

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**“UN MODELO ALTERNATIVO DE
ESCUELA SALUDABLE EN LA
COMUNIDAD DE YURIPILACA”**

CELICA, LOJA, 2002 – 2003

**Tesis previa a la obtención del título de
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA**

AUTOR

Dr. Eduardo Albán López

DIRECTOR

Dr. Nicolás Campoverde

**CUENCA - ECUADOR
2008**

RESPONSABILIDAD

El contenido del presente trabajo es responsabilidad exclusiva del autor

Dr. Eduardo Albán L.

DEDICATORIA

Para quienes siempre estuvieron a mi lado apoyándome en todo momento: Diana, Andrés, Paula, Eduardo y Belén.

Eduardo

AGRADECIMIENTO

A mis profesores Dr. Nicolás Campoverde,
Lcda. Carmen Pazán, y a todos quienes participaron de una u
otra manera en mi formación académica.

El autor

INDICE

<i>Contenido</i>	<i>página</i>
CAPITULO I	
1.1 INTRODUCCIÓN.....	1
Resumen	4
Summary.....	5
1.2 Planteamiento del problema	6
CAPITULO II	
2 MARCO TEORICO	
2.1 Contexto histórico de la Promoción de la Salud y escuelas saludables	7
2.2 Antecedentes de la Promoción de la Salud	8
2.3 Conceptualización de salud	9
2.4 Concepto de Promoción de la Salud	10
2.5 Principios de Promoción de salud	12
2.6 Campos de actuación de la Promoción de la Salud.....	12
2.7 Escuelas Promotoras de la Salud	14
2.7.1 La iniciativa regional de escuelas promotoras de la salud	15
2.8 Funciones de una escuela saludable	16
2.9 Acreditación de las escuelas Promotoras de Salud.....	17
2.10 Redes Latinoamericana y Caribeña de escuelas promotoras de salud	17
2.11 Concepto de escuela promotora de salud	19
2.12 Componentes de la escuela promotora de la salud	20
2.13 La escuela y la familia	25
2.13.1 El concepto de familia	25
2.13.2 El enfoque de derechos	25
2.13.3 Modelos de ajuste y adaptabilidad familiar	26
2.14 Escuelas promotoras de la salud en el Ecuador	26
CAPITULO III	
3 OBJETIVOS DEL ESTUDIO	
3.1 Objetivo General	28
3.2 Objetivos Específicos	28
CAPITULO IV	
4 METODOLOGIA	
4.1 Tipo de estudio	29
4.2 Universo de estudio	29
4.3 Plan de observación de campo	29
4.4 Variables de análisis e indicadores de intervención	29
4.5 Procedimiento del estudio	33
4.6 Ejes analíticos que sustentan la intervención	35
4.6.1 Provisión de servicios de salud y alimentación sana	35
4.6.2 La educación para la salud con enfoque integral	35
4.6.3 La creación y mantenimiento de entornos saludables	36
4.6.4 Fortalecimiento de la participación comunitaria	36
CAPITULO V	

LA ESCUELA JOSÉ AYORA DE LA COMUNIDAD DE YURIPILACA: UN ENCUENTRO CON SU MUNDO

5.1 Diagnóstico participativo de salud escolar	37
5.1.1 Aspectos generales del contexto escolar	37
5.1.2 Servicios de salud y nutrición en la escuela	38
5.1.3 Situación de la educación en salud en el ámbito escolar	39
5.1.4 La creación y mantenimiento de entornos saludables	39
5.1.5 La participación de la comunidad en la implementación de la propuesta .	40
5.2 Línea de base	40
5.2.1 Servicios de salud y alimentación sana	41
5.2.1.1 El control médico escolar	41
5.2.1.2 El control odontológico escolar	41
5.2.1.3 Servicios de nutrición	41
5.2.2 Situación de la educación en salud en el ámbito escolar	41
5.2.3 Creación y mantenimiento de entornos saludables	42
5.2.4 Participación comunitaria	42
5.2. 4.6 Representación gráfica de la participación	44
5.3 Formulación del plan de salud escolar	45
5.3.1 Objetivo general del plan de salud escolar	45
5.3.2 Servicios de salud y alimentación sana	46
5.3.3 Educación para la salud con enfoque integral	46
5.3.4 Creación y mantenimiento de entornos y ambientes saludables	46
5.4 Lo que realizó el plan de acción en la escuela José Ayora	46
5.4.1 Acciones ejecutadas en el eje de provisión de servicios de salud y alimentación sana	47
5.4.2 Acciones ejecutadas en el eje de educación en salud	47
5.4.3 Acciones ejecutadas en el eje creación y mantenimiento de entornos saludables	48
5.4.4 Acciones emergentes realizadas en el marco del plan	48
5.5 Modificación de los indicadores de la línea de base	48
5.5.1 Servicios de salud y alimentación sana	49
5.5.1.1 El control médico escolar	49
5.5.1.2 El control odontológico escolar	49
5.5.1.3 Servicios de nutrición	49
5.5.2 Situación de la educación en salud en el ámbito escolar	49
5.5.3 Creación y mantenimiento de entornos saludables	50
5.5.4 Participación comunitaria	51
5.5. 4.6 Representación gráfica de la participación	52

CAPITULO VI

6 UNA REFLEXIÓN DE LAS ACCIONES EN TORNO A LOS EJES DE ANÁLISIS

6.1 Provisión de servicios de salud y alimentación sana	54
6.2 Educación para la salud con enfoque integral	54
6.3 Creación y mantenimiento de entornos y ambientes saludables	55
6.4 Conformación del comité de salud escolar	56
6.5 Establecimiento de un comité consultivo comunitario	57
6.6 Efectos en la escuela y en los niños	58

CAPITULO VI I	
7 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	59
BIBLIOGRAFÍA	60
ANEXOS	62

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La iniciativa de escuelas promotoras de la salud o escuelas saludables surge de varias discusiones, debates, reflexiones y consideraciones respecto a la importancia que tiene la Promoción de la Salud en la vida de las personas y comunidades, especialmente si estas personas viven en espacios circunscritos en donde se facilita la implementación y la práctica de acciones de Promoción de la salud, con un enfoque integral, considerando un ambiente psicosocial, actitudes y prácticas saludables.

Una escuela promotora de la salud es la que se abre a la participación y a la colaboración de funcionarios, docentes, personal de salud, padres y madres de familia y alumnos, líderes de la comunidad y el sector privado. La promoción de la salud en el ámbito escolar constituye un «valor agregado» al ya extraordinario valor que tiene la escuela en la vida del escolar, del cuerpo docente y de la comunidad.

Partiendo de que la salud es la que se “crea y se vive en el marco de la vida cotidiana: en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo, la salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a si mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y de controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en la que uno vive ofrezca a todos sus miembros la capacidad de gozar de un buen estado de salud¹”

Con base en esta visión de salud podríamos decir que la promoción de la salud según la OPS/OMS (1990) “... es concebida, cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva”².

Por esto abordamos el tema Escuelas Saludables, desde la propuesta de la promoción de la salud que reconoce principalmente cinco estrategias capaces de llevar a los individuos y las poblaciones para tener mayor control sobre su salud. Estas estrategias son:

- Construcción de políticas públicas saludables.
- Creación de entornos favorables para la promoción de la salud.
- Fortalecimiento de la acción comunitaria.
- Desarrollo de aptitudes y prácticas personales saludables.
- Reorientación de los servicios de salud.

¹ Ippolito-Shepherd Josefa, Molina Verónica. Escuelas Promotoras de Salud: La experiencia centroamericana. Washington D.C. Organización Panamericana de la Salud, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá; 2002.

² Restrepo Helena, Hernán Málaga, “Promoción de Salud: cómo construir vida saludable”, Editorial Médica Panamericana, Bogotá Colombia, 2001. pp. 26.

Una de estas estrategias de la promoción de la salud, la creación de entornos favorables, aprovecha el espacio escolar para promover competencias psicosociales, aptitudes y destrezas, para enfrentar eficazmente los retos de la vida diaria, habilidades para la vida y valores para vivir.

Una escuela saludable se define como “la escuela que cuenta con una construcción segura y confortable, con instalaciones sanitarias adecuadas y un ambiente psicológico positivo para el aprendizaje, que propenden por relaciones humanas constructivas y armónicas y que promueven aptitudes y actitudes positivas hacia la salud, favorecen la recreación y el deporte, son las escuelas promotoras de la salud³”.

La escuela es una comunidad que agrupa durante un tiempo importante a alumnos en una etapa de crecimiento y desarrollo críticos, la escuela tiene una importante relación con las familias de los alumnos, por todo ello el sector educativo es un aliado importante para la salud y la escuela es un espacio privilegiado y estratégico para su promoción.

Los esfuerzos en la mayoría de centros educativos primarios del sector rural se centran por un lado en el mantenimiento de la estructura física y por otro lado mantener el currículo de materias que se enseñan tradicionalmente, lo que impide incluir en la comunidad educativa propuestas de desarrollo integral.

En las escuelas se debe enseñar actitudes y prácticas que permitan desarrollar y potenciar la salud. La educación para la salud es vista por parte de la comunidad educativa, como una actividad externa a la escuela y no como una estrategia incorporada, esto no permite establecer cambios de actitud en el cuidado de la salud de los escolares.

La asistencia médica a los escolares se la efectúa como una norma institucional, sin tomar en cuenta el entorno familiar, psicosocial, escolar y comunitario, esto no permite de ninguna forma mejorar la salud de los escolares.

Esta realidad comentada es similar a lo que ocurre en la comunidad educativa José María Ayora de la localidad de Yuripilaca del cantón Celica, provincia de Loja, en donde un 66.6% de la población escolar tiene algún grado de desnutrición; infecciones respiratorias agudas frecuentes, parasitismo intestinal, problemas de la piel como impétigo, escabiosis, baterías sanitarias subutilizadas, incorrecta eliminación de los desechos sólidos, mala utilización del servicio de agua entubada, no existe incorporación de temas de salud en el currículo, no conocen formas de obtener agua segura, ausencia de programas de salud escolar, algunas formas de expresión de violencia intrafamiliar, entre otros problemas que tiene este centro educativo.

Por esta razón surge y cobra fuerza la propuesta de intervenir en esta realidad local y de crear una escuela saludable o promotora de la salud, a través de la investigación acción participativa, con una visión integral de ampliación de oportunidades de las personas, grupos sociales y comunidad., donde existen mayores

³ Henderson. T. Análisis situacional de la Promoción de Salud en el ámbito escolar 1994.

posibilidades de participación, movilización de capacidades y recursos para lograr el bien común⁴.

⁴ Planificación Local Participativa, Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe, OPS, OMS, 1999.

RESUMEN

PROBLEMA

Condiciones de vida precarias, limitados conocimientos de prevención y promoción de salud, ausencia de programas de salud en la escuela

OBJETIVO

Implementar un modelo alternativo de escuela saludable en la comunidad de Yuripilaca, en el cantón Celica, Provincia de Loja.

METODOLOGIA

El tipo de estudio es investigación acción participativa, los ejes metodológicos son: el diagnóstico, la planificación, ejecución y evaluación, los ejes de análisis del estudio son: educación para la salud, provisión de servicios de salud y alimentación sana, entornos saludables y participación comunitaria.

RESULTADOS

Se incorporan contenidos de salud en el currículo de la escuela, se mejora la alimentación y nutrición de los escolares con la implementación de un huerto escolar y el control y seguimiento del comité consultivo comunitario y el comité de salud escolar, se logra la participación conjugada de la comunidad educativa, se desarrolla y se mantienen los espacios físicos limpios alrededor y dentro de la escuela, siendo el medio ambiente responsabilidad de todos, los niños y niñas tienen agua limpia para lavarse las manos y agua segura para beber durante todo el año lectivo.

CONCLUSIONES

La estrategia de Escuelas Promotoras de la Salud es una estrategia válida, permite la interrelación entre los actores de salud y educación, genera hábitos saludables en los niños y niñas, la estrategia, tiene la particularidad de ser de fácil manejo y aplicabilidad a partir de la escuela.

PALABRAS CLAVES

Comunidad educativa, promoción de la salud, escuelas saludables.

SUMMARY

PROBLEM

Precarious life conditions, limited knowledge of prevention and health promotion, and the lack of health programs in school.

OBJECTIVE

To introduce an alternative model of a healthy school in the community of Yuripilaca, in the town of Celica, Province of Loja.

METHODOLOGY

The kind of study is investigation participative action, the methodological points are: diagnosis, planning, execution and evaluation, the points of analysis of the study are: health education, to supply health services and healthy food, a healthy environment and community participation.

RESULTS

Health contents are introduced in the school's curriculum. The students' feeding and nutrition improves with the school garden and with the control of the community consultation committee and the school's health committee, we can achieve the participation of the educational community, it develops and keeps the physical space clean in and out of the school, this way the environment is everybody's responsibility, children have clean water to wash their hands and safe water to drink during the whole school year.

CONCLUSIONS

The strategy of the sponsoring health school is a valid strategy, it allows the people involved with health and education to interrelate, it generates healthy habits in children, this strategy is of easy usage and it is easy to apply starting from school.

KEYWORDS

Educational community, Health Promotion, Healthy Schools.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En la escuela José Ayora de la comunidad de Yuripilaca del Cantón Celica de la Provincia de Loja, encontramos que existe un limitado conocimiento de actitudes y prácticas salutógenas, escasa conciencia de una correcta alimentación, de ahí que exista un 66.6% de desnutrición en los escolares, la participación de la comunidad educativa es contribuyente, no existen programas de salud escolar, la maestra no educa en cuestiones de salud, existe poca conciencia sobre la importancia del cuidado del medio ambiente, esto se evidencia por la incorrecta eliminación de la basura tanto inorgánica como orgánica. Dentro de las principales causas de morbilidad están la desnutrición, el parasitismo, enfermedades respiratorias causadas por el excesivo polvo en época de verano, el cual se presenta por un periodo prolongado, los niños y niñas no conocen como obtener agua segura, existe un inadecuado uso y mantenimiento de las letrinas, la atención de salud de la maestra y de los escolares se realiza una sola vez al año y no en una forma periódica y con el seguimiento adecuado, esta atención la brinda el Dispensario del Seguro Social Campesino de Yuripilaca.

El equipo de salud tanto del Ministerio de salud Pública como del SSC no tiene programas dirigidos a los escolares de esta zona.

Por todas estas consideraciones es necesario implementar un **modelo alternativo de escuela saludable** en esta localidad, que reúna condiciones favorables para la salud a través de la reorientación de los servicios de salud, mejorar el estado nutricional, incorporar en el currículo contenidos de educación para la salud, desarrollar entornos saludables y lograr una mejor y mayor participación comunitaria, esta investigación se realiza a través de los criterios metodológicos de la triangulación etnográfica que da similar importancia a los conocimientos científicos, el aporte del investigador y el aporte de la comunidad. Anexo No.1

Entonces a través de la promoción de la salud y de una escuela promotora de salud, plantemos alcanzar nuestra meta; ayudar a estudiantes, familias y miembros de la comunidad a gozar de bienestar físico, emocional y social. Con la finalidad de lograr un mayor compromiso, se suscribe una carta modelo para una escuela promotora de la salud. Anexo No. 2

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

PROMOCION DE SALUD Y ESCUELAS SALUDABLES

2.1 Contexto histórico de la promoción de la salud y escuelas saludables

Desde la antigüedad en época de los griegos, Hygea hija de Esculapio, era considerada como la diosa del arte de estar sano, los filósofos griegos consideraron que ser saludable era un altísimo don de los Dioses, señalamos que Hipócrates fue el representante máximo del pensamiento griego sobre la vida sana como fuente de riqueza.

Los romanos tenían una visión más real de la salud, Plutarco exaltaba el trabajo como fuente de salud, los romanos incorporaron al concepto salud a la mente "mente sana en cuerpo sano", Galeno fue el primero que habló de pre-requisitos para la salud. La mayor contribución sin lugar a duda es el sistema sanitario y la conducción de agua indispensable para que la población sea saludable.

Los cristianos resaltaron al espíritu como fuente de salud, en la Biblia en especial en el antiguo testamento existían varias recomendaciones para proteger la salud como el día de reposo.

En el renacimiento en los siglos XV y XVI se destaca el humanismo de Paracelso, Fracastoro considerado como el primer

epidemiólogo por su preocupación en las enfermedades epidémicas. En el siglo XVIII se exalta la importancia de la salud física y mental para el individuo y la sociedad. El siglo XIX es la era de la medicina social, uno de sus máximos exponentes, considerado el padre de la medicina social Rudolf Virchow quién recomendó propuestas para que la población tuviera completa e ilimitada democracia, o educación, libertad y prosperidad, condiciones para alcanzar equidad dentro de una verdadera Promoción de la Salud.

En el siglo pasado el máximo representante de la Salud Pública fue Henry Sigerist quien concibió las cuatro funciones de la medicina: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la restauración del enfermo y la rehabilitación, siendo el primero en utilizar el termino Promoción de la Salud, también se le puede considerar como el precursor de las escuelas saludables cuando dice: “la escuela es una de las instituciones más importantes de la Salud Pública”.

En los últimos cuarenta años se ha dado un cambio trascendental en el concepto de salud, el concepto biomédico hizo crisis generando un nuevo paradigma que considera a la salud como un concepto holístico positivo que integra por una parte el bienestar humano y por otro la satisfacción de las necesidades básicas. Estos conceptos integradores son analizados por la epidemiología crítica o social.

Entonces afirmamos que a través de la historia y de la forma de ver la salud de cada sociedad, se fueron formando las bases para construir lo que hoy es la Promoción de la Salud, por esta razón mencionamos a continuación algunas consideraciones en torno a la evolución que tuvo la Promoción de la Salud.

2.2. Antecedentes de la promoción de la salud

LA CONFERENCIA Y LA CARTA DE OTTAWA. La Conferencia se llevó a cabo del 17 al 21 de noviembre de 1986 y constituyó el Primer Evento Internacional sobre 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, en su primer párrafo la carta declara que:

"La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo humano debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente" La salud se percibe no como un objetivo sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se da paso a un concepto positivo, dinámico, que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

LA CONFERENCIA DE ADELAIDE. Fue convocada en Adelaide, Australia, en 1988. Se deliberó sobre la Formulación de Políticas Públicas que promuevan la salud, una de las cinco áreas de acción propuestas en Ottawa.

UN "LLAMADO A LA ACCION". En 1989 un grupo de trabajo sobre Promoción de la Salud en los países en desarrollo, convocado en Ginebra, efectuó un "llamado a la acción",

que hizo énfasis en: Generación de acciones sociales y políticas para la salud, fomento de las políticas públicas de apoyo a la salud y el aumento de las alianzas con todos los sectores de la sociedad, identificación de estrategias de base para capacitar y facultar a la gente, fortalecimiento de las capacidades nacionales así como la voluntad política para la promoción de la salud y la participación comunitaria en el desarrollo de la salud.

LA CONFERENCIA DE SUNDSVALL-SUECIA, 1991. El tema de discusión fue ambientes favorables para la salud. Destacó la interdependencia entre la salud y el medio ambiente en sus dimensiones físicas, culturales, económicas, sociales y políticas.

El derecho a la vida y la paz son valores éticos fundamentales de la cultura de la salud, por lo que es indispensable asumir estos valores, cultivarlos y llevarlos a la práctica cotidiana.

CONFERENCIA Y DECLARACIÓN DE YAKARTA, 1997. Es considerada la Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud después de Ottawa. Planteó la necesidad de continuar luchando contra la pobreza y los determinantes de la salud y destacó la necesidad de conformar alianzas estratégicas con la participación del sector privado.

ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD DE LOS PUEBLOS Y LA DECLARACIÓN PARA LA SALUD DE LOS PUEBLOS. BANGLADESH, 2000. Abordó ampliamente los determinantes de la salud:

económicos, sociales y políticos, ambientales, guerra, violencia y conflicto.

La equidad, el desarrollo ecológicamente sostenible y la paz son los ejes centrales de la declaración, la cual se construyó sobre perspectivas de gente cuyas voces raras veces o casi nunca han sido escuchadas antes. Llama a los pueblos del mundo a: apoyar todos los intentos por implementar el derecho a la salud.

Exigir que los gobiernos y organizaciones internacionales reformulen, implementen y cumplan con las políticas y prácticas que respeten el derecho a la salud. Construir movimientos populares de amplia base para presionar a los gobiernos a incorporar la salud y los derechos humanos en sus constituciones nacionales y su legislación.

Combatir contra la explotación de las necesidades de salud de los pueblos, la salud es considerada como un asunto social, económico y político, pero sobre todo como un derecho humano fundamental.

Para combatir la crisis mundial de salud, se necesita emprender acciones a todos los niveles, del individuo, de la comunidad, nacional, regional y mundial, y en todos los sectores.

La OMS con la estrategia sobre atención primaria de salud en Alma Ata (1978) y la filosofía de salud para todos en el año 2000

también tuvieron una notable influencia en la construcción de la Promoción de la Salud.

2.3 Conceptualización de salud

Resulta complicado definir integralmente a la salud, ninguna definición puede expresar todo lo que el ser humano ansía. Y ningún concepto puede encerrar todo lo que el hombre es capaz de ser y de realizar.

El ser humano está siempre insatisfecho con lo que ya es en un determinado momento, y sueña permanentemente con transformar su naturaleza. El hombre es un ser que continuamente está rediseñando su propia vida. En este sentido el concepto de salud siempre tendrá una dimensión creativa, ideal o utópica y al mismo tiempo cambiante.

Subsiste sin embargo, la necesidad de formular conceptos operativos que ayuden a diseñar programas de actuación, a tomar decisiones y a evaluar los resultados de las mismas. En vista de todo ello convendrá "ir definiendo" la salud en cada situación, de manera que se adapten a cada necesidad particular.

Cada cultura delimita, o construye, un conjunto peculiar de enfermedades, que son las que otorgan la condición de enfermo. E incorpora además en las personas interpretaciones y actitudes que inducen a vivir la enfermedad de una determinada manera. Por ello, los autores que asumen esta dimensión del problema insisten en el

relativismo cultural inherente en todas las concepciones de la salud y la enfermedad⁵.

"La salud es el estado de capacidad óptimo de un individuo para la realización efectiva de los roles y las tareas para los que ha sido socializado⁶".

El valor que cada sociedad da a la salud, está influenciado por las ideologías y corrientes del pensamiento que han dominado en el mundo a lo largo del tiempo con relación a la concepción de la salud.

Por tal razón pretendemos introducir al sujeto en un significado de salud, amplio, dinámico, positivo y, en definitiva, lo más cercano posible de sus creencias y experiencias.

Debemos partir de una realidad que no podemos eludir: la vida, y por tanto de la sugerencia de que es mejor disfrutarla que sufrirla. A partir de aquí, y de acuerdo con el hecho repetidamente constatado de que la salud depende sobre todo de los estilos de vida, es decir de las actitudes, comportamientos y formas de afrontar la vida, así como de un medio ambiente físico y social favorable, intentamos, a partir de las actividades que presentamos, que sea el

⁵ Fabrega H. Jr.: "The Need for an Ethnomedical Science", *Science*, 189, 1975, 969-975.

⁶ Parsons T.: "Definitions of Health and Illness in the Light of American Values and Social Structure" (1958) en: *Concepts of Health and Disease*, Ed. By: Caplan, A. et al. Reading, (Massachusetts), Addison-Wesley Pu. Co.1881, 57-81.

propio individuo el que opte por una manera de vivir lo más saludable posible, pero totalmente libre, Amartya Sen⁷ se refiere a la ampliación de la libertad humana, tanto individual como colectiva para lograr funcionamientos y/o realizaciones, es decir hacer algo o ser algo que permita a los seres humanos alcanzar niveles superiores de salud y calidad de vida.

2.4 Concepto de promoción de la salud

Después de tanto tiempo de hablar sobre el tema, aun no se tiene un concepto claro de lo que es la Promoción de la Salud. Para unos es una ciencia, para otros representa una disciplina y hay quienes plantean que es una política o un programa.

El papel de la promoción de la salud ha sido también muy discutido. Hay quienes la asocian a estilos de vida, dejando la protección de la población de los riesgos ambientales al campo de la prevención de la enfermedad. Hoy en día, se tiene definido estos conceptos, la Promoción de la salud hace referencia a la ganancia de bienestar como un todo, es un concepto positivo, holístico, integral, que no se preocupa por una enfermedad específica, sino por ganar en salud estando sano. La prevención por su parte alude a medidas específicas para evitar enfermedades y daños específicos.

⁷ Sen Amartya. Nuevo examen de las desigualdades. Madrid: Alianza Editorial S.A.; 2000.

La dimensión de la promoción de la salud tiene dos corrientes: una que prioriza la acción individual para generar cambios en el comportamiento o estilos de vida; y otra que involucra más actores y defiende la acción socio-política.

A menudo se ha reducido el concepto de Promoción de la Salud a educación para la salud. La educación para la Salud es un recurso del que se vale la promoción para sus intervenciones. La Promoción de la salud es un concepto más amplio.

La Promoción de la Salud abarca gran cantidad de disciplinas dentro de su campo teórico y práctico, así se relaciona con la economía, la filosofía, la psicología, la educación, Política Social. Sociología, epidemiología, comunicación, mercadeo social; razón por la cual al momento se hable de un movimiento social, multidisciplinario e intersectorial.

