

CÓMO MEJORAR LA EDUCACIÓN
PARA LA SALUD

Investigaciones
BREVES 25

CÓMO MEJORAR LA
EDUCACIÓN PARA LA SALUD
Diagnóstico situacional y propuestas

Estrelia Nizama Ruiz
Alejandro Samaniego Salcedo



CIES
consorcio de investigación
económica y social



CIES - Observatorio
del Derecho a la Salud



- © Estrelia Nizama Ruiz
Alejandro Samaniego Salcedo

- © Consorcio de Investigación Económica y Social
Observatorio del Derecho a la Salud
<www.consortio.org/observatorio>

- © CARE-Perú
Programa Derechos en Salud
<www.care.org.pe>

Edición: Lima, marzo de 2007
Revisión técnica: Javier Bellina de los Heros
Edición y corrección: Luis Andrade Ciudad
Arte de carátula: Julissa Soriano
Impreso por Ediciones Nova Print SAC

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N.º 2007-03279
ISBN 978-9972-804-70-0

Esta publicación forma parte del proyecto Observatorio del Derecho a la Salud, auspiciado por la Fundación Ford.

El Observatorio del Derecho a la Salud es una iniciativa del Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES). Su propósito es impulsar una comunidad que articule los derechos humanos con la salud pública, promoviendo los vínculos entre ambos, así como el análisis independiente y la generación de conocimiento útil alrededor del derecho a la salud.

El Observatorio del Derecho a la Salud y CARE-Perú no comparten necesariamente las opiniones vertidas en la presente publicación, que son responsabilidad exclusiva de sus autores.

Contenido

Presentación	9
Resumen ejecutivo	13
Introducción	17
1. ANTECEDENTES	19
2. MARCO CONCEPTUAL	23
2.1. Educación para la salud	23
2.1.1 Educación	23
2.1.2 Salud	24
2.1.3 Promoción de la salud	24
2.1.4 Educación para la salud	25
2.2. Otros conceptos	25
2.2.1. Educación sanitaria	26
2.2.2. Comunicación para la salud	27
2.2.3. Alfabetización para la salud	27
2.3. Comparación entre los conceptos	28
3. ASPECTOS METODOLÓGICOS	31
3.1. Problema de investigación	31
3.2. Objetivos del estudio	32
3.3. Técnicas empleadas	32
3.3.1 Entrevistas en profundidad	32
3.3.2 Encuesta de opinión	32
3.3.3 Revisión de documentos	36
3.4. Descripción del proceso	38

4. RESULTADOS	39
4.1. Políticas sectoriales y mecanismos legales o normativos a través de los cuales se ha incorporado la educación para la salud a nivel nacional y regional	39
4.1.1. Educación para la salud desde el sector Salud	39
4.1.2. Educación para la salud desde el sector Educación	45
4.1.3. Convenio Marco de Cooperación Técnica entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud (2002)	57
4.2. Prácticas sectoriales e intersectoriales en la educación para la salud	59
4.2.1. Descripción de la educación para la salud	59
4.2.2. Enfoques que guían las estrategias y materiales de la educación para la salud	66
4.2.3. Análisis de los materiales educativos	72
4.3. Comisión Multisectorial de Escuelas Promotoras de Salud-Iniciativa Regional de las Escuelas Promotoras de Salud (IREPS)	76
4.4. Enfoques y estrategias de la educación para la salud en la sociedad civil	80
5. CONCLUSIONES	83
6. MEDIDAS SUGERIDAS	87
Bibliografía	93
Anexos	97

PRESENTACIÓN

Del compromiso institucional a la voluntad política e intersectorial

El estudio tiene como objetivo central identificar las condiciones en las cuales se realiza la educación en salud, dentro de la educación básica y en el marco de las políticas educativas y de salud, considerando los enfoques de derechos humanos, género e interculturalidad.

En las dos últimas décadas, el país ha sido testigo de diversos cambios en materia de salud y educación, desde distintas modalidades de intervención y concepciones varias. Sin embargo, existen pocos logros a mencionar sobre los procesos de articulación en dichos ámbitos. Tal es el convenio Marco de Cooperación Técnica entre el Ministerio de Educación y Ministerio de Salud, en virtud del cual ambos buscan optimizar los recursos humanos, materiales, informativos, informáticos y financieros de los programas y proyectos, fomentando el uso del espacio escolar como un lugar estratégico para promover una cultura de salud. También hay que reconocer el rol fundamental de la Comisión Multisectorial de Escuelas Promotoras de Salud y los esfuerzos de las organizaciones no gubernamentales, así como el compromiso personal de representantes de ambos sectores, que permitieron generar estrategias y propuestas relevantes en este terreno. Sin embargo, a puertas de finalizar el convenio marco, es indispensable pasar del compromiso personal a la voluntad política y redoblar los esfuerzos para comprender que la escuela es un espacio de promoción de la salud y que la salud no sólo tiene un fin recuperativo y rehabilitador sino promotor de capacidades de autocuidado y decisión, que se transmiten principalmente a través de la educación.

Uno de los cambios trascendentales en salud, tiene que ver con el reconocimiento de nuevos paradigmas y estrategias, tales como el enfoque de promoción de la salud, que no sólo ha servido para comprender la importancia de la prevención sino también el papel calve del involucramiento de la comunidad como agente de cambio y control de las condiciones de salud. En esa perspectiva, el cuidado de la salud ha dejado de ser exclusividad del personal médico para involucrar a la sociedad en general. Una situación similar ha sucedido con la educación en el ámbito escolar, si bien el docente cumple un rol indispensable, se hace necesaria la participación de los padres y madres, de la comunidad y, por supuesto la intervención activa y protagónica de los alumnos y alumnas. Además, el reconocimiento de las diversas realidades y su impacto en los procesos de enseñanza-aprendizaje han promovido la importancia de la interculturalidad y la equidad de género como enfoques centrales en toda acción formativa.

En gran parte, todos estos cambios son resultado de tres hechos esenciales:

- El reconocimiento de la salud y la educación como derechos universales y, por ende, como una condición inherente a todo ser humano sin distinción alguna.
- La explicación multifactorial de los fenómenos que afectan a la salud y a la educación, y la singularidad de los factores sociales para desencadenar o modificar las situaciones individuales y colectivas.
- La aceptación que las sinergias entre salud – educación son sumamente trascendentes a lo largo de la vida de las personas.

Estos hechos reformularon las modalidades de intervención, e impulsaron el involucramiento de los diferente agentes sociales, pero también permitieron poner en evidencia la situación de compartimentalización y la falta de articulación y trabajo conjunto que existe entre los sectores Salud y Educación. Esta división ha generado duplicidad de acciones y discursos, y un tratamiento de los derechos a la educación y a la salud como si fueran exclusividad de ambos sectores por separado, lo que ha impedido promover cambios y reformas sustanciales.

Desde la nueva forma de entender la salud y la educación, es indispensable encontrar mecanismos que faciliten la complementación y el consenso de ambos sectores, en la tarea de universalizar los derechos y

brindar a los ciudadanos la capacidad de decidir sobre sus propias condiciones para mejorar su calidad de vida.

Frente a esta tarea de responsabilidad compartida, tanto por el Estado como por la sociedad civil, los autores plantean la necesidad de continuar y ampliar los mecanismos que supongan esfuerzos para integrar la salud en la educación y a la educación en la salud como una política sistemática.

CARE-Perú, Programa Derechos en Salud
CIES, Observatorio del Derecho a la Salud

RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio reconoce y describe los diversos enfoques, materiales y estrategias que se emplean para implementar las acciones de educación para la salud tanto en el sector público como en las ONG. Asimismo, describe y analiza las políticas vigentes sobre el tema tanto en el Ministerio de Salud como en el de Educación. Para ello, se revisaron diversos documentos referentes a la normatividad sectorial, se entrevistó a un grupo de responsables de la toma de decisiones políticas y expertos, y se aplicó una encuesta a docentes y a personal de salud involucrados en el tema.

Entre los principales hallazgos, podemos mencionar que hay diversas experiencias de implementación de la educación para la salud tanto en el sector público como en la sociedad civil. Con ello se ha logrado una cantidad significativa de materiales en temas como higiene, alimentación y nutrición, habilidades sociales, educación sexual, entre otros. Asimismo, la puesta en práctica de estos enfoques evidencia la aplicación de diferentes estrategias, entre las que resaltan dos: la que se localiza en los niveles intermedios (unidades de gestión educativa local, direcciones de salud, direcciones regionales de educación) y promueve e impulsa convenios, directivas, capacitaciones, etcétera, y la estrategia que interviene dentro de las comunidades educativas, buscando modificar el entorno, desarrollando capacidades en los alumnos y alumnas, padres y docentes o incluyendo contenidos de salud en la estructura curricular del centro.

La práctica de la educación para la salud se sustenta en diferentes enfoques, que se definen de acuerdo con los criterios que cada sector considera pertinentes. Sin embargo, se ha encontrado que la mayoría de

organizaciones e instituciones toman en cuenta en su marco de intervención los enfoques de interculturalidad, empoderamiento y género. Por el contrario, los enfoques de participación y derechos son muy poco mencionados por los actores y, además, pocos hacen referencia a ellos. Incluso están ausentes en la práctica o son abordados superficialmente tan sólo como contenidos.

