48,6% evaluó con nivel deficiente en el eje temático de alimentación y nutrición saludable y 40,2% en nivel regular. Entre escolares correspondientes a Microredes rurales, el 55,8% tienen nivel deficiente, 37,7% nivel regular; mientras que el nivel bueno y muy bueno, para ambas Microredes representaron la minoría.

Gráfico N° 04

Evaluación de Alimentación y nutrición saludable en escolares de nivel primario según Microred urbano/rural.



Fuente: Instrumento de programa de promoción de la salud en instituciones educativas



**Tabla N° 07**

**Puntaje de higiene saludable y alimentación/nutrición saludable en escolares de nivel primario**

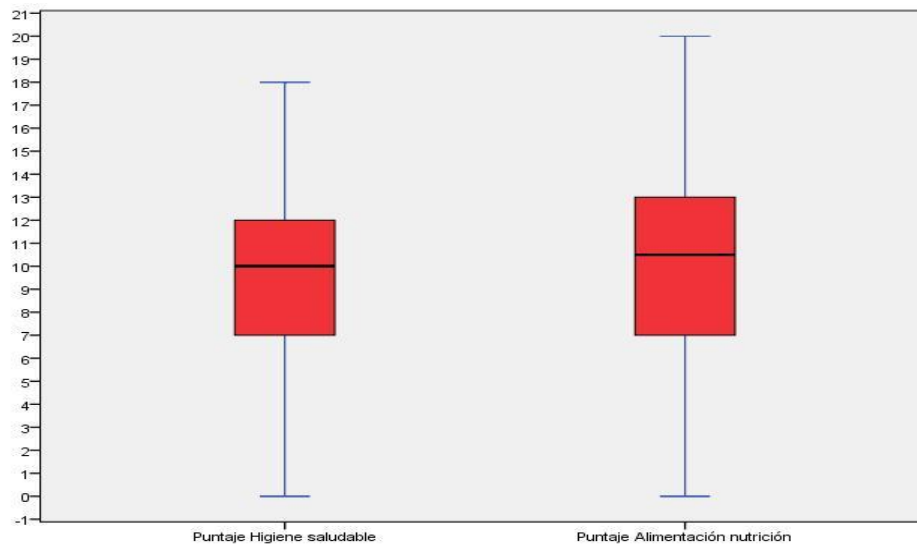
	<b>Higiene saludable</b>	<b>Alimentación y nutrición saludable</b>
Media	9.71	9.88
Mediana	10.00	10.50
Moda	10	12
Desv. típ.	3.66	4.02
Varianza	13.42	16.19
Rango	18.00	20.00
Mínimo	0.00	0.00
Máximo	18.00	20.00
Numero	388	388

**Fuente:** Instrumento de programa de promoción de la salud en instituciones educativas

Los estimadores estadísticos de centralización indican que la media del puntaje obtenido en la evaluación de escolares de nivel primario, fue de 9,71 en el eje temático higiene saludable y 9,88 en eje temático alimentación y nutrición saludable; la mediana y la moda tienen valores próximos a la media.

Los estimadores estadísticos de dispersión, indican que la Desviación estándar, la Varianza y el Rango en el eje temático higiene saludable, es distinto al obtenido en el eje temático alimentación y nutrición saludable, por lo que evidencian una distribución no normal.

**Gráfico N° 05**  
**Puntaje de higiene saludable y alimentación/nutrición saludable en escolares de nivel primario**



**Fuente:** Instrumento de programa de promoción de la salud en instituciones educativas

**Tabla Nº 08**

**Comparación descriptiva del puntaje de higiene saludable en escolares de primaria de Microredes urbanas y rurales.**

	Eje temático Higiene saludable	
	Microredes urbanas	Microredes rurales
Media	9.95	8.75
Mediana	10.00	11.00
Moda	10	11
Desv. típ.	3.32	4.70
Varianza	11.04	22.14
Rango	18.00	16.00
Mínimo	0.00	0.00
Máximo	18.00	16.00
Numero	311	77

**Fuente:** Instrumento de programa de promoción de la salud en instituciones educativas

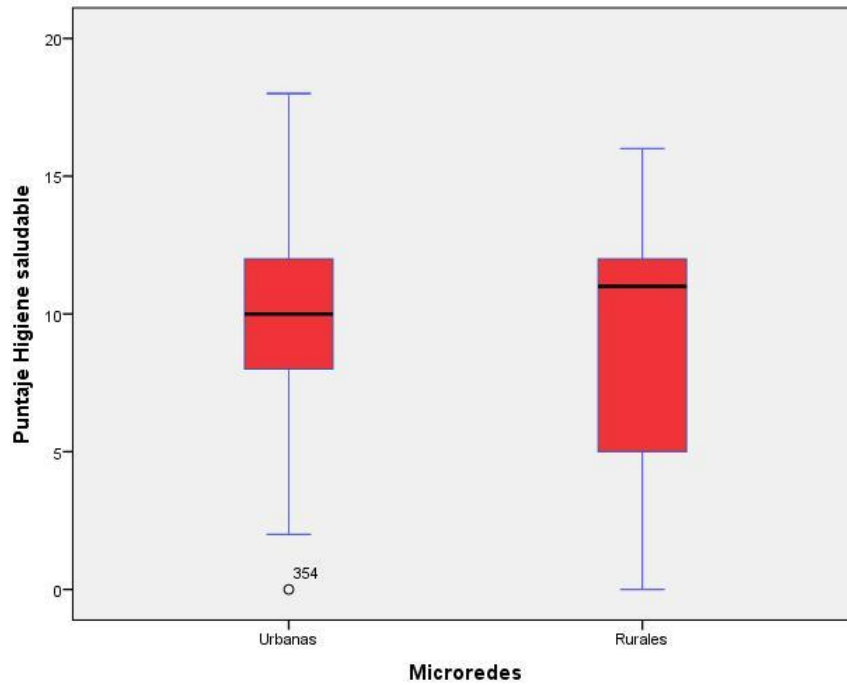
Prueba de Kolmogorov-Smirnov = **1,925**; Significancia:  **$p=0,001$**

A nivel de Microredes, los estimadores estadísticos de centralización indican que la media del puntaje obtenido en la evaluación de escolares de nivel primario, fue de 9,95 para Microredes urbanas y 8,75 para Microredes rurales en el eje temático higiene saludable; la mediana y la moda tienen valores próximos a la media en ambos casos.