La Promoción de la Salud no puede seguirse circunscribiendo al simple discurso de los funcionarios de la salud, sino que debe dirigir su acción a espacios locales, llámense Tenencias Políticas, Juntas Parroquiales, líderes políticos, líderes o dirigentes comunitarios, organizaciones comunitarias, empresas privadas, organizaciones gubernamentales o no gubernamentales, y sobre todo, debe actuar en el espacio-población local más pequeño, como la vivienda y la familia, para luego

proyectarse hacia el barrio, la parroquia, el cantón, la provincia y el país, siempre con el compromiso de lograr una sociedad más productiva, más justa y equitativa.

En este contexto, la Promoción de la Salud es concebida como "la suma de acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva".

La Promoción de la Salud debe ir más allá del concepto de medicina social, esto es, incorporar el concepto de ser humano como sujeto dejando atrás las ideas de individuo y objeto; abandonar el papel de experto que entrega instrucciones y recomendaciones, y reemplazarlo por el de cooperante que brinda información, conocimientos y herramientas a los otros sectores y las comunidades para realizar acciones conjuntas, lo que significa entregar autonomía y poder a otros, y reconocer en el otro un actor activo que también aporta y con el cual se negocia y llega a consensos.

La estrategia de la promoción de la salud reúne condiciones que justifican y aconsejan su implementación. Permite lograr mayor salud y bienestar, incorpora el concepto de salud positiva, no solo como ausencia de enfermedad, sino como acción cotidiana para la vida, reconoce el componente socio-ecológico de la salud, registra a la persona como sujeto con derechos y deberes, y al

usuario como centro del quehacer del sector salud, enfrenta a las patologías prevalentes desde sus condicionantes básicos, presenta una alternativa a la crisis organizacional, financiera y sobre todo de impacto, que viven los sistemas de salud en la actualidad, investiga la participación social y hace posible la reorientación de los servicios de salud, en función de políticas públicas que incorporen la salud, bienestar y calidad de vida como ejes centrales.

2.5 Principios de la promoción de la salud

Según Ashton las experiencias de actividades en esta área desde 1974, han ayudado a definir cinco principios de la Promoción de la Salud:

- La promoción de la salud se ocupa de la población en los aspectos de su vida cotidiana y no se restringe a las personas que están en riesgo de enfermedades específicas y en contacto con los servicios médicos.
- La promoción de la salud debe dirigirse a actuar sobre las causas básicas de las pérdidas de la salud (factores determinantes).
- La promoción de la salud utiliza pocos enfoques combinados para mejorar la salud incluidos educación, información,

desarrollo y organización comunitarios y acciones legales y de defensa de la salud.

- La promoción de la salud depende especialmente de la participación del público.
- Los profesionales de la salud tienen un papel importantísimo colaborando y permitiendo el desarrollo de la promoción de la salud.

2.6 Campos de actuación de la promoción de la salud

Cinco son los campos sobre los cuales se basa la acción de la promoción de la salud. Estos fueron definidos en la Carta de Ottawa en 1986 y son los siguientes:

- Construcción de Políticas Públicas Saludables.
- Crear entornos saludables (ambientes físicos, sociales, económicos, políticos, culturales)
- Fortalecimiento de la acción comunitaria.
- Desarrollar actitudes y aptitudes personales (estilos de vida).
- Reorientación de los servicios de salud.

2.6.1 Construcción de políticas públicas saludables

Consiste en contar con leyes, normas, reglamentos, sugerencias, orientadas a crear conciencia social sobre las grandes inequidades y los factores condicionantes de la salud, de modo que las recomendaciones

que allí se planteen se transformen en la práctica en normas de conducta que rijan nuestro accionar cotidiano.

Estas Políticas Públicas Saludables deben trabajarse, formularse e implantarse en los niveles locales, debido a que es en estos espacios los ciudadanos están más cerca de los gobernantes o líderes comunitarios, e incluso los líderes comunitarios y gobernantes son parte de dicha comunidad y están sintiendo a diario los impactos de no contar con políticas públicas saludables. Sin embargo, esto no implica descartar las políticas nacionales, muchas de las cuales existen solamente en los registros oficiales, o en el discurso de los políticos de turno; implica crearlas en función de las necesidades de las comunidades, lo que garantiza su responsabilidad y compromiso para cumplirlas y hacerlas cumplir.

2.6.2 Creación de entornos favorables a la promoción de la salud

Se refiere al mejoramiento de los entornos o ambientes físicos, sociales, culturales, económicos, etc., haciéndolos más sanos y más amigables, no sólo para proteger la salud sino para potenciarla al máximo y aumentar el nivel de vida.

A más de pensar en los macro-ambientes resulta necesario pensar también en microespacios tales como las viviendas, los edificios, los lugares de trabajo, las escuelas, las universidades, medios de transporte, mercados, etc. Desde el punto de

vista más práctico, esta área estratégica de la promoción de la salud se implanta en medida del desarrollo de políticas públicas. Por otro lado, existe una fuerte relación entre el desarrollo de entorno y los estilos de vida y comportamientos saludables, de tal forma que los primeros potencian a los segundos y viceversa.

El mejoramiento de los entornos es una tarea más compleja y debe pensarse siempre en mecanismos de estímulo, motivación o incentivo que permita fortalecer la organización de grupos de autogestión y la cooperación y ayuda mutua entre los mismos, tendientes a lograr los entornos saludables.

2.6.3 Fortalecimiento de la acción comunitaria

El fortalecimiento de la acción comunitaria está íntimamente relacionado con la participación social, por lo que se debe pensar en estrategias, mecanismos y estímulos que permitan incrementar la capacidad de la gente de actuar y decidir sobre su salud y sus vidas. Esta participación no se ve solamente desde el punto de vista individual, sino sobre todo debemos entenderla como un proceso de vida colectiva.

La participación se da en medida de lograr el empoderamiento de las personas, pensado como esa posibilidad de crear y generar poder en la gente, es decir, crear condiciones para que los individuos y grupos más excluidos socialmente adquieran poder de

decisión y control sobre los asuntos que afectan su vida cotidiana.

2.6.4 Desarrollo de aptitudes personales

Las aptitudes personales tienen que ver con el concepto de estilos de vida, los mismos que consideramos según Nutbeam como *"...la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más completo, y las pautas individuales de conducta, determinada por factores socio culturales y características personales"*. De aquí deducimos que los estilos de vida no solamente son un conjunto de comportamientos reconocidos como saludables, sino también incluyen actitudes y prácticas como la solidaridad, la tolerancia, el respeto por las diferencias, los derechos humanos, la participación, etc., que influyen en la vida colectiva.

Las estrategias y mecanismos para lograr el desarrollo de aptitudes personales saludables se relacionan con el autocuidado, la autogestión. Resulta fundamental la incursión de la educación para la salud para generar estos estilos de vida, basándose en los nuevos enfoques que se dan actualmente en torno a la educación popular.

2.6.5 Reorientación de los servicios de salud

Al referirnos a los servicios de salud pensamos en que estos tienen que ser reorientados hacia la promoción de la salud, es decir, lograr romper la visión curativa y embarcarse en una propuesta de salud integral que contempla el apoyo al desarrollo de todas las áreas estratégicas planteadas. Serían servicios que piensen en la salud y en la forma de potenciar la misma, que piensen en la gente, en sus necesidades y problemas, en los determinantes de su salud y emprender acciones en diferentes ámbitos tendientes a mejorar las condiciones de la población. Se debe pensar desde la salud colectiva y

buscar que los servicios se interrelacionen más fuertemente con las comunidades hacia las que dirigen sus prestaciones.

Un enfoque de Atención Primaria de Salud que se basa en los factores de riesgo y como proteger a los grupos en riesgos y poblaciones es válido, pero resulta necesario ampliar el campo de acción y plantearse actuar sobre los determinantes de salud para crear opciones saludables a las cuales puedan acceder la población.

A pesar que la carta de Ottawa habla de los servicios de salud, nosotros creemos que debe incorporarse estos criterios de promoción de salud en todos los servicios sociales, en vista que estos obviamente influyen sobre los niveles de calidad de vida y bienestar. Entonces deberíamos pensar en los servicios asistenciales de nutrición, orientados a la población de la tercera edad, a los discapacitados, a los enfermos crónicos, enfermos incurables, de apoyo y soporte social a la mujer, a la defensa de los niños y adolescentes, etc.

2.7 ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD

La estrategia de Escuelas Promotoras de Salud o Escuelas Saludables surge en el marco de la Promoción de la Salud, en la búsqueda de desarrollar entornos saludables. Impulsada en la década de los noventa por la OMS, UNICEF y UNESCO, el entonces director de la OMS Hiroshi Nakayima decía que *"educar a los niños para la salud a través de la escuela debe ser una prioridad, no solo para*

el sector salud. Para que los niños aprendan deben gozar de buena salud⁸”

Esta estrategia se basa en considerar a la escuela como un sistema de elementos interdependientes de tal forma que la promoción de la salud en el ámbito escolar forma parte de una visión integral que considera a los niños y niñas dentro de su entorno familiar, comunitario y social⁹.

Con sus aproximadamente 850 millones de habitantes, la población de las Américas constituye el 14% de la población mundial. El grupo de población de edades comprendidas entre los 5 y 18 años, unos 220 millones de niños y adolescentes- constituye alrededor de un 25 % de los habitantes de las Américas¹⁰. La mortalidad infantil continúa registrando un descenso, y dicha disminución de la mortalidad hace del desarrollo psicosocial y del mejoramiento de la calidad de la vida de este grupo una prioridad impostergable¹¹. La promoción de la salud en las escuelas es una estrategia eficaz que contribuye al logro de esta prioridad.

Durante la última década del siglo XX, el número de alumnos inscritos en las escuelas primarias aumentó de 61 millones en 1990 a

⁸ Palacio Hurtado Magda, Sáez Crespo Antonio. Entornos Saludables: el desafío de la Promoción de la Salud. En: Restrepo Helena, Málaga Hernán. Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2001. p. 264 - 273.

⁹ Organización Panamericana de la Salud. Escuelas Promotoras de la Salud: entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras. Washington,DC: 2000.

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud. Programa especial de análisis de salud. Indicadores básicos. 2001. Washington, DC:OPS

¹¹ Op.cit.

71 millones en 1998, mientras que la población infantil no escolarizada disminuyó de 11 millones en 1990 a 6 millones en 1998¹². La importancia de la Promoción de la Salud en el ámbito escolar es indiscutible si se considera la elevada tasa de inscripción en la escuela primaria; y representa una oportunidad única para fortalecer el desarrollo psicosocial, impartir conocimientos sanitarios, crear hábitos higiénicos y fomentar modos de vida saludables. La escuela, como centro de enseñanza, aprendizaje, convivencia y desarrollo en el que se imparten valores fundamentales, es el lugar ideal para la aplicación de los programas de promoción de la salud.

La escuela es la institución privilegiada para implementar acciones de promoción de la salud con un enfoque integral, en las que además de tenerse en cuenta la enseñanza tradicional, se consideran el ambiente psicosocial y el aprendizaje de elementos del desarrollo de actitudes y prácticas saludables. Toda escuela es de cierta manera promotora de la salud, aunque algunas escuelas son más capaces que otras de aprovechar las oportunidades que permiten influir favorablemente en la vida de los alumnos y de sus familias y de la comunidad. Una escuela promotora de la salud es la que se abre a la participación y a la colaboración de funcionarios, docentes,

¹² Meresman, Bundy y Cerqueira, School health: policies, programs, and practice. Insights from Latin America. Washington, DC: WB-PAHO.2001.

personal de salud, padres y alumnos, líderes de la comunidad y el sector privado. La promoción de la salud en el ámbito escolar constituye un «valor agregado» al ya extraordinario valor que tiene la escuela en la vida del escolar, del cuerpo docente y de la comunidad.

2.7.1 La iniciativa regional de escuelas promotoras de la salud¹³

Se originó a principios de los 90s a través de consultas interpaíses que condujeron a su lanzamiento oficial en 1995. Tiene como finalidad proporcionar a las generaciones futuras conocimientos, habilidades y destrezas necesarios para promover y cuidar de su propia salud, la de su familia y de su comunidad, y crear y mantener ambientes de estudio y trabajo y comunidades saludables. La iniciativa apoya a los Estados Miembros de la OPS en el desarrollo de actividades de promoción de la salud mediante la colaboración entre los sectores de la salud y de la educación, las asociaciones de padres y de alumnos y otras organizaciones pertinentes. En el ámbito regional, la iniciativa brinda colaboración técnica y realiza las siguientes actividades:

- Promoción y fortalecimiento de los programas integrales de salud escolar
- Colaboración técnica con los países miembros
- Realización de actividades de extensión educativa
- Movilización y participación de la sociedad
- Diseño y ejecución de programas de salud escolar
- Apoyo a la formación de Redes nacionales de escuelas promotoras de la salud

¹³ Organización Panamericana de la Salud . Escuelas promotoras de la salud. Entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras. Washington,DC: OPS. 1996

- Fortalecimiento y mantenimiento de las redes latinoamericana y caribeña de escuelas promotoras de la salud
- Difusión del enfoque de «habilidades para la vida» en los programas de educación para la salud en el ámbito escolar.
- Desarrollo y difusión de instrumentos de diagnóstico y análisis rápido para la planificación, implementación y evaluación de los programas de salud escolar integrales.
- Creación de alianzas estratégicas

2.8. Funciones de una escuela saludable

La escuela promotora de salud debe cumplir con las siguientes funciones:

- *Implementa políticas* en pro de la dignidad y el bienestar individual y colectivo de niños y adolescentes, al ofrecerles múltiples oportunidades de crecimiento y desarrollo en un contexto de aprendizaje y de éxito cuyos beneficios se extienden a toda la comunidad escolar, incluidos los docentes y las familias de los alumnos
- *Implementa estrategias* que fomentan el aprendizaje y la salud utilizando a este efecto todos los medios y recursos disponibles, e involucrando en el desarrollo de actividades escolares planificadas (por ejemplo, la educación integral para la salud, el entrenamiento en «habilidades para la vida», el refuerzo de los factores de protección del individuo, la disminución de los comportamientos de riesgo, el acceso a servicios de salud escolar, la nutrición y la educación física) al personal del sector de la salud y de la educación y a los líderes de la comunidad
- *Involucra* a todos los miembros de la escuela y de la comunidad (maestros, padres, alumnos, líderes y organizaciones no gubernamentales) en la toma de decisiones y en la ejecución de intervenciones para la promoción del aprendizaje, el fomento de estilos de vida sana y la realización de proyectos comunitarios de promoción de la salud
- *Implementa* un plan de trabajo para el mejoramiento del ambiente físico y psicosocial de la escuela y sus alrededores (mediante el diseño de normas y reglamentos antitabaquismo, la contención del consumo de drogas, la represión de abusos y de toda forma de violencia, el acceso al agua potable e instalaciones sanitarias, y la provisión de alimentos saludables), y trata de poner un ejemplo con la creación de ambientes escolares saludables y el desarrollo de actividades de extensión que van más allá del ámbito escolar para beneficiar a la comunidad
- *Implementa* acciones para evaluar y mejorar la salud de los alumnos, el cuerpo docente, la familia y los miembros de la comunidad
- *Trabaja* con los líderes de la comunidad para asegurar el acceso a los alimentos, la actividad física, los servicios de consejeros, y los servicios de salud y de información
- *Ofrece* entrenamiento apropiado y efectivo y materiales educativos a docentes y alumnos

- *Establece un comité local de educación y salud en el que participan activamente las asociaciones de padres, las organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones en la comunidad.*¹⁴

2.9 Acreditación de las escuelas promotoras de salud

Los estados miembros de la OPS están definiendo criterios y procedimientos para la acreditación de las escuelas promotoras de la salud. El proceso de acreditación incluye, entre otros aspectos, las normas sobre requisitos mínimos de certificación por los ministerios de salud y educación, así como el monitoreo y seguimiento, los requisitos de información y la periodicidad de la certificación, generalmente cada dos años. En el proceso de acreditación se tienen en cuenta las directrices de la iniciativa regional de escuelas promotoras de la salud, y se cuenta con la participación de los directivos y docentes, alumnos, padres de familia y organizaciones de la comunidad¹⁵.

2.10 Redes Latinoamericana y Caribeña de escuelas promotoras de salud¹⁶

Las Redes latinoamericana y caribeña de escuelas promotoras de salud se han implementado mediante la colaboración técnica, la difusión de conocimientos y metodologías y el intercambio de experiencias entre los países. Para este

¹⁴ Ippolito-Shepherd, Escuela Promotoras de salud en América Latina y Caribe. 2002a.

¹⁵ Op.cit

¹⁶ Organización Panamericana de la salud. 1998. Red latinoamericana de escuelas Promotoras de la salud, washigton.DC: OPS.

efecto, se han celebrado reuniones regionales y subregionales para el establecimiento y la consolidación de las redes, el intercambio de ideas, recursos y experiencias entre maestros, alumnos y padres y demás interesados en la defensa de la promoción de la salud en el ámbito escolar. Las redes latinoamericana y caribeña se han creado a partir de múltiples consultas regionales celebradas durante la última década.

La primera reunión y creación de la red latinoamericana de escuelas promotoras de la salud (RLEPS) se celebró del 11 al 13 de noviembre de 1996 en Costa Rica; a la red latinoamericana se afiliaron inicialmente 11 países. La primera reunión y creación de la red caribeña de escuelas promotoras de la salud (RCEPS) se desarrolló del 26 al 28 de noviembre de 2001 en Bridgetown, Barbados; a la red caribeña se afiliaron inicialmente 14 países. La Segunda Reunión de la RLEPS se efectuó el 17 de abril de 1998 en Ciudad de México, México, y la Tercera Reunión se celebró del 10 al 13 de septiembre de 2002 en Quito, Ecuador. En la Tercera Reunión de la RLEPS se compartieron experiencias y se fortalecieron las Comisiones nacionales mixtas de los países participantes. La Cuarta Reunión de la RLEPS se celebró del 11 al 16 de julio de 2004 en San Juan, Puerto Rico.

El propósito de las redes fue:

- difundir el concepto de escuelas promotoras de la salud en todo el continente americano;

- crear foros en los que las escuelas puedan compartir sus experiencias y asegurar el fortalecimiento de los procesos que ya están en curso;
- desarrollar programas de capacitación para el personal de educación y de salud;
- preparar materiales didácticos con un enfoque novedoso, mediante el uso de metodologías participativas;
- promover el uso de medios de comunicación electrónicos entre los participantes;
- fortalecer la capacidad institucional para diseñar programas de salud escolar con un enfoque integral, y velar por un tratamiento de género igualitario.

2.10.1 Estado de desarrollo de las escuelas promotoras de la salud en América Latina y el Caribe

Los países de América Latina y el Caribe están desarrollando activamente las escuelas promotoras de la salud. Los ministerios de educación han diseñado programas de salud escolar que se enmarcan en la importancia de la educación integral en materia de salud, la creación y mantenimiento de ambientes saludables, la alimentación y la vida activa, el acceso a los servicios de salud, y la identificación de los problemas de salud más comunes en los escolares.

Con el fin de conocer el estado de desarrollo de las escuelas promotoras de la salud en la región, en 2001 se realizó una encuesta a 19 países de América Latina. Respondieron a la encuesta 17 de los 19 países invitados (90%)¹⁷. El análisis de los datos mostró que:

- El 94% de los países está llevando a cabo la estrategia de las escuelas promotoras de la salud.
- En el 90 % de los casos la estrategia se implementa en las escuelas públicas de educación primaria de zonas urbanas.
- La mayor parte de los países de América Latina cuenta con un amplio marco legislativo y político de salud escolar. Esta situación es considerada como un aspecto facilitador del desarrollo de las escuelas promotoras de la salud.
- El 82 por ciento de los países cuenta con políticas y normativas específicas relativas a las escuelas promotoras de la salud
- De los 17 países estudiados, 14 países -Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Paraguay, Perú y Uruguay (82%)- disponen de políticas y normativas

¹⁷ Op. Cit

específicas relativas a las escuelas de promoción de la salud, mientras que 3 países -Honduras, Nicaragua y República Dominicana (18%)- carecen de dichas políticas y normativas.

- Todos los países incorporan la educación para la salud en los currículos, generalmente de manera temática o transversal. Esta tendencia es coincidente con los procesos de reforma educativa (curricular) de la mayor parte de los países de la región.

2.10.1.1 Conclusiones en relación con el tema tratado

- Las actividades de prevención y promoción de la salud deben ser compatibles con los valores y creencias de las comunidades donde se realizan, y se deben llevar a cabo de acuerdo con los resultados de las investigaciones y de las evaluaciones. La educación orientada al desarrollo de comportamientos preventivos debe ayudar a comprender mejor las causas de los problemas que aquejan a niños y jóvenes, sin despertar miedos ni actitudes o comportamientos discriminatorios.
- Es imprescindible que el personal escolar conozca los problemas del escolar, aún cuando los problemas se originen en situaciones ajenas a la escuela. Desde su inicio, las actividades de promoción de la salud deben contar con la adhesión de los representantes de la comunidad, cuya experiencia y recursos deben ser parte integral de las labores de promoción. La Iniciativa de escuelas promotoras de la salud y las Redes latinoamericana y caribeña de escuelas promotoras de la salud son de gran utilidad para compartir conocimientos y experiencias. La acción conjunta de los sectores de la salud y de

la educación de los países, las organizaciones no gubernamentales, las asociaciones de padres de familia y las universidades permitirá avanzar en la promoción de la salud en las escuelas.

- Los programas integrales de salud escolar, tales como las escuelas promotoras de la salud, ofrecen la oportunidad de mejorar la salud de niños y adolescentes, que son los individuos que constituyen el recurso humano más valioso de un país. El desarrollo y crecimiento de la población escolar en condiciones de salud física y mental óptimas, y la conciencia de su responsabilidad social son elementos fundamentales para mejorar la calidad de la vida.

2.11 Concepto de escuela promotora de salud

De una nueva concepción de salud integral y promoción de la salud, surge la estrategia de Escuelas Promotoras de Salud, que visualiza a la escuela como un espacio integrador donde se relacionan múltiples sujetos de una comunidad, para potenciar la salud de todos y todas. Henderson en 1994 afirma que *"las escuelas que cuentan con una construcción segura y confortable, con instalaciones sanitarias adecuadas y un ambiente psicológico positivo para el aprendizaje, que propenden por relaciones humanas constructivas y armónicas y que promueven aptitudes y actitudes positivas"*

hacia la salud; favorecen la recreación y el deporte, son las escuelas saludables¹⁸”.

Para que una escuela pueda ser considerada como saludable debería cumplir ciertos requisitos o características claves¹⁹:

- Contar con una amplia participación de funcionarios de salud y educación, comunidad educativa, líderes y dirigentes comunitarios en una labor mancomunada dirigida a promover la salud.
- Esforzarse en proporcionar un entorno seguro y sano.
- Desarrollar un proceso de educación para la salud con una visión integral.
- Brindar acceso a los servicios de salud y nutricionales.
- Generar normas y procedimientos que fomenten y promuevan la salud.
- Esforzarse por mejorar la salud de su comunidad.

Una escuela promotora de salud debe manejar un enfoque orientado hacia el desarrollo humano sostenible con equidad y en paz. Este enfoque central se hace evidente por ejemplo en la propuesta colombiana de Escuelas Saludables, donde la estrategia se constituye en una herramienta fundamental en la construcción de la paz²⁰.

2.12 Componentes de la escuela promotora de salud

La iniciativa regional de la escuela promotora de salud comprende tres componentes principales y como eje transversal de esta propuesta la participación:

- La provisión de servicios de salud, una alimentación sana y el fomento de la vida activa;

¹⁸ PalacioHurtado Magda, et alt. Promoción de la Salud.2000.

¹⁹ Organización Mundial de la Salud. Acción Local: Creación de Escuelas Promotoras de la Salud. Serie de información sobre Salud escolar de la OMS. Versión Preliminar. 2000.

²⁰ Op.cit

- La educación para la salud con un enfoque integral, incluida la enseñanza de «habilidades para la vida»;
- La creación y mantenimiento de ambientes saludables.
- La participación comunitaria.

Sus características son:

2.12.1 Reorientación de los servicios de salud y nutrición

Este primer componente -la provisión de servicios de salud, una alimentación sana y el fomento de la vida activa- tiene por objeto fortalecer las relaciones entre los equipos de salud y educación y otros equipos de sectores pertinentes. En este componente se presta atención a la identificación y prevención tempranas de los problemas de salud, incluidos los factores de riesgo y los hábitos nocivos en los escolares. El acceso a los servicios de salud y a una alimentación sana permite, además de la adquisición de los conocimientos básicos indispensables, el diagnóstico médico precoz de insuficiencias o enfermedades.

La salud puede mejorar considerablemente si se trata a los escolares de forma oportuna y continua. Los servicios de salud y una alimentación sana deben reforzar las actividades educativas. La salud en general, los hábitos de higiene bucal y los controles odontológicos periódicos merecen especial atención durante las etapas de formación.

Resulta importante y básico tener un enfoque de Atención Primaria de Salud que lleve a un manejo preventivo y de control de riesgos de salud, de aquí surge la posibilidad de desarrollar acciones que prevengan las enfermedades o que limiten el daño cuando estas se presentan, a través de un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno. Pero el servidor de salud debe ser gestor de acciones que permitan promover la salud de los escolares, que permitan generar hábitos, actitudes y prácticas que potencien la salud de los mismos.

Los objetivos de los servicios de salud en la escuela podrían ser²¹:

- Prevención y manejo primario de las enfermedades más comunes del medio.
- Prevención de ciertas enfermedades como: infecciones de transmisión sexual y VIH SIDA, tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, trastornos en la alimentación (anorexia, bulimia), suicidio.
- Controlar la inmunización.
- Orientar a los niños y adolescentes con discapacidades físicas o mentales.
- Proveer primeros auxilios y cuidados de emergencia.
- Educación sobre todos los aspectos de una vida saludable.
- Promover la salud mental y emocional de todos los miembros de la comunidad educativa.
- Promover la salud bucal.
- Asegurar un entorno saludable.