Respecto a las políticas de educación para la salud, existen diferencias en cada sector. En el Ministerio de Salud existe una estructura orgánica dirigida exclusivamente a la educación para la salud, que cuenta con un marco normativo derivado de acuerdos internacionales sobre promoción de la salud, los que guían su práctica. Hasta el año 2005, consiguieron beneficiar a 3.695 instituciones educativas con acciones de capacitación y materiales educativos. En relación con el Ministerio de Educación, su estructura de organización determina que un área específica no pueda encargarse del tema, pues requiere la intervención y complemento de diferentes direcciones tales como la de Tutoría y Orientación Educativa (DITOE), entre otras, para insertar contenidos y diseñar estrategias. Sus diversos instrumentos y mecanismos normativos no incluyen el concepto de educación para la salud. Incluso las acciones de formación docente no enfatizan este tema. Sin embargo, la estructura curricular básica cuenta con contenidos y busca desarrollar capacidades relacionadas con la salud.

Estas diferencias dificultan la comunicación y la relación intersectorial. Así, se llega incluso a duplicar esfuerzos y retrasar procesos y, por tanto, se produce una mayor inversión de recursos humanos y financieros. Aunque se cuenta con un Convenio Marco de Cooperación Técnica entre ambos ministerios, la cartera de Educación, a diferencia de la de Salud, no ha asumido a plenitud el liderazgo que le corresponde, que es el de ser ente rector en políticas educativas.

Uno de los avances positivos en el desarrollo de la educación para la salud en nuestro país ha sido la conformación de la Comisión Multi-sectorial de Escuelas Promotoras de Salud (CMEPS), a través de la cual se ha impulsado la firma del Convenio Marco, la inclusión del tema en la agenda política sectorial y, a la vez, el fortalecimiento de la iniciativa de Instituciones Educativas Saludables. Como resultado de su labor, en breve se publicará la *Guía de gestión de la estrategia de escuelas promotoras de la salud*, que permitirá fortalecer el vínculo entre la institución educativa y los establecimientos de salud.

En consecuencia, hay tareas pendientes para continuar apoyando el desarrollo de la educación para la salud, a través del compromiso político y la disponibilidad de los recursos humanos y económicos necesarios del Estado. Para ello, se requiere que el sector Educación asuma o incluya la salud como componente y condición indispensable para la formación de los educandos y, a la vez, permita la construcción de agendas conjuntas con el sector Salud definiendo conceptos, enfoques, estrategias, indicadores de evaluación e incluso la distribución presupuestal, de acuerdo con las responsabilidades asumidas.

De la misma forma, el sector Salud debe considerar la experiencia del sector Educación en el desarrollo de temas de salud, sobre todo para el diseño y evaluación del Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas, capacitarse en el manejo de instrumentos pedagógicos y adecuar su normatividad para una relación horizontal y recíproca con la escuela. En el mediano plazo, se debe actualizar el Convenio Marco, definiendo claramente los roles y las funciones sectoriales e intersectoriales, reconociendo la iniciativa de las Instituciones Educativas Saludables y otorgando a la sociedad civil el rol de apoyo técnico, dada la experiencia acumulada.

Esperamos que el presente estudio sirva para revalorar el rol de la educación y la salud como derechos fundamentales para el desarrollo pleno y la construcción de ciudadanía. Asimismo, esperamos llamar la atención de los responsables de la formulación de políticas para que inserten en sus agendas la importancia de la intersectorialidad y multisectorialidad como estrategia para el diseño e implementación de programas y servicios integrales a favor de la infancia, la juventud y la comunidad educativa.

INTRODUCCIÓN

En el marco del convenio de cooperación suscrito entre CIES y CARE-Perú, el Observatorio del Derecho a la Salud del CIES proyectó la ejecución de un estudio sobre la forma y condiciones bajo las cuales se realiza la educación en salud en la educación básica regular, de acuerdo con las políticas educativas y de salud y teniendo en cuenta el marco de los derechos humanos y los enfoques de género e interculturalidad.

La educación para la salud constituye un componente trascendental en la promoción de la salud, dado que las instituciones educativas son uno de los escenarios ideales para la realización de acciones de promoción. Se parte de que los niños, niñas, adolescentes y jóvenes que se encuentran en el ámbito escolar tengan acceso a la información, conocimiento, práctica y apoyo necesario para que puedan desarrollar hábitos y estilos de vida saludables. En este sentido, la educación para la salud busca fortalecer la capacidad de niños, niñas, adolescentes y jóvenes para la promoción y protección de su propia salud, la de su familia y comunidad, mediante procesos educativos básicos que les faciliten adquirir y poner en práctica los conocimientos, habilidades, actitudes y valores necesarios. Por ello, las intervenciones educativas para el fomento de la salud en el ámbito escolar deben tener en cuenta la gran diversidad de factores que influyen en el comportamiento humano. Asimismo, deben fundamentarse en una visión integral y multidisciplinaria de la salud, que incluya el análisis de los factores sociales, culturales, políticos y económicos que afectan la vida cotidiana.

La complejidad de la educación para la salud no sólo se refleja en la elaboración de contenidos o en el número de actividades vinculadas con

el empoderamiento de niños, niñas y adolescentes. Se expresa también en la diversidad de conceptos, enfoques y estrategias de las instituciones que la han implementado, con lo que se ha conseguido que actualmente podamos hablar de una política de educación para la salud. Reconocer su importancia en la política nacional, regional y local significa considerarla como uno de los pilares para lograr el desarrollo y bienestar de cada uno de los peruanos y peruanas.

El estudio diagnóstico sobre educación para la salud que a continuación describiremos permitirá contar con información sectorial, intersectorial y multisectorial sobre abordaje, enfoques, estrategias y materiales para la construcción de propuestas de política pertinentes y viables en el corto y mediano plazo. En el presente informe presentaremos diferentes hallazgos en la política sectorial, el marco conceptual que sustenta la educación para la salud, las acciones que realizan los ministerios de Educación y Salud, y la experiencia de las ONG.

Al final, reseñaremos las conclusiones y sugerencias que, entendemos, debieran implementarse para reconocer el lugar de la educación para la salud en el marco de los derechos humanos y la interculturalidad, y por ende, para aplicarla y mejorarla.

1. ANTECEDENTES

La educación para la salud cobra vigencia como estrategia o como enfoque a partir del desarrollo de la promoción de la salud. Algunas de sus características se enmarcan incluso en la definición de salud planteada por la OMS. En este capítulo describiremos algunos hechos que han determinado la vigencia de la promoción de la salud en la política del sector.

Con el devenir de los años, la promoción de la salud ha cobrado mayor relevancia a partir de diferentes encuentros internacionales de carácter regional. Uno de los más importantes fue la Primera Conferencia de Promoción de la Salud en Ottawa (1986), donde se elaboró la Carta de Ottawa, en la que se introdujo una visión más amplia del concepto de promoción de la salud, planteando la importancia de los entornos físico, económico, social, cultural y ambiental como determinantes de la salud. Asimismo, la Carta resalta la importancia de la participación activa de la comunidad en la búsqueda del bienestar y la reorientación de los servicios de salud más allá de la mera prestación de ellos.

La Segunda Conferencia, realizada en Adelaida, Australia (1988), subraya el papel fundamental de las políticas públicas saludables, en tanto que la Tercera Conferencia, llevada a cabo en Sundsvall, Suecia (1991), hace énfasis en la interdependencia entre la salud y el ambiente en sus dimensiones físicas, culturales, económicas y políticas.

Durante la Conferencia de Santa Fe de Bogotá, Colombia (1992), se discutió la importancia de la solidaridad y la equidad como condiciones indispensables para la salud y el desarrollo, además de deplorarse la repercusión de la violencia en la salud de los individuos y las comunidades. La

Conferencia de Promoción de la Salud del Caribe, realizada en Trinidad y Tobago en 1993, enfatizó aún más la promoción y protección de la salud, identificando estrategias para la realización de actividades intersectoriales, e hizo un llamado a la renovación del compromiso para la participación comunitaria en los procesos de decisión, comunicación social y mayor equidad en salud.

Posteriormente, durante la Cuarta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, en Yakarta, Indonesia (1997), se planteó la necesidad de avanzar en la lucha contra la pobreza y otros determinantes de la salud en los países en desarrollo. De igual modo, se enfatizó en la movilización de los sectores privados y la conformación de alianzas estratégicas. En la Quinta Conferencia Internacional, realizada en Ciudad de México (2000), la promoción del desarrollo sanitario y social fue considerada como un deber primordial de los gobiernos, con el que comparten responsabilidad todos los demás sectores de la sociedad. Se concluyó, además, que la promoción de la salud debe constituirse como un componente fundamental de las políticas y programas de salud en todos los países, en la búsqueda de la equidad y de una mejor salud para todos.

Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud, a través la Resolución OPS CD43/14 2001, fijó los lineamientos políticos y la preeminencia para la continuidad de la estrategia de promoción de la salud; sugirió políticas públicas saludables de aplicación para todos los sectores relevantes, a fin de mejorar los determinantes de la salud y reducir las inequidades. Se insistió en la colaboración intersectorial y el establecimiento de alianzas entre sectores para la investigación, vigilancia, evaluación y disseminación de buenas prácticas.

El Compromiso de Chile, en el año 2002, tuvo como objetivo recuperar los compromisos presentes en la Declaración de México y la Resolución OPS. Por ello, se centró en el fortalecimiento de las capacidades institucionales en salud pública y el desarrollo local, la formación y desarrollo de recursos humanos, las alianzas entre sectores, la evaluación y evidencia de efectividad, la vigilancia y los informes sobre los progresos.