Los estimadores estadísticos de dispersión, indican que la Desviación estándar, la Varianza y el Rango en el eje temático higiene saludable, es distinto en las Microredes urbanas que las Microredes rurales, por lo que, al comparar con la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov para muestras independientes, se evidencia que la distribución del puntaje de higiene saludable no es la misma entre las Microredes urbanas y Microredes rurales ( $p=0,001$ ).

**Gráfico N° 06**

**Comparación descriptiva del puntaje de higiene saludable en escolares de primaria de Microredes urbanas y rurales.**



**Fuente:** Instrumento de programa de promoción de la salud en instituciones educativas

**Tabla N° 09**

**Comparación descriptiva del puntaje de alimentación y nutrición saludable en escolares de primaria de Microredes urbanas y rurales.**

	<b>Eje temático Alimentación y nutrición saludable</b>	
	<b>Microredes urbanas</b>	<b>Microredes rurales</b>
Media	9.99	9.42
Mediana	11.00	10.00
Moda	12	10a
Desv. típ.	3.94	4.32
Varianza	15.56	18.69
Rango	19.00	18.00
Mínimo	1.00	0.00
Máximo	20.00	18.00
Numero	311	77

**Fuente:** Instrumento de programa de promoción de la salud en instituciones educativas

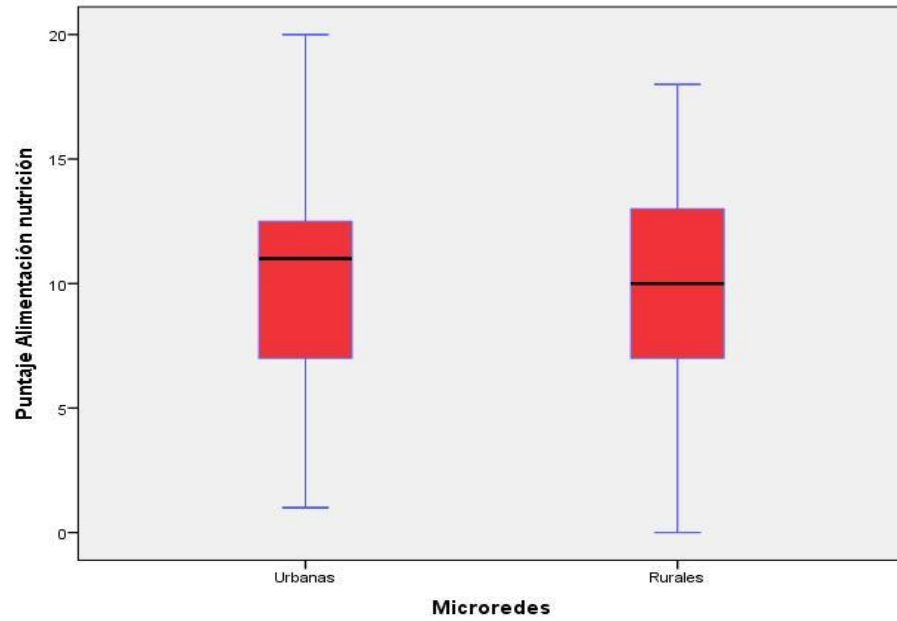
Prueba de U de Mann-Whitney = **-0,673**; Significancia: **p=0,501**

A nivel de Microredes, los estimadores estadísticos de centralización indican que la media del puntaje obtenido en la evaluación de escolares de nivel primario, fue de 9,99 para Microredes urbanas y 9,42 para Microredes rurales en el eje temático alimentación y nutrición saludable; la mediana y la moda tienen valores próximos a la media en ambos casos.

Los estimadores estadísticos de dispersión, indican que la Desviación estándar, la Varianza y el Rango en el eje temático alimentación saludable, es distinto en las Microredes urbanas que las Microredes rurales, por lo que, al comparar con la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para muestras independientes, se evidencia que la distribución del puntaje de alimentación/nutrición saludable es la misma entre las Microredes urbanas y Microredes rurales (p=0,501).

**Gráfico N° 07**

**Comparación descriptiva del puntaje de alimentación y nutrición saludable en escolares de primaria de Microredes urbanas y rurales.**



**Fuente:** Instrumento de programa de promoción de la salud en instituciones educativas

Tabla N° 10

**Evaluación de eje temático higiene saludable en escolares de nivel primario de Microredes Urbanas.**

Conocimiento Eje temático Higiene saludable	Microredes urbanas							
	Cono Norte		Cono Sur		Metropolita no		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Deficiente	62	70.5	20	30.3	131	83.4	213	68.5
Regular	23	26.1	38	57.6	10	6.4	71	22.8
Bueno	3	3.4	5	7.6	11	7.0	19	6.1
Muy bueno	0	0.0	3	4.5	5	3.2	8	2.6
Total	88	100.	66	100.	157	100.	311	100.