Dentro de las actividades que se proponen para conseguir estos objetivos tendríamos:

- Controles integrales (médicos y odontológicos) periódicos a los escolares, que incorporen servicios preventivos y manejo primario de las enfermedades.
- Un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia para la resolución de casos que no se puedan resolver en este primer nivel.
- Educación y capacitación en salud orientada a toda la comunidad educativa.
- Generación de normas y procedimientos que garanticen un entorno saludable.

²¹ Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS. Escuelas Promotoras de la Salud: Entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras. Washington D.C.: OPS/OMS; 1998. comunicación para la Salud No.13.

Por otro lado en este componente se habla de los servicios de nutrición, cuyo objetivo estaría encaminado a mejorar la accesibilidad y disponibilidad de alimentos que puedan garantizar una mejor alimentación y nutrición de los escolares y sus familias a través de potenciar conductas, actitudes y prácticas de consumo saludables. Dentro de las acciones que se podrían plantear estarían:

- Creación de huertos escolares que diversifiquen la producción de verduras y frutas para una mejor nutrición de los escolares.
- Procesos de capacitación en prácticas de consumo saludable de los alimentos.
- Normar el expendio de alimentos en el ambiente escolar.
- Programas de alimentación ligados a la escuela.

2.12.2 Educación para la salud

El segundo componente, la educación para la salud con un enfoque integral, brinda al escolar el conocimiento necesario para identificar, adoptar, desarrollar y mantener las habilidades y destrezas necesarias para lograr una calidad de vida óptima. Las mencionadas habilidades y destrezas se construyen sobre la base de los valores personales, familiares y de la comunidad, y tienen en cuenta las necesidades y las características individuales, sociales y culturales del escolar. El enfoque integral abarca desde la enseñanza del amor propio hasta la adquisición de hábitos higiénicos y la adopción y mantenimiento de formas de vida saludables. Además de la transmisión de información, se persigue el desarrollo de conocimientos, habilidades y destrezas que contribuyan a la adopción y mantenimiento de

estilos de vida sanos a través de intervenciones participativas como las discusiones de grupo y los proyectos de trabajo comunitario extraescolares.

La enseñanza de «habilidades para la vida» fomenta la adopción de comportamientos que permiten responder a las demandas y desafíos de la vida diaria, como las habilidades para llevar a cabo una acción, para pensar y para comunicar. A través de este proceso, el escolar aprende a desarrollar relaciones interpersonales, utilizar recursos de la comunidad y adoptar y mantener comportamientos sanos. Mediante las «habilidades para la vida», las escuelas promotoras de la salud fomentan en el individuo los criterios de identificación, selección, reflexión y responsabilidad, y la capacidad de resolver conflictos recurriendo al diálogo y a la negociación, entendidos como factores preventivos de la violencia e instrumentos de convivencia armónica.

2.12.3 Creación de entornos y ambientes saludables

El segundo componente la creación y mantenimiento de ambientes saludables, fomenta en el escolar la capacidad para crear y mantener limpias y seguras la infraestructura física, sanitaria y asegurar que funcionen de forma apropiada. Para conseguir este objetivo es preciso un sistema de saneamiento básico, agua, espacios construidos adecuadamente y ambientes psicosociales saludables en los que no tengan lugar formas de violencia

física, verbal y/o psicológica. Es vital la atención al clima emocional y a las interacciones sociales que afectan al bienestar y a la productividad de los alumnos y de la maestra, en razón de la estrecha relación existente entre la salud emocional y la capacidad de auto expresión. Este componente también incluye la formación del cuerpo docente y el desarrollo de actividades dirigidas a promover la salud en el seno de asociaciones de padres de familia y organizaciones comunitarias.

Se ha probado científicamente la importancia de la calidad del «microclima psicosocial» del aula de clases (relaciones amistosas, ausencia de conflictos, formación de grupos de intereses comunes) en el rendimiento académico de los estudiantes y en el desempeño de los propios docentes²². Para los adolescentes alienados o traumatizados, la expresión de la creatividad puede ser el único vehículo efectivo que asegure su participación en las actividades didácticas y en otras actividades sociales.

Otro aspecto importante en un entorno o ambiente saludable es la actividad física, la misma que genera un mejor estado de salud y además permite un desarrollo social adecuado y un adecuado manejo de la tensión y el estrés, por eso debemos motivar a los escolares a practicarla de una manera constante y participativa.

²² UNESCO, 1998. resultados del primer estudio Internacional comparado de matemática, lenguaje y factores asociados.

2.12.4 La participación comunitaria.

Es necesario partir de la concepción de "capacidad comunitaria" como un elemento central de una comunidad para poder emprender acciones de promoción de la salud.

Primeramente, hacemos una aproximación a lo que consideramos como comunidad, para lo cual nos basamos en el concepto del Glosario de Promoción de la Salud de la OMS²³ de 1998, que dice que comunidad es "un grupo específico de personas, viviendo a menudo en una área geográfica definida, que comparte una cultura común, valores y normas, se organizan en una estructura social según relaciones que la comunidad ha desarrollado durante un período de tiempo. Los miembros de la comunidad ganan su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas comunes que han sido desarrolladas por la comunidad en el pasado y que pueden ser modificadas en el futuro. Ellos exhiben una conciencia de su identidad como grupo y comparten sus necesidades con un compromiso para llenarlas".

De esta definición puede deducirse ciertas características de una comunidad, las que determinan una capacidad de la misma. Se debe tomar en cuenta esta capacidad con

²³ Restrepo H. Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover salud. En: Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. México: OPS/OMS-2000.

miras a las acciones de promoción de la salud que se quieran implementar.

Goodman en el año de 1998 propone diez dimensiones de la capacidad comunitaria, que son: participación comunitaria, liderazgo, redes sociales sólidas, habilidad para articular valores, sentido histórico, sentido de comunidad, reflexión crítica, habilidad para movilizar recursos, destrezas, y habilidad para ejercer poder. Además manifiestan que la capacidad comunitaria es un concepto complejo, multidimensional y dinámico que requiere precisión para evaluar las fortalezas y recursos de una comunidad y para desarrollar intervenciones adecuadas. La estrategia de promoción de la salud pretendería basada en la capacidad de una comunidad, potenciar la misma con miras a mejorar el control de la comunidad sobre los determinantes de salud, mejorando las condiciones de salud comunitaria.

La participación comunitaria vendría a ser una dimensión de la capacidad comunitaria y está relacionada con el grado de involucramiento o la acción de las personas en las soluciones a los problemas, tendientes a mejorar su nivel de calidad de vida y salud. En definitiva estaríamos entendiendo a la participación como un "proceso continuo" de la gente con miras a lograr un cambio o transformación positiva en las condiciones de salud (en nuestro caso) en una determinada comunidad.

Este proceso continuo de participación buscaría el empoderamiento, entendido como la capacidad individual y colectiva de crear y generar poder en las personas que les permita tener control sobre los asuntos que afectan su vida. Como tal, el proceso participativo depende de múltiples factores tanto internos como externos a la comunidad lo que determina que en el mismo se presenten momentos de ampliación de la participación y otros de reducción.

La participación comunitaria tiene dimensiones que nos permiten aclarar el concepto y visualizar la real magnitud que consideramos posee esta categoría sociológica. Estas dimensiones nos permiten también acercarnos a una propuesta de cómo medir el nivel de participación, siendo esta una de los objetivos de esta investigación.

Las dimensiones de la participación serían:

- *Amplitud*; hace relación a quiénes y cuántos participan.
- *Mecanismos*: o espacios para la participación, hace relación a dónde participa la gente.
- *Áreas*: esto se relaciona al momento de la planificación en el que participan, ya sea en el diagnóstico, la planificación, la ejecución, la evaluación. Además el grado de influencia que se tiene en cada uno de estos momentos.
- *Modalidades*: o formas de participar, tendríamos los siguientes niveles²⁴:
Participación colaborativa; cuando la gente local se involucra únicamente en las actividades del programa, se toma recursos de la gente como el tiempo, el trabajo (mano de obra), en y ocasiones dinero, no promueve el empoderamiento.
La cogestión o gestión conjugada; la participación donde la gente local ayudan a decidir sobre las prioridades que deberían estar en el programa y también se involucran en las actividades, los profesionales aún mantiene el control del propósito general del programa.

²⁴ Reyes Álvarez Iliana. Et. Al. Metodología para la caracterización de la participación comunitaria en salud. Revista Cubana de Salud Pública. 1996:1-24.

Participación negociada; entendida como ese nivel de participación donde la gente local tiene un rol activo y directo en el desarrollo del programa. Ellos participan en la identificación de los problemas, como en el establecimiento de las prioridades, en encontrar las soluciones, en llevarlas a cabo y evaluar los resultados. La gente focal toma control de las acciones que les permiten mejorar sus condiciones de vida. Se da un proceso entre los diferentes sujetos involucrados, que parte de la deliberación, concertación y negociación.

En base a estas modalidades o niveles de participación Susan Rifkin, Wolfgang Bichmann y Frits Mueller elaboraron una herramienta para la medición del proceso y poder comprender como el mismo va cambiando en el tiempo. Esta herramienta "diagrama de la araña" es utilizada en esta investigación.

Este diagrama considera los siguientes elementos²⁵ para la medición de la participación: la valoración de necesidades, el liderazgo, la organización, la movilización de recursos y la gestión.

2.13 La escuela y la familia

Resulta necesario hacer una aproximación a la concepción de familia, pues consideramos que está íntimamente relacionada con el entorno escolar, resulta ser que es en estos dos ambientes, escuela y familia donde el niño o la niña se desarrollan, crecen, hacen sus actividades, se relacionan. Las acciones tendientes a mejorar las actitudes y prácticas de los escolares en relación al cuidado de la salud pueden ser inculcadas en la escuela, pero dependerá de cómo estas son

²⁵ Rifkin Susan. Pridmore Pat. Partners in Planing- Information, Participation and empowerment. Traducción al español y edición: ALDES. Cuenca: 2002.

transmitidas a su entorno familiar para que se puedan efectivizar en la práctica.

La estrategia de Escuelas Promotoras de Salud busca la integración en el cuidado de la salud de toda la comunidad educativa, lo que se traduciría en la posibilidad de que la familia se ligue y articule con la escuela, que juntas se potencien sus funcionamientos.

2.13.1. El concepto de familia

Desde una perspectiva sico social la familia se caracteriza por²⁶:

- Ser un micro ambiente responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable. Este estilo debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia (incluido los escolares).
- Ser un contexto de por sí, integrador y complejo, pues participa en la dinámica de interacciones tanto de los sistemas biológicos, psico sociales y ecológicos, dentro de los cuales se da el desarrollo de los escolares.
- Ser una unidad psico social sujeta a la influencia de factores socio culturales protectores y de riesgo, cuya interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis o disfuncionalidad.
- Ser uno de los factores protectores cuando funciona de forma adecuada.

No se puede relacionar un adecuado funcionamiento con una modalidad particular de familia, sino que resulta necesario reconocer la existencia de múltiples formas de familia y que de la dinámica y adaptabilidad de la misma depende su adecuación y salud.

²⁶ Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS. Familia y Adolescencia: Indicadores de Salud, Manual de aplicación de instrumentos. Washington D.C.: Programa de Salud Integral del Adolescente; División de Promoción y Protección de la Salud; W.K. Kellogg Foundation; 1996.

2.13.2 El enfoque de derechos.

El abordaje del enfoque desde el derecho en el marco de la familia plantea:

- La Salud es un derecho que se encuentra consagrado en los acuerdos internacionales y nacionales de los países.
- Al ser un derecho debe ser conocido por toda la población.
- Debe ser ejercido y es el Estado quién está obligado a cumplir este derecho, por lo tanto deberá crear las condiciones para que se cumpla el derecho.
- Si no se cumple deben los ciudadanos conocer los mecanismos de exigibilidad de derechos, por lo tanto, está en capacidad de demandar al estado si este no genera las facilidades necesarias para el cumplimiento del derecho.

2.13.3 Modelos de ajuste y adaptabilidad familiar

Estos modelos se derivan de las teorías del estrés familiar y giran en torno a dos conceptos centrales: la vulnerabilidad a la crisis y el poder de recuperación. ¿Por qué algunas familias logran afrontar las transiciones y catástrofes y aun, crecer a través de ellas; mientras que otras, abocadas a problemas familiares, se bloquean o se rinden ante las dificultades? Para responder a estas interrogantes, los modelos parten de los siguientes supuestos:

- Todas las familias como sistemas vivos, enfrentan dificultades y cambios como un hecho natural y predecible a lo largo de su ciclo vital.
- Todas las familias desarrollan fortalezas y capacidades básicas para promover su crecimiento unitario y el de cada uno de sus miembros, así como para protegerse en los momentos de cambios y transición.
- Todas las familias desarrollan fortalezas y capacidades específicas para protegerse de los estresores inesperados y para promover la adaptación después de la crisis o de las más duras transiciones.
- Simultáneamente, las familias se benefician y contribuyen a la red de relaciones de la comunidad, en especial en los momentos de estrés y crisis.

La vulnerabilidad o adaptabilidad de la familia y sus miembros a una crisis en

respuesta a un evento estresante o a una transición depende de la interacción de:

- El tipo de relaciones que mantienen sus miembros.
- El estilo de afrontamiento de los problemas.
- Las fuentes de apoyo de la familia y sus miembros.
- Los valores y creencias de la familia.
- La acumulación de tensiones y estresores.
- Los recursos de la familia para resistir las tensiones.

2.14 Escuelas promotoras de la salud en el Ecuador

Desde el año de 1999, se viene trabajando en el Ecuador con la Propuesta de Escuelas Promotoras de la Salud, con la intervención inicial de Plan Internacional, el Servicio Holandés para el Desarrollo (SNV) y CARE.

La propuesta surge y se ejecuta inicialmente en la provincia de Loja, a partir de la necesidad de modificar hábitos de salud perjudiciales para la población, antes se había trabajado en la promoción de la salud desde una visión de la salud como "cura de la enfermedad", posteriormente se pretende introducir en la población hábitos saludables, tomando como referentes otras intervenciones a nivel internacional, se decide trabajar con niños y niñas en las escuelas.

La intervención, desde la visión holística de la salud, es decir, la integralidad, inserta en el currículo escolar los siguientes ejes:

- Salud integral
- Alimentación y nutrición saludables.
- Medio ambiente.
- Sexualidad.

- Derechos y prevención.
- Participación comunitaria.

Para la inserción en el currículo escolar se elaboran trece módulos, en la perspectiva de trabajar con los 10 años de educación básica como lo determina la Reforma Curricular, que está en vigencia desde el año de 1996 en el País.

Una de las reflexiones básicas, gira en torno a la forma en la que se iba a introducir en el aula los contenidos, al tener una visión de la salud integral, y por tratar temáticas complejas para los maestros, como los de sexualidad, participación y nutrición, las que enfrentan a los maestros en la relación con sus propias vidas y sus hábitos, conociendo que los maestros y maestras no están preparados para trabajar estos temas, por la visión tradicional de la educación y de la misma formación recibida en los hogares. Se resuelve crear los módulos para los niños y niñas y el rol de los maestros es de facilitadores del proceso, esta estrategia, permite que los maestros y maestras se vayan capacitando a medida que va avanzando en el desarrollo de los módulos.

Para apoyar el trabajo del maestro(a), se utiliza una Guía para maestros y maestras, la que contiene recomendaciones metodológicas, así como información básica, sobre los temas que se tratan en los trece módulos. En un principio se realizan una serie de cambios, porque la dimensión del

proceso, apenas se vislumbra en el momento de realizar los módulos, se pretendía trabajar únicamente en la provincia de Loja, por lo que el lenguaje y los aspectos culturales se desarrollan desde esta perspectiva, pero luego se ve que pueden servir para todo el país y se hace el esfuerzo de validar en varias provincias, procurando la participación heterogénea, tanto regional, como cultural.

Este modelo de intervención localizado en el país se extiende a Latinoamérica a través de la introducción de los módulos en la serie PALTEX, que es la serie de materiales de educación escolar para Latinoamérica. Modelo tomado ahora por la Organización Panamericana de la Salud.

CAPITULO III

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

3.1 OBJETIVO GENERAL

Mejorar las condiciones de salud de la comunidad educativa de la Escuela José María Ayora, a través de la implementación de un modelo alternativo de Escuela Saludable, Yuripilaca, Cantón Celica, Provincia de Loja en el año 2003.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar una línea de base sobre la salud escolar en la escuela José Ayora de la comunidad de Yuripilaca, Cantón Celica.
- Diseñar un modelo alternativo de escuela saludable.
- Implementar un modelo de escuela Saludable en la Escuela José Ayora.

- Evaluar y monitorear la implementación del modelo de escuela saludable.

CAPITULO IV

METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudio

El tipo de estudio es investigación-acción participativa, ya que en primera instancia se elaboró un diagnóstico de la realidad y sobre la base de éste, un plan de acción con la participación de la comunidad en todos los momentos de la investigación.

4.2 Universo de estudio

El universo de estudio/intervención se conformó con la comunidad educativa de la Escuela José Ayora de Yuripilaca del cantón Celica, provincia de Loja, la comunidad educativa esta representada por una maestra, los niños y niñas, y los padres y madres de familia.

4.3 Plan de observación de campo

Como herramienta de trabajo se emplea para recolección de la información, la observación y encuesta directa a través de varios instrumentos como fichas de diagnóstico y seguimiento, fichas de línea de base y seguimiento, para la evaluación de la aplicación de los módulos de Escuelas Promotoras de la Salud se utilizó la observación indirecta con grupos focales de niños y niñas, de padres y madres de familia y de la docente. Anexo No.3. Cuadro no.1

4.4 Variables de análisis e indicadores de intervención

Dentro de las variables del estudio consideramos 4 ejes: la provisión de servicios de salud y alimentación sana, la educación para la salud con enfoque integral, la creación y mantenimiento de entornos saludables y la participación de la comunidad educativa.

Estas variables de estudio permitirán verificar los cambios que se implementen en la comunidad educativa y aquellas variables que no se han logrado, redireccionar las

acciones para cumplir con nuestro propósito, lograr una escuela saludable que mejore la calidad de vida en esta comunidad Lojana de Yuripilaca.

COMPONENTE No.1	VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA
PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD Y ALIMENTACIÓN SANA	Control médico escolar	Cobertura de control médico escolar	Porcentaje de escolares que recibieron un control médico
	Control odontológico escolar	Cobertura de control odontológico escolar	Porcentaje de escolares que recibieron un control odontológico
	Servicios de nutrición	Cobertura del programa de almuerzo escolar	Porcentaje de días del año lectivo en los que se tuvo el almuerzo escolar para todos los escolares
		Accesibilidad y disponibilidad de alimentos para el almuerzo escolar	Existencia de un huerto escolar (valor numérico)
		Seguimiento nutricional a los escolares	Numero de controles antropométricos realizados a los escolares en el año lectivo

COMPONENTE No. 2	VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA
EDUCACION PARA LA SALUD CON ENFOQUE INTEGRAL	Educación en salud a escolares	Nivel de aplicación de las guías de escuelas saludables	Porcentaje de avance de aplicación de las guías por año de educación básica

		Nivel de incorporación de contenidos de promoción de la salud	Numero de temas que se incorporan en el currículo escolar
		Nivel de incorporación de contenidos de promoción de la salud como ejes transversales en el currículo escolar	Percepción de la proporción de actividades de las guías didácticas asociadas a una de las materias. Escala cualitativa
		Tiempo que se aplican los módulos de ES en el aula	Horas de aplicación de los módulos a la semana
	Educación en salud a maestra	Participación de la maestra en procesos de capacitación en salud	Numero de veces que participa la maestra en procesos de capacitación
	Educación en salud en la comunidad	Participación de padres y madres de familia en procesos de capacitación en salud	Numero de padres y madres de familia que participan en procesos de capacitación en salud

COMPONENTE No3	VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA
CREACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ENTORNOS Y AMBIENTES SALUDABLES	El ambiente físico escolar	Disponibilidad de agua limpia y segura	Caracterización de la calidad: formas de obtener agua segura, y continuidad: suministro continuo durante la jornada escolar
		Nivel de contaminación ambiental en la escuela	Forma de almacenamiento de los desechos sólidos y Existencia de basureros crónicos en la escuela o en sus alrededores

		Disponibilidad de espacios de recreación	Caracterización de los espacios de recreación en la escuela
	El ambiente psico social	Actividades deportivas y recreativas de los escolares	Tiempo invertido en el desarrollo de actividades deportivas y ejercicio físico por parte de los escolares en la escuela

COMPONENTE No4	VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA
PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	Nivel de participación comunitaria (Diagrama de la araña)	Valoración de las necesidades	Grado en el que la comunidad se involucra en la valoración de las necesidades de la escuela. Escala cualitativa
		Liderazgo comunitario	Grado en que los líderes locales se involucran en la resolución de los problemas de la escuela. Escala cualitativa
		Relación con otros programas o propuestas	Grado en que las acciones propuestas por la escuela se relacionan con otros programas. Escala cualitativa
		Movilización de recursos	Nivel en que los recursos (humanos, económicos y materiales) provienen de la propia comunidad. Escala cualitativa

		Gestión comunitaria	Grado en el que la comunidad con sus dirigentes se involucran en el manejo de los programas y acciones de la escuela. Escala cualitativa
--	--	---------------------	--

Estas variables han sido adaptadas a la realidad del Ecuador tomando como base las sugeridas por la Organización Panamericana de la Salud, por lo que para efectos del presente estudio serán consideradas en la ejecución de la intervención en la Escuela "José Ayora" de Yuripilaca. La variable participación se trabaja en base a los criterios de Susan Rifkin²⁷, quien utiliza el diagrama de la araña.

²⁷ Rifkin Susan. Pridmore Pat. Partners in Planning – Information, participation and empowerment. Traducción al español y edición: ALDES.Cuenca.2002

4.5 PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO

En el procedimiento del estudio se realizaron los siguientes pasos que esquematizan la forma que se lleva adelante esta investigación - acción- participativa; estos son:

- Motivación, sensibilización y compromisos de niños y niñas, docente y comunidad para construir una escuela saludable.
- Elaboración de línea de base y autodiagnóstico
- Formulación del plan
- Ejecución del plan de acción
- Seguimiento y evaluación del plan

4.5.1 Motivación, sensibilización y compromisos.

Para lograr este propósito que es primordial, debemos en primer lugar sensibilizar a la comunidad educativa, esto permite generar conciencia en los actores del cambio, y que estos se empoderen en todos los momentos de la propuesta, logrando una mayor participación y compromiso en la construcción de una escuela saludable. Para este fin, podemos realizar diversas actividades como:

Asegurarnos que los módulos de EPS lleguen a la docente y que lea detenidamente.

Organizar reuniones para motivar y tomar decisiones encaminadas a la construcción de una escuela saludable.

Difundir entre niñas, niños, madres y padres de familia, los propósitos de una escuela saludable. Expliquemos su importancia para lograr su compromiso.

Podemos realizar diversas actividades como: convocar las reuniones que sean necesarias para que todos conozcan el propósito de la intervención y participen.

Aprovechar las reuniones ordinarias con docentes, madres y padres de familia. Utilizar todos los medios de comunicación a su alcance para difundir, motivar y apoyar esta decisión de la escuela, utilizar el periódico mural.

Recurrir a otros espacios que nos puedan facilitar como la iglesia u otra institución. Promocionar la decisión de la escuela en desfiles, pregones, sesiones solemnes y en otros actos públicos de la comunidad.

Organizar un comité consultivo comunitario en el que se involucren representantes locales de municipios, líderes comunitarios, etc.

Organizar un comité local de escuela saludable, con representantes de maestros, padres de familia y alumnos. Tanto el comité consultivo como el comité local participan en el diagnóstico, planificación, seguimiento y evaluación de las acciones para lograr una escuela saludable.

4.5.2 Diagnóstico de salud escolar y Línea de base

El diagnóstico de las condiciones de la población escolar y del centro educativo, será elaborado con la participación de los representantes del comité consultivo y del comité escolar, en el que se investigan aspectos como instalaciones físicas del centro educativo y ambiente escolar, problemática de salud y nutrición de los niños, que acciones preventivas y de rehabilitación de la salud dispone el centro educativo, educación para la salud, la incorporación de escolares en actividades productivas y ambientales, como manejo de la basura, creación de huertos escolares entre otros aspectos que se mencionaran posteriormente con mayor detalle.

4.5.3 Elaboración del plan

Luego de obtener la información necesaria a través del diagnóstico, se proyecta elaborar un plan de acción con la finalidad de lograr mejorar las condiciones de salud de la población escolar, logrando la participación y el involucramiento de la comunidad educativa, en las diferentes etapas de la planificación.

Para construir el plan de acción de una manera participativa, se utilizan técnicas de participación como reuniones, talleres de trabajo, logrando el compromiso en la ejecución del plan.

La planificación responde a los ejes direccionadores para el análisis, que son:

- **Servicios de salud y nutrición**
- **Educación para la salud**
- **Desarrollo de un entorno saludable**

4.5.4 Ejecución del plan

Es necesario incorporar el plan en la vida institucional de la escuela, este plan al ser un instrumento útil de enseñanza aprendizaje, es importante vincularlo en la programación del trabajo en el aula y en la planificación anual de la escuela.