Finalmente, la Declaración de Bangkok, de 2005, reafirmó el compromiso de fortalecer la efectividad de la promoción de la salud para mejorar los determinantes de la salud, reorientar las políticas públicas, las alianzas y el empoderamiento en salud como eje central en el desarrollo, empoderar e involucrar a los ciudadanos y a las comunidades, y reiterar

los valores, principios y líneas estratégicas de acción para la promoción de la salud adoptadas desde la Carta de Ottawa y ratificadas por los Estados miembros.

Toda esta acumulación de reuniones ha permitido que la promoción de la salud sea reconocida como “el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades desarrollan condiciones necesarias para ejercer un mayor control sobre los determinantes de salud, y de este modo mejorar su estado de salud”.¹ Ello supone el poder contar con mecanismos políticos y sociales que abarquen no solamente las acciones dirigidas al fortalecimiento de las habilidades y capacidades de los individuos sino también aquellas que permitan modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar la marginación de los sectores excluidos y, a la vez, reconocer su capacidad para el desarrollo.

1 Facultad de Educación de la PUCP-Kallpa (2006). “Gestión de instituciones educativas promotoras de la salud: Diploma de segunda especialidad”. Lima.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La educación para la salud pareciera una práctica innovadora. Los sectores de Educación y Salud, en tanto sectores paralelos, han realizado acciones de educación para la salud, aunque se cuenta con pocas evidencias al respecto. Allí empieza el reto para explicar de una forma práctica y sencilla, pero sustentada en un marco conceptual, lo que se entiende por educación para la salud en nuestro país.

2.1.1 Educación

La educación es definida por el ministerio correspondiente como “un proceso de aprendizaje y enseñanza que se desarrolla a lo largo de toda la vida y que contribuye a la formación integral de las personas, al pleno desarrollo de sus potencialidades, a la creación de cultura, y al desarrollo de la familia y de la comunidad nacional, latinoamericana y mundial”.² En consecuencia, la educación no debe convertirse en una relación de poder ni en un vínculo excluyente entre las personas. La educación debe producirse en el contexto de una relación entre personas que buscan autonomía, preparadas para controlar y manejar riesgos, abiertas a lo

2 Ministerio de Educación. Ley General de Educación 28044. Lima, 2003.

novedoso y desconocido, viviendo en su entorno social y mejorándolo, mientras van tomando conciencia de sus roles personales y sociales, a la luz de los cambios del momento. La salud se constituiría como uno de los elementos clave para este desarrollo personal.

2.1.2 Salud

La salud es definida por el ministerio correspondiente como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. Desde el marco de la promoción de la salud, la salud ha sido considerada como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. Por ello, la salud es un recurso para la vida diaria, y no el objetivo fundamental de la vida. En tal sentido, se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas de los seres humanos. En la actualidad, ambos conceptos se combinan y cobran vigencia cuando se considera a la institución educativa como un espacio importante para la promoción de la salud.

2.1.3 Promoción de la salud

La promoción de la salud es entendida como “el proceso que busca desarrollar habilidades personales y generar los mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos el tener mayor control sobre su salud”.³ Por ello, constituye un proceso político, social y global que abarca no solamente las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos sino también aquellas dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de acortar las brechas de la salud pública e individual. En tal sentido, la promoción de la salud involucra a la persona, la familia y la comunidad, en un proceso de cambio orientado a modificar las condiciones y los determinantes de la salud. La educación se constituiría como el proceso para establecer aprendizajes sobre los diversos aspectos de la salud.

3 Ministerio de Salud. *Lineamientos de Política de Promoción de la Salud*. Lima, 2005.

2.1.4 Educación para la salud

Considerando los conceptos previos, la educación para la salud cobra enorme relevancia, al permitir avanzar desde una mirada estrictamente sanitaria hacia una integral y holística, dado que las personas son las responsables de la salud. En este sentido, se observa una concordancia entre los diferentes actores de Salud y Educación, quienes señalan que la educación para la salud aborda no solamente la transmisión de información sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales (sociales, afectivas y cognitivas) y la valoración por sí mismo y por los demás, condiciones necesarias para adoptar medidas destinadas al control y la mejora de la salud. La educación para la salud no sólo incluye la información relativa a los factores y comportamientos de riesgo sino también aquellos datos referentes a las condiciones sociales, económicas, ambientales y políticas que influyen en la salud, por lo que se desprende que en la práctica la promoción y la prevención son complementarias e inseparables.

Es innegable que la educación para la salud es una estrategia útil e indispensable en diversos escenarios, tales como el hogar, el barrio, el municipio, los centros de trabajo, etcétera. Sin embargo, es la escuela o institución educativa el lugar más propicio para la adquisición progresiva de conocimientos, actitudes, hábitos y prácticas destinados a mejorar la salud. La institución educativa incluye a toda la comunidad educativa, en particular a los docentes y padres de familia, y es el espacio indicado para fomentar el encuentro de dos sectores tan importantes como son Educación y Salud.

En síntesis, la educación para la salud debe tender a buscar el desarrollo de capacidades de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, en el marco de los derechos, con énfasis en el ámbito escolar. Para ello, debe emplear diversos procesos de aprendizaje, tanto dentro como fuera del espacio físico de las instituciones educativas, facilitando la adquisición y práctica de conocimientos, actitudes, valores, habilidades y capacidades, necesarias para el control, la promoción y la protección de la propia salud, así como la de la familia y la comunidad.

2.2 OTROS CONCEPTOS

En los discursos cotidianos de los sectores Salud y Educación se utilizan diversos términos relacionados, en los cuales los conceptos de salud y educación

están vinculados de varios modos. Por ejemplo, educación sanitaria, alfabetización de la salud y comunicación en salud son términos que en ocasiones son equiparados con educación para la salud, mezclando los conceptos y, en ocasiones, los enfoques, y produciendo explicable confusión.

2.2.1 Educación sanitaria

Según la OPS, la educación sanitaria es *un medio para cambiar la conducta individual relacionada con la salud*. En el inicio de su aplicación, se entendía que se impartía información a receptores pasivos, transmitiendo (por lo general, involuntariamente) algunas veces sentimientos de culpa a las personas por los problemas causados por su medio o su comportamiento. La educación sanitaria tendía a prestar poca atención a los determinantes sociales de la salud, a la discriminación de mujeres y niñas, a las desigualdades en la distribución y acceso a los recursos, al desempleo, a la vivienda inadecuada, al saneamiento insuficiente y a los numerosos factores económicos, sociales y culturales que crean la pobreza y perpetúan la exclusión de la salud. Tampoco tomaba en cuenta la importancia de construir y alimentar la autoestima y la confianza de las personas en sí mismas como base para mejorar la propia salud.

En la actualidad, la educación sanitaria tiene como objetivo fundamental el *incidir sobre los comportamientos*. En este sentido, tiene en cuenta las percepciones, creencias y prácticas de la persona, la familia y la comunidad. Además, los métodos y materiales educativos reconocen la diversidad cultural y el enfoque de género, y emplean un lenguaje comprensible y adecuado para el grupo. La educación sanitaria se dirige a apoyar y alentar las prácticas beneficiosas existentes y a desalentar aquellas que son dañinas. Para ser efectiva, la educación sanitaria debe responder a las necesidades particulares de la población a la que va dirigida. Cuando se ejecuta a nivel escolar, capacita a los educandos para tomar decisiones favorables a la salud y para adoptar comportamientos saludables a lo largo de su vida. Los conocimientos y las actitudes relacionados con la salud no sólo aumentan el bienestar de los escolares, sino que también les permiten ayudarse a sí mismos, a sus amigos, a su familia y a la comunidad. Mucho de lo que aprenden los educandos en la escuela sobre nutrición, higiene, saneamiento y modos de vida sana llega a conocimiento de su familia y comunidad.

La concepción actual de la educación sanitaria cuenta con diversos elementos cercanos a la educación para la salud.

2.2.2 *Comunicación para la salud*

La comunicación para la salud, según la OPS, es *una estrategia clave destinada a informar a la población sobre aspectos concernientes a la salud y a mantener cuestiones sanitarias importantes en la agenda pública*. Se entiende que el uso de los diversos medios informativos y la multimedia, además de otras innovaciones tecnológicas, para difundir información sobre salud entre la población, aumenta la conciencia sobre aspectos específicos de la salud individual y colectiva y sobre la importancia de la salud para el desarrollo.

La comunicación para la salud se despliega en varias áreas, entre las que se incluyen la educación, el periodismo sanitario, la comunicación interpersonal, la abogacía para la salud a través de los medios de comunicación, la comunicación dentro de las organizaciones, la comunicación sobre riesgos, la comunicación social y el *marketing* social. Puede adoptar muchas formas, que van desde la comunicación de masas y el uso de la tecnología audiovisual, hasta aquellas formas más relacionadas con las tradiciones y especificidades de una cultura, tales como la narración de historias, títeres y canciones; puede adoptar la forma de mensajes de salud manifiestos o subyacentes, como es el caso cuando son incorporados en productos propalados por los medios de comunicación como las series de radio y televisión.

Los avances en los medios de comunicación, en especial las nuevas tecnologías, mejoran el acceso a la información para la salud. Sin embargo, por sí mismas, no tienen un efecto suficiente para dar respuestas a las necesidades y problemas de la salud.