**Fuente:** Instrumento de programa de promoción de la salud en instituciones educativas

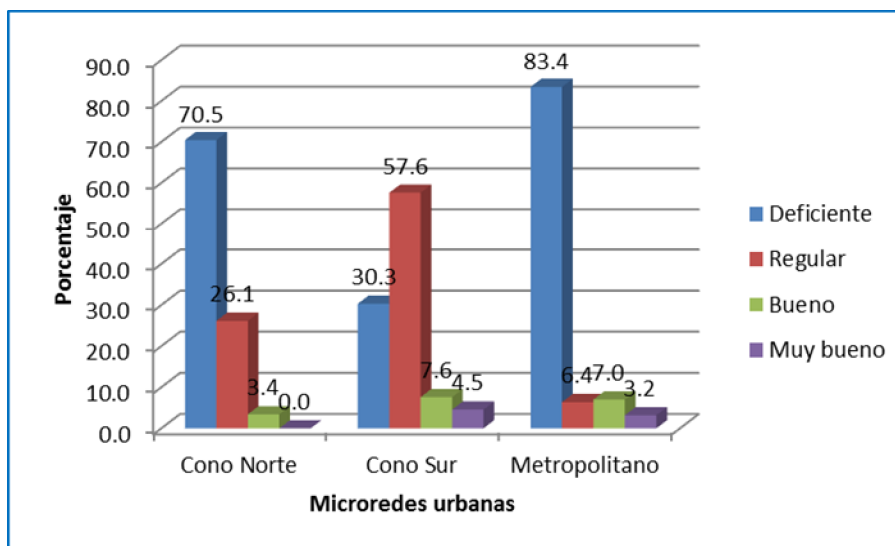
Prueba Chi-cuadrado Pearson:  $X^2= 78.162$ ; G.L.=6;  $p=0,000$

Se aprecia que de los escolares de la Microred Metropolitano, la mayor proporción con 83,4% evaluaron con nivel deficiente en el eje temático de higiene saludable; de forma similar en la Microred Cono Norte con 70,5%; mientras lo contrario se observó en la Microred Cono Sur, donde predominó el nivel regular con 57,6% y el nivel deficiente fue representado por el 30,3%. El nivel bueno y muy bueno fue la minoría en las tres Microredes urbanas.

Al aplicar la prueba de Chi cuadrado, se encontró diferencia estadística significativa entre las categorías de evaluación en higiene saludable en las Microredes urbanas ( $X^2= 78.162$ ;  $p=0,000$ ).

Gráfico N° 08

Evaluación de eje temático higiene saludable en escolares de nivel primario de Microredes Urbanas.



**Fuente:** Instrumento de programa de promoción de la salud en instituciones educativas



Tabla N° 11

Evaluación de eje temático higiene saludable en escolares de nivel primario de Microredes Rurales

Conocimiento: eje temático Higiene saludable	Microredes rurales													
	A. Andino		Candarave		Frontera		J. Basadre		Litoral		Tarata		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Deficiente	4	80.0	8	53.3	5	45.5	9	56.3	8	57.1	4	25.0	38	49.4
Regular	1	20.0	5	33.3	3	27.3	6	37.5	6	42.9	6	37.5	27	35.1
Bueno	0	0.0	2	13.3	3	27.3	1	6.3	0	0.0	6	37.5	12	15.6
Muy bueno	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	5	100.0	15	100.0	11	100.0	16	100.0	14	100.0	16	100.0	77	100.0

**Fuente:** Instrumento de programa de promoción de la salud en instituciones educativas.

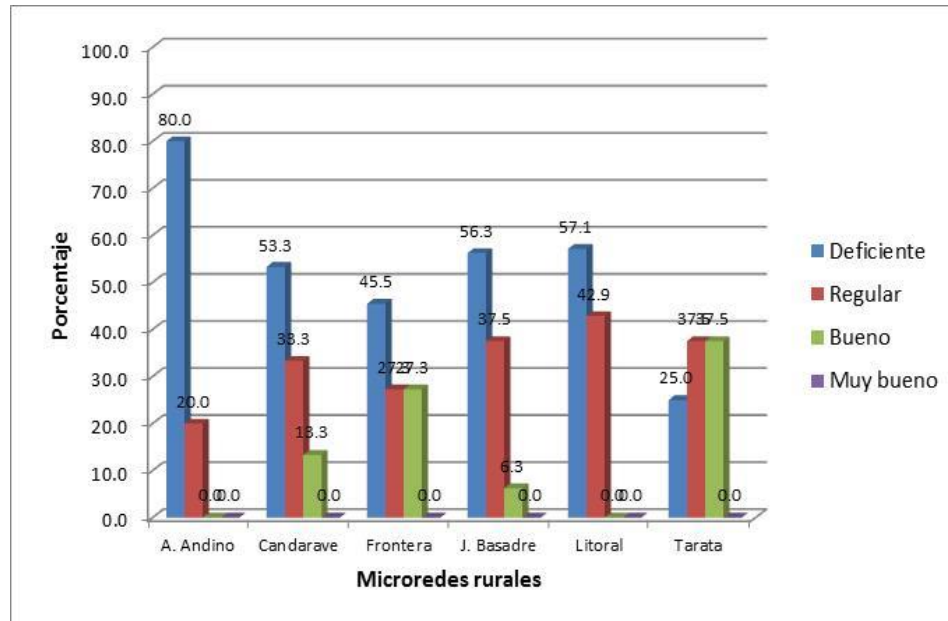
Prueba Chi-cuadrado de Pearson:  $X^2= 13.905$ ; G.L.=10;  $p=0,177$

Se observa que los escolares de la Microred Alto Andino, tienen el mayor porcentaje que evaluaron con nivel deficiente (80%) en el eje temático de higiene saludable; seguido de Litoral con 57,1%; Jorge Basadre con 56,3%, Candarave con 53,3% y Frontera con 45,5%. Sin embargo, en Tarata la mayor proporción fue para el nivel regular con 37,5% y nivel bueno con 37,5%. En todas las Microredes rurales no alcanzaron un nivel muy bueno.

Al aplicar la prueba de Chi cuadrado, no se encontró diferencia estadística significativa entre las categorías de evaluación en higiene saludable de Microredes rurales ( $X^2= 13.905$ ;  $p=0,177$ ).