Para ejecutar las actividades planificadas se involucra a toda la comunidad educativa, se desarrolla una planificación cuidadosa para que cada elemento que consta en el plan tenga las actividades necesarias para su cumplimiento.

4.5.5 Seguimiento y evaluación del plan

Nos planteamos estrategias para que todo el esfuerzo que se realiza en cada momento del estudio no se pierda y sobre todo se canalice de mejor manera.

Dentro de las estrategias para el seguimiento y evaluación del plan tenemos:

- Seguimiento de las tareas y actividades
- Convocamos en forma periódica a los involucrados en el plan
- Analizamos los problemas o dificultades encontrados.
- Medimos los logros alcanzados
- Se corrigen los errores y se redefinen las acciones

4.6 EJES ANÁLITICOS QUE SUSTENTAN LA INTERVENCIÓN

Los ejes de análisis del estudio fueron los siguientes:

- Provisión de servicios de salud y alimentación sana
- Educación para la salud con enfoque integral
- Creación y mantenimiento de entornos saludables
- Fortalecimiento de la participación comunitaria

4.6.1 Provisión de servicios de salud y alimentación sana

Este eje de estudio facilita el fortalecimiento de la relación entre los equipos de salud, educación y otros sectores pertinentes, incluso sus funciones y su capacidad para complementarse y fortalecerse mutuamente. Este componente recalca la atención temprana y apropiada a los escolares para detectar y prevenir los problemas de salud incluidos factores de riesgo y hábitos nocivos. El acceso a servicios de salud nos permite además de la adquisición del conocimiento básico y necesario, el reconocimiento médico y odontológico para la detección temprana de deficiencias o enfermedades y su seguimiento adecuado, en cuanto a la provisión de alimentación sana se logra la implementación de un huerto escolar, acciones educativas dirigidas a los niños y niñas, padres y madres de familia.

4.6.2 La educación para la salud con enfoque integral

Este componente de una escuela saludable pretende brindar al escolar el conocimiento necesario para desarrollar, reconocer y adoptar y mantener las habilidades y destrezas necesarias para lograr un nivel óptimo de calidad de vida. Esta se construye sobre valores personales, familiares y de la comunidad. Este enfoque integral responde a estas necesidades y abarca desde la enseñanza del amor propio hasta la capacidad de adquirir hábitos higiénicos y adoptar formas de vida saludables. A través de este proceso el escolar aprende a desarrollar relaciones personales, a utilizar recursos de la comunidad y a adoptar y mantener comportamientos sanos. Esto se logra a través de la incorporación y aplicación de los módulos de escuelas promotoras de la salud²⁸. La enseñanza de la educación física permite mejorar el estado de salud general, mejora el manejo de la tensión y el estrés.

4.6.3 La creación y mantenimiento de entornos saludables

Este eje de estudio fomenta el desarrollo y la capacidad para crear y mantener la planta física y sus alrededores limpios, seguros y apropiados. Incluye en la propuesta saneamiento básico, agua, espacios físicos estructuralmente adecuados, con un clima

²⁸ Proyecto Espacios Saludables. Loja. Módulos de enseñanza. La Escuela Promotora de la Salud. Ecuador: OPS; SNV; 1999.

psicosocial óptimo tanto en la escuela como en la familia, la capacitación de la docente, de los padres de familia y escolares dirigidas a promover la salud.

4.6.4 Fortalecimiento de la participación comunitaria

Uno de los componentes mas importantes en la propuesta de construir una escuela saludable es la participación, no como un acto solo de acompañamiento en la mingas, reuniones formales etc. Sino el involucramiento activo en el trabajo escolar tanto de niños y niñas, docentes, padres y madres de familia lo que permitió obtener mejores resultados en la implementación de este modelo de escuela saludable.

CAPITULO V

LA ESCUELA JOSÉ AYORA DE LA COMUNIDAD DE YURIPILACA: UN ENCUENTRO CON SU MUNDO

RESULTADOS DEL ESTUDIO

5.1 Diagnóstico participativo de salud escolar (participación de discentes, docentes y padres de familia)

Para obtener información referente al diagnóstico de la situación de salud de la escuela José Ayora planteamos los siguientes ejes direccionadores:

- Aspectos del contexto escolar
- Servicios de salud y nutrición en la escuela
- Situación de la educación en salud en el ámbito escolar
- El medio ambiente y el entorno escolar
- La participación de la comunidad educativa en la implementación de la propuesta.

5.1.1 Aspectos generales del contexto escolar.

La Escuela José Ayora de la comunidad de Yuriplaca, está ubicada en el Cantón Celica, Provincia de Loja, a 35 Km. de distancia de la cabecera cantonal, es una escuela uní docente, conformada por 22 estudiantes.

Podríamos decir que esta escuela mantiene como característica la priorización de la

enseñanza de materias tradicionales como matemáticas, ciencias naturales etc. Sin tomar en cuenta la enseñanza de habilidades para la vida y la promoción de la salud.

La participación de los padres de familia se limita a tratar aspectos relacionados con el rendimiento de los escolares y el almuerzo escolar y no en asuntos concernientes con la salud, además no existen espacios adecuados para la discusión de aspectos relacionados con la salud.

El almuerzo escolar esta dirigido por la maestra conjuntamente con dos representantes de los padres de familia, quienes rotan cada semana para la organización y elaboración de los alimentos del programa del almuerzo escolar. Los utensilios para el almuerzo son responsabilidad de cada niño y niña.

En la escuela no existe un representante de los niños y niñas que apoye acciones dirigidas a mejorar la salud, no disponen de agua segura para consumo humano, en lo que respecta al aseo del aula, del entrono de la escuela y de las baterías sanitarias no existe definición de responsabilidades entre los escolares y los padres de familia, es decir que esta responsabilidad se cumple parcialmente.

5.1.2 Servicios de salud y nutrición en la escuela

En la comunidad de Yuripilaca existe un dispensario Médico del Seguro Social Campesino, el mismo que lleva un control periódico cada 5 meses con la finalidad de realizar el control a los escolares dos veces en el año lectivo, en la actualidad no se dispone de un sistema de referencia y contrarreferencia y de seguimiento de los casos referidos, ni de un registro de este control. Un 70% de los escolares y sus familias son afiliados al Seguro Social Campesino y tienen acceso y derecho tanto a la prestación médica como actividades de prevención, entrega de medicamentos, etc. El 30% de la comunidad educativa tiene acceso a las prestaciones de salud a excepción de los medicamentos. La desparasitación se realiza una vez al año conjuntamente con representantes del MSP y el SSC, se entrega una dosis de albendazol, no reciben atención odontológica durante el año escolar ya que el profesional del SSC atiende un mes durante el año y este lo realiza en el mes de vacación del año lectivo, por lo que se debe solicitar modificar el horario de atención.

Dentro de las enfermedades que con mayor frecuencia se presenta en las niñas y niños de la escuela José Ayora están el parasitismo intestinal, la desnutrición, padecimientos respiratorios, enfermedad diarreica aguda y otras como se aprecia en el cuadro No.2 en el que constan las cinco principales enfermedades en los escolares.

Cuadro No.2

Incidencia de las 5 primeras causas de morbilidad
en 21 niños y niñas de la Escuela José Ayora,
Yuripilaca. Celica. Loja 2002

DIAGNOSTICO	No.	%
Parasitismo intestinal	16	76.1
Desnutrición	14	66.6
Padecimientos respiratorios	12	57.1
Enfermedad diarreica	8	38.1
Padecimientos de la piel	6	28.5

Fuente: ficha de diagnóstico de salud escolar
Elaboración: E. Albán.

En los 21 escolares se detectó más de una enfermedad por estudiante. Es decir, un mismo niño o niña mostraba más de un padecimiento, por esta razón la tabla muestra una distribución cuyos porcentajes acumulados son mayores al ciento por ciento, de tal manera que los casos son 56 pero estuvieron presentes en 21 individuos.

La morbilidad de la población escolar de Yuripilaca es fundamentalmente parasitismo intestinal y malnutrición. El 53.5% de todos los casos pertenecieron a estos dos padecimientos.

Las afecciones del aparato respiratorio, que incluyen síndromes gripales, amigdalitis, faringitis, bronquitis y otitis, fueron el 21.4% de los casos.

La enfermedad diarreica ocupó el 14.2% de los casos y los padecimientos de la piel, tales como, impétigo, escabiosis y

dermatitis de contacto, representaron el 10.7% del total de casos.

En la determinación del estado nutricional se utiliza el "formulario para la determinación del estado nutricional de los niños y niñas de la escuela José Ayora",²⁹ en la que se valora el estado nutricional de acuerdo a las variables talla y peso y el percentil mayor de 10 y menor de 90 como normales. Ver anexo No. 4

5.1.3 Situación de la educación en salud en el ámbito escolar

En la escuela José Ayora se evidencia la ausencia de temas de salud incorporados en la vida diaria, la maestra no conoce de temas relacionados con mejorar la calidad de vida, mantener su salud y la de la comunidad educativa, los padres de familia no están capacitados para afrontar ciertos problemas de salud de su familia y los niños no conocen como prevenir aspectos que son perjudiciales para su salud y su entorno.

En este punto nos hemos propuesto incorporar contenidos de educación en salud en el currículo de la escuela para lo cual se implementan una serie de módulos³⁰ que servirá de guía a los niños y niñas, la maestra y a los padres de familia, para adquirir nuevos conocimientos y habilidades dirigidos a mejorar la calidad de vida, a

²⁹ Tomado de la serie de guías de Salud Escolar, publicado por la Universidad de Cuenca en el año 2000, Pág. 21 – 22 – 24 y 25

³⁰ Proyecto Espacios Saludables. Loja. Guías didácticas en salud: La Escuela Promotora de Salud. Quito:OPS;SNV;2001.

tener herramientas para mantener la salud. La capacitación en temas de salud esta dirigida tanto a la docente como a los escolares, padres y madres de familia.

Queremos convertir a la escuela en el espacio idóneo para fomentar y promocionar la salud a través de la educación en salud generando conductas que defiendan la vida.

5.1.4 La creación y mantenimiento de entornos saludables

En relación al medio ambiente y entorno escolar podemos decir que tanto los padres de familia, los escolares y la docente, desconocen la importancia de crear y mantener el espacio físico y el ambiente psico social adecuado, ya que en la investigación se determina que estas condiciones no están presentes en la escuela José Ayora.

A continuación describimos la infraestructura de la escuela José Ayora y su entorno, en este sentido podemos decir que la planta física dispone de un aula de 14 m de longitud por 8 m de ancho, de estructura prefabricada por DINACE, dotada de pupitres en el número de 22 ocupados por igual número de alumnos. Anexas a la escuela se encuentran dos baterías sanitarias una de las cuales se encuentra inservible y la otra subutilizada.

El plantel posee iluminación con energía eléctrica y dotación de agua entubada en

suficiente cantidad pero no apta para el consumo humano. Existe un patio encementado que se usa para indor fútbol, siendo los niños de cuarto, quinto, sexto y séptimo año de educación básica los que utilizan esta cancha, los escolares de los años inferiores no realizan ningún deporte mas bien se observa que el juego entre niños sobre todo de los primeros y segundos años de básica es agresivo (a las peleitas) y las niñas no realizan actividad física alguna, deambulan por la escuela el tiempo que dura el recreo.

No existe supervisión por parte de la maestra en el tiempo que dura el recreo, por lo que los niños y niñas no tienen la posibilidad de optar por actividades de recreación, la escuela no dispone de un cerramiento en su perímetro

El almuerzo escolar lo reciben en el aula ya que no cuentan con un espacio adecuado para el efecto, no existe un sistema sencillo de recolección y eliminación de los desechos, ni se clasifica la basura. En lo que respecta al ambiente psico social, existe limitado respeto por los derechos de los niños y niñas, la participación en asuntos referentes a la escuela es mínima, tanto la maestra como los escolares no conocen cuales son sus derechos y responsabilidades. En la escuela se reconocen formas de maltrato en los escolares como; gritos, amenazas, minimización de la capacidad, es decir maltrato psicológico. En las familias de los escolares también se reconoce el maltrato tanto físico como psicológico hacia sus

hijos y el estímulo por comportamientos adecuados es mínimo.

5.1.5 La participación de la comunidad en la implementación de la propuesta.

Como mencionamos anteriormente, la participación de la comunidad educativa es mínima, sobre todo por parte de los padres y madres de familia en las actividades que se programan en la escuela. Por esta razón se decide priorizar las acciones dirigidas a permitir la participación de este grupo de la comunidad.

Para medir la participación de la comunidad en la implementación de la propuesta, se utiliza como herramienta metodológica de fácil aplicación, el diagrama de la araña de Susan Rifkin. Anexo No. 5

5.2 LINEA DE BASE

Uno de los objetivos de este estudio fue determinar la línea de base de la situación de salud de la escuela, para esto, partimos del diagnóstico de salud escolar, (anexo No.3) con la participación de toda la comunidad educativa. Los indicadores que se utilizan para la obtención de la línea de base fueron seleccionados en base a las recomendados por la Organización Mundial de la Salud³¹, porque pueden evidenciar el cambio esperado con la aplicación de la propuesta de esta investigación, pero además de los indicadores que se proponen en el

³¹ Escuelas Promotoras de la Salud. La experiencia Centroamericana, OPS/OMS, Washington DC,2000

capítulo anterior, se incorpora como indicador la participación comunitaria, como base del modelo de escuela saludable que se pretende construir.

5.2.1 Servicios de salud y alimentación sana

5.2.1.1 El control médico escolar

INDICADOR	MEDICION DE LINEA DE BASE
Cobertura del control médico escolar en el año lectivo 2002-2003	<ul style="list-style-type: none"> • 60% de escolares
Nivel de resolución de casos del control médico escolar	<ul style="list-style-type: none"> • 80% de patologías resueltas en el primer nivel de atención • 0% de patologías referidas al segundo nivel

5.2.1.2 El control odontológico escolar

INDICADOR	MEDICION DE LINEA DE BASE
Cobertura del control odontológico escolar en el año lectivo 2002-2003	<ul style="list-style-type: none"> • 0% de escolares

5.2.1.3 Servicios de nutrición

INDICADOR	MEDICION DE LINEA DE BASE
Cobertura del programa de alimentación escolar	<ul style="list-style-type: none"> • 100% de los días del año lectivo

en el año lectivo 2002-2003	
Accesibilidad y disponibilidad de alimentos para el almuerzo escolar	• 0 no existe huerto escolar
Seguimiento del estado nutricional de los escolares en el año lectivo 2002-2003	• 0 controles antropométrico de los escolares en el año escolar

5.2.2 Situación de la educación en salud en el ámbito escolar

5.2.2.1 Educación en salud a escolares

INDICADOR	MEDICION DE LINEA DE BASE
Nivel de aplicación de las guías didácticas de escuelas saludables	• 0% no se han aplicado las guías didácticas ni otro método para educación para la salud
Nivel de incorporación de contenidos de promoción de salud en el currículo escolar	<ul style="list-style-type: none"> • 0 La profesora no incorporan temas de promoción de salud en su planificación • 0 temas. La profesora no incorpora temas de promoción de salud al currículo escolar
Nivel de incorporación de contenidos de	• 0 no se han asociado contenidos de promoción de

promoción de la salud como ejes transversales en el currículo escolar	salud en las diferentes materias del currículo
---	--

5.2.2.2 Educación en salud a maestros

INDICADOR	MEDICION DE LINEA DE BASE
Participación de maestros en procesos de capacitación en salud	<ul style="list-style-type: none"> • 0% la profesora no ha participado en procesos de capacitación en salud

5.2.2.3 Educación en salud a la comunidad

INDICADOR	MEDICION DE LINEA DE BASE
Participación de padres y madres de familia en procesos de capacitación en salud	<ul style="list-style-type: none"> • 0% padres y madres de familia no participan en capacitación en salud

5.2.3 Creación y mantenimiento de entornos saludables

5.2.3.1 El ambiente físico escolar

INDICADOR	MEDICION DE LINEA DE BASE
Disponibilidad de agua limpia y segura	<ul style="list-style-type: none"> • Mala calidad: no se dispone de agua clorada o tratada y no se conoce como obtener agua segura

	<ul style="list-style-type: none"> • Buena continuidad: se dispone de agua entubada durante toda la jornada escolar
Nivel de contaminación ambiental en la escuela	<ul style="list-style-type: none"> • Inadecuada disposición de desechos sólidos en los patios de la escuela con potenciales basureros crónicos • Inadecuada disposición de desechos sólidos en el aula de la escuela
Disponibilidad de espacios de recreación	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de una cancha encementada que es subutilizada • No dispone de juegos de recreación

5.2.3.2 Eu ambiente psico social escolar

INDICADOR	MEDICION DE LINEA DE BASE
Actividades deportivas y recreativas de los escolares	<ul style="list-style-type: none"> • 1 hora por semana en el caso de las actividades de educación física • 1 hora diaria todos los días en los recreos

	<p>principalmente los niños varones mayores</p> <ul style="list-style-type: none"> • ocasionalmente en los recreos las niñas y los niños menores (juegan a las peleitas)
--	---

Ver anexo No.3 Medición de línea de base.

5.2.4 Participación comunitaria.

Como línea de base de la participación a través del diagrama de la araña de Susan Rifkin se mide la participación de los padres y madres de familia.

5.2.4.1 Valoración de las necesidades

La participación en el análisis de necesidades es amplia si es que la gente local lo hace, la comunidad define sus problemas; es estrecha en medida que sean los profesionales o técnicos de instituciones, organizaciones u otros los que determinan las necesidades. Son generalmente definidas por los profesores de la escuela. Valor de 1/5.

5.2.4.2 Liderazgo comunitario

El liderazgo es amplio cuando los líderes locales demuestran un interés y compromiso

comunitario, por solucionar los problemas de todos; por otro lado es estrecho el liderazgo cuando son los intereses personales de los líderes los que priman en la orientación de las acciones. Es asumido principalmente; por los profesores y el comité de padres de familia, no se involucran otros líderes comunitarios. Del comité de padres de familia, que son cinco personas, no se involucran todos, generalmente 1 o 2 (el) (la) presidente(a) y alguien más. Valor de 1/5.

5.2.4.3 Relación con otros programas o propuestas (ínter relación)

La interrelación es amplia, en medida que las acciones que se emprenden pueden entrelazarse con otras acciones, proyectos o programas y es estrecha cuando no existen estas relaciones y las acciones se ejecutan aisladamente de su contexto. Es deficiente, en vista que son acciones aisladas las que se emprenden y no logran entrelazarse con otros espacios. Valor de 1/5.

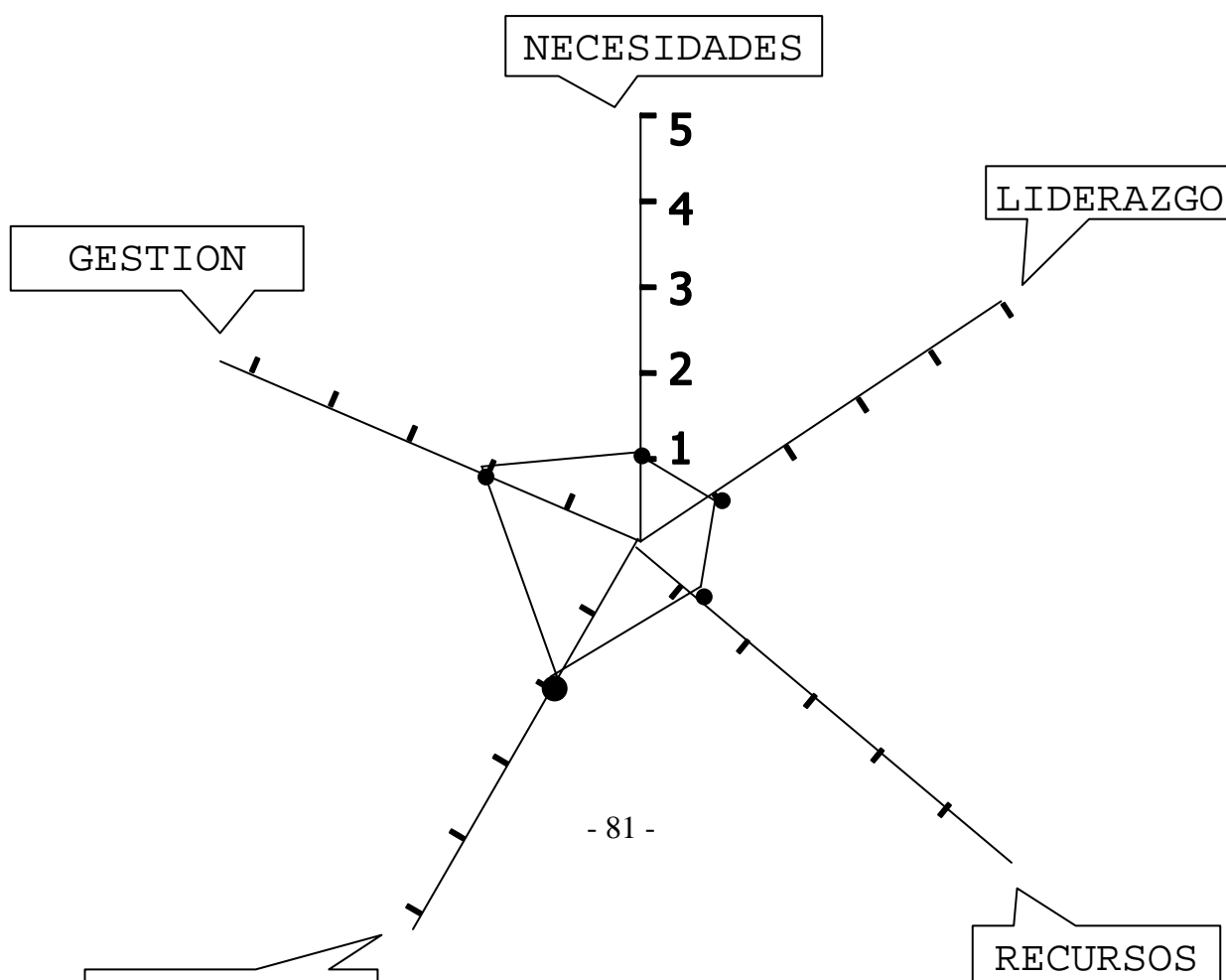
5.2.4.4 Movilización de recursos

Cuando los recursos, tanto económicos, humanos y materiales provienen de una fuente externa, como puede ser una institución, ONG, etc. se considera estrecha. Cuando la comunidad aporta con recursos propios la participación es amplia. Los recursos que se utilizan son de los padres de familia en gran parte, aunque a veces se utiliza de otras fuentes. Valor de 2/5.

5.2.4.5 Gestión comunitaria

Se considera un manejo de las acciones escolares amplio en medida que sea la comunidad la que gestiona en todas las fases desde la construcción de la propuesta hasta la ejecución, evaluación y monitoreo. Cuando dicho manejo es por técnicos o profesionales la participación es estrecha. Generalmente son los profesores y parte de la directiva de los padres de familia los que gestionan, no se logra el involucramiento de todos. Valor de 2/5.

5.2.4.6 Representación gráfica del nivel de participación de los padres y madres de familia de la Escuela José Ayora. Primera medición. Noviembre 2002. (Diagrama de la araña)



En el análisis de los resultados que se obtuvieron en la implementación del diagrama de la araña en la línea de base se define que la participación de los padres y madres de familia en general es deficiente, en cuanto a las necesidades, liderazgo, interrelación tiene un puntaje mínimo, en cuanto a la movilización de los recursos y la gestión comunitaria podríamos decir que su participación es ligeramente mayor determinado por la mano de obra y recursos económicos que aportan los padres de familia para solucionar las necesidades apremiantes de ese momento.

Por esta razón definimos que la participación de los padres de familias de la comunidad educativa de la escuela José Ayora de Yuripilaca de acuerdo a la modalidad es de tipo *colaborativa* es decir que la gente se involucra únicamente en las actividades que la escuela programa, se toma recursos de la gente como el tiempo, el trabajo (mano de obra), y en ocasiones dinero, de echo esto no promueve el empoderamiento.

5.3 FORMULACIÓN DEL PLAN DE SALUD ESCOLAR

El plan de salud escolar se elabora a partir del diagnóstico de salud escolar, para lo cual se utilizaron los indicadores recomendados en el capítulo de metodología, la información se recopila a través de encuestas de observación directa e indirecta, con grupos focales con niños y niñas, con padres de familia y docente. La

priorización de los problemas que se detectaron en el diagnóstico de salud escolar, fue analizada en conjunto por los padres y madres de familia, la docente y el comité consultivo comunitario, para obtener las líneas de acción mas adecuadas que se incorporen en el plan. La priorización se realiza en base a criterios de vulnerabilidad, frecuencia y urgencia adjudicando un valor de 1 a 4 para en base a estos criterios determinar la factibilidad de solución de los problemas detectados en la escuela. Anexos No. 6, 7, 8 y 9

La información es aplicada en la matriz del plan de salud escolar, en donde se determinan las acciones a desarrollarse, los resultados esperados, tiempos y responsables. Anexo No. 10

5.3.1 Objetivo general del plan de salud escolar

Incorporar acciones de cuidado de la salud con la comunidad educativa de tal manera que se pueda generar en la escuela un espacio que potencie y fortalezca la salud de todos y todas.

Los ejes en los que se basa la ejecución del plan son: servicios de salud y nutrición, cuyo objetivo es detectar y prevenir integralmente problemas de salud así como formar conductas de autocuidado. Educación para la salud, que busca generar nuevos conocimientos, actitudes y prácticas de cuidado de la salud en la comunidad educativa y creación y mantenimiento de

entornos saludables: intenta desarrollar la capacidad de cada escuela para crear y mantener ambientes y entornos que potencien la salud de la comunidad.