2.2.3 *Alfabetización para la salud*

Otro concepto, tal vez menos usado, es el de alfabetización para la salud. Según la OPS, está determinada por *las habilidades cognitivas y sociales que constituyen la motivación y la capacidad de los individuos para acceder a la información sanitaria, comprenderla y utilizarla para promover y mantener una buena salud*. En una actualización

reciente, la alfabetización para la salud supone el logro de un nivel de conocimientos, habilidades personales y confianza que permiten adoptar medidas para mejorar la salud personal y la de la comunidad, mediante un cambio de condiciones personales y estilos de vida. De esta manera, la alfabetización para la salud supone más que poder leer un folleto y pedir citas. Resulta crucial para el acceso de las personas a la información sanitaria relevante y para su capacidad de utilizar esta información con eficacia.

La alfabetización para la salud tiene como requisito la alfabetización considerada de manera general. Una alfabetización general de nivel bajo puede afectar la salud de las personas directamente, ya que limita su desarrollo personal, social y cultural, entre otras razones porque dificulta seriamente el desarrollo de la alfabetización para la salud.

2.3 COMPARACIÓN ENTRE LOS CONCEPTOS

Al analizar los conceptos de promoción de la salud, educación para la salud, alfabetización para la salud y comunicación para la salud y sus interrelaciones, se tiene como punto de encuentro la educación, definida como *proceso intencional, valorativo y ético de formación de la persona en su integralidad (intelectual, emocional, social), a través de la construcción del conocimiento, la conciencia crítica y la capacidad de intervención en la realidad.*

Educación para la salud, alfabetización para la salud y comunicación para la salud, consideradas como estrategias de promoción de la salud, comparten objetivos y modos de actuación, pero es indudable el papel que desempeña la educación para la salud a fin de lograr una participación efectiva, consciente, responsable y ética para mejorar la salud y, por supuesto, para asegurar su sostenibilidad en el tiempo.

Educación y educación para la salud tienen como objetivo el desarrollo individual, la adquisición de la autonomía y la preparación para el ejercicio de la ciudadanía. Es específico de la segunda el dirigir sus acciones para alcanzar una mejor salud y calidad de vida. La formación y capacitación de los profesionales de la salud y educación deberían favorecer la toma de conciencia, pero son los educandos los responsables de asegurar y continuar mejorando la salud y la calidad de vida.

Entre promoción de la salud y educación para la salud hay una importante intersección, respecto a la creación de una cultura de salud, el empoderamiento de la población y el estímulo a la adhesión de las personas en los procesos de implementación de políticas públicas para mejorar la salud y la creación de entornos saludables.

Dada la estrecha relación entre la educación para la salud, la educación sanitaria, la comunicación para la salud y la alfabetización para la salud, hemos tratado de extraer de los conceptos los puntos comunes, y a la vez las diferencias, que permitan comprender con mayor claridad la educación para la salud; sin embargo, debemos mencionar que cada una de estas estrategias complementa el esfuerzo de la promoción de la salud.

Cuadro 1
COMPARACIÓN ENTRE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD
Y OTROS CONCEPTOS RELACIONADOS CON LA SALUD

<i>Conceptos</i>	<i>Educación para la salud</i>	
	<i>Semejanzas</i>	<i>Diferencias</i>
Educación sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Incide en los comportamientos. • Toma en cuenta la cultura y el género. • Responde a las necesidades de la población. 	<ul style="list-style-type: none"> • La educación para la salud incide en la participación. • La educación para la salud reconoce la equidad y los derechos en salud y educación. • La educación sanitaria valora el conocimiento del personal de salud.
Comunicación para la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Reconoce el acceso a la información. • Utiliza la abogacía como estrategia. 	<ul style="list-style-type: none"> • La comunicación para la salud incide en lo masivo, se centra en el nivel de la información. • La comunicación para la salud incluye el <i>marketing</i> social y el periodismo. • La educación para la salud busca el cambio de actitudes, hábitos, etc.
Alfabetización para la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de habilidades. • Reconoce el acceso a la información. 	<ul style="list-style-type: none"> • La alfabetización para la salud enfatiza al individuo. • La educación para la salud reconoce el contexto. Asume la relación interpersonal y la importancia de los colectivos sociales, como en el caso de las escuelas.

3. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Debido a las particularidades del estudio, la metodología empleada ha sido de corte cualitativo. Sin embargo, se incluyó la aplicación de dos encuestas con algunas preguntas cerradas a diversos actores, tanto del sector Salud como Educación. Entre las técnicas cualitativas empleadas estuvieron las entrevistas en profundidad a actores del Estado y la sociedad. Asimismo, se realizó una revisión documental.

3.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio se planteó las siguientes interrogantes:

- ¿Cuáles son los enfoques que guían la educación para la salud en el país?
- ¿De qué forma la política educativa y la política de salud han incorporado la educación para la salud, a nivel nacional y regional?
- ¿Cuáles son los mecanismos, herramientas y materiales que se utilizan para la implementación de la educación para la salud en las instituciones educativas, tanto a nivel nacional como regional?
- ¿De qué manera las propuestas de política educativa y de salud de los referentes políticos y la sociedad civil han incorporado la educación para la salud en los últimos años?

3.2 OBJETIVOS DEL ESTUDIO

- Precisar cuáles son los enfoques que guían las estrategias de la educación para la salud.
- Identificar los mecanismos legales y normativos a través de los cuales se ha incorporado la educación para la salud a nivel nacional y regional.
- Determinar y analizar los lineamientos y estrategias en los que se enmarcan las propuestas de los diferentes sectores sobre la educación para la salud.
- Identificar y analizar las propuestas de los referentes políticos relativas a la educación para la salud.

3.3 TÉCNICAS EMPLEADAS

3.3.1 *Entrevistas en profundidad*

Consideramos la necesidad de entrevistar a las diferentes personas que están involucradas en la elaboración y diseño de propuestas y políticas de educación para la salud, tanto en el ámbito público como en el de la sociedad civil. Se incluyó la posibilidad de entrevistar a representantes de partidos políticos, pero debido a razones coyunturales, no pudimos contar con su colaboración. Se realizaron un total de diez entrevistas a representantes del Estado, referentes políticos, de la sociedad civil y funcionarios de agencias cooperantes, tal como describimos a continuación.

Cabe mencionar que para realizar las entrevistas, así como para la grabación del audio, se solicitó el consentimiento de cada entrevistado (ver cuadro 2).

3.3.2 *Encuesta de opinión*

Dirigidas a personas de los sectores Salud y Educación cuyo quehacer está vinculado a la educación para la salud. El instrumento fue elaborado con preguntas abiertas y cerradas para conocer la opinión del personal de Salud y Educación que implementa la estrategia de educación para la salud en las instituciones educativas.

Cuadro 2
ORGANIZACIONES Y PERSONAS ENTREVISTADAS

<i>Sector</i>	<i>Organización</i>	<i>Persona</i>	<i>Cargo</i>
Estado	Ministerio de Educación	Prof. Francisco Marcone Lic. Darcy Calderón	Dirección de Tutoría y Orientación Educativa
	Ministerio de Salud	Lic. Mercedes Arévalo	Dirección Ejecutiva de Educación en Salud
	Consejo Nacional de Educación	Lic. Patricia Salas	Presidenta
Estado y cooperante	Proyecto AMARES	Lic. Leo Nederveen	Representante adjunto
Cooperante	OPS	Dr. Fernando Rocabado	Asesor de Promoción de la Salud
Sociedad civil	Pathfinder International	Lic. Carlos Guarnizo Lic. Janina Trujillo	Coordinadores de Promoción de la Salud
	Plan Internacional	Carmen Heredia	Coordinadora de Promoción de la Salud
	Kallpa	Lic. Alejandrina Zamora Lic. Estela Solís	Especialista de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas
Referente político	UPP	Dr. David Tejada Pardo	Representante del Partido Unidad por el Perú
Referente técnica		Lic. Virna Vera	Consultora
		Alejandro Cussiánovich	Catedrático de la Escuela de Posgrado de la UNMSM y Miembro de IFEJANT

La encuesta tuvo como finalidad complementar la información obtenida en la revisión documental y en las entrevistas en profundidad. Por el MINSA, se aplicaron a representantes regionales de las DIRESA y DISA. Se recopiló información en doce ciudades del país.

Cuadro 3
OPERARIOS DEL SECTOR SALUD

<i>N.º</i>	<i>Profesión</i>	<i>Institución</i>	<i>Región/Local</i>	<i>Cargo</i>
1	Obstetriz	DISA	Lima Este	Dirección de Educación para la Salud
2	Odontólogo	Red de Salud	Huancabamba, Piura	Director de la Red de Salud
3	Psicóloga	DIRESA	San Martín	Coordinadora de Educación en Salud
4	Trabajadora social	DIRESA	Arequipa	Responsable de Educación para la Salud
5	Trabajadora social	DIRESA	Puno	Responsable de Educación en Salud
6	Comunicador social	DIRESA	Puno	Coordinador de Educación para la Salud
7		DIRESA	San Martín	
8	Enfermera	Red de Salud	Bambamarca, Cajamarca	Responsable de Promoción de la Salud
9	Enfermera	DISA	Chota	Responsable de Educación para la Salud
10	Antropólogo	DIRESA	Ayacucho	Director
11	Biólogo	DIRESA	Huamanga, Ayacucho	Dirección de Educación para la Salud
12	Enfermera	Hospital San Juan de Dios	Pisco, red Chíncha-Pisco	Responsable de Promoción de la Salud

En el Ministerio de Educación, se aplicó a los responsables de Gestión Pedagógica, así como los de Tutoría y Orientación Educativa, instancias responsables de las acciones de educación para la salud. Se logró obtener información de diecisiete ciudades a nivel nacional.