Gráfico N° 9

Evaluación de eje temático higiene saludable en escolares de nivel  
primario de Microredes Rurales



**Fuente:** Instrumento de programa de promoción de la salud en instituciones educativas

Tabla N° 12

**Evaluación de eje temático alimentación y nutrición saludable en escolares de nivel primario de Microredes Urbanas.**

Eje temático Alimentación y nutrición saludable	Microredes urbanas							
	Cono Norte		Cono Sur		Metropolitano		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Deficiente	50	56.8	27	40.9	74	47.1	151	48.6
Regular	29	33.0	28	42.4	68	43.3	125	40.2
Bueno	7	8.0	8	12.1	10	6.4	25	8.0
Muy bueno	2	2.3	3	4.5	5	3.2	10	3.2
Total	88	100.0	66	100.0	157	100.0	311	100.0

**Fuente:** Instrumento de programa de promoción de la salud en instituciones educativas

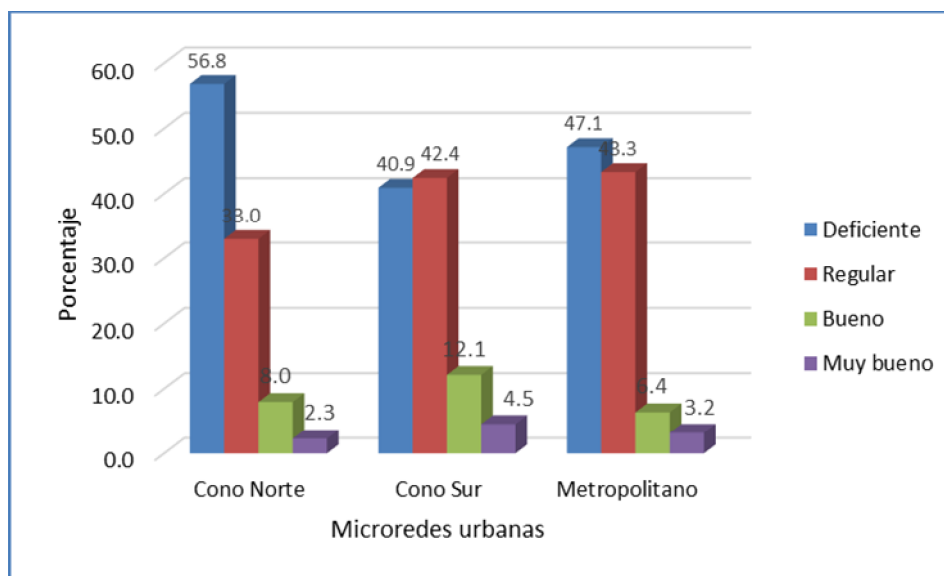
Prueba Chi-cuadrado de Pearson:  $X^2= 6.227$ ; G.L.=6;  $p=0,398$

Se observa que de escolares de la Microred Cono Norte, la mayor proporción evaluaron con nivel deficiente (56,8%) en el eje temático de alimentación/nutrición saludable; de forma similar en la Microred Metropolitano con 47,1%; mientras lo contrario se tiene en la Microred Cono Sur, donde predominó el nivel regular con 42,4% y el nivel deficiente sigue con 40,9%. El nivel muy bueno representa porcentajes menores a 5% en las tres Microredes urbanas.

Al aplicar la prueba de Chi cuadrado, no se encontró diferencia estadística significativa entre las categorías de evaluación en alimentación/nutrición saludable en las Microredes urbanas ( $X^2= 6.227$ ;  $p=0,398$ ).

**Gráfico N° 10**

**Evaluación de eje temático alimentación y nutrición saludable en escolares de nivel primario de Microredes Urbanas.**



**Fuente:** Instrumento de programa de promoción de la salud en instituciones educativas

Tabla N° 13

Evaluación de eje temático alimentación y nutrición en escolares de nivel primario de Microredes Rurales.

Conocimiento: Alimentación y nutrición saludable	Microredes rurales													
	A. Andino		Candarave		Frontera		J. Basadre		Litoral		Tarata		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Deficiente	5	100.0	7	46.7	5	45.5	9	56.3	7	50.0	10	62.5	43	55.8
Regular	0	0.0	5	33.3	5	45.5	6	37.5	7	50.0	6	37.5	29	37.7
Bueno	0	0.0	2	13.3	1	9.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	3.9
Muy bueno	0	0.0	1	6.7	0	0.0	1	6.3	0	0.0	0	0.0	2	2.6
Total	5	100.0	15	100.0	11	100.0	16	100.0	14	100.0	16	100.0	77	100.0

**Fuente:** Instrumento de programa de promoción de la salud en instituciones educativas

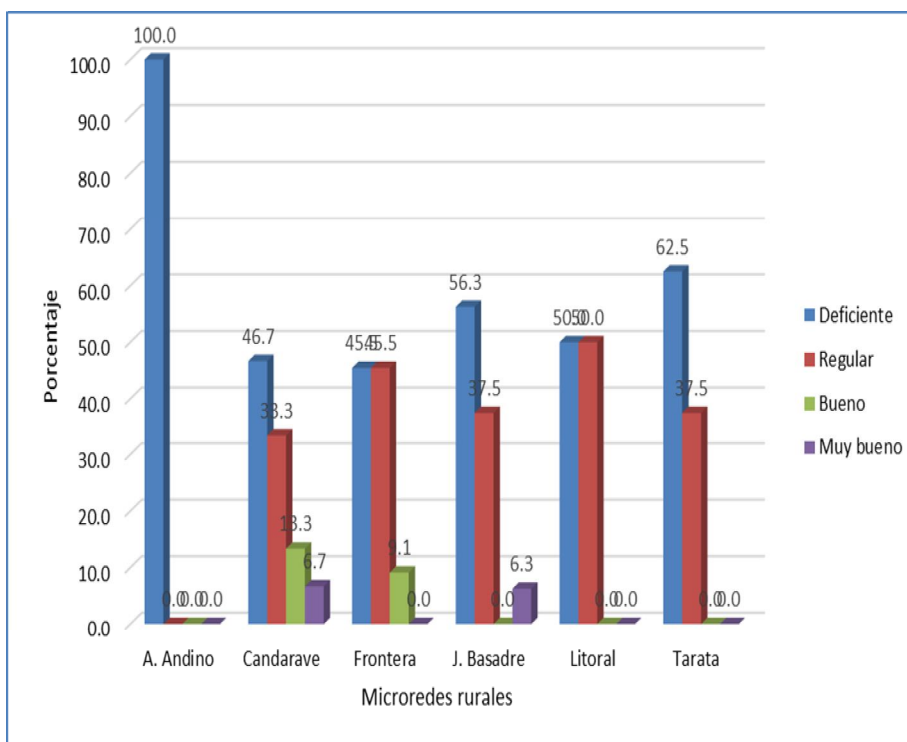
Prueba Chi-cuadrado de Pearson:  $X^2= 13.905$ ; G.L.=10;  $p=0,177$