A continuación mencionamos algunas de las actividades que pueden desarrollarse en cada uno de los ejes del plan.

5.3.2 Servicios de salud y alimentación sana:

1. Realizar el control médico y odontológico de los niños y niñas de la escuela cada 6 meses.
2. Controlar la inmunización de los escolares
3. Implementar un botiquín de primeros auxilios
4. Implementar un huerto escolar
5. Controlar el estado nutricional de los escolares

5.3.3 Educación para la salud con enfoque integral:

1. Incorporar en el currículo los contenidos de los módulos de Escuelas promotoras de la salud a través de la implementación de 13 módulos de educación para la salud
2. Capacitar a la maestra en el manejo de las guías didáctica y primeros auxilios
3. Capacitar a los niños y niñas en temas como:
Cambios en la pubertad, prevención de VIH/sida, como prevenir un embarazo,

conocimientos básicos sobre prevención de enfermedades intestinales.

4. Capacitar a la comunidad educativa en temas de promoción de salud

5.3.4 Creación y mantenimiento de entornos y ambientes saludables:

1. Implementar agua segura para beber y lavarse las manos
2. Mantener espacios físicos e instalaciones sanitarias adecuadas:
Esto se logra a través del comité de salud escolar, quien nombra responsables periódicamente. Además el comité consultivo comunitario supervisa todas las acciones que se ejecuten dentro de lo planificado.
3. Promover el manejo adecuado de los desechos orgánicos e inorgánicos
4. Promover un ambiente psico social adecuado, libre de violencia
5. Capacitar en derechos y responsabilidades a niños, niñas y maestra
6. Detectar casos de violencia intrafamiliar.

5.4 LO QUE REALIZÓ EL PLAN DE ACCIÓN EN LA ESCUELA JOSÉ AYORA DE YURIPILACA

Las acciones ejecutadas en el plan de salud escolar se orientan en base a los ejes del plan que se presentó anteriormente y a la línea de base que demuestra que los indicadores de una escuela saludable, no cumplen con lo requerido. Debemos enfatizar

que el eje que menor cumplimiento refleja es el de educación para la salud con enfoque integral. En lo referente al eje de provisión de servicios de salud y alimentación sana y creación y mantenimiento de entornos y ambientes saludables tiene un cumplimiento mínimo según la línea de base.

5.4.1 Acciones ejecutadas en el eje de provisión de servicios de salud y alimentación sana.

Se realizan gestiones con el Gobierno Municipal del Cantón Pindal quienes donan a la escuela un botiquín y medicamentos e insumos necesarios para primeros auxilios.

Se capacita a los niños y niñas, padres y madres de familia y la docente sobre una alimentación sana para lo cual se aplica el modulo de nutrición saludable.

Se coordina con los padres de familia para conjuntamente con los escolares y la maestra preparar alimentos cada dos semanas con los conocimientos adquiridos en los módulos de Escuelas Promotoras de la Salud del Proyecto Espacios Saludables, de acuerdo a la pirámide alimenticia.

Se realiza el control médico y odontológico, con seguimiento de casos específicos, detección de casos de violencia intrafamiliar, todas estas acciones tienen el apoyo y supervisión por parte del comité consultivo comunitario.

Se implementa con la participación de la comunidad educativa, un huerto escolar, (anexo No.14) el mismo que sirve para complementar al programa de alimentación

escolar del Ministerio de Educación, lo que contribuye a mejorar el estado nutricional de los escolares. La evaluación periódica del estado nutricional de los escolares esta bajo la responsabilidad del comité de salud escolar y el apoyo técnico del comité consultivo comunitario.

5.4.2 Acciones ejecutadas en el eje de Educación para la salud con enfoque integral

Se logra insertar en el currículo de la escuela temas relacionados con salud y con promoción de la salud, como habilidades para la vida. Para esto se entrega un paquete de material de Escuelas Promotoras de la Salud a la maestra, para que trabaje en el aula con los niños y niñas. Estos módulos que se utilizan para los escolares de 2do a 7mo. de básica son:

- Yo soy importante: Salud para segundo año de educación básica.
- Los demás y yo: Autocuidado para tercer año de básica
- El mundo del que soy parte: Medio ambiente para cuarto año de educación básica
- Vivamos nuestros derechos y responsabilidades: Educación en derechos para quinto año de educación básica
- Preparándome a crecer: Educación sexual para sexto año de educación básica
- La naturaleza y yo: Medio ambiente para séptimo año de educación básica

Previo a la entrega del material a la maestra, se la capacitó en los diferentes temas de los módulos, así como en la metodología que utiliza.

Estos módulos se utilizan dos horas a la semana desde el inicio que asumió el compromiso la maestra en aplicar el material en el aula.

No se logra que la maestra utilice los módulos sobre la comprensión de la metodología de la mediación, por lo que se insiste en la utilización del módulo como un instrumento de trabajo y no solo de lectura.

Se determina que los niños y niñas tienen suficiente información sobre sexualidad, para decidir en sus vidas. Esto se logra a través de la capacitación del módulo de sexualidad. Para el efecto se utilizan fichas de seguimiento de la utilización y comprensión de los diferentes módulos. Anexo No. 12 y 13

5.4.3 Acciones ejecutadas en el eje creación y mantenimiento de entornos y ambientes saludables.

Se logra que los niños y niñas reconozcan formas de obtener agua segura, a través de pintar en la escuela, una botella por la mitad en forma diagonal. Se modifican los hábitos en el uso de las letrinas y se diferencia una para mujeres y otra para varones.

Se implementa dos basureros para el exterior de la escuela, se coordina con los padres de familia para la eliminación de los desechos sólidos. Dos veces por semana, los desechos no biodegradables se entierran en un sitio

cercano a la escuela, los orgánicos son utilizados para abono en el huerto escolar.

Se consigue que el ambiente escolar sea agradable y de buenas relaciones a través de la incorporación del modulo de derechos dirigido a los niños y niñas y la maestra.

5.4.4 Acciones emergentes realizadas en el marco del plan

- Se dio información a los niños y niñas acerca de la importancia del agua segura para beber y lavarse las manos.
- Durante todo el año la escuela estuvo dotada de agua hervida en un recipiente, la que sirvió para lavarse las manos.
- Se logró mantener limpios los inodoros, organizando comisiones.
- Organizamos una comisión de vigilancia con dos niños de manera rotativa, de manera que estén pendientes quién bota basura al piso y se multe con un centavo.
- Preparamos alimentos cada dos semanas en la escuela

5.5 MODIFICACIÓN DE LOS INDICADORES DE LA LÍNEA DE BASE

Para verificar si los indicadores se modificaron, demostramos a continuación los cambios que generaron en la línea de base luego de la intervención y la implementación del modelo alternativo de escuela saludable.

5.5.1 Servicios de salud y alimentación sana

5.5.1.1 El control médico escolar

INDICADOR	MEDICION FINAL DE IMPACTO
-----------	---------------------------

Cobertura del control médico escolar en el año lectivo 2002-2003	<ul style="list-style-type: none"> • 100% de escolares
Nivel de resolución de casos del control médico escolar	<ul style="list-style-type: none"> • 100% de patologías resueltas en el primer nivel de atención • 0% de patologías referidas al segundo nivel

5.5.1.2 El control odontológico escolar

INDICADOR	MEDICION FINAL DE IMPACTO
Cobertura del control odontológico escolar en el año lectivo 2002-2003	<ul style="list-style-type: none"> • 100% de escolares

5.5.1.3 Servicios de nutrición

INDICADOR	MEDICION FINAL DE IMPACTO
Cobertura del programa de alimentación escolar en el año lectivo 2002-2003	<ul style="list-style-type: none"> • 100% de los días del año lectivo
Accesibilidad y disponibilidad de alimentos para el almuerzo escolar	<ul style="list-style-type: none"> • 1 huerto escolar funcionando y aportando para complementar el almuerzo escolar
Seguimiento del estado nutricional de los escolares en el	<ul style="list-style-type: none"> • 2 controles antropométrico de los escolares en el

año lectivo 2002-2003	año escolar
-----------------------	-------------

5.5.2 Situación de la educación en salud en el ámbito escolar

5.5.2.1 Educación en salud a escolares

INDICADOR	MEDICION FINAL DE IMPACTO
Nivel de aplicación de las guías didácticas de escuelas saludables	<ul style="list-style-type: none"> • 62,48% de aplicación de las guías didácticas por la profesora
Nivel de incorporación de contenidos de promoción de salud en el currículo escolar	<ul style="list-style-type: none"> • 1 profesora incorpora temas de promoción de salud en su planificación • 19 temas incorporados de promoción de salud al currículo escolar como: conocimiento del cuerpo, nutrición, higiene, medioambiente, derechos y sexualidad
Nivel de incorporación de contenidos de promoción de la salud como ejes transversales en el currículo escolar	<ul style="list-style-type: none"> • Lenguaje y comunicación, y matemáticas: pocas veces se asocian contenidos de las guías • Ciencias naturales: siempre asociado a contenidos de promoción de las

	guías en esta materia. ³²
--	--------------------------------------

5.5.2.2 Educación en salud a maestros

INDICADOR	MEDICION FINAL DE IMPACTO
Participación de maestros en procesos de capacitación en salud	• 1 Profesora participa en procesos de capacitación en salud (100%)

5.5.2.3 Educación en salud a la comunidad

INDICADOR	MEDICION FINAL DE IMPACTO
Participación de padres y madres de familia en procesos de capacitación en salud	• 16 padres y madres de familia participan en capacitación en salud. (80%)

5.5.3 Creación y mantenimiento de entornos saludables

5.5.3.1 El ambiente físico escolar

INDICADOR	MEDICION FINAL DE IMPACTO
Disponibilidad de agua limpia y segura	• Buena calidad: se dispone de agua segura; clorada,

³² La escala de este indicador es cualitativa. Ver ficha de seguimiento anexo No. 11

1= Nunca se han asociado los contenidos a esta materia

2= Pocas veces se han asociado los contenidos a dicha materia

3= A veces se han asociado los contenidos a dicha materia

4= Frecuentemente se han asociado los contenidos a la materia

5= Siempre se han asociado los contenidos a dicha materia

	<p>expuesta al sol y hervida.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Buena continuidad: se dispone de agua entubada durante toda la jornada escolar
<p>Nivel de contaminación ambiental en la escuela</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuada disposición de desechos sólidos en los patios de la escuela • Adecuada disposición de desechos sólidos en el aula de la escuela
<p>Disponibilidad de espacios de recreación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de una cancha en cementada que es subutilizada • No dispone de juegos de recreación

5.5.3.2 El ambiente psico social escolar

INDICADOR	MEDICION FINAL DE IMPACTO
<p>Actividades deportivas y recreativas de los escolares</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1 hora por semana en el caso de las actividades de educación física • 1 hora diaria todos los días en los recreos

	<p>principalmente los niños varones mayores (act. Recreativas)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ocasionalmente en los recreos las niñas y los niños menores tienen actividades recreativas con supervisión de la maestra. No practican juegos bruscos
--	--

5.5.4 Participación comunitaria

5.5.4.1 Valoración de las necesidades

Durante el proceso de implantación del modelo de Escuelas Saludables en lo referente a la valoración de las necesidades, se realizan conjuntamente con la participación de padres y madres de familia, así como de la maestra. **Valor de 4/5.**

5.5.4.2 Liderazgo comunitario

El liderazgo de la propuesta fue asumido por la maestra de la escuela, al mismo tiempo se incorporaron los padres y madres de familia a través del Comité de salud escolar así como en la implementación del huerto escolar. Valor de 3/5.

5.5.4.3 Relación con otros programas o propuestas (Interrelación)

Las acciones que se desarrollaron en la implementación de la propuesta se relacionaron fundamentalmente con el personal operativo del Seguro Social Campesino de la comunidad de Yuripilaca y en

menor grado con el centro de salud de Pozul y la Municipalidad del Cantón Celica, aunque no hubo un buen grado de complementariedad entre dichas instituciones. Valor de 2/5.

5.5.4.4 Movilización de recursos.

Los recursos que se utilizan son de los padres de familia en gran parte, pero se utilizaron otras fuentes principalmente para el financiamiento, a través del aporte del Gobierno Municipal del Cantón Celica. Valor de 3/5.

5.5.4.5 Gestión comunitaria

La gestión de la comunidad educativa, está fuertemente relacionada con el liderazgo, en toda la gestión de la propuesta se involucraron tanto los padres y madres de familia como la maestra, en las diferentes etapas de la implementación de la propuesta. Valor de 3/5.

5.5.4.6 Representación gráfica del nivel de participación de los padres y madres de familia.
Medición final. Septiembre 2003.
(Diagrama de la araña)

NECESIDADES
58

5

4

LIDERAZG

Como se observa en el diagrama de la araña, en el que se grafica la medición final de impacto, se evidencia una mejor participación en los diferentes momentos de la implementación de la propuesta. En relación a las necesidades vemos que obtiene el mas alto puntaje de los demás elementos que se valoran y hace relación al involucramiento de los padres y madres de familia en está investigación. También se observa el incremento de los demás elementos a excepción de la Interrelación que se mantiene igual que en la medición de la línea de base.

Para concluir podemos decir que la participación que en un inicio era colaborativa, cambia a una participación conjugada, donde los actores locales aportan a la decisión sobre las prioridades del programa, pero el propósito general del mismo, sigue siendo manejado por la maestra.

CAPITULO VI

UNA REFLEXIÓN DE LAS ACCIONES EN TORNO A LOS EJES DE ANÁLISIS

El modelo aplicado se consideró a partir de la experiencia de la ejecución del modelo de escuelas promotoras de la salud que se desarrolló en la provincia de Loja, durante el año 2.002

A partir de la ejecución se introdujo la ficha de seguimiento de la aplicación de los módulos en el aula, lo que constituye un aporte de esta investigación.

El modelo es completamente sencillo y puede ser utilizado por cualquier persona, a pesar de que no tenga los conocimientos sobre investigación, o, sea un experto en salud, precisamente la intencionalidad fue esta, pensando en los maestros, que tienen una carga de trabajo mayor y muchos de ellos no tienen las experticias necesarias para plantearse modelos de cambios complicados.

Podemos apreciar que dentro del proceso de evaluación y cumplimiento de las variables y sus indicadores se ha logrado modificar considerablemente estos, es decir se implementan acciones que son favorables para la salud en la escuela José Ayora de Yuripilaca, aunque existen aun indicadores que no han sido modificados por lo que será necesario replantear nuevas acciones encaminadas a lograr cumplir con la totalidad de los indicadores propuestos.

Analicemos a continuación los avances que se han dado en cada uno de los ejes propuestos en esta investigación.

6.1 Provisión de servicios de salud y alimentación sana

A pesar de este avance, todavía se debe trabajar más en temas como alcoholismo, drogadicción y el cuidado de las

enfermedades intestinales. Si bien en un principio se detectó una serie de enfermedades en niños y niñas, en la actualidad se ha logrado disminuir de manera considerable esta situación, como se observa en el cuadro No.3, sobre todo en relación a la desnutrición ya que se logra reducir de un 66%,14 casos a 7 escolares que presentan algún grado de desnutrición es decir un 33.3 %.

Cuadro No.3

Incidencia de las 5 primeras causas de morbilidad en 21 niños y niñas de la Escuela José Ayora, medición final de impacto, Yuripilaca, Celica. Loja 2002

DIAGNOSTICO	No.	%
Parasitismo intestinal	10	47.6
Desnutrición	7	33.3
Padecimientos respiratorios	9	42.8
Enfermedad diarreica	8	38.0
Padecimientos de la piel	6	28.5

Fuente: ficha de diagnóstico de salud escolar
Elaboración: E. Albán.

También esta variable tiene un buen nivel de cumplimiento en lo que se refiere a los hábitos nutricionales, así como en la información que niños y

niñas han ido obteniendo a partir de la utilización del módulo de nutrición.

6.2 Educación para la salud con enfoque integral

Verificando la utilización de los módulos en el aula se puede encontrar que existe un buen nivel del manejo de la metodología de la mediación en la maestra, así como en la capacidad de auto aprender en los niños y niñas.

La maestra no está capacitada en primeros auxilios se logra gestionar con la Cruz Roja, de Loja, para que en las vacaciones pueda participar en un curso de primeros auxilios.

Fundamentalmente se dotó de información a niños y niñas de sexto y séptimo de básica con la finalidad de que puedan tomar decisiones en su vida sexual, así como en la necesidad de descartar embarazos no deseados a tempranas edades, por lo que la estrategia es trabajar tanto con hombres como con mujeres disminuyendo los riesgos en este sentido.

6.3 Creación y mantenimiento de entornos y ambientes saludables

En un principio los niños y niñas no conocían formas para tener agua segura, tanto en la escuela como en la casa, se

entrega la información. Se pregunta y contestan que; "Poniendo cloro en cantidades pequeñas, hirviendo y tamizando en un recipiente con arena, también poniendo al sol en una botella con el fondo pintado de negro" Se tiene como práctica en la escuela traer agua en la botella con el fondo pintado de negro y puesta al sol y a las diez de la mañana ya se obtiene agua segura para beber. Esta práctica se ha difundido en algunos padres de familia que utilizan en las labores del campo.

Esta estrategia fue tomada de una experiencia de escuelas promotoras de la salud de Bolivia.

Se gestionó para el año escolar 2003-2004 mejorar la infraestructura de las letrinas, durante el presente año se notan cambios en la utilización de las mismas, mantienen limpias, botan los papeles en los tachos destinados para el efecto y luego queman los papeles que han utilizado.

La escuela ha avanzado en esta variable, el patio está limpio y libre de malezas, se realizan mingas cada dos meses para cortar las plantas que crecen alrededor. Se gestiona la consecución de recipientes de basura para tener en la escuela, tanto en el

patio como en el aula. Existe un adecuado deshecho de la basura, tanto en el aula como alrededor de la escuela.

Los padres y madres de familia, así como los líderes comunitarios se comprometen en apoyar a la escuela en las actividades de mejoramiento, tanto en la infraestructura como en las acciones de salud concretas de niños y niñas.

La generación de un ambiente agradable en la escuela se logró a partir de la aplicación del módulo de "Derechos", la maestra ha mejorado su relación con los niños y niñas, así como se nota acercamientos importantes con los padres de familia de la escuela.

Como estrategia para consolidar la participación de la comunidad educativa en la implementación de la propuesta de construir una escuela que promueve la salud, se conforman grupos organizados de la comunidad que potencien la capacidad de esta sociedad de poder desarrollar cambios en su entorno que le permitan mejorar el proceso de salud, los que describimos a continuación:

6.4 Conformación del comité de salud escolar

Con la finalidad de lograr el compromiso en la participación de la comunidad educativa, se mantiene una reunión con la maestra para llegar a acuerdos de apoyo para la ejecución de la propuesta en la escuela "José Ayora de Yuripilaca". Una vez que se logró el apoyo y el compromiso de la maestra,

se realiza una reunión con los padres y madres de familia, con miras a conocer más de cerca las características, limitaciones y potencialidades de las familias de los escolares que nos permitan implementar una estrategia de Escuela Promotora de la Salud y que nos permita tener el apoyo de la familia en las actividades que niños y niñas emprenderán en la escuela.

Luego de que la comunidad educativa está informada de la propuesta, se conforma el comité de salud escolar, el comité es una forma sencilla de organización escolar, enfocada a coordinar y ejecutar acciones que mejoren la salud dentro de la escuela y la comunidad en su conjunto, en este instrumento consta el concepto de lo que es un comité de salud escolar. Lo integran: dos alumnos, un niño y una niña elegidos por sus compañeros, una docente, y dos representantes de los padres de familia de la escuela.

Funciones del Comité: vigilar, apoyar, corregir, rectificar y evaluar las acciones establecidas para lograr alcanzar la meta de escuela promotora de la salud.

El comité está conformado de manera participativa, por la maestra, niños y

niñas y padres de familia y apoyan en la construcción de una Escuela Promotora de Salud. Anexo No. 15

Establecimiento del comité de salud de la Escuela José Ayora, Yuripilaca, Celica, Loja. 2002 - 2003

NOMBRE	CARGO
Arturo Ovaco Sánchez	Representante de los niños
Elsa Castillo	Representante de las niñas
María Medina	Maestra
Adiel Ovaco	Representante de Padres de Familia
Carmen Camacho	Representante de Madres de Familia
Eduardo Albán	Médico Seguro Campesino

Persona de referencias del Comité:

María Medina, como maestra de la escuela

Elaboración: Dr. Eduardo Albán

6.5 Establecimiento de un comité consultivo comunitario

Se anotaron nombres de los posibles miembros en cada sección, examinamos en el grupo lo que cada persona ofrece en cuanto al interés por promover la salud mediante la escuela, sus aptitudes y sus influencias dentro y fuera de la escuela, se conformó el Comité Consultivo con la participación de los servidores de salud del Cantón, de la parroquia y de la comunidad, y realizaron el seguimiento de la salud de niños y niñas, así como de la maestra.

De acuerdo a los criterios de la OMS³³, vigentes desde 1996, una escuela promotora de la salud debe cumplir con 6 requisitos, uno de ellos es contar con la participación de funcionarios de salud y educación, maestros, estudiantes, padres y líderes comunitarios en la labor dirigida a promover la salud, criterio que se cumple con el establecimiento de estos comités. Anexo No. 16

Conformación del comité consultivo comunitario, escuela José Ayora.
Yuripilaca, Celica, Loja. 2002 – 2003

SECTOR	NOMBRES	APTITUDES / INTERESES
Médicos	Dr. Segundo Tandazo	Médico representante del cantón MSP
	Dr. Eduardo Albán	Médico Tratante del SSC de Yuripilaca
Odontólogo	Dr. Carlos Castillo	Odontólogo del área, MSP.
Enfermera	Lcda. Lorena Díaz	Enfermera del área, MSP.
Auxiliar de Enf.	Mabel Calero	Aux. de Enfermería del SSC de Yuripilaca

Persona de referencia del comité: Dr. Segundo Tandazo, Jefe de área
Cantón Celica

Elaboración: Dr. Eduardo Albán

6.6 Efectos en la escuela y en los niños

- En la escuela hay agua segura para beber y lavarse las manos.
- Los inodoros están limpios y en buen estado
- Los patios están limpios de manera permanente.

³³ Serie de información sobre la salud escolar, OMS, Creación de Escuelas Promotoras de la Salud, 2000. Versión preliminar.

- Los niños mejoran considerablemente su condición de salud.
- Los niños y niñas tienen conocimientos suficientes sobre sexualidad que les permite tomar decisiones adecuadas en sus vidas
- La nutrición de niños y niñas mejora.
- Existe un ambiente afectivo entre niños, niñas y maestra

CAPITULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

8.1 Conclusiones:

1. La estrategia de Escuelas Promotoras de la Salud es válida, puesto que en el año de ejecución, se lograron cambios significativos, tanto en la salud, en la participación y en las relaciones de todos los actores locales.
2. Permite la interrelación entre los actores de salud y educación local.
3. Genera hábitos saludables en los niños y niñas, que a su vez inciden en sus hogares, y de manera indirecta se logra la participación en ambientes saludables de los padres y madres de familia.
4. La estrategia, tiene la particularidad de ser de fácil manejo y aplicabilidad a partir de la escuela.
5. Es posible trabajar en diversos contenidos, como Matemáticas, Ciencias Naturales, Geografía, etc.