Cuadro 4
OPERARIOS DEL SECTOR EDUCACIÓN

<i>N.º</i>	<i>Profesión</i>	<i>Institución</i>	<i>Región/Local</i>	<i>Cargo</i>
1	Docente	UGEL 2	Rímac	Jefe del Área de Gestión Pedagógica
2	Docente	DRE	Lambayeque, Chiclayo	Especialista en educación
3	Docente	DRE	Callao	Especialista en tutoría
4	Docente	DRE	Tumbes	Jefe del Área de Gestión Pedagógica
5	Docente	DRE	Puno	Dirección de Gestión Pedagógica
6	Docente	DRE	Ica	Especialista en tutoría
7	Docente	DRE	Chachapoyas, Amazonas	Dirección de Gestión Pedagógica
8	Docente	DRE	Chachapoyas, Amazonas	Especialista en educación
9	Docente	DRE	Abancay, Apurímac	Especialista en tutoría
10	Docente	DRE	Tumbes	Especialista en educación
11	Docente	DRE	Arequipa	Especialista en educación
12	Bachiller en Psicología	UGEL 9	Huacho	Coordinadora DESNA
13	Docente	DRE	Piura	Especialista en educación
14	Docente	DRE	Ica	Dirección de Gestión Pedagógica
15	Docente	DRE	Chiclayo, Lambayeque	Dirección de Gestión Pedagógica
16	Docente	DRE	Moquegua	Dirección de Gestión Pedagógica
17	Docente	DRE	Iquitos	Dirección de Gestión Pedagógica

3.3.3 Revisión de documentos

Consistió en la recopilación y revisión de diversos documentos que abordan los temas de promoción de la salud y educación para la salud, a nivel nacional e internacional, y en los diferentes estamentos del Estado y la sociedad civil, tales como los Ministerios, ONG, partidos políticos, entre otros. Se incidió en los mecanismos normativos que favorecen las políticas de salud y educación para la implementación de la educación para la salud en las instituciones educativas, así como en materiales informativos y educativos que coinciden con el tema de estudio, tanto del Estado como de la sociedad civil.

Cuadro 5
MECANISMOS NORMATIVOS DE LOS SECTORES
SALUD, EDUCACIÓN Y SOCIEDAD CIVIL

Documentos	
Ministerio de Salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lineamientos de Política de Promoción de la Salud 2. Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas-Escuelas Saludables 3. Resolución Ministerial y Directiva 056-MINSA/DGPS-V.01. Implementación del Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas en el año 2005 4. Plan Estratégico 2003-2006 de la Dirección General de Promoción de la Salud 5. Resolución Ministerial 277-2005/MINSA. Se aprueba el Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas 6. Convenio Tripartito Interinstitucional entre la Dirección Regional de Educación, la Dirección Regional de Salud y el Gobierno Regional para la implementación de instituciones educativas promotoras de la salud en el ámbito de la región Ayacucho 7. Convenio Marco de Cooperación Técnica entre la Dirección de Salud Piura II-Sullana y la Unidad de Gestión Educativa Local Sullana 8. Convenio Marco Interinstitucional entre el Gobierno Regional de Apurímac-Gerencia de Desarrollo Social, Dirección Regional de Salud y Dirección Regional de Educación para la implementación de instituciones educativas promotoras de la salud en el ámbito de la región Apurímac

Ministerio de Salud	<ol style="list-style-type: none"> 9. Directiva 056-MINSA/DGPS-V.01. Implementación del Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas en el año 2005 10. Guía de Gestión de Instituciones Educativas Saludables 11. Informe final de la Encuesta Basal de Prácticas Saludables del Programa de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas 2003 12. Estudio Diagnóstico y Basal sobre Habilidades para la Vida en Escolares de Tres Redes de Colegios Estatales en Ayacucho, Andahuaylas y Huancavelica, MINSA-AMARES, 2003 13. Mapeo Nacional de las Instituciones Educativas Promotoras de la Salud Ministerio de Salud-Comisión Multisectorial de Escuelas Promotoras de la Salud (CMEPS), proyecto AMARES, 2005
Ministerio de Educación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estructura curricular 2. Convenio Marco de Cooperación Técnica de los Ministerios de Educación y Salud 3. Directiva 017-VMGP-2004. Orientaciones Pedagógicas para Atender la Emergencia Educativa 2004 4. Directiva 001-2006-VMGP/OTUPI. Normas para el Desarrollo de las Acciones de Tutoría y Orientación Educativa en las Direcciones Regionales de Educación, Unidades de Gestión Educativa Local e Instituciones Educativas 5. Directiva 001-2006-VMGP/DITOE. Normas para el Desarrollo de la Campaña de Sensibilización y Promoción “Tengo Derecho al Buen Trato, que Incluye a la Convivencia Escolar Democrática” 6. Directiva 002-2006-VMGP/DITOE. Normas para el Desarrollo de las Acciones y Funcionamiento de las Defensorías Escolares del Niño y del Adolescente (DESNAS) en las Instituciones Educativas 7. Directiva 17 VMGP, 2004. Orientaciones Pedagógicas para Atender la Emergencia Educativa
Sociedad Civil	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proyecto Educativo Nacional-Consejo Nacional de Educación 2. Plan de Acción Estratégico 2002-2006, CMEPS 3. Acuerdo de Partidos Políticos en Salud 4. Fortalecimiento de la Iniciativa Regional “Estrategias y Líneas de Acción 2003-2012 OPS” 5. Red de Escuelas Promotoras de la Salud del Perú 6. Estudio de actores sociales: Enfoques, Intereses y compromiso con la descentralización educativa-CNE 7. Políticas de salud, 2006-2011, CIES-FOROSALUD 8. Políticas de Promoción de la Salud en el Perú: Retos y Perspectivas CIES-FOROSALUD 9. Organización Mundial de la Salud, 1998. Promoción de la Salud: Glosario. Ginebra 10. Planes de Gobierno 2006–2011: APRA, UPP, UN, Restauración Nacional y Frente de Centro

3.4 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

Debido al corto tiempo disponible para el presente estudio, se consideraron las siguientes tres etapas o momentos:

La primera, de revisión y análisis de contenido de diferentes materiales en los cuales se describen elementos conceptuales, metodológicos y políticos de la educación para la salud. Debido a la coyuntura política, se consideraron los planes de gobierno de los partidos políticos que pasaron la valla electoral, y no solamente los que pasaron a la segunda vuelta en el proceso electoral nacional, debido a que son los referentes para la gestión política del país en el período 2006-2011. Asimismo, se revisaron y analizaron otros documentos procedentes de ONG que trabajan sobre el tema.

La segunda etapa, de trabajo de campo, a través de la realización de entrevistas a representantes de organizaciones públicas y de la sociedad civil que estén involucradas en la elaboración de propuestas y políticas de educación para la salud en las instituciones educativas. Asimismo, se aplicó la encuesta de opinión, con preguntas abiertas y cerradas, para conocer la percepción del personal de Salud y Educación que implementa la estrategia de educación para la salud.

La tercera fase, de análisis de la información recogida, estuvo centrada en afianzar y complementar los conceptos, y cruzar la información recogida. Asimismo, en esta etapa se formularon las conclusiones y las propuestas para el corto, mediano y largo plazo, y se elaboró el informe final.

4. RESULTADOS

4.1 POLÍTICAS SECTORIALES Y MECANISMOS LEGALES O NORMATIVOS A TRAVÉS DE LOS CUALES SE HA INCORPORADO LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD A NIVEL NACIONAL Y REGIONAL

4.1.1 Educación para la salud desde el sector Salud

Aunque el desarrollo de esta área es incipiente, ha experimentado avances considerables en el período comprendido entre la Conferencia de Ottawa (1986) y la de Bangkok (2005). Cabe señalar que este avance es compartido con los demás países de América Latina y Europa.

En el Perú se ha observado un desarrollo de las políticas en el marco de la promoción de la salud y se ha producido un gran avance en la estructura ministerial del sector Salud al crearse la Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud (junio de 2001, durante el gobierno de transición de Valentín Paniagua), que el mismo año quedó convertida en una Dirección de Línea, mediante la nueva Ley del Ministerio de Salud 27657 (aprobada en enero de 2002), con la denominación de Dirección General de Promoción de la Salud.

Ley de Salud 27657

La referida ley reconoce que la Dirección General de Promoción de la Salud es el órgano técnico-normativo en lo referente a la promoción de

la salud de la población, encargado de concertar la participación de los agentes y actores técnicos y sociales para lograr la corresponsabilidad de la población en los procesos de la salud. Coordina el marco técnico-normativo con otros sectores, tales como institutos especializados, organismos públicos descentralizados de salud, órganos desconcentrados y la comunidad científica nacional e internacional.