Se observa que el 100% de escolares de la Microred Alto Andino, evaluaron con nivel deficiente en el eje temático de alimentación/nutrición saludable; seguido de Tarata con 62,5%; Jorge Basadre con 56,3%, Litoral con 50% y Candarave con 46,7%. Sin embargo, en la Microred Frontera, hay un predominio entre el nivel regular y deficiente con 45,5% respectivamente. En todas las Microredes pocos tuvieron nivel bueno y ninguno nivel muy bueno.

Al aplicar la prueba de Chi cuadrado, no se encontró diferencia estadística significativa entre las categorías de evaluación en alimentación y nutrición saludable de Microredes rurales ( $X^2= 13.905$ ;  $p=0,177$ ).

Gráfico N° 11

**Evaluación de eje temático alimentación y nutrición en escolares de nivel primario de Microredes Rurales.**



**Fuente:** Instrumento de programa de promoción de la salud en instituciones educativas



#### **4.1. PRUEBA ESTADÍSTICA**

- **Prueba de bondad de ajuste**

Se calculó utilizando la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (K-S), prueba para poblaciones mayores de 30 sujetos, a fin de determinar si los puntajes de las variables higiene saludable y alimentación y nutrición saludable presentan o no distribución normal.

#### **4.2. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS (DISCUSIÓN)**

Los hallazgos obtenidos en esta investigación son relevantes y teniendo en cuenta el primer objetivo específico, que fue evaluar los comportamientos de higiene saludable en los escolares del nivel primario incluidos en la aplicación del programa de Instituciones educativas saludables, se tiene:

En la Tabla 2, se observa que la mayoría (64,7%) de escolares de nivel primario, evaluó con nivel deficiente en el eje temático higiene saludable, luego una cuarta parte (25,3%) obtuvo un nivel regular, 8% nivel bueno y una minoría de 2,1% nivel muy bueno.

El alto porcentaje de nivel deficiente y regular en higiene saludable, estaría explicado principalmente porque el 92% de escolares tienen hábitos incorrectos sobre el uso de los servicios higiénicos; 64% desconocen sobre los pasos que comprende un buen lavado de manos y el 58% no saben del concepto de higiene de los alimentos. En contraste, cabe resaltar que el 95% si conoce correctamente sobre el consumo de agua segura para beber, también el 70% sabe de un correcto cepillado de dientes; así como de un 53% que conoce las condiciones de un kiosco saludable.

En la Tabla 3, congruente con el segundo objetivo específico, a nivel global de toda la población evaluada, se obtuvo que la mitad (50%) de escolares de nivel primario evaluaron con nivel deficiente en el eje temático alimentación y nutrición saludable, el 39,7% alcanzó nivel regular, 7,2% nivel bueno y 3,1% nivel muy bueno.

El alto porcentaje de nivel deficiente y regular en alimentación/nutrición saludable, estaría explicado principalmente porque el 86% de escolares mínimamente no mencionan 2 ejemplos de una lonchera escolar saludable; 54% no saben que una alimentación saludable previene la obesidad, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, diabetes, desnutrición, anemia y osteoporosis; el 45% no sabe que su niña/niño necesita comer verduras y frutas, porque aportaría vitaminas, minerales, fibra, antioxidantes necesarios para prevenir enfermedades; el 75% manifestaron incorrectamente que las vitaminas engordan.

Los resultados encontrados son preocupantes tanto para la población escolar de todas las Microredes así como para el programa de Escuela saludables de la Dirección Regional de Salud Tacna, ya que al agrupar el nivel deficiente con el nivel regular en el eje temático higiene saludable, agrupan al 89,9% del total de escolares evaluados; y en el eje temático alimentación y nutrición saludable, agrupan el 89,7%, cifras que constituyen una situación deficitaria para el proceso de aplicación del programa de Instituciones educativas saludables.

La asunción anterior es corroborada por los estimadores estadísticos de centralización, indicando que la media del puntaje obtenido, fue de 9,71 en el eje temático higiene saludable y 9,88 en eje temático alimentación y nutrición saludable. Es decir, la población escolar del nivel primario en ambos ejes temáticos tiene un puntaje ligeramente por debajo de 10, el cual no es el óptimo para las expectativas de la Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud de la DIRESA Tacna.

Por ubicación territorial se compara el eje temático higiene saludable de las Microredes ubicadas en el ámbito urbano de las del ámbito rural (Tabla 4) que es coherente con el tercer objetivo específico. Se observó que la mayor parte (68,5%) de escolares de Microredes urbanas evaluaron con nivel deficiente en higiene saludable y el 22,8% con nivel regular; mientras que, en las Microredes rurales este perfil varía, ya que un porcentaje menor (49,4%) tuvieron nivel deficiente y un porcentaje mayor (35,1%) nivel regular, así como también cabe resaltar un grupo de 15% de Microredes rurales alcanzaron nivel bueno, con diferencia estadística significativa de las urbanas ( $p < 0,05$ ).

Lo anterior es corroborada por los estimadores estadísticos de centralización (Tabla 6), indicando que la media del puntaje obtenido en el eje temático higiene saludable en escolares de nivel primario, fue de 9,95 para Microredes urbanas y 8,75 para Microredes rurales, por lo que, al comparar con la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov para muestras independientes, se evidenció diferencia estadística significativa ( $p < 0,05$ ), es decir, no es la misma entre las Microredes urbanas y Microredes rurales.