8.2 Recomendaciones:

La reflexión a partir de las conclusiones, permite generar las siguientes recomendaciones:

- Continuar el plan de intervención de Escuelas Saludables con la aplicación de estrategias para mejorar los indicadores que aún están deficientes.
- Buscar estrategias para lograr una mayor participación comunitaria y de las autoridades locales (Gobierno Municipal, Juntas Parroquiales, autoridades de salud y educación)
- Mantener como política de la escuela el programa educativo de los Módulos de Escuelas Promotoras de la Salud, con la finalidad de elegir alternativas saludables.
- Continuar con las actividades de cuidado y conservación del medio ambiente
- Fortalecer el desarrollo de la iniciativa de Escuela Promotora de la Salud con la participación del Supervisor de Educación de la zona.
- Continuar motivando a los padres y madres de familia para que apoyen al desarrollo de una Escuela Saludable.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

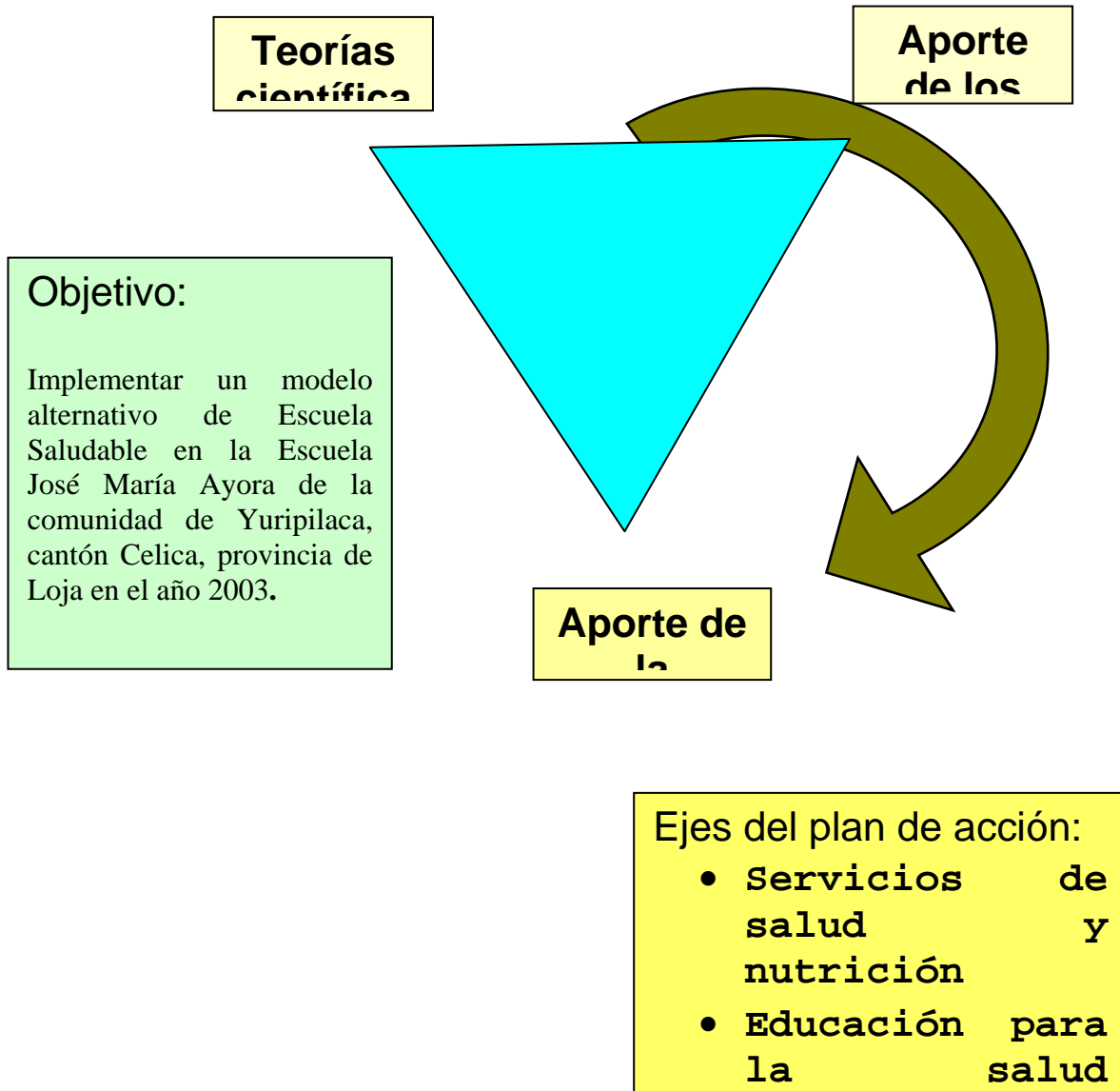
- **Acurio D.** Planificación Estratégica. Presentación Audiovisual, Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. 2001.
- **Alonso E.** Desarrollo organizacional, modelo de intervención, Tesis doctoral, Madrid Universidad Complutense, 1983.
- **Álvarez Carlos D.** Las bases de la promoción de la salud.
- **Arenas-Monreal Luz,** Paulo-Maya Alfredo, López-González Humberto, Educación Popular y nutrición infantil: experiencia de trabajo con mujeres en una zona rural de México. Revista de Saude Pública 1999; 33 (2): 113 – 121.
- **Barea Payueta Consuelo,** Erradicar la violencia de género: un reto social y sanitario
- **Breil Jaime.** Epidemiología Crítica-Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar editorial; 2003
- **Capra Fritjof.** El punto crucial-Ciencia, sociedad y cultura naciente. Argentina: Editorial Troquel SA.; 1992
- **Escuela Promotora de la Salud,** La experiencia Centroamericana, OPS, OMS, Washington DC, 2002
- **Galarza Mariana.** El poder de la comida. Quito: Asociación Vivir; 2002.
- **Granda Edmundo.** Salud: Globalización de la vida y de la solidaridad. En: XI Congreso de la Asociación Internacional de políticas de salud y VIII Congreso Latinoamericano de medicina social. La Habana: 2000.
- **Hermida Cesar,** Salud y desarrollo, Propuesta de acción. Cuenca: U Ediciones: 1999.
- **Lanza O.** MPH AIS-Bolivia. Género, pobreza y salud. 2001
- **Max-Neef Manfred.** Desarrollo a Escala humana: Conceptos aplicaciones y reflexiones. (en línea) Barcelona: Editorial Icaria; 1993. Disponible en : <http://www.max-neef.cl/libros/desarrollo/indice/index.html>
- **Ministerio de Salud Pública:** Gestión de Políticas de Salud. 2002.
- **Organización Mundial de la Salud,** Serie de información sobre la salud escolar, Acción local: creación de escuelas promotoras de la salud, Washington DC. 2000.

- **Organización Panamericana de la Salud – OMS**, Escuelas promotoras de la salud, La experiencia centroamericana, Washington DC, 2002.
- **Organización Panamericana de la Salud – OMS**, Planificación local participativa. Serie Paltex, 1999
- **Parsons T.**: “Definitions of Health and Illness in the Light of American Values and Social Structure” (1958) en: Concepts of Health and Disease, Ed. By: Caplan, A. et al. Reading, (Massachusetts), Addison-Wesley Pu. Co.1881, 57-81.
- **Promoción de la salud** y estilos de vida. URL, disponible en: <http://www.ecoport.com>
- **Proyecto Curricular** para trabajar Salud y Estilos de vida, de VV.AA. Ed. Octaedro. Barcelona 1998.
- **Proyecto espacios saludables-Loja**. Guías Didácticas en salud: La Escuela promotora de Salud. Quito: OPS; SNV; 2001
- **Restrepo E. Helena**, Málaga Hernán. Promoción de salud: Como construir vida saludable. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2001
- **Rifkin Susan**. Prodmore Pat. Partners in planning-Information, participation and empowerment. Traducción al español y edición: Aldes. Cuenca:2002
- **Serie de información sobre la Salud Escolar**, OMS, Acción local: creación de Escuelas Promotoras de la Salud, 2000.

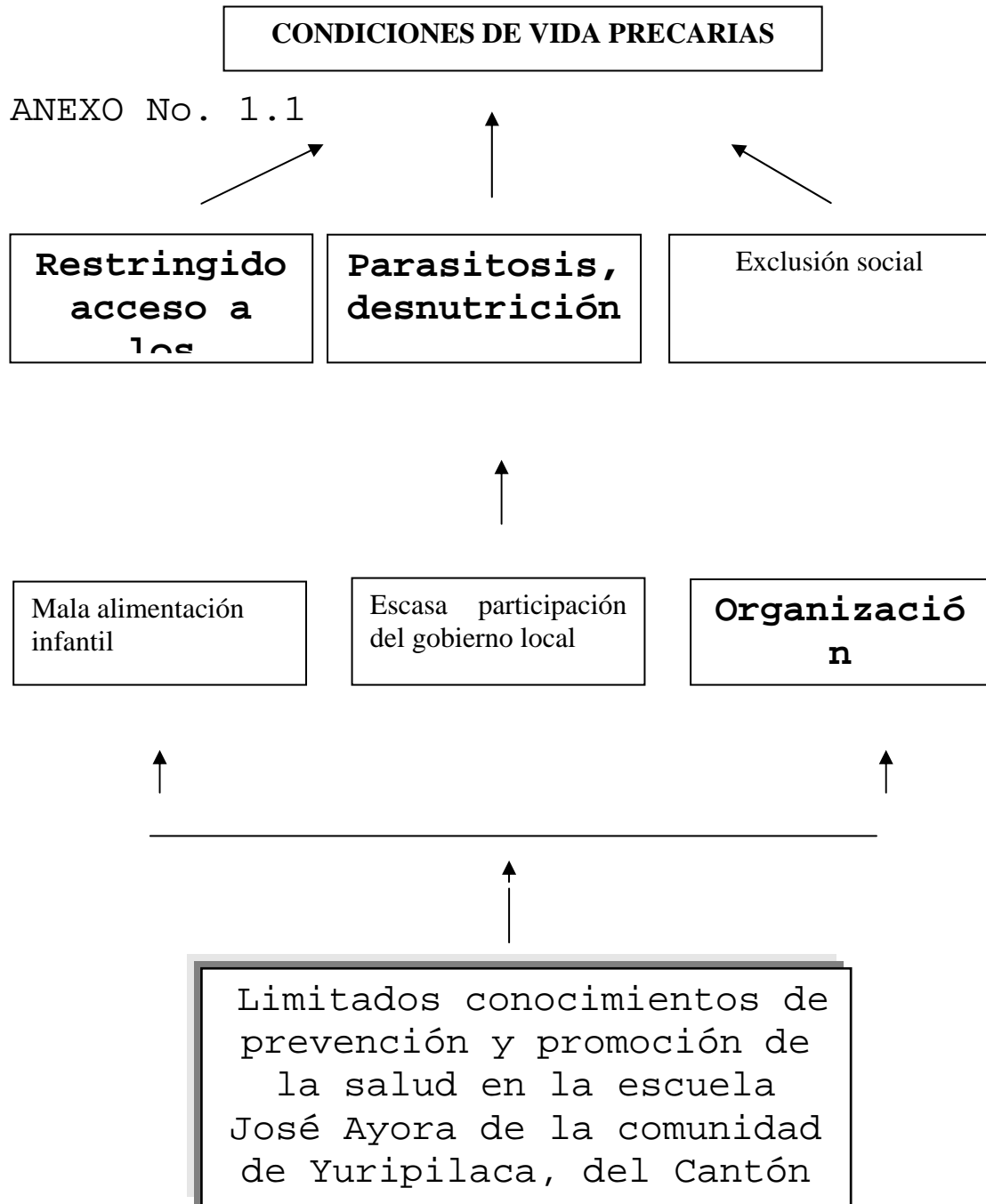
ANEXOS

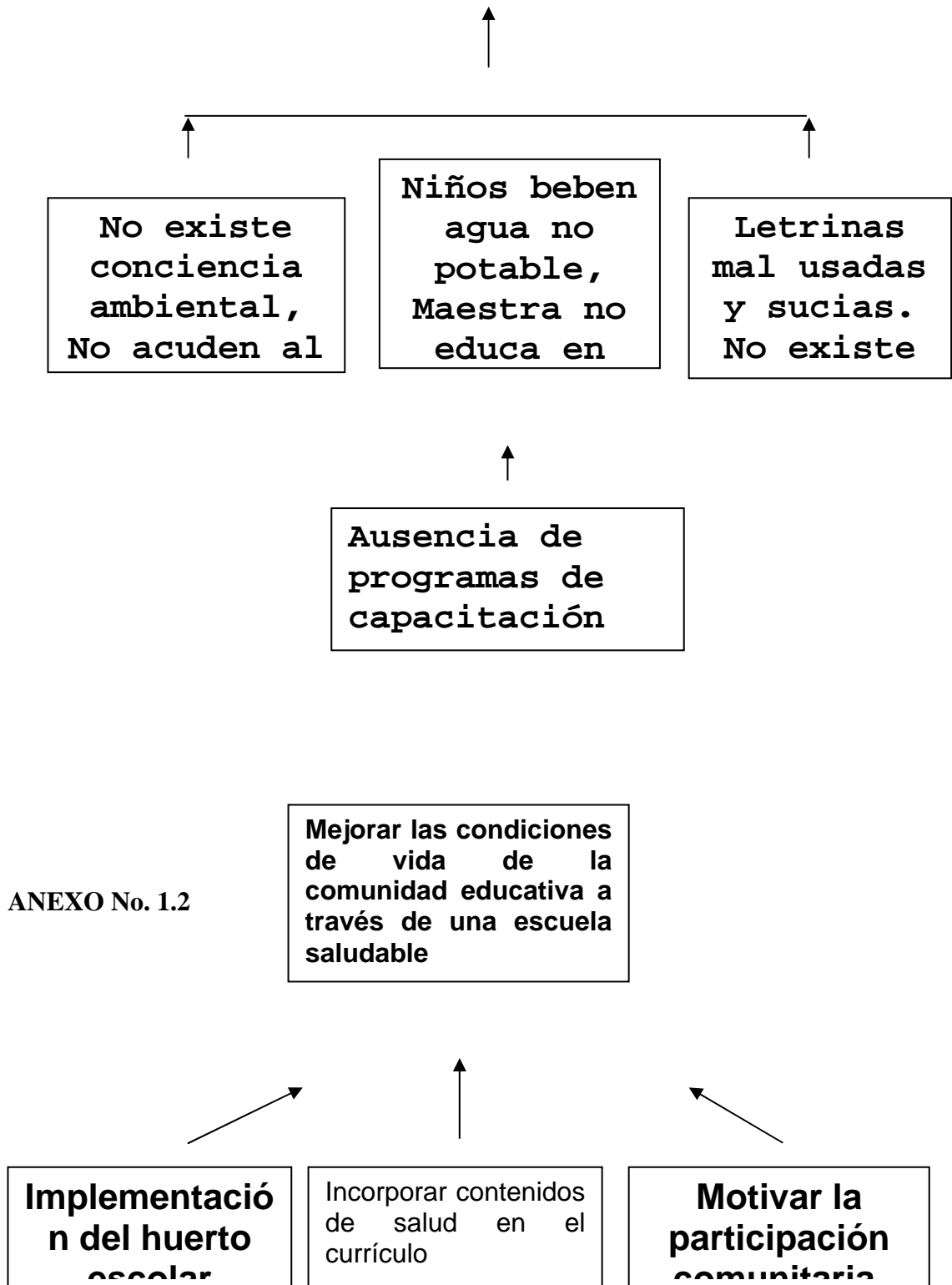
ANEXO No. 1

¿PORQUÉ UN MODELO DE ESCUELA SALUDABLE?

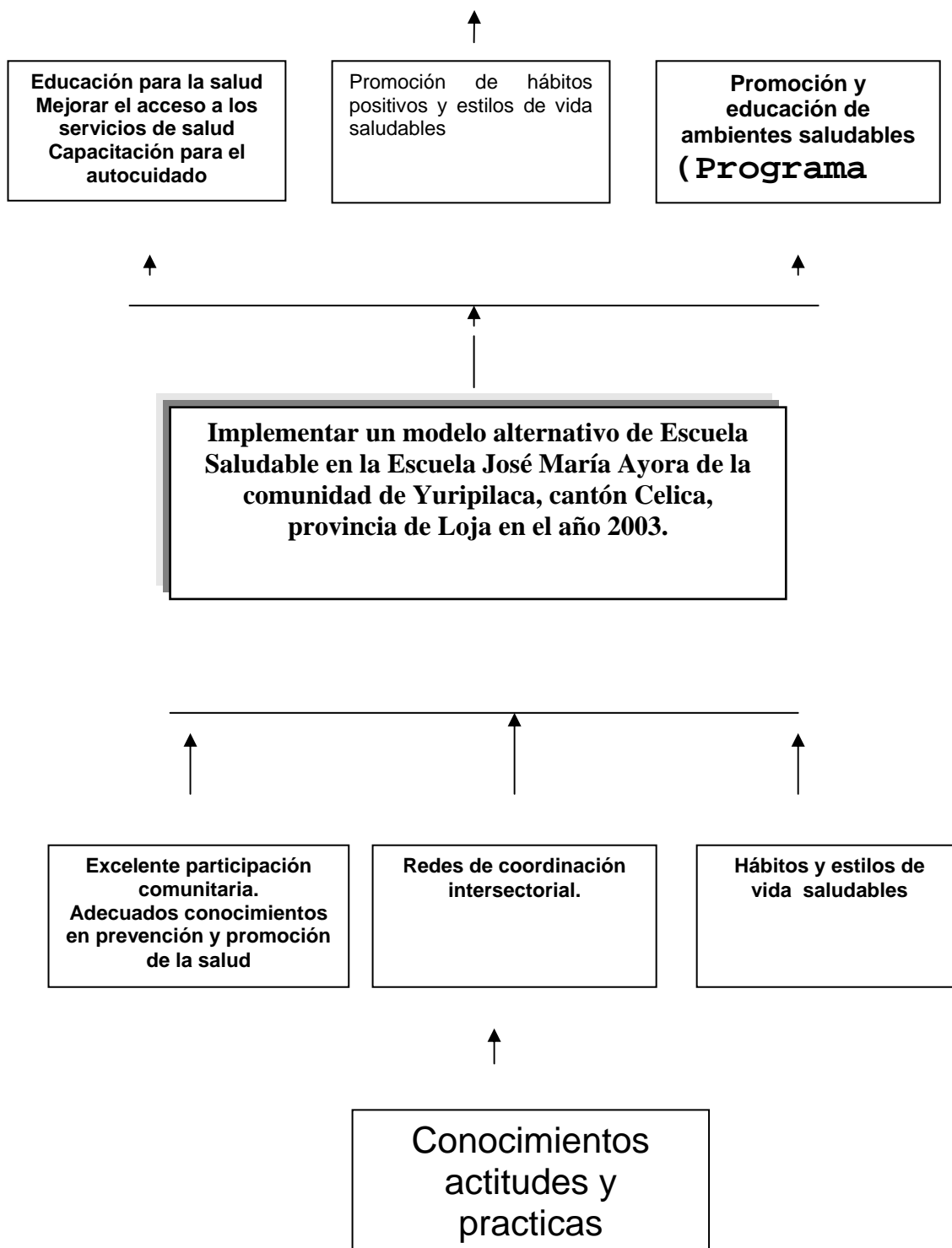


La aplicación de la propuesta de intervención, se ha diseñado considerando los criterios metodológicos de la triangulación etnográfica, que ofrece similar importancia a los conceptos o teoría construida, a





ANEXO No. 1.2



CARTA MODELO PARA UNA ESCUELA PROMOTORA DE LA
SALUD

Nuestra escuela José Ayora, mediante todas nuestras actividades y estructuras, tiene como meta ayudar a estudiantes, familias, personal y miembros de la comunidad a gozar de bienestar físico, emocional y social. Planeamos hacer esto invitando a las personas y organizaciones locales a que trabajen con nosotros con miras a hacer que nuestra comunidad sea mas sana.

Para convertirse en una escuela promotora de la salud (escuela saludable), nos comprometemos a trabajar juntos para el logro de lo siguiente:

- Contar con la participación de líderes en el campo de la salud, la educación y la comunidad
- Proporcionar un entorno seguro y sano, tanto físico como psicosocial
- Proporcionar educación sanitaria eficaz basada en aptitudes
- Dar acceso a los servicios de salud
- Poner en práctica normas y procedimientos que fomentan la salud
- Procurar mejorar la salud de la comunidad

Tenemos la intención de planificar y coordinar estas características clave

ANEXO No. 3

FICHA DE OBSERVACIÓN Y ENCUESTA DIRECTA.

USO: Línea de Base y seguimiento.

PRIMER SEGUIMIENTO

FICHA DE OBSERVACIÓN Y ENCUESTA DIRECTA
(insumo para elaborar el diagnóstico de la salud escolar).

OBSERVAR: **En la planificación de aula del maestro se verifica, por lo menos dos horas semanales que se destina a trabajar con los módulos.**

SI ___ NO X

OBSERVAR: **En qué lugar se encuentran los módulos:**

- En el armario, con llave. ___
- En el armario, sin llave. X ___
- En un estante. ___
- En otro lugar: especifique _____

OBSERVAR: Si ¿se usa material de deshecho en los trabajos manuales?

Si: ___ X NO: ___

OBSERVAR: Si ¿el aula tiene al menos un basurero?

Si: ___ X NO: ___

OBSERVAR: Si ¿en el aula hay un rincón de higiene?

Si: ____ NO: X

OBSERVAR: Si ¿las aulas tienen suficiente iluminación?

Si: X NO: ____

OBSERVAR: Si ¿las aulas tienen la ventilación adecuada?

Si: X NO: ____

OBSERVAR: Si ¿las aulas cuentan con la suficiente cantidad de pupitres?

Si: X NO: ____

OBSERVAR: Si ¿los pupitres están de acuerdo con el tamaño de los niños y niñas?

Si: X NO: ____

OBSERVAR: Si la escuela. ¿Tiene un Botiquín de Primeros Auxilios?

Si: ____ NO: X

OBSERVAR: Si a la pregunta anterior respondió SI: ¿los medicamentos han sido reemplazados?

SI: ____ NO: ____

OBSERVAR: ¿Cuántos inodoros / letrinas para hombres y mujeres hay?

Hombres: _____ Mujeres: _____
_____ MIXTOS: __2_____

OBSERVAR: Si ¿hay agua suficiente para asear los inodoros?

SI: ____ NO: X

OBSERVAR: Si ¿hay agua limpia sin tapar o cubrir?

SI: ____ NO: X

OBSERVAR: Si ¿hay agua empozada?

SI: ____ NO: X

OBSERVAR: Si ¿los inodoros y/o letrinas están limpios y sin papeles?

SI: ____ NO: X

OBSERVAR: Si ¿existe diferencia en el mantenimiento en los inodoros de maestros y alumnos?

SI: ____ NO: X

¿Cuáles están más limpios?
_la maestra ocupa el inodoro en su vivienda

OBSERVAR: Si ¿existe clasificación de la basura orgánica e inorgánica?

SI: ____ NO: X

SI ¿en donde se coloca la basura orgánica?

SI ¿en donde se coloca la basura inorgánica?

OBSERVAR: Si ¿el patio tiene suficientes recipientes de basura?

SI: ____ NO: X

¿Cuántos?: 0

OBSERVAR: Si ¿el patio queda limpio después del recreo?

SI: ____ NO: X

OBSERVAR: Si ¿el patio está libre de malezas?

SI: ____ NO: X

OBSERVAR: Si ¿el patio está libre de aguas estancadas?

SI: X NO:

OBSERVAR: Si ¿la escuela posee un espacio verde y se encuentra en buen estado?

SI: X NO:

OBSERVAR: Si ¿la escuela tiene cerramiento completo?

SI: NO:

OBSERVAR: Si ¿Los bares y puestos tienen alimentos saludables?

SI: ¿Cuáles?:

NO: NO EXISTE:

OBSERVAR: Si ¿Los alimentos del Plan de Alimentación Escolar, se almacenan en un lugar libre de contaminaciones?

SI: X

NO:

OBSERVAR: ¿Los alimentos que llevan la escuela, los niños son saludables?

OBSERVAR Y PREGUNTAR: **¿existen huertos escolares o comunales, y sirven para complementar la alimentación escolar?**

SI: _____
NO: X

PREGUNTAR Y OBSERVAR: **a maestros y maestras ¿se preparan los alimentos con agua segura?**

SI: _____
NO: X

OBSERVAR Y/O PREGUNTAR: **Si tienen escritos, ¿acuerdos de mediación pedagógica?**

SI: _____
NO: X

PREGUNTAR: **a maestros y maestras Si ¿la maestra sabe brindar primeros auxilios?**

SI: _____
NO: X

Nombres:

PREGUNTAR: Si se respondió que SI: a maestros y maestras ¿Cuándo hicieron la capacitación y en que temas?

Fecha:

Temas:

PREGUNTAR: a maestros y maestras si ¿Tienen registro de salud de los profesores y profesoras en la Unidad de Salud que pertenece a la escuela?

Si: ____ NO: X

PREGUNTAR: a maestros y maestras, Si ¿Hay personas responsables para asear los inodoros?

Si: ____ NO: X

PREGUNTAR: A maestros y maestras Si ¿la escuela tiene plan o planes de emergencia?

SI: ____ ¿para evitar que riesgo?

NO: X

PREGUNTAR: a maestros y maestras
¿conocen sus derechos y
responsabilidades?

SI:

NO:

PREGUNTAR: a maestros y maestras
¿existe un espacio de apoyo para
niños y niñas cuyos derechos han
sido vulnerados?

SI: En el caso de qué
derechos:

NO:

PREGUNTAR: a maestros y maestras
¿conocen sus derechos y
responsabilidades?

SI:

NO:

PREGUNTAR: a niños, niñas, maestros y
maestras ¿se realizan
actividades con los padres y
madres de familia y la
comunidad para la adecuación de
la escuela?

Si: NO:

PREGUNTAR: a niños y niñas ¿cuál es la forma de purificar el agua para beber?

Clorar: _____

Hervir: _____X_____

Otra: indique _____

PREGUNTAR: a niños y niñas, si ¿el médico ha revisado a los niños y niñas por lo menos una vez en los últimos 6 meses?

Si: _____ NO: X

PREGUNTAR: a niños y niñas, si ¿el odontólogo ha revisado a los niños y niñas por lo menos en los últimos 6 meses?

Si: _____ NO: X

PREGUNTAR: a niños y niñas ¿Cuántas formas conocen para evitar enfermedades intestinales?

NO: _____X

SI: _____

Formas:

PREGUNTAR: a niños y niñas ¿Cuántas veces se cepillan los dientes al día?

Promedio:

1_____

PREGUNTAR: a niños y niñas si ¿Comen dulces, caramelos, etc. con frecuencia?

Frecuencia: ____ La mayoría todos los días. _____

PREGUNTAR: a niños y niñas, si ¿conocen sobre los daños que hace al organismo el alcohol y el tabaco y las drogas?

SI: ____ Qué
daños: _____
__ NO: X__

PREGUNTAR: a niños y niñas si ¿han participado en campañas de salud organizadas por el área de salud?

SI: X ¿Cuáles?
____vacunación_____ NO: ____

PREGUNTAR: a niños y niñas de sexto y séptimo de básica ¿Conocen sobre los cambios de su cuerpo?

NO: X

SI: _____

Señale algunos: Ensanchamiento de los hombros. _____

Crecimiento del bello púbico. _____

Crecimiento de los senos. _____

Ensanchamiento de las caderas _____

Otros:

PREGUNTAR: a niños y niñas de sexto y séptimo de básica ¿Saben como se produce un embarazo?