En noviembre de 2002, mediante el Decreto Supremo 013-2002-SA, se reglamenta la Ley de Salud y se establece que la Dirección General de Promoción de la Salud está constituida por la Dirección Ejecutiva de Participación Comunitaria en Salud, la Dirección Ejecutiva de Educación para la Salud y la Dirección Ejecutiva de Vida Sana. La Dirección Ejecutiva de Educación para la Salud, en concordancia con el Modelo de Atención Integral de Salud, tiene a su cargo los siguientes objetivos funcionales específicos:⁴

- Proponer políticas y participar en su implementación para contribuir al desarrollo de intervenciones educativas y de comunicación para la promoción de la salud, de aplicación en el ámbito nacional, regional y local.
- Identificar los objetivos nacionales y regionales, proponer, implementar y evaluar estrategias y metodologías de intervenciones de educación y comunicación para la promoción de la salud.
- Conducir la elaboración, implementación y evaluación de contenidos, medios, materiales e instrumentos educativos y comunicacionales, para las intervenciones en promoción de la salud, con énfasis en el fortalecimiento de valores y la construcción de la cultura de la salud.
- Coordinar con el Ministerio de Educación la incorporación, en el currículo, de los contenidos educativos para la promoción de la salud.
- Programar, formular, ejecutar y evaluar planes, programas y proyectos para desarrollar intervenciones de educación y comunicación para la salud.

4 Ministerio de Salud. Decreto Supremo 014-2002-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, donde se crea la Dirección General de Promoción de la Salud.

- Desarrollar normas y procedimientos para intervenciones de educación y comunicación de promoción de la salud y vigilar su cumplimiento.
- Participar en el desarrollo de alianzas estratégicas para el desarrollo y evaluación de intervenciones de educación y comunicación para la promoción de la salud.
- Desarrollar estudios de investigación y evaluación del impacto de las intervenciones de educación y comunicación para la salud y difundir los resultados obtenidos.

Es importante mencionar que una de las conclusiones del reglamento señala la necesidad de contar con procesos políticos traducidos en recursos, legislación y regulaciones que faciliten la promoción de la salud, la intersectorialidad, la participación de la sociedad civil encaminada al logro del bienestar de la población y la concordancia como política de Estado (considerada en el Acuerdo Nacional) con la política de descentralización, otorgando mayor relevancia a los gobiernos regionales y locales como actores protagónicos de la promoción de la salud, incluida la educación para la salud, en las instituciones educativas.

El año 2004 la Dirección General de Promoción de la Salud plantea un modelo de intervención en el que se asume a la educación para la salud como una de sus estrategias, denominada “comunicación y educación para la salud”.

Este binomio comunicación-educación surge de la idea de que la comunicación, la educación y la salud tienen su punto de encuentro en la persona. En la persona, la comunicación incide en la información para la construcción de comportamientos a través de los medios; la educación, por su parte, propicia y facilita el desarrollo de capacidades personales y sociales. Sin embargo, esta relación tiende a verse cuestionada cuando se reconoce que la educación para la salud constituye una estrategia de enseñanza y aprendizaje a través de la cual se propician cambios favorables para la salud, con lo que se denota que la comunicación sería solamente una parte subsidiaria de la educación. El modelo de intervención incluye otras estrategias tales como la abogacía y la participación, define enfoques, prioriza la población objetivo, los ejes temáticos y plantea escenarios, que al final se traducen en los programas que desarrolla la Dirección General de Promoción de la Salud (Municipios Saludables, Familia y Vivienda Saludable, etcétera).

Figura 1
 MODELO DE ABORDAJE DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Enfoques transversales	Estrategias	Población objetivo				Escenarios (entornos saludables)	Ejes temáticos (comportamientos saludables)	
Equidad y derechos en salud	Abogacía y políticas públicas	Familia	Etapas de vida				VIVIENDA	Alimentación y nutrición
			Niño	Adolescente	Adulto	Adulto mayor		Higiene y ambiente
Comunidad	INSTITUCIÓN EDUCATIVA	Actividad física						
		MUNICIPIO	Salud sexual y reproductiva					
			Habilidades para la vida					
Equidad de género	Comunicación y educación para la salud						Seguridad vial y cultura de tránsito	
Inter-culturalidad	Participación comunitaria y empoderamiento social						CENTRO LABORAL	Promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz

Fuente: Ministerio de Salud. *Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas*. Aprobado por la Resolución Ministerial 277. Lima, MINSA, p. 16.

Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas⁵

Éste es, tal vez, el avance más significativo en el desarrollo de la educación para la salud. Surge a partir de la firma del Convenio Marco de Cooperación Técnica entre los Ministerios de Educación y Salud (2002-2007), aprobado por Resolución Ministerial 277-2005/MINSA, con el mandato de impulsar la promoción de la salud, de acuerdo con los Lineamientos de Política Sectorial 2002-2012. Tiene como objetivo contribuir al desarrollo humano integral de los estudiantes y de la comunidad educativa mediante el fortalecimiento de acciones de promoción de la salud. Entre sus líneas de acción se encuentran el desarrollo de comportamientos saludables

5 Ministerio de Salud. *Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas*. Aprobado por la Resolución Ministerial 277. Lima, MINSA.

(que incluye ejes temáticos como higiene, nutrición, habilidades para la vida, salud sexual y reproductiva, promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz, seguridad vial y cultura de tránsito), desarrollo de entornos saludables (referido a la infraestructura física de la escuela, las relaciones interpersonales y la comunicación entre todos los miembros de la comunidad educativa), trabajo intersectorial y desarrollo de políticas saludables.

Su labor se inicia el año 2003 con la participación de 1.250 instituciones educativas de educación primaria a nivel nacional, de las que fueron acreditadas 699 *instituciones educativas saludables*. Se beneficiaron aproximadamente 300.000 estudiantes, con la participación de 13.308 docentes capacitados en el tema de higiene. En el año 2004 se trabajó en 1.644 instituciones educativas de educación primaria y 736 instituciones educativas de educación secundaria a nivel nacional, lo que representa 4,7% y 7% del total de escuelas primarias y secundarias a nivel nacional, respectivamente. Se beneficiaron 568.797 estudiantes; es decir, 8,8% del total de alumnos y alumnas de primaria y secundaria, mientras que, en relación con los docentes, se logró capacitar a 14.897 de educación primaria y 5.874 de secundaria, los que representan aproximadamente 8% y 4%, respectivamente. Los temas desarrollados fueron higiene y prevención del dengue, entre otros.

En el año 2005 se logró incrementar las cifras, que llegaron a 13,7% aproximadamente, del total de la población estudiantil que asiste a los niveles primario y secundario de la educación básica regular; asimismo, se trabajó en 3.695 instituciones educativas, las que representan 8% del total de escuelas públicas del país entre primaria y secundaria, tres puntos porcentuales más que el año anterior.

El cuadro 6 detalla los resultados por nivel educativo.

Desde la presentación, el programa tiene la intención de lograr un trabajo conjunto y articulado con el sector Educación, emplea un lenguaje inclusivo y toma en cuenta en la implementación de las acciones instrumentos educativos tales como el Proyecto Educativo Institucional (PEI) y el Proyecto Curricular del Centro (PCC), reconociendo, asimismo, los espacios normados por dicho sector, como el Consejo Educativo Institucional (CONEI). No obstante, la responsabilidad de la planificación, dirección, monitoreo, evaluación y sistematización recaen en la Dirección Ejecutiva de Educación para la Salud del MINSA, lo que deja al Ministerio de Educación como un actor puramente ejecutor, tal como lo señalan las

Cuadro 6
RESULTADOS DEL PROGRAMA PROMOCIÓN DE LA SALUD
EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS 2005

Nivel educativo	Instituciones educativas		Profesores		Estudiantes	
	Subtotal	%	Subtotal	%	Subtotal	%
Primaria	2.487	7	21.470	11,5	543.638	13,4
Secundaria	1.208	11,5	14.121	9,2	341.743	14,2
Total	3.695	8	35.591	10,5	885.381	13,7

Nota: % = Porcentaje que representa el subtotal y el total a nivel nacional.

Fuente: Mercedes Arévalo. "Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas: Logros y Perspectivas. Presentación". Reunión Técnica Nacional de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas. Lima: MINSA, 2006.

Elaboración propia.

disposiciones específicas de la Resolución Ministerial 217-2005/MINSA que aprueba la implementación del programa en el año 2005.

El programa requiere una evaluación —como señala Mercedes Arévalo, directora de Educación para la Salud— para conocer los avances de los indicadores de resultado y el nivel de las capacidades adquiridas por docentes y alumnos. También se considera necesario evaluar las estrategias, la relación entre los docentes y el personal de salud, los niveles de participación de alumnos y alumnas, padres, madres y docentes, el cumplimiento de responsabilidades sectoriales, el impacto del programa en la familia y la comunidad y, por supuesto, los cambios en la política del Estado, traducidos en el apoyo intersectorial y financiero.

Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002-2012

Se considera como primer lineamiento el concerniente a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, asumiendo la importancia de promover la salud de los peruanos como un derecho inalienable y la necesidad de crear una cultura de la salud, lo que se constituye, de esa forma, en una prioridad del sector.

En torno a los acuerdos de gestión entre el nivel central del Ministerio de Salud y las direcciones de Salud, se señala como la primera meta el fortalecimiento de la promoción de la salud, orientado principalmente a la organización de las direcciones de Promoción de la Salud a nivel regional.

En ese sentido, el avance de la coordinación intersectorial a nivel local y regional ha permitido la firma de diecisiete acuerdos de gestión conjunta, así como la emisión de directivas, en el Marco del Convenio de Cooperación Técnica entre Educación y Salud. Dichos mecanismos normativos consignan la importancia de la promoción de la salud en las instituciones educativas y el desarrollo de acciones de educación para la salud. Del total de convenios, cuatro se han suscrito con la participación de los gobiernos regionales, lo que da cuenta de la importancia de la descentralización y la inclusión de la educación para la salud en los planes y políticas regionales.