En cuanto al eje temático alimentación y nutrición saludable según ubicación territorial urbano/rural (Tabla 5), se encontró que la mayor proporción (48,6%) de escolares de Microredes urbanas evaluaron con nivel deficiente y 40,2% nivel regular, mientras que en escolares de Microredes rurales, el 55,8% tuvieron nivel deficiente y 37,7% nivel regular, sin diferencia estadística significativa ( $p > 0,05$ ).

La comparación por Microredes mediante estimadores estadísticos de centralización reafirman lo anterior, indicando que la media del puntaje obtenido en la evaluación de escolares de nivel primario, fue de 9,99 para Microredes urbanas y 9,42 para Microredes rurales en el eje temático alimentación y nutrición saludable, por lo que, al comparar con la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para muestras independientes, se evidencia que no difiere significativamente una de la otra rurales ( $p > 0,05$ ).

Por último, al comparar específicamente cada Microred urbana (Tabla 10), se encontró que Metropolitano, obtuvo la mayor proporción de escolares con nivel deficiente (83,4%) en el eje temático de higiene saludable; superando a la Microred Cono Norte (70,5%) y Cono Sur (30,3%), en este último, predominó el nivel regular con 57,6%. El nivel bueno y muy bueno fue la minoría en las tres Microredes urbanas, evidenciándose diferencia estadística significativa entre las categorías de evaluación en higiene saludable ( $p=0,000$ ).

En cambio al comparar específicamente las Microredes rurales, no se encontró diferencia estadística significativa ( $p>0,05$ ), destacando que entre escolares de la Microred Alto Andino, el 80% evaluaron con nivel deficiente en el eje temático de higiene saludable; seguido de Litoral con 57,1%; Jorge Basadre con 56,3%, Candarave con 53,3% y Frontera con 45,5%. No obstante, en Tarata la mayor proporción fue para el nivel regular con 37,5% y nivel bueno con 37,5%.

Al comparar el eje temático de alimentación/nutrición saludable según Microredes urbanas, se observa que la mayor proporción de escolares evaluaron con nivel deficiente (56,8%); de forma similar en la Microred Metropolitano con 47,1%; mientras lo contrario se encontró en la Microred Cono Sur, donde predominó el nivel regular con 42,4%; por otro lado, el nivel muy bueno representa porcentajes menores a 5% en las tres Microredes urbanas, sin diferencia estadística significativa entre las categorías en alimentación/nutrición saludable ( $p>0,05$ ).

Igualmente al comparar las Microredes rurales, no se encontró diferencia estadística significativa ( $p>0,05$ ) en el eje temático alimentación/nutrición saludable, aunque se destaca que el 100% de escolares de la Microred Alto Andino evaluaron con nivel deficiente, Tarata 62,5%; Jorge Basadre 56,3%, Litoral 50% y Candarave 46,7%; contrastando a la Microred Frontera, donde hubo un predominio del nivel regular y deficiente con 45,5% respectivamente. Además, en todas las Microredes rurales pocos tuvieron nivel bueno y ninguno nivel muy bueno.

Finalmente, con base en las evidencias encontradas en este estudio, se fundamenta que los escolares tanto en el eje temático higiene saludable y el eje temático alimentación/nutrición saludable, mayoritariamente son deficientes, por tanto, el programa de Instituciones Educativas Saludables se encuentran en un proceso incipiente, el cual, amerita fortalecer e intensificar las estrategias de promoción de la salud con un modelo integral que articule el binomio docente-alumno escolar.

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS**

#### **5.1. CONCLUSIONES**

Después de analizar los resultados de la presente investigación se llega a las siguientes conclusiones:

- La higiene en los escolares del nivel, en su mayoría es deficiente (64,7%) y regular (25,3%), principalmente en desconocimiento de uso adecuado de los servicios higiénicos y pasos que comprende un buen lavado de manos.
- La alimentación y nutrición predominó el nivel deficiente (50%) y nivel regular (39,7%),
- El comportamiento en el eje temático higiene saludable de escolares del nivel primario de Microredes urbanas difiere significativamente de las Microredes rurales incluidas en la aplicación del programa de Instituciones educativas saludables ( $p < 0,05$ ).
- El comportamiento en el eje temático alimentación/nutrición de Microredes urbanas no difiere significativamente de las Microredes rurales incluidos en la aplicación del programa de Instituciones educativas saludables ( $p > 0,05$ ).

- En higiene saludable: Entre las Microredes urbanas, Metropolitano fue quien obtuvo el más alto porcentaje de nivel deficiente y entre las Microredes rurales fue Alto Andino; mientras que en alimentación y nutrición saludable: De las Microredes urbanas, Cono Norte tuvo el mayor porcentaje de nivel deficiente y entre las Microredes rurales, fue Alto Andino.

## 5.2. SUGERENCIA

De acuerdo a las conclusiones se plantean las siguientes sugerencias:

- Que las Instituciones Educativas promuevan escenarios propicios para la promoción de higiene y ambiente saludable, alimentación y nutrición saludable, ya que las niñas y niños están inmersos en el proceso de aprendizaje, asumir modelos y cultivar una natural espíritu de exploración de su entorno. Otro aspecto es que los docentes no solo es brindar la enseñanza presencial sino que tienen que ir acompañado de la práctica y que las y los docentes actúen como modelos de comportamientos saludables.
- El sector salud a través de su personal de salud realice un proceso de abogacía y capacitación a las autoridades y comunidad educativa, de los diferentes niveles educativas para fortalecer las capacidades de los ejes temáticos y puedan ser insertados en el programa curricular
- Que los gobiernos locales formulen estrategias de desarrollo y políticas, que contemplen, medidas que proporcionen la higiene y ambiente saludable, alimentación y nutrición saludable en corresponsabilidad con la población, buscando la implementación de estrategias e iniciativas que aborden integralmente la solución de los factores que afectan la salud de los educandos y mejorar su calidad de vida
- Que a nivel de Instituciones Educativas se promueva el reconocimiento de la Ley de promoción de la alimentación saludable

para los niños, niñas y adolescentes promulgada por Ley 30021, y que los gobiernos regionales y locales deben estipular normas y ordenanzas para que se efectivice la ley en el nivel local.