SI: ____ (es la unión del óvulo con el espermatozoide a través de una relación sexual)

NO: __X__

PREGUNTAR: a niños y niñas de sexto y séptimo de básica ¿Saben como prevenir un embarazo?

SI: ____ Cuáles: Uso del preservativo; () abstinencia; () Otros métodos anticonceptivos; ()

NO: __X__

PREGUNTAR: a niños y niñas de sexto y séptimo de básica ¿Sabén como prevenir el abuso sexual?

SI: _____ Digan una forma:

NO: _____X

PREGUNTAR: a niños y niñas de sexto y séptimo de básica ¿tienen conocimientos sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual?

SI: _____ Digan algunas formas:

NO: _____X

PREGUNTAR: a niños y/o niñas, del gobierno estudiantil ¿tienen voz y voto en las reuniones de consejo directivo, consejo técnico o junta general de profesores?

SI: _____

NO: X _____

PREGUNTAR: a niños y niñas de Quinto año de básica. ¿Cuántos derechos y cuántas responsabilidades de los niños y niñas conocen?

Ayudar a los papás
A hacer los deberes

PREGUNTAR: a niños y niñas ¿han escuchado que alguna vez algún maestro o maestra ha pegado a un niño o niña?

SI: X

NO:

PREGUNTAR: a niños y niñas ¿para que no más usa el puntero el maestro o la maestra?

Enseñar en la pizarra

PREGUNTAR: a niños y niñas ¿La maestra cuando se enoja, les grita a ustedes?

SI: X

NO:

PREGUNTAR: A niños y niñas. Si existen niños o niñas con diferencias de religión o culturales, ¿Cuál es el trato que reciben?

Son discriminados:

Reciben burlas:

Trato igualitario: X

PREGUNTAR: a niños, niñas maestros y maestras. ¿Si han recibido todas las vacunas correspondientes?

SI: ___X NO: ___

PREGUNTAR: a niños, niñas, maestros y maestras si ¿la escuela es parte del Programa de Alimentación Escolar?

SI: ___X_

NO: _____

PREGUNTAR: a niños y niñas, maestros y maestras ¿Se complementa la alimentación del PAE con otros alimentos nutritivos?

SI: _____

¿Cuáles? _____

NO: ___X_

PREGUNTAR: a niños y niñas, maestros y maestras ¿se preparan los alimentos de acuerdo con la pirámide alimenticia? (ver módulo ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN SALUDABLES, PÁGINA 12)

SI: _____

NO: ___X___

PREGUNTAR: a niños, niñas, maestros y maestras, si ¿se realiza la limpieza de aljibes?

SI: ____ NO: X

PREGUNTAR: a niños y niñas, maestros y maestras ¿Los niños y niñas tienen voz y voto en la solución de conflictos entre estudiantes y profesores?

SI: ____
NO: X

PREGUNTAR: a niños y niñas, maestros y maestras ¿está formado el gobierno estudiantil de la escuela?

NO: X

SI: ____

Forma en la que fue elegido:

Cuántos lo conforman:

No. de niños varones:

No. de niñas mujeres:

Dos actividades que realicen:

1. _____

2. _____

ANEXO NO. 4

**FORMULARIO PARA LA DETERMINACIÓN DEL ESTADO
NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS Y NINAS DE LA ESCULA JOSÉ
AYORA DE YURIPILACA. 2003**

**Serán evaluados los siguientes signos
de desnutrición en los niños:**

- Participa limitadamente en los juegos.
- Se enferma frecuentemente.
- No juega.
- El niño tiene dificultad para ver de noche o tiene "ojos secos", puede tener deficiencia de vitamina A.
- Serán evaluados los signos de anemia:
- Palidez en la parte interna del labio inferior.

- Palidez en la parte interna del párpado.
- Signo de comer tierra.

Para pesar a los niños y niñas:

Instrumentos:

Para pesar a niños y niñas con peso superior a los 15 Kilogramos, utilizamos una balanza de pie con graduaciones cada 100 gramos.

Técnicas:

- Ubicar la balanza sobre una superficie firme, horizontal y lisa. Puede ser un piso de cemento, baldosa o tierra firme.
- Comprobar que la balanza esté encerada antes de cada medición.
- Debe pesarse a los niños preferentemente sin ropa y si esto no es posible se les pesará con ropa interior.
- Hacer que el niño se coloque en la balanza con los pies juntos, sin apoyarse a la pared u objeto cercano.
- Pedir al niño que no se mueva para permitir que la aguja de la balanza se quede quieta.
- Hacer la lectura del peso y anotar, por ejemplo: Si el peso observado es de 35 Kg. y 200 gramos. Se registra 35.2 Kg.

Para medir a los niños y niñas:

Instrumentos:

Se utiliza el tallímetro incorporado a la balanza o el tallímetro sólo, o bien una cinta métrica pegada a la pared con cinta adhesiva.

Técnicas:

- Comprobar que el niño se encuentre sin zapatos, gorro o sombrero. En el caso de las niñas además no deben tener moños o adornos en la cabeza.
- Solicitar al niño o niña que se pare de espaldas al tallímetro o a la cinta métrica colocando los pies juntos sobre el suelo. La cabeza, hombros, espalda, nalgas, talones deben estar en contacto con el tallímetro o la pared donde se encuentra pegada la cinta métrica.
- Sujetar el mentón del niño o niña para acomodar la cabeza de manera tal que los ojos y orejas estén en una misma línea.
- Tomar la escuadra y deslizar sobre la cabeza del niño o niña ejerciendo una ligera presión.
- Hacer la lectura observando el punto de coincidencia del borde inferior de la escuadra con la escala graduada de la cinta métrica, luego anotar.

Para determinar el estado nutricional de los niños mediante el uso de tablas:

Talla para edad:

- El niño o niña está normal si la talla para su edad está entre el percentil 10 y el percentil 90.
- El niño o niña tiene una talla baja cuando la estatura para su edad está por debajo del percentil 10.

En este caso deberá ser llevado al médico.

Peso para edad:

- El niño o niña está normal si el peso para su edad se encuentra entre el percentil 10 y el percentil 90.
- El niño o niña tiene un déficit de peso cuando está por debajo del percentil 10.
- El niño o niña tiene un exceso de peso (obesidad) cuando está por encima del percentil 90. Deberán ser llevados a consulta con el médico en caso de déficit o exceso de peso.

Peso para talla:

- El niño o niña está normal cuando el peso para su talla real se encuentra entre el percentil 10 y el percentil 90.
- El niño o niña tiene un problema de desnutrición cuando está por debajo del percentil 10.
- El niño o niña tiene un problema de exceso de peso cuando está sobre el percentil 90. Deberán ser llevados a consulta con el médico en caso de déficit o exceso de peso.

Para investigar anemia:

La anemia es uno de los problemas relacionados con la deficiente alimentación y también por parásitos. Inclusive los maestros pueden decir si un niño o niña tiene anemia observando algunas características:

- **Palidez de los labios.**

- Palidez de las encías.
- Palidez de la lengua.
- Palidez de la superficie interna de los párpados.
- Palidez de las palmas y uñas de los dedos.
- Líneas de la palma de la mano muy pálidas.

Anexo 4.1 Diagnóstico nutricional de la escuela José Ayora.

Entendemos por malnutrición a una inadecuada ingesta de alimentos tanto cualitativa como cuantitativamente, o de una absorción deficiente. El escaso aporte de alimentos los hábitos dietéticos incorrectos, gustos caprichosos y factores emocionales pueden limitar la ingesta, algunas anomalías metabólicas pueden a su vez causar malnutrición, los trastornos severos se evidencian pero los ligeros no y pueden pasar inadvertidos³⁴.

Para determinar la desnutrición en la escuela José María Ayora utilizamos el siguiente procedimiento:

Se tomó peso, talla y edad a los escolares, se clasificó el estado nutricional de acuerdo al formulario de

³⁴ Durán I. Estrategias de enseñanza aprendizaje en la atención primaria de salud. Publicación Científica No. 433. OPS/OMS. Washington, D.C. EUA. 1982. Pág. 52.

Atención a Escolares: M.S.P. 0.28-B/92.
Se define como niño desnutrido a los que se ubican bajo el percentil 5 según peso-talla.

RESUMEN DE LOS RESULTADOS

El total de niños escolares fue de 22, de éstos fueron mujeres el 57% (12) y hombres el 43% (9).

Según la edad, el 48% se encuentran en el grupo etáreo de 7 a 9 años, es decir casi la mitad de los escolares tienen entre 7 y 9 años de edad. Los niños de 10 a 12 años fueron el 28% y los de 4 a 6 el 24%.

La desnutrición según nivel de escolaridad fue mayor en el 3ro. de básica con el 42.85%; seguido por el 28.57% de segundo de básica y 14.28% de cuarto de básica; los porcentajes más bajos fueron para el 5to y 6to con un 7.14%.

La desnutrición en la escuela fue del 66.6% (14 de 22 niños / as).

La población escolar de Yuripilaca entre los cinco y catorce años es de 40 niños / as pero sólo el 49% de esta población se encuentra actualmente estudiando.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL DIAGNOSTICO NUTRICIONAL

La incidencia de desnutrición en la escuela José Ayora en junio del 2002 fue del 66.66%. De los 22 escolares, 14 de segundo y tercero de básica fueron los afectados. Es decir que mas de la mitad de desnutridos se encuentra entre segundo y tercero de básica.

Podemos concluir que:

- No existe autocuidado de la salud
- No existe responsabilidad social
- No hay participación estudiantil ni docente en la toma de decisiones
- No existe control de las condiciones que afectan la salud
- Insuficiente empoderamiento, no existen normas establecidas que permitan prevenir o reducir los problemas físicos, sociales y emocionales
- No existen condiciones sociales para mantener la salud de la comunidad
- No existen programas de promoción de la salud

Como recomendación resumimos las siguientes reflexiones:

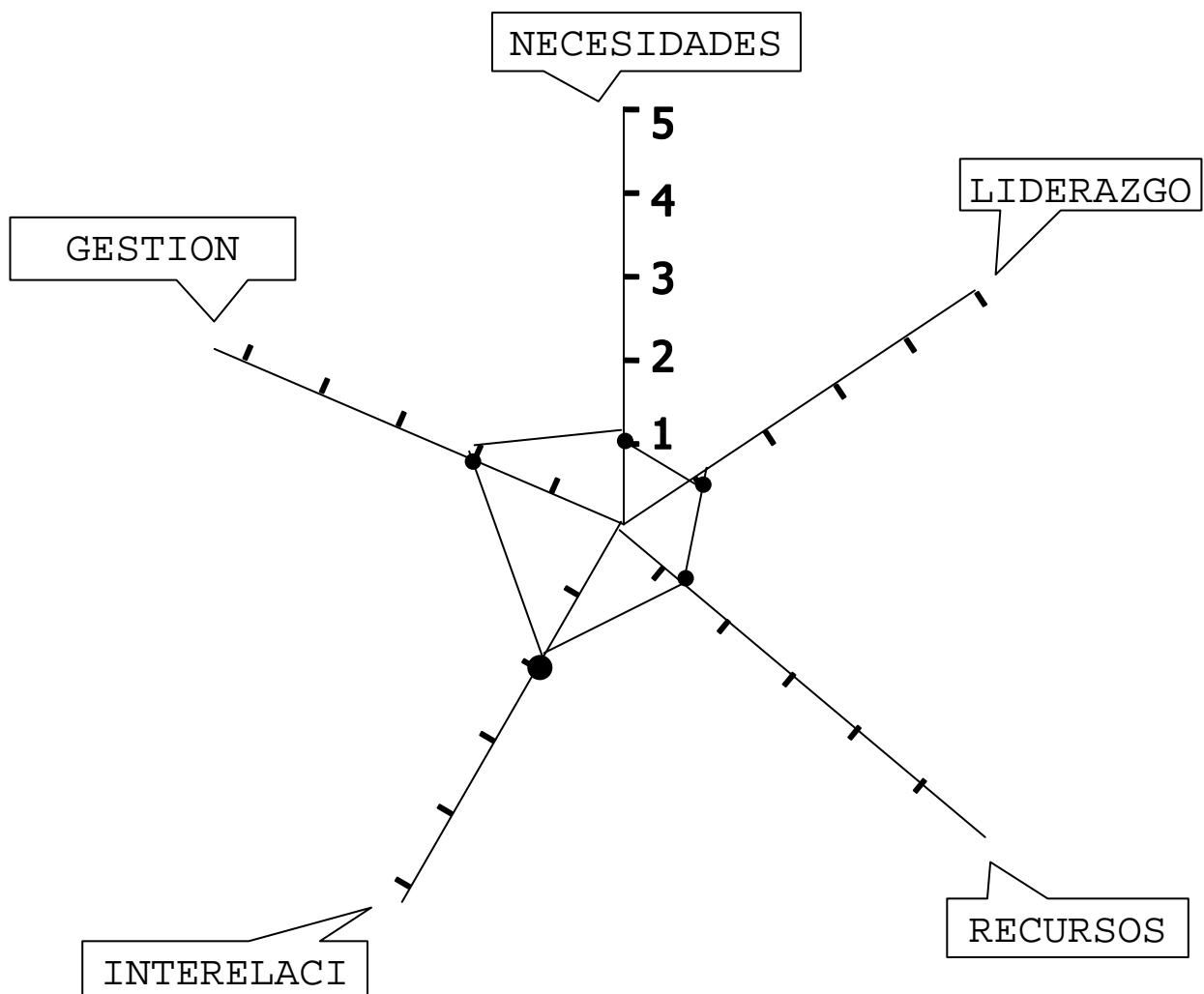
- Se debe implementar programas educativos en el currículo escolar que permitan elegir alternativas saludables, como la educación para una alimentación sana, a través de

los módulos de escuelas promotoras de la salud

- Es necesario desarrollar nuevas investigaciones para determinar las causas fundamentales del fenómeno de desnutrición en esta comunidad.
- Implementar un huerto escolar
- Sería importante difundir o socializar los resultados de los programas de salud y de las investigaciones de esta comunidad.

ANEXO NO.5

Representación gráfica del nivel de participación
(Diagrama de la araña)



ANEXO No. 6

PLANIFICACIÓN DEL TALLER.

TIEMP	CONTENIDOS	METODOLOGÍA	MATERIALE
15	Presentación	Dinámica	
30 min.	Introducción.- Salud Integral y Promoción de la Salud.	Lluvia de ideas: pregunta generadora. Dinámica: olla de comida. Exposición.	Papelotes . Marcadore s. Cinta
30 min.	Diagnóstico.- Sobre entornos y ambientes saludables I.	Lluvia de ideas: Preguntas generadoras. Matrices.	Papelotes . Marcadore s. Cinta
15	Receso		
45 min.	Diagnóstico.- Sobre entornos y ambientes saludables II Violencia en	Lluvia de ideas: Preguntas generadoras. Matrices.	Papelotes . Marcadore s gruesos y finos.
30 min.	Problematizaci ón y propuesta.	Lluvia de ideas.	Papelotes . Marcadore s gruesos y finos.
15 min.	Evaluación y compromisos	Matriz de evaluación. Exposición.	Papelotes . Marcadore

ANEXO NO. 7

GUIA DE PLANIFICACION PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE LA ESCUELA JOSE AYORA.

1. Presentación de los elementos centrales del diagnóstico:

- A) Taller de Diagnóstico de la situación de salud escolar - profesora.
- B) Taller de diagnóstico de la situación de salud - padres y madres de familia.
- C) Taller de Promoción de Salud – comité consultivo comunitario.

Para elaborar la lista de problemas de salud de la comunidad educativa se inició con una dinámica de motivación, para que los niños entiendan lo que van a hacer, se solicitó a los escolares que salgan y recorran los alrededores de la escuela y observen sus condiciones sanitarias, de agua, de equipamiento, etc. También se invitó a informarse sobre las enfermedades más frecuentes que ellos padecen y las posibles causas de estas enfermedades.

Luego en una lluvia de ideas, se pidió que los alumnos vayan nombrando los problemas de salud que ellos identificaron en la escuela, recordando que salud es un término que implica bienestar físico, emocional y social; por lo tanto se dirigió en este sentido la discusión de los alumnos.

Este procedimiento también se empleó para determinar los problemas de salud que los padres y madres de familia y la docente identifiquen, en la escuela. A continuación se detalla el procedimiento empleado:

a) Dinámica:

Para captar el interés de las personas y hablar en un mismo lenguaje es necesario partir de aquello que a ellos/as les resulta conocido y pertinente, es decir la enfermedad. Al empezar hablando de la enfermedad ponemos énfasis, además, en el enfoque curativo que, por lo general, se maneja.

El facilitador debe plantear una pregunta generadora para motivar una respuesta que invite al diálogo. Preguntar, por ejemplo:

¿Cuando están enfermos qué molestias tienen, qué sienten?

Con la participación del grupo hacer una lluvia de ideas. Después, a partir de estas respuestas formular un cuadro, clasificando las dolencias de sus enfermedades en malestares físicos, cambios emocionales y cambios en sus relaciones sociales.

Ejemplo:

FÍSICO	EMOCIONAL	SOCIAL
Dolor de cabeza	Depresión	Menor rendimiento
Dolor de espalda	Tristeza	Peleas con el/la esposo/a
Trastornos estomacales	Mal humor	Poca paciencia con los hijos

A través de hacer asociaciones entre estas diferentes manifestaciones de problemas de salud se puede recalcar como factores físicos, emocionales y sociales están íntimamente relacionados, es decir que no se pueden separar los unos de los otros. Así por ejemplo, las peleas con el esposo/a pueden causar el mal humor, que a su vez traiga el dolor de cabeza. La falta de dinero o la pérdida de un trabajo pueden crear ansiedad o temor, este puede manifestarse como una gastritis o dolor de estómago. A partir de este ejercicio lograremos comprender que no es suficiente cortar un síntoma o un dolor, sino comprender y asociar esa molestia con la situación por la que está atravesando la persona, lo que nos da la posibilidad de ir hacia las posibles causas.

REFLEXIÓN: Sobre la base de la dinámica, establecer un espacio de reflexión en que los/as asistentes cuestionen el impacto que elementos sociales y emocionales tienen sobre su estado de salud. Es importante que las reflexiones y conceptos que surjan en este espacio tengan su origen en la gente para que los sientan suyos y pasen a formar parte de su forma de entender su salud y bienestar.

B) Componentes de la Salud.

(Dibujo de la olla con los ingredientes necesarios para una buena comida)

Para analizar los componentes de la Salud desde un enfoque integral, partimos de un elemento muy local y cotidiano, por ejemplo, un loco de papas. En base a la participación de los asistentes, enumeramos los ingredientes necesarios para una comida sabrosa, poniendo énfasis en la importancia no sólo de los ingredientes sino de la armonía, experiencia y particularidades con que cada persona la prepara.

Los mismos elementos básicos para preparar un rico plato (es decir, armonía, experiencia y particularidades) son la base para elaborar un concepto integrado de salud. Cuando las personas asumen la responsabilidad de Jugar un rol activo en su salud la sabiduría que les brinda su cultura y vivencias personales son muy importantes.

Una visión global de la salud *(Dibujo de la olla con elementos de la concepción centrípeta de la salud)*

El gráfico debe incluir: situación emocional, relaciones interpersonales, medio ambiente, alimentación diaria, médicos, medicamentos, creencias y costumbres culturales, educación-salud.

El enfoque integral concibe a la Salud como un proceso en constante transformación que involucra aspectos físicos, emocionales, sociales, ambientales y espirituales. En este sentido, la enfermedad es solamente la expresión local de un desequilibrio general del ser humano y la influencia de su entorno. De allí que las acciones para mantener la salud deben considerar al ser humano en su totalidad, con sus afectos, angustias y necesidades particulares, y no sólo a la enfermedad y las maneras de medicarla.

C) La promoción de la salud.

Reflexiones sobre la promoción de la salud como herramienta para la construcción de una salud integral.

Algunas definiciones de Promoción de la Salud, para la reflexión:

- Carta de Ottawa (1986): *"La PS consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma"*.

- OPS/OMS (1990): *"La PS es concebida, cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva"*.

- Hancock⁷ (1994); *"La PS es la buena salud pública que reconoce las relaciones entre la salud, la política y el poder". "Puede decirse que la PS es acerca del poder a dos niveles: el primero, como el que se extiende a los individuos y grupos para que sean capaces de tomar más control sobre sus vidas y su salud en el nivel personal y comunitario, y el segundo, en el que la salud se establece como una parte vital de la agenda política"*.

- Nutbeam (1986): *"La PS es el proceso mediante el cual los Individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y, de ese modo, mejorar su estado de salud. Se ha convertido en un concepto unificador para todos aquellos que admiten que, para poder fomentar la salud, es necesario cambiar tanto las condiciones de vida como la forma de vivir"*

Las estrategias de la promoción de la salud (según Carta de Ottawa) son:

Construcción de políticas públicas saludables.

Creación de entornos favorables para la promoción de la salud.

Fortalecimiento de la acción comunitaria.

Desarrollo de aptitudes personales saludables.

Reorientación de los servicios de salud.

Reflexiones sobre la Escuela como un espacio para generar salud Integral, la propuesta de Escuelas Promotoras de la Salud.

Los tres ejes de las escuelas promotoras de salud:

- Servicios de atención de salud y nutrición.

- Educación para la salud.

- Desarrollo de entornos saludables.

ANEXO NO. 8

TALLER PARA LA ELABORACION DEL PLAN DE ACCION DE LA ESCUELA JOSE AYORA DE YURIPILACA, CELICA, LOJA.

En el taller participan los padres de familia, los niños y niñas, y la profesora, el mismo que se realiza con la colaboración técnica del comité consultivo comunitario, a continuación presentamos los criterios para la priorización de los principales problemas de salud en la escuela José Ayora.

A) Presentación del listado de problemas de los talleres de diagnóstico.

B) Agrupación y unificación de criterios en torno a los problemas.

- Lluvia de ideas sobre los principales problemas de salud de la escuela.
- Agrupación de los problemas.
- Unificación de criterios.
- Técnica: visualización con tarjetas.

C) Priorización de problemas: Se utilizará para la priorización de problemas la siguiente matriz:

PROBLEMA	VULNERABILIT	FRECUENCIA	IRGENCTA
Problema	1 al 4	1 al 4	1 al 4
Problema	1 al 4	1 al 4	1 al 4
Problema	1 al 4	1 al 4	1 al 4

Criterios para la priorización:

Vulnerabilidad: La posibilidad de ser resuelto el problema, el puntaje de 4 será para un problema muy vulnerable, es decir un problema que sea muy difícil resolverlo; y, la puntuación de 1 será para un problema poco vulnerable, es decir, que es muy fácil, sencillo de solución o que depende la misma de otros factores que escapan a nuestro control.

Frecuencia: Entendida como la magnitud del problema, siendo la puntuación de 4 para un problema muy frecuente, es decir, que afecta a la totalidad de los niños de la escuela; y, una puntuación de 1 a un problema poco frecuente, que afecta a muy pocos niños.

Urgencia: Se entiende como la necesidad de ser resuelto un problema por la gravedad que implica, así, la puntuación de 4 es para un problema muy urgente, grave, que necesita ser resuelto inmediatamente; y, la puntuación de 1 para un problema poco urgente que su resolución no necesariamente tiene que ser inmediata.

Se ordenaron los problemas más importantes encontrados en los tres grupos y se analizó la factibilidad de solución.

Estos criterios para la priorización tienen una escala de valoración cualitativa y cuantitativa la misma que se detalla a continuación:

Vulnerabilidad: posibilidad de ser resuelto el problema.
Escala del 1 al 4: 1 muy difícil de ser resuelto

- 2 más o menos difícil de ser esbelto
- 3 más o menos fácil de ser resuelto
- 4 muy fácil de ser resuelto

Frecuencia: cuan grande es el problema, en relación al número o proporción de las personas que se ven afectadas.

- Escala del 1 al 4:
- 1 pequeño, afecta a unos pocos
 - 2 no tan pequeño, afecta a algunos
 - 3 no tan grande, afecta a muchos
 - 4 grande, afecta a todos

Urgencia: con que debe ser resuelto el problema

- Escala del 1 al 4:
- 1 problema leve no grave
 - 2 problema no muy grave
 - 3 problema grave, no muy urgente
 - 4 problema muy grave, urgente de resolverse

ANEXO NO. 9

Diagnóstico de salud escolar con la participación de niños, docente, padres de familia y comité consultivo comunitario, Yuripilaca, junio de 2003.

PROBLEMAS ENCONTRADOS	Priorización de problemas			total
	Vulnera bilidad	Frecue ncia	Urgen cia	
DETECTADOS POR LOS NIÑOS/AS				
° Existe mucha basura alrededor de escuela	2	3	2	7
° No existe agua segura para tomar	3	4	3	10
° No hay espacios para recreación	1	2	1	4
DETECTADOS POR LA MAESTRA				
° Los padres de familia no participan en asuntos de la escuela	2	3	2	7

° Falta de conocimientos en salud	2	4	2	8
° Temor de los niños a participar	2	3	2	7
DETECTADOS POR PADRES DE FAMILIA				
° Niños no se alimentan bien	3	3	3	9
° Sanitarios en mal estado y sin uso	3	3	2	8
° Parásitos en los niños y niñas	3	3	2	8

Luego de tener el diagnóstico de salud de las niñas/as, de los padres de familia y de la maestra se entregó los resultados a la coordinadora del Comité Consultivo Comunitario.