Varios de los acuerdos suscritos entre las direcciones regionales de educación y las direcciones regionales de salud derivan del trabajo multisectorial, donde el apoyo técnico y financiero de la cooperación internacional y de organizaciones no gubernamentales ha desempeñado un rol sumamente valioso.

Cabe mencionar que los mecanismos normativos vigentes del Ministerio de Salud motivan, a nivel local y regional, al sector Educación para el trabajo intersectorial y multisectorial. En este sentido, la relación institución educativa-establecimiento de salud, en el marco de la descentralización, requiere el fortalecimiento de la coordinación a nivel central, elemento indispensable para la sostenibilidad de las acciones.

4.1.2 Educación para la salud desde el sector Educación

En relación con el sector Educación, no hay documentos disponibles sobre educación para la salud tan explícitos como en el sector Salud. No obstante, existe la tarea pendiente de que dicho sector ejerza su función de regulación, mediante sus políticas sectoriales, sobre las acciones que de hecho se realizan a favor de la promoción de la salud en las instituciones educativas.

Como sucede en el sector Salud, las políticas sectoriales son, en gran parte, resultado de los acuerdos internacionales firmados por el Estado.

En este sentido, queremos mencionar de forma breve la Conferencia Mundial de Jomtien del año 1990, donde se firmó la Declaración Mundial sobre Educación para Todos (EPT) y el Foro Mundial sobre la Educación celebrado en Dakar el año 2000, donde se evalúan los resultados de los programas de Educación para Todos.

Conferencia Mundial de Jomtien

La declaración de Educación para Todos surgió a partir de la constatación de la significativa cantidad de personas que en el mundo están excluidas del derecho a la educación. En esa ocasión, los países participantes se comprometieron a satisfacer las necesidades básicas de aprendizaje, buscando mejorar la calidad de la educación y desarrollando mecanismos para eliminar la exclusión de niños, niñas, jóvenes y adultos a la educación y alfabetización. En el documento, la salud se asume como una condición para la educación:

El aprendizaje no se produce en aislamiento. Las sociedades en consecuencia, deben asegurar que todos los que aprendan reciban nutrición, atención de salud y el apoyo general —físico y emocional— que necesitan para participar activamente y obtener beneficios de su educación.⁶

Esta mirada se centra en una época en que el concepto de promoción de la salud se entendía fundamentalmente más como la provisión de servicios que como la capacidad para el autocuidado y el control de la propia salud.

Foro Mundial de Dakar

Debido a la aparición o agravamiento de situaciones como la difusión del VIH-sida, el incremento del embarazo adolescente y el consumo de drogas, surge la necesidad de considerar a la salud dentro del contexto educativo. Los participantes de los talleres de discusión en Dakar “conviniere en

6 Unesco (1990). *Declaración sobre Educación para Todos*. “Art. VI. Valorizar el ambiente para el aprendizaje”. Tailandia, p. 12.

que los programas de enseñanza deberían incluir una educación sanitaria basada en competencias y centrada en los conocimientos, las actitudes, los valores y las aptitudes prácticas requeridas para adoptar decisiones positivas en relación con la salud. También se reconoció en general que los docentes eran esenciales para promover la salud en las escuelas”.⁷ Desde esta perspectiva, considerada indispensable, los gobiernos se comprometieron a “crear un entorno educativo seguro, sano, integrado, a fin de favorecer un excelente aprendizaje”; se entiende nuevamente a la salud como un elemento externo y no como un fin u objetivo derivado del proceso de enseñanza-aprendizaje.

Respecto al Ministerio de Educación, la educación para la salud no es asumida como tema ni como estrategia. Sin embargo, se percibe una voluntad política al respecto, tal como lo expresó el director de la Dirección de Tutoría y Orientación Educativa, profesor Francisco Marcone, de incluir la promoción de la salud dentro de las acciones que viene realizando esta instancia. Sin embargo, la integralidad que supone la educación para la salud, entendida no sólo como acción sino como elemento transversal, no se expresa en el discurso.

Esta situación se complica cuando encontramos que existe una terminología que caracteriza a cada sector, lo que trae como consecuencia, por ejemplo, que la salud sea considerada responsabilidad exclusiva del Ministerio de Salud. La explicación se encontraría, como lo señala David Tejada Pardo,⁸ en la división del Estado en sectores, que ha generado el dominio del término por parte de una instancia y la exclusividad en la responsabilidad de la intervención. Mientras que “educación” le pertenece al MINEDU, “salud” le corresponde al MINSa. La apropiación del término divide las funciones, roles y responsabilidades sectoriales, lo que impide la intromisión del otro, pero, además, la colaboración intersectorial.

Esta división resulta contradictoria cuando encontramos que algunos contenidos son comunes para ambos sectores, como, por ejemplo, estilos de vida saludable, habilidades para la vida, prevención de drogas y salud

7 Unesco (2000). *Foro Mundial sobre la Educación: Informe final*. Dakar, p. 29.

8 Entrevista a David Tejada Pardo, representante del partido político Unión por el Perú.

sexual, entre otros. Patricia Salas, presidenta del Consejo Nacional de Educación,⁹ comenta sobre este punto:

Se debe respetar las especialidades de cada sector. Sin embargo, hay que lograr comprender los beneficios de la salud en la educación, con miras a fortalecer la comunicación intersectorial.

Ley de Educación 28044

Aun sin contar con términos explícitos dentro de las políticas educativas, los diferentes instrumentos incorporan la importancia de promover el bienestar de la persona y su contexto. Así, por ejemplo, uno de los fines de la educación es:

formar personas capaces de lograr su realización ética, intelectual, artística, cultural, afectiva, física, espiritual y religiosa, promoviendo la formación y consolidación de su identidad y autoestima y su integración adecuada y crítica a la sociedad para el ejercicio de su ciudadanía en armonía con su entorno, así como el desarrollo de sus capacidades y habilidades para vincular su vida con el mundo del trabajo y para afrontar los incesantes cambios en la sociedad y el conocimiento.¹⁰

Asimismo, la Ley de Educación menciona que “el nivel óptimo de formación que deben alcanzar las personas para enfrentar los retos del desarrollo humano, ejercer su ciudadanía y continuar aprendiendo durante toda la vida” pasa por “la inversión mínima por alumno que incluye la atención de salud, alimentación y provisión de materiales educativos”. Dicho de otra forma, *el fin y la calidad educativa debe incluir la atención en salud*. De este modo, se explicita la educación para la salud. Lamentablemente, la ausencia del término *educación para la salud* en los enfoques, e incluso en los procesos pedagógicos, genera la falta de asignaciones presupuestales para la implementación de los programas, lo que trae como consecuencia acciones efímeras en cada institución educativa.

9 Entrevista de profundidad como parte del estudio.

10 Ministerio de Educación (2003). “Ley General de Educación 28044”. Lima.

Proyecto “Hacia un Proyecto Educativo Nacional 2006-2021”¹¹

Como parte de las políticas de educación de los últimos años, debemos mencionar la propuesta del Proyecto Educativo Nacional, elaborada por el Consejo Nacional de Educación en cumplimiento de la Ley General de Educación, tomando como referentes las políticas del Acuerdo de Gobernabilidad del Foro del Acuerdo Nacional, la Ley General de Educación 28044, el Plan de Educación para Todos, entre otros. La propuesta se sustenta en el enfoque de desarrollo humano, concebido como “el proceso de expansión de las capacidades y derechos de las personas, dentro de un marco de igualdad de oportunidades, en el cual todas las personas pueden progresar en libertad y a la vez, avanzar cada uno, al mismo tiempo que progresan todos”.¹² Desde esta perspectiva, “el bienestar de las personas consideradas como seres autónomos y, al mismo tiempo, abocados a la vida en sociedad” representa el fin último del desarrollo.

Como se puede observar, la salud se encuentra implícita en esta concepción; más aún si tomamos en cuenta lo que expresa la presidenta del Consejo Nacional de Educación: “El proyecto habla de competencias muy genéricas que tienen que ver con la manera de vivir mejor”; ello alude “al cuerpo, no sólo como el espacio donde desarrollas tu salud, sino como el espacio donde uno vive”.¹³ Por esa razón, podríamos afirmar que la educación para la salud no es asumida como una estrategia del proyecto; sin embargo, la salud, como un elemento para la educación, se encuentra en el primer objetivo estratégico, referido a las oportunidades y resultados educativos de igual calidad para todos, específicamente en las políticas educativas dirigidas a promover el desarrollo óptimo y la supervivencia de la infancia. De la redacción del objetivo se desprenden tres puntos claros: *la salud y supervivencia de la primera infancia*, lo que significa incidir sobre la nutrición; *entornos saludables que promuevan estilos de vida saludable* y *la salud mental de la familia*, para fortalecer su capacidad de resolver problemas y crear redes de soporte.

11 Consejo Nacional de Educación. “Hacia un Proyecto Educativo Nacional 2006-2021”.

12 El concepto ha sido extraído de PNUD. *Informe sobre Desarrollo Humano*, Perú, 2005. *Hagamos de la competitividad una oportunidad para todos*. Lima, 2005.