- Que los padres de familia se preocupen más por la promoción de la salud motivando el desarrollo de actitudes, creencias, valores, hábitos, comportamientos y estilos de vida, y para ejercitarlas promuevan espacios físicos especialmente referidas a la vivienda y sus entornos desarrollan. Los cambios y adecuaciones se realizarán gradualmente y de acuerdo a la realidad y cultura local de la familia
- Que el Sector Educación debe promover la capacitación continua a los docentes a través de diplomados y cursos de especialización en Promoción de la Salud, que va contribuir a la mejora de la salud pública en el país, mediante el fortalecimiento de la promoción de la salud en todas las políticas de las instituciones educativas públicas y privadas del nivel local.



## BIBLIOGRAFÍA

1. ALTOBELLI, Laura, (2002). *Participación comunitaria en la salud: la experiencia peruana en los CLAS+, en Arroyo, Juan La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuestas de política.* Lima, Perú.
2. ASOCIACIÓN KALLPA, (2003). *Manual para Talleres de capacitación: Con la Salud si se juega+* Lima. Perú.
3. ASOCIACIÓN KALLPA (2006). *Una Guía a partir de la Experiencia: 4 Formas de hacer Escuelas Promotoras de la Salud en el Perú.* Lima. Perú.
4. ASOCIACIÓN KALLPA, (2002). *Una Propuesta Operativa para Sistematizar.* Lima. Perú.
5. GÓMEZ Zamudio, Mauricio. (1998). *Teoría y Guía Práctica para la Promoción de la Salud Montreal.* Canadá. Unidad de Salud Internacional, Universidad Montreal.
6. CARTA DEL CARIBE PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, en Primera Conferencia de Promoción de la Salud del Caribe, del 1-4 junio de 1993, en Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, *Promoción de la Salud: una antología+*
7. CARL GUERRA de Macedo. (2002). *El Derecho a la Salud en América Latina en los albores del Siglo XXI+* Ponencia presentada en la Conferencia Nacional de Salud, Lima-Perú.
8. DECLARACIÓN MINISTERIAL DE MÉXICO para la Promoción de la Salud, Ciudad de México, junio de 2000.
9. Certificado en Lima, Perú, el 5 de diciembre de 2002, por el Doctor Mauricio Bustamante García, Secretario Ejecutivo, Organismo Andino de Salud . Convenio Hipólito Unanue.

10. CARL Guerra de Macedo, (2002). *El Derecho a la Salud en América Latina en los albores del Siglo XXI+*. Ponencia presentada en la I Conferencia Nacional de Salud, Lima-Perú.
11. MINSAL. Ministerio de Salud de Chile. [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl). 06 junio de 2003
12. MINSA/Comisión Multisectorial de Alimentación y Nutrición. (2001). *Lineamientos para el Diseño de Intervenciones Educativo Comunicacionales en Alimentación y Nutrición*. Lima, Perú.
13. MINSA. Ministerio de Salud. (2005). Dirección General de Promoción de la Salud. Dirección Ejecutiva de Educación para la Salud. *Programa Promoción de las Salud en las Instituciones Educativa*. , Lima Perú.
14. MINSA. Ministerio de Salud (2005). *Lineamientos de Política de Promoción de la Salud*. Lima Perú.
15. MINSA. Ministerio de Salud. (2005). *Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas . Escuelas -Documento con R.M. N° 277-2005/MINSA*, Lima Perú.
16. MINSA. Ministerio de Salud. (2005). *Orientaciones Técnicas para la Promoción de la Alimentación y Nutrición Saludable*, Lima Perú.
17. MINSA. Ministerio de Salud. (2013). *Documento Técnico: Modelo de abordaje de promoción de la Salud en el Perú, Acciones para desarrollar en el eje temático de Higiene y Ambiente saludable*). Lima Perú.
18. MINSA. (2001). *Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002 - 2012*. Lima, Perú.
19. MINSA/DGPS. (2003). Consejo Nacional de Salud, Comité Nacional de Promoción de la Salud. *Lineamientos de Política de Promoción de la Salud*. Lima, Perú.
20. MINSA/DGSP. (2003). *Reglamento de alimentación infantil, D.S. N° 020-SA*, Lima, Perú.
21. MINSA/DGSP. (2002). *La Salud Integral compromiso de todos: El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)*. Lima, Perú.
22. MINSA/DIGESA. *Quioscos saludables: proyecto piloto*. [http://www.digesa.sld.pe/pw\\_relapu/quioscos.pdf](http://www.digesa.sld.pe/pw_relapu/quioscos.pdf).

23. MINSA/INS/CENAN. (2004). Lineamientos de Nutrición Infantil. Norma Técnica No. 010-MINSA/INS-V01. Junio Lima. Perú.
24. MINSA Ministerio de Salud, (2005). Lineamientos de Política de Promoción de la Salud, Lima Perú.
25. MINSA Ministerio de Salud, (2005) Promoción de la Salud en la Instituciones Educativas . Guía de Implementación y Organización. Lima - Perú
26. MINEDU. Ministerio de Salud. (2005). Implementación del programa de promoción de la Salud en las Instituciones Educativas en el año 2005. Directiva N°056 MINSA/DGPS-V.01. Lima Perú.
27. MINEDU. Ministerio de Educación. (2009). Diseño Curricular Nacional de la Educación Básica Regular. Febrero 2009. Aprobado con mediante Resolución Ministerial N° 0440 . 2008. Lima Perú.
28. OPS/OMS, 1992. Líneas de Investigación prioritarias en promoción de la salud. Washington, D.C
29. OPS %Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, 1992, en Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, %Promoción de la Salud: una antología+ Washington. DC. EUA.
30. OPS-OMS (1994) División de Promoción y Protección de la Salud. Por una política de comunicación para la promoción de la salud en América Latina. Efecto Gráfico. Quito, Ecuador.
31. RESTREPO, Helena, (2001). %Antecedentes Históricos de la Promoción de la Salud+; en Restrepo, Helena; Hernán Málaga. Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable. Editorial Médica Internacional Ltda. Bogotá, Colombia:
32. TERRIS Milton, (1999). %Conceptos de promoción de la salud: Dualidades de la teoría de la salud pública+; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, %Promoción de la Salud: una antología+ Washington, DC, EUA.
33. TEJADA DE RIVERO, David, (2003). Veinticinco años después de Alma-Ata. Documento publicado por la OPS-OMS en ocasión del veinticinco aniversario de la Conferencia de Alma-Ata. Washington, DC, EUA.