Una vez priorizados los problemas de la comunidad educativa, se realiza el plan de acción con la participación de padres y madres de familia, la maestra, representantes del comité consultivo comunitario, para lo cual se emplea la matriz de planificación. Anexo No.10

ANEXO No. 10

PLAN ANUAL DE SALUD ESCOLAR

UTILIZACIÓN: Matriz de Planificación inicial y seguimiento

Nombre de la institución:	
Cantón.	
Parroquia	
Fecha:	

INDICADOR	Situación	Resultado	Actividades	Fechas	Coordinador
-----------	-----------	-----------	-------------	--------	-------------

	Actual	espera do	realiza r		

ANEXO No. 11

**Evaluación de la aplicación de los
módulos como eje transversal en el
currículo escolar**

Años de educación básica: 2do a 7mo

Escuela: José Ayora

Fecha

de aplicación: Noviembre de 2003

COMPONENTE	VALORACIÓN				
	Nunca	Poco	A veces	Frecuen te	Siemp re
Los contenidos de las guías didácticas		x			

se han asociado a la materia de lenguaje y comunicación

Los contenidos de las guías didácticas se han asociado a la materia de matemáticas	Nunca	Poco X	A veces	Frecuen te	Siemp re
--	-------	-----------	------------	---------------	-------------

Los contenidos de las guías didácticas se han asociado a la materia de Ciencias Naturales	Nunca	Poco	A veces	Frecuen te	Siemp re X
---	-------	------	------------	---------------	----------------------

ANEXO NO. 12

Evaluación de la aplicación de los Módulos.

UTILIZACIÓN: Seguimiento.

Módulo utilizado: "Preparándome a Crecer"

1.- Unidades tratadas 1 2 3 4 5

2.- Logros en la aplicación del módulo:

a.- Los niños y niñas conocen sobre los cambios de su cuerpo

b. Conocen los cuidados que deben dar a su cuerpo.

c.- Tienen conocimientos sobre relaciones equitativas de género.

3.- Dificultades en la Aplicación:

a.- No existen módulos para cada niño.

ANEXO NO. 12

Evaluación de la aplicación de los Módulos.

UTILIZACIÓN: Seguimiento.

Módulo utilizado: .Crezco sano porque como bien

1.- Unidades 1 2 3 4 5
tratadas

2.- Logros en la aplicación del módulo:

a.- Los niños conocen la importancia de la alimentación

b. Reconocen los grupos alimenticios

c. Saben que es una alimentación balanceada

3.- Dificultades en la Aplicación:

a.- No existen módulos para cada niño.

ANEXO NO. 12

Evaluación de la aplicación de los Módulos.

UTILIZACIÓN: Seguimiento.

Módulo utilizado: "Vivamos nuestros derechos y responsabilidades"

1.- Unidades 1 2 3 4 5
tratadas

2.- Logros en la aplicación del módulo:

a.- Los niños y niñas Conocen la diferencia entre derecho y responsabilidad.

b.- Los niños y niñas conocen sus derechos y responsabilidades.

c.- Los niños reflexionan si se cumplen sus derechos y responsabilidades.

3.- Dificultades en la Aplicación:

a.- Ninguna

ANEXO NO. 12

Evaluación de la aplicación de los Módulos.

UTILIZACIÓN: Seguimiento.

Módulo utilizado: "Cuido mi salud y la de mi familia"

1.- Unidades tratadas 1 2 3 4 5

2.- Logros en la aplicación del módulo:

a.- Los niños y niñas conocen como funciona el sistema respiratorio.

b.- Los niños y niñas conocen ¿qué son las Infecciones Respiratorias Agudas?

c.- Conocen formas de evitar y curar la tos.

3.- Dificultades en la Aplicación:

a.- Ninguna

ANEXO NO. 13

Guía para grupo focal con niños y niñas

UTILIZACIÓN: Seguimiento.

NOMBRE DEL MODULO: "Crezco sano porque como bien y juego mucho"

AÑO DE EDUCACION BASICA: cuarto

Nro. Niños: 2 Nro. Niñas: 3

¿LA MAESTRA SE HA CAPACITADO EN EL USO DE ESTE MODULO?

SI: X

NO:

Numero total de niños y niñas entrevistados: 5

Los temas principales a tratar son los siguientes:

1. La apreciación general de los niños o niñas sobre el módulo (si les gustó o no)

El módulo les gustó mucho a los niños y niñas porque tiene muchos colores y aprenden a reconocer los alimentos y sus diversos grupos.

2. ¿De qué manera los niños participaron en las actividades?

- De manera autónoma,
- Con ayuda del profesor, o
X
- Totalmente dirigidos.

3. ¿Qué han aprendido? (por ejemplo las tres cosas más importantes)

a. Grupos de alimentos.

- b. Preparación de alimentos balanceados
- c. Qué son y para qué sirven los granos y tubérculos

4. ¿De qué manera la guía les ayuda en su vida diaria?

Para una alimentación adecuada

5. El lenguaje y las instrucciones, ¿son claras y apropiadas para los niños y niñas?

SI, porque comprenden fácilmente las consignas y desarrollan lo que les pide el módulo.

6. Los niños o niñas, ¿han podido compartir algunos temas con su familia o comunidad?

SI; porque han elaborado alimentos en sus casas.

7. ¿Cuáles fueron sus principales inquietudes y dudas durante el desarrollo del módulo?

Al comienzo no sabían para qué servía el Módulo.

Observaciones de la revisión de los cuadernos de algunos alumnos.

1. ¿Realizaron los ejercicios o no?

Se puede ver que en los cuadernos los niños y niñas realizaron las actividades del módulo.

2. ¿Comprendieron o no las consignas?

SI, comprendieron y realizaron las actividades con la guía de la maestra

3. ¿Entendieron los contenidos?

En las preguntas realizadas se quiere medir el nivel de conocimiento de los contenidos del módulo y si entendieron los contenidos

4. ¿Realizaron las tareas para la casa?

Si realizaron con la participación de la familia

5. ¿Se nota que las actividades en aula se realizaron de forma autónoma por el niño o fueron dirigidas por el maestro o maestra?

Al ser una escuela uní docente se trabaja en base a consignas lo que se ha podido verificar en las actividades realizadas

6. ¿En el cuaderno, se puede notar el trabajo en grupo?

Algunas actividades que se realizan se verifica que hubo trabajo en grupo, por cuanto hay algunos trabajos que son iguales y tienen el mismo desarrollo en los cuadernos.

ANEXO NO. 14

Creación del huerto escolar en la comunidad de Yuripilaca

Carta compromiso para la realización del huerto escolar de la comunidad de Yuripilaca

Antecedentes:

El CES (Comité Escolar de Salud) conjuntamente con el CCC (comité consultivo comunitario) se encuentran desarrollando el proyecto de implementación de un huerto escolar, dentro de este proyecto participan 14 familias directamente en el desarrollo de las fincas agro ecológicas y la participación de todos los integrantes de la comunidad en eventos de capacitación y de desarrollo de la comunidad.

En los últimos días los padres de familia y la maestra de la escuela presentaron una propuesta para realizar actividades en un terreno junto a la escuela, considerando que los niños y niñas son el presente y el futuro de la comunidad. Por lo que se llega a los siguientes acuerdos:

Realizar el proyecto Huerto Escolar con la participación de padres de familia, maestra de la escuela, niñas y niños de la escuela y el personal operativo del Seguro Social Campesino.

Compromisos de los padres de familia

- **Apoyar decididamente en el proyecto Huerto Escolar en:**
- **Organizar y administrar el proyecto a cargo de la directiva de padres de familia.**
- **Nombrar un coordinador (bodeguero) para el proyecto.**
- **Apoyar con mano de obra en mingas para la implementación y ejecución del proyecto.**
- **Asistir a reuniones de capacitación y de planificación de las actividades del proyecto**
- **Apoyar con recursos económicos para la adquisición de insumos y semillas para el proyecto.**
- **Impulsar al desarrollo de los cultivos con productos orgánicos.**
- **Motivar la participación de los niños y niñas en las actividades del proyecto**
- **Mantener el huerto escolar en forma permanente e indefinida.**
- **Poner a disposición del proyecto huerto escolar todos los materiales e insumos de los que dispone la**

escuela (según inventario a la fecha del compromiso).

- Destinar los productos del huerto para el almuerzo escolar.

Compromisos de la maestra de la escuela

- Apoyar en la organización de los padres de familia, niños y niñas de la escuela para la creación del huerto escolar.
- Impulsar todas las actividades de desarrollo del proyecto
- Destinar horas y actividades para el avance del Huerto Escolar
- Coordinar actividades con técnicos de la zona
- Reforzar las actividades de cultivo y manejo del huerto escolar con la participación de los niños de la escuela.
- Delegar funciones a los niños de acuerdo a su edad y capacidades.
- Destinar los productos del huerto para el almuerzo escolar.

Compromisos del comité consultivo comunitario

- Brindar asistencia técnica en: planificación, ejecución y seguimiento del proyecto huerto escolar durante la permanencia de la fundación en la comunidad.

- Realizar control escolar integral a los niños de la escuela.
- Dar capacitación a los padres de familia y niños de la escuela en temas de salud y nutrición
- Apoyar con materiales e insumos necesarios para la implementación y manejo del huerto escolar de acuerdo al presupuesto acordado entre las partes interesadas.

Anexo No. 15

ESTABLECIMIENTO DEL COMITÉ DE SALUD ESCOLAR

Instrucciones: apunte los nombres de los posibles miembros en cada sección, examine en grupo lo que cada persona ofrece en cuanto al interés en promover la salud mediante la escuela, sus aptitudes, sus influencias dentro y fuera de la escuela, la última columna se marca quién a sido seleccionado (X)			
SECTOR	NOMBRES	APTITUDES / INTERESES	DECISIÓN
MAESTROS			
ATENCIÓN EN SALUD			
Médicos			
Enfermeras			
Otros			
ESTUDIANTES			
PADRES DE FAMILIA			
OTROS			

Anexo No. 16

ESTABLECIMIENTO DE UN COMITÉ CONSULTIVO COMUNITARIO

Instrucciones: apunte los nombres de los posibles miembros en cada sección, examine en grupo lo que cada persona ofrece en cuanto al interés en promover la salud mediante la escuela, sus aptitudes, sus influencias dentro y fuera de la escuela, la última columna se marca quién a sido seleccionado (X)

SECTOR	NOMBRES	APTITUDES / INTERESES	DECISIÓN
ATENCIÓN EN SALUD			
Médicos			
Odontólogo			
Enfermeras			
Personal de servicio social			
Personal de Salud Pública			
Otros			
FAMILIA Y GRUPO DE JÓVENES			
Grupo de padres			
Grupo de mujeres			
Grupos sociales			
Grupos religiosos			
ONG,s			
GOBIERNO RURAL O MUNICIPAL			
Funcionarios de alto nivel			
Personal de saneamiento / obras públicas			
NEGOCIOS PROPIOS			
representantes de los medios de comunicación			
Empresas privadas			

ANEXO NO. 17

Seguimiento al Comité de Salud Escolar.

Fecha: _____

Lugar: _____

¿Está constituido el Comité de Salud Escolar?

SI: NO: _____

Fecha en la que fue constituido: 23
de noviembre de 2002 _____

Tiene Acta de Constitución: SI:

NO: _____

Nombres y cargo de las personas que lo conforman:

Persona de referencias del Comité:

Tiene un Plan de Acción: SI: NO: _____

Actividades para los próximos seis meses:

- *Apoyar en la realización del Huerto Escolar.*
- *Apoyar en el mantenimiento de la letrina*
- *Ser el puente entre la Unidad de Salud y los niños para dar seguimiento a su estado de salud.*

Necesidades Técnicas de apoyo: *Apoyar en contenidos de Planificación y gestión de recursos*

ANEXO NO. 18

Seguimiento al Comité Consultivo
Comunitario.

Fecha: _____

Lugar: _____

¿Está constituido el Comité Consultivo
Comunitario?

SI: NO: _____

Fecha en la que fue constituido: 12
de diciembre de 2002 _____

Tiene Acta de Constitución: SI:
NO: _____

Nombres y cargo de las personas que lo
conforman:

Persona de referencias del Comité:

Tiene un Plan de Acción: SI: NO:

Actividades para los próximos seis
meses:

- *Apoyo técnico en la realización del Huerto Escolar.*
- *Gestión de recursos a nivel local*
- *Apoyo técnico para mejorar el estado nutricional y los hábitos alimenticios.*
- *Coordinar la planificación y capacitación en la comunidad educativa.*

Cuadro No. 1

Metodología empleada para recolección de la información según el actor. Escuelas Saludables, Yuripilaca, Loja, 2003.

Actores	Grupos focales	Entrevista individual	Reflexión individual	Actividades lúdicas
Alumnos				
Maestra				
Comité C.C.				
Padres				
Lideres				

Fuente: Anexo No.3, 11 y 12

Elaboración: E. Albán.

Cuadro No.4

Distribución de 21 niños de la Escuela José Ayora, según sexo. Yuripilaca,
Loja 2002.

SEXO	No. ALUMNOS	%
HOMBRES	9	42.85
MUJERES	12	57.14
TOTAL	21	100.0

Fuente: ficha de diagnóstico de salud escolar

Elaboración: E. Albán.

La distribución por sexo tuvo el mayor porcentaje para las mujeres.

Cuadro No.5

Distribución de 21 niños de la Escuela José Ayora, según edad.
Yuripilaca.Loja 2002

EDAD EN AÑOS	No. ALUMNOS	%
4 a 6	5	23.80
7 a 9	10	47.61

10 a 12	6	28.57
TOTAL	21	100,00

Fuente: ficha de diagnóstico de salud escolar
Elaboración: E. Albán.

Por grupos etáreos, los niños / as de 7 a 9 años fueron el 47.61%.

Cuadro No.6

Distribución de 21 niños de la Escuela José Ayora, según grado de escolaridad y estado nutricional. Yuripilaca, Celica. Loja 2002

GRADO DE ESCOLARIDAD	NUTRIDOS		DESNUTRIDOS		TOTAL
	Número	%	Número	%	
Segundo	2	28.57	4	28.57	6
Tercero	0	00.00	6	42.85	6
Cuarto	1	14.28	2	14.28	3
Quinto	1	14.28	1	7.14	2
Sexto	2	28.57	1	7.14	3
Séptimo	1	14.28	0	00.00	1
TOTAL	7	100.00	14	100.00	21

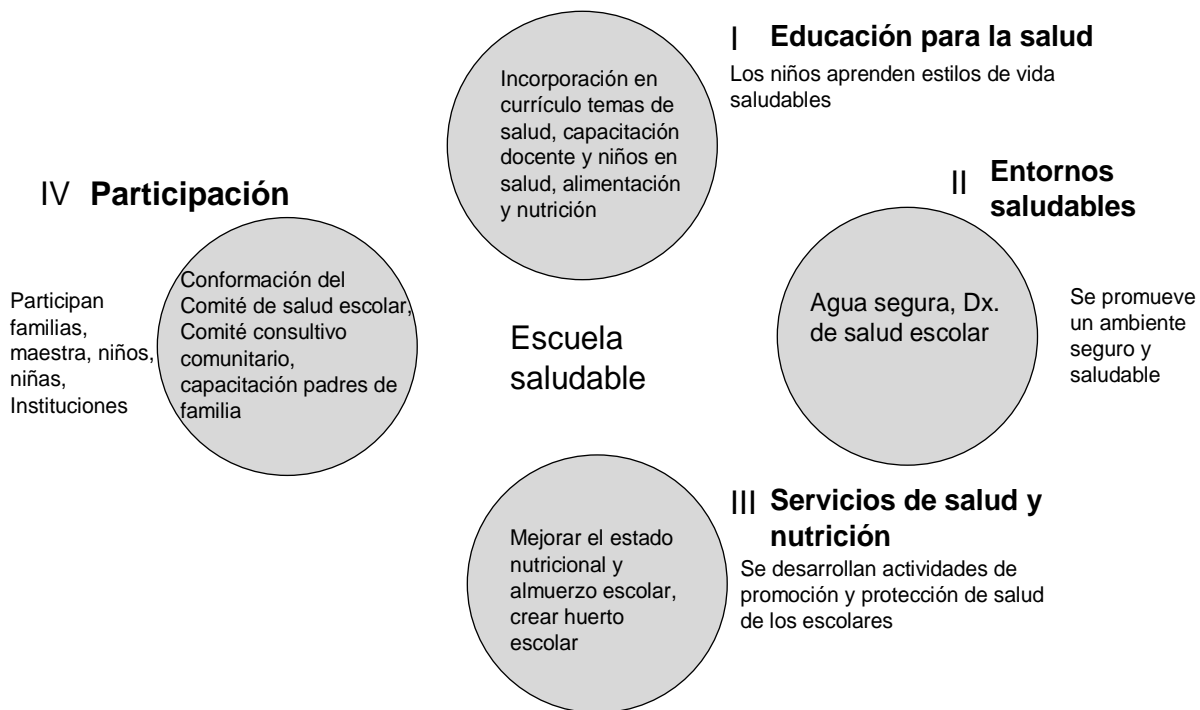
Fuente: ficha de diagnóstico de salud escolar
Elaboración: E. Albán.

La desnutrición según el nivel de escolaridad fue mayor para el tercero y segundo de básica. Los dos porcentajes juntos fueron el 71.42% de los escolares, es decir 3 de cada 4 niños tuvieron desnutrición.

Áreas de acción de la escuela saludable, José Ayora.

Concepto:

es un proceso de cambio de actitud en el niño/a (higiene corporal, mental, ambiental, aprender para mejor vivir, crecer normal) dentro y fuera de la escuela con la cooperación del SSC, MSP y comunidad



ANEXO No. 10

ELABORACIÓN DEL PLAN ANUAL DE SALUD ESCOLAR A PARTIR DEL DIAGNÓSTICO INICIAL

PLAN DE ACCION POR LA SALUD Y LA VIDA ESCUELA “JOSÉ AYORA” DE YURIPILACA.

Nombre de la institución:	“José Ayora” de Yuripilaca.
Cantón: Celica	
Provincia: Loja	Fecha: Marzo 2003

VARIABLE	Situación Actual	Resultado esperado	Actividades a realizar	Tiempo
Agua Segura	No existe en la escuela agua segura para beber ni lavarse las manos.	En la escuela hay agua segura para beber y lavarse las manos.	1. Informar a los niños y niñas de la importancia del agua segura para beber y lavarse las manos. 2. Pedir a los niños y niñas que traigan botellas para pintar en la escuela a la mitad de negro en forma diagonal. 3. tener agua hervida en un recipiente para lavarse las manos.	Primer semana Tercera semana Segunda semana
Instalaciones sanitarias adecuadas	Los inodoros no están limpios y se encuentran en mal estado.	Los inodoros están limpios y en buen estado	Mantener limpios los inodoros, organizando comisiones.	Primer mes
Ambiente sano	Los patios quedan sucios luego del recreo.	Los patios están limpios de manera permanente.	Organizamos una comisión de vigilancia con dos niños de manera rotativa, de manera que estén pendientes quién bota basura al piso y se multe con un centavo.	Segunda semana
Salud de niños, niñas y docentes	El estado de nutrición de niños y niñas es deficiente.	Los niños mejoran considerablemente su condición de salud.	1. Aplicamos el módulo de nutrición saludable. 2. Preparamos alimentos cada dos semanas en la escuela	A partir de la semana. A partir de la semana
Sexualidad.	Los niños y niñas no tienen conocimientos sobre sexualidad que les permita tomar	Los niños y niñas tienen conocimientos suficientes sobre sexualidad que les permite tomar decisiones	Aplicación del módulo de sexualidad en sexto y en séptimo.	A partir de la semana.

	decisiones en su vida	adecuadas en sus vida		
Nutrición	Existe un alto índice de desnutrición en niños y niñas.	La nutrición de niños y niñas mejora.	Hacer un huerto escolar.	Primer mes
Derechos y Buen trato	Se detecta niveles de maltrato en niños y niñas.	Existe un ambiente afectivo entre niños, niñas y maestra	Aplicar el módulo de derechos.	Primer mes

PRIMER SEGUIMIENTO:

Este se realiza a los cuatro meses de intervención, de manera formal, pero a lo largo del año escolar se viene realizando el acompañamiento respectivo de las acciones de mejora de la salud escolar a la maestra, a los niños, niñas y a la comunidad.

ANEXO NO. 10.1

PLAN DE ACCION POR LA SALUD Y LA VIDA, ESCUELA JOSE AYORA DE YURIPILACA

Nombre de la institución:	Escuela José Ayora de Yuripilaca.
Cantón: Celica	
Provincia: Loja	Fecha: Julio 2003

VARIABLE	Situación Actual	Resultado esperado	Actividades realizadas	Satisfacción cumplida
Agua Segura	No existe en la escuela agua segura	En la escuela hay agua segura para	1. Se Informa a los niños y niñas de la importancia del	Buen nivel de cumplimiento

	para beber ni lavarse las manos.	beber y lavarse las manos.	agua segura para beber y lavarse las manos. 2. Se elaboran las botellas para que los niños traigan con agua a la escuela y se pone al sol la mañana y hasta el recreo se tiene agua segura para beber. 3. Por comisiones los niños hacen hervir agua para usar lavándose las manos.	niños tienen suficiente información
Instalaciones sanitarias adecuadas	Los inodoros no están limpios y se encuentran en mal estado.	Los inodoros están limpios y en buen estado	Se ha logrado que los inodoros estén limpios y se está gestionando con el comité de salud escolar el mejoramiento de la letrina.	Se van modificando hábitos de la letrina
Ambiente sano	Los patios quedan sucios luego del recreo.	Los patios están limpios de manera permanente.	El patio está limpio.	La primera semana se contabilizaron 100 centavos, 86 veces se sacó la basura al patio incluyendo a la maestra, la segunda semana se disminuyó a 50% y se eliminó logrando llegar a cero y se está trabajando con la comisión con la comunidad
Salud de niños, niñas y docente	El estado de nutrición de niños y niñas es deficiente.	Los niños mejoran considerablemente su condición de salud.	1. Se Aplicó el módulo de nutrición saludable. 2. Se preparan alimentos cada dos semanas en la escuela	Se verificó que los niños y niñas están haciendo réplicas de recetas que elabora en la escuela en sus casas.

Sexualidad.	Los niños y niñas no tienen conocimientos sobre sexualidad que les permita tomar decisiones en su vida	Los niños y niñas tienen conocimientos suficientes sobre sexualidad que les permite tomar decisiones adecuadas en sus vida	Se aplica el módulo de sexualidad en sexto y en séptimo de básica.	Tienen información sobre su sexualidad
Nutrición	Existe un alto índice de desnutrición en niños y niñas.	La nutrición de niños y niñas mejora.	Se trabaja el espacio para la adecuación y siembra de hortalizas en el huerto escolar.	Se movilizan recursos y se organiza por comisiones a los niños para que cuiden el huerto
Derechos y Buen trato	Se detecta niveles de maltrato en niños y niñas.	Existe un ambiente afectivo entre niños, niñas y maestra	Se aplica el módulo de derechos en el quinto año de básica.	Los niños conocen sus derechos y exigen buen trato en la escuela y en la casa

ANEXO NO. 10.2

PLAN ANUAL DE SALUD ESCOLAR SEGUNDO SEGUIMIENTO Se desarrolla a los 10 meses
Cumplimiento de las acciones

Nombre de la institución:	Escuela "José Ayora" de Yuripilaca
Cantón: Celica	
Provincia: Loja	Fecha: Diciembre 2003

OBJETIVO:

VARIABLE	Situación Actual	Resultado esperado	Actividades realizadas	Satisfacción cumplida
Agua Segura	No existe en la escuela agua segura para beber ni lavarse las manos.	En la escuela hay agua segura para beber y lavarse las manos.	Se cumplen las actividades planificadas.	Los niños son capaces de reconocer fuentes seguras de agua y obtener agua segura.
Instalaciones sanitarias adecuadas	Los inodoros no están limpios y se encuentran en mal estado.	Los inodoros están limpios y en buen estado	Las actividades previstas se realizan y las letrinas están limpias y aseadas.	La modificación de los hábitos de los niños y niñas en el uso de las letrinas es un logro importante que contribuye a la salud de la escuela y posibilita la participación de la comunidad.

				de la situación de salud escolar
Ambiente sano	Los patios quedan sucios luego del recreo.	Los patios están limpios de manera permanente.	Todas las planteadas se han cumplido exitosamente.	Ya no es necesario multar a los niños y niñas que arrojan basura en el patio porque han modificado sus hábitos, utilizando tachos de basura
Salud de niños, niñas y docentes	El estado de nutrición de niños y niñas es deficiente.	Los niños mejoran considerablemente su condición de salud.	Se cumplen las acciones previstas y se mejora la situación nutricional, a través de la mejora en los hábitos nutricionales.	Se logra pasar hábitos nutricionales en los hogares de los niños y niñas y se preparan alimentos nutritivos
Sexualidad.	Los niños y niñas no tienen conocimientos sobre sexualidad que les permita tomar decisiones en su vida	Los niños y niñas tienen conocimientos suficientes sobre sexualidad que les permite tomar decisiones adecuadas en sus vidas	Se termina de utilizar los módulos de sexualidad	Se prevé que los niños y niñas tengan suficiente información para decidir en su vida
Nutrición	Existe un alto índice de desnutrición en niños y niñas.	La nutrición de niños y niñas mejora.	Realizadas las actividades previstas	Se ha obtenido la primera cosecha de hortalizas, a pesar de ser en poca cantidad, se incrementará el próximo año escolar.
Derechos y Buen trato	Se detecta niveles de maltrato en niños y niñas.	Existe un ambiente afectivo entre niños, niñas y maestra	Cumplida la actividad adecuadamente.	El ambiente es agradable y buenas relaciones