## **ANEXOS**

**PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN INSTITUCIONES  
EDUCATIVAS**

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

D.N.I. \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: \_\_\_\_\_

PRIMARIA ( ) FECHA: \_\_\_\_\_

**EJE TEMÁTICO: HIGIENE**

**ORDENE: (4 ptos.)**

1. Los pasos que comprende un buen lavado de manos:
  1. Jabonarse ( )
  2. Mojarse las manos ( )
  3. Secarse inmediatamente con una toalla limpia o papel toalla. ( )
  4. Lavar la muñeca, la palma y la parte posterior de las manos y los dedos entrelazándolos y friccionándolos. ( )
  5. Enjuagarse con agua limpia y a chorro ( )

**MARQUE LA LETRA DE LA RESPUESTA CORRECTA:**

2. Un correcto cepillado de dientes. Comprende: (3 ptos.)
  - a. Cepillar con movimientos de arriba hacia abajo en el maxilar superior, tanto adentro como afuera.
  - b. Cepillar con movimientos de arriba hacia abajo en el maxilar inferior, tanto adentro como afuera.
  - c. Cepillar con movimientos de abajo hacia arriba en el maxilar inferior, tanto adentro como afuera.
  - d. Cepillar la parte plana (donde se mastica) de los dientes.
3. El agua para beber debe estar: (3 ptos.)
  - a. En el aula.
  - b. Almacenada en recipientes limpios y con tapa.
  - c. Hervida o clorada.
  - d. Al alcance de las niñas.
  - e. Ubicado a una altura mínima de 20 cm. en relación al suelo.

4. ¿Qué es la Higiene de los alimentos? (2 ptos)
- a . Condición por la cual los alimentos son lavados con agua limpia clorada y corriente y colocados en recipientes limpios y cubiertos.
  - b. Condición por la cual los alimentos son lavados con agua limpia clorada y mantenidos en recipientes con tapa.
  - c. Todas las frutas y verduras son lavadas con agua.
5. Las condiciones de un kiosco saludable son, excepto: (4 ptos.)
- a. El proveedor o vendedor cuente con carné sanitario
  - b. Usa uniforme blanco o claro (mandil y gorro)
  - c. Utiliza guantes o bolsa para coger los alimentos.
  - d. Mantiene las uñas cortas, no usa joyas.
  - e. No cuenta con la copia de autorización sanitaria de la panadería donde adquiere los alimentos (empanadas, pasteles, etc.).
  - f. En caso de no tener los servicios de agua y desagüe, coloca fuentes de agua y lava todo en el mismo recipiente.
  - g. Los alimentos como la gelatina, yogurt deben ser conservados en refrigeradora
  - h. Vende productos industrializados con registro sanitario
  - i. Verifica fecha de vencimiento de los productos.
  - j. Cuenta con tacho de basura dentro y fuera del kiosco.

**MARQUE VERDADERO (V) O FALSO (F) :**

6. EL uso adecuado de los servicios higiénicos comprende: (4 ptos.)
- a. Utilizar adecuadamente el inodoro (taza o hueco de letrina), para la eliminación de las heces, manteniéndola cerrada y limpia. ( )
  - b. Eliminar los papeles sucios en un tacho con tapa. ( )
  - c. Utilizar un solo inodoro para todos los niños y las niñas en la Institución Educativa ( )
  - d. Eliminar los papeles en un tacho con su bolsa plástica negra y tapa. ( )
  - e. Mantener la puerta cerrada de los baños para que no ingresen los animales ( )

## EJE TEMÁTICO: ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN SALUDABLE

### MARCA LA LETRA DE LA RESPUESTA CORRECTA:

1. Una alimentación saludable previene: (2 pts.)
  - a. Enfermedades cardíacas, falta de concentración, hipertensión, osteoporosis, gota.
  - b. Obesidad, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, diabetes, desnutrición, anemia, osteoporosis.
  - c. Diabetes, desnutrición, gota, anemia, enfermedades cardiovasculares, rubéola.
  
2. Subraye los alimentos que se debe consumir para crecer y desarrollar (4 pts.)

Carne, fideos, lenteja, huevo, papaya, leche, brócoli, habas, yogurt, trigo, hígado, pepinillo, pescado, arroz.
  
3. ¿Por qué necesita el niño/niña comer verduras y frutas?(2 pts.)
  - a. Porque aporta vitaminas, minerales, fibra, antioxidantes necesarios para prevenir enfermedades.
  - b. Porque aporta energía y calorías necesarias para prevenir enfermedades.
  - c. Porque el niño tiene actividad física constante en la escuela.
  
4. Subraye los alimentos que se debe consumir para tener fuerza y energía: (4 pts.)

Papa, soya, fideos, tomate, yuca, plátano, trigo, huevos, quinua, espinaca, camote amarillo, limón, quiwicha, arroz.
  
5. Mencione 2 ejemplos de una lonchera escolar saludable: (4 pts.)
  - a. Pan con mermelada, 1 plátano y refresco de quinua
  - b. Pan con tortilla de huevo, 1 durazno y refresco de manzana
  
6. Indicar con  si la respuesta es verdadera o con  si es falsa. (4 pts.)
  - a. La miga de pan engorda más que la corteza.
  - b. Las vitaminas engordan
  - c. Los productos light+no son cero+calorías
  - d. El agua no engorda, ni antes, ni entre, ni después de las comidas