13 Patricia Salas, presidenta del Consejo Nacional de Educación. Entrevista realizada para el presente estudio.

Debemos mencionar que, hasta la redacción del presente informe, la propuesta del Proyecto Educativo se encontraba publicada en su primera versión, y estaba siendo revisada y expuesta a consulta nacional a través de Internet.

Diseño Curricular Nacional (DCN)¹⁴

Este texto expresa las políticas educativas nacionales aplicadas directamente a la relación entre contenidos de aprendizaje, alumnos y alumnas y docentes, para las diferentes modalidades de educación. Los objetivos de la educación básica regular no mencionan de manera explícita la educación para la salud, pero reconocen el desarrollo de capacidades, valores y actitudes que todo alumno debe aprender en su vida, dentro de lo cual, por supuesto, se incluiría el autocuidado, la prevención y la promoción para una salud integral. Cuando analizamos cada nivel de educación podemos encontrar la salud como tema de algunas áreas específicas.

Así, tenemos que en el nivel inicial la salud se encuentra como parte de las orientaciones para atender las necesidades básicas de cuidado y protección de los educandos, junto con el juego, el movimiento, el afecto, la higiene y la alimentación. Para la atención en salud, el currículo plantea al docente considerar tres aspectos: el monitoreo del crecimiento (peso y talla, ritmo de sueño y vigilia y las respuestas motrices a los estímulos), la prevención de enfermedades (las más frecuentes, como las infecciones respiratorias y las gastrointestinales) y la promoción de una cultura del buen trato, como prevención del maltrato y la violencia hacia los niños. Respecto a la higiene, se sugieren algunas acciones de prevención como las condiciones de agua, el manejo de la basura y las excretas y la prevención del dengue. Acerca de la alimentación, se reconoce la importancia de la cantidad, calidad nutricional y consistencia, así como la lactancia materna y la higiene. Al revisar con mayor detalle el *Diseño Curricular Nacional*, encontramos que la educación inicial es el primer nivel y, a la vez, el primer y segundo ciclo, correspondiendo a las edades de 0 a 2 y 3 a 5 años, respectivamente. Para un mayor detalle y comprensión de las áreas curriculares de este nivel, se ha elaborado el siguiente cuadro, en

14 Ministerio de Educación. *Diseño Curricular Nacional*. Lima, 2005.

el que se describen las áreas, competencias y capacidades relacionadas directamente con la educación para la salud. Como las capacidades están desagregadas por edades, se ha decidido colocar en el cuadro aquella capacidad que se logrará a los 5 años, pero que, por supuesto, guarda relación con aquellas que se adquieren entre los 0 y los 4 años de edad.

Cuadro 7
DESCRIPCIÓN DE LOGROS Y CAPACIDADES EN EL NIVEL INICIAL

<i>Nivel/Logro</i>	<i>Ciclo</i>	<i>Área</i>	<i>Logro de aprendizaje (Competencias)</i>	<i>Capacidades</i>
Nivel inicial Conoce su cuerpo y disfruta de su movimiento, demuestra la coordinación motora gruesa y fina y asume comportamientos que denotan cuidado por su persona, frente a situaciones de peligro.	Primer ciclo 0 a 2 años	Relación consigo mismo	Se reconoce a sí mismo, demostrando confianza al expresar con libertad sus necesidades, preferencias, intereses y emociones.	<ul style="list-style-type: none"> - Explora con su cuerpo diferentes movimientos y desplazamientos e identifica algunas partes de su cuerpo. - Interactúa con las personas que le muestran afecto u otras expresiones emocionales.
			Actúa con autonomía en las rutinas diarias y en sus juegos, demostrando progresivamente seguridad y confianza en sí mismo y en los demás.	<ul style="list-style-type: none"> - Toma iniciativa para participar en su propio cuidado en actividades de alimentación, higiene y descanso. - Evita algunas situaciones de peligro, siendo cauteloso en sus movimientos y desplazamientos.
	Segundo ciclo 3 a 5 años	Personal-Social	Se identifica como niño o niña reconociendo y valorando sus características físicas, afectivas y espirituales y las de sus compañeros.	<ul style="list-style-type: none"> - Identifica las características y cualidades del propio cuerpo, tanto global como segmentariamente: talla, rasgos físicos, segmentos y partes corporales, aptitudes físicas, y establece diferencias y semejanzas con las de los otros. - Se identifica como niño o niña reconociendo las características corporales y espirituales de los varones y mujeres.
Actúa con seguridad, iniciativa y confianza en sí mismo de manera autónoma en las actividades cotidianas, respetando las ideas propias y las de los demás.			<ul style="list-style-type: none"> - Practica con autonomía hábitos de alimentación, higiene y cuidado personal, utilizando adecuadamente los espacios y materiales apropiados. 	

Con respecto al nivel primario, uno de los logros educativos hace explícita la noción del cuerpo para el cuidado de la salud: “El alumno o alumna controla y ajusta las acciones de su cuerpo, adoptando hábitos de prevención y cuidado de su salud integral en su relación con el medio ambiente”. Para dicho logro, al término de los tres ciclos que corresponden al nivel primario, las áreas Personal-Social, Ciencia y Ambiente y Educación Física describen las competencias y capacidades tendientes a incorporar conocimientos y actitudes sobre el conocimiento de su cuerpo, las causas de las enfermedades y las medidas preventivas, entre otros. Es preciso señalar que el área de Ciencia y Ambiente ubica la valoración de la higiene, la prevención y la conservación de la salud como una capacidad por desarrollar en todos los ciclos. Para explicar en detalle las capacidades en el nivel primario, se ha elaborado el siguiente cuadro, que resume las áreas y componentes que consideramos relevantes en la educación para la salud. Dado que las capacidades están divididas por ciclos, se han colocado aquellos que incluyen los aprendizajes previos.

Cuadro 8
DESCRIPCIÓN DE LOGROS Y CAPACIDADES EN EL NIVEL PRIMARIO

<i>Nivel/Logro</i>	<i>Área</i>	<i>Componente</i>	<i>Capacidades y actitudes</i>
Nivel primario Controla y ajusta las acciones de su cuerpo, adoptando hábitos de prevención y cuidado de su salud integral en su relación con el ambiente.	Personal-Social	Construcción de la Identidad y Convivencia Democrática	<ul style="list-style-type: none"> - Evalúa sus características personales y sus estados emocionales y actúa asertivamente en una situación de conflicto. Propone alternativas para solucionar conflictos. - Reconoce las características personales y los estados emocionales de los demás y ayuda a actuar asertivamente a sus compañeros en una situación de conflicto. Actúa como mediador ante la presencia de un conflicto.
	Ciencia y Ambiente	Conocimiento de su cuerpo y conservación de su salud en armonía con su ambiente	<ul style="list-style-type: none"> - Valora hábitos de higiene, prevención y conservación de la salud. - Relaciona el proceso de nutrición con el desarrollo de una vida saludable: obesidad, anorexia y bulimia. - Reconoce la importancia del uso responsable de los medicamentos. - Valora la importancia de la medicina tradicional a través de la utilización de plantas medicinales.
	Educación Física	Sociomotriz	<ul style="list-style-type: none"> - Practica hábitos de higiene, nutrición e hidratación antes, durante y después de realizar actividad física. - Aplica sus conocimientos de higiene, nutrición, hidratación, postura y prevención, antes, durante y después de las prácticas lúdicas, deportivas y recreativas que realiza.

Fuente: Ministerio de Educación. *Diseño Curricular Nacional*. Lima, p. 114-163.

En el nivel secundario encontramos, al igual que en el primario, logros educativos referidos a la salud. Uno de ellos puede tomarse como ejemplo de expresión clara de los elementos que se deben abordar en la escuela:

Valora y practica un estilo de vida saludable y es responsable de su propia integridad, proponiendo alternativas de solución a los problemas ambientales que afectan a la comunidad local, nacional y mundial.

Empero, no podemos dejar de mencionar otros logros que tienen que ver con capacidades y habilidades para promover la salud, tales como el primero, que alude al conocimiento y la valoración personal, y el cuarto, referido a la capacidad para la toma de decisiones y resolución de conflictos. A nivel secundario, también encontramos dos áreas importantes en las que se desagregan competencias de la educación para la salud: el área de Persona, Familia y Relaciones Humanas, donde se trabajan algunos componentes como Identidad y Personalidad y que abordan temas referidos a la adolescencia, el autoconocimiento, la sexualidad y el género y el vínculo familiar, el componente de Autoafirmación e Interacción, que trata sobre el tiempo libre y la cultura de la prevención. Una segunda área es la de Educación Física, donde resalta el componente Cultura Física y Salud, en el que se trabajan temas como higiene, alimentación, primeros auxilios y capacidades físicas.

Uno de los grandes retrocesos en este nivel ha sido la ausencia de acciones de salud sexual y reproductiva, lo cual es un claro reflejo de la presión de dogmas y postulados tradicionales, que han reducido a la mínima expresión, por ejemplo, el programa de educación sexual, ocultando los avances en materia curricular desarrollados hasta hace cuatro años. Al igual que en los niveles anteriores, el siguiente cuadro explicita los diferentes contenidos y capacidades que se deben lograr en una educación para la salud (ver cuadro 9).

Un elemento importante sobre el *Diseño Curricular Nacional* tiene que ver con los temas transversales, que deben ser previstos y desarrollados dentro de todas las áreas curriculares, e impregnar e iluminar la práctica educativa y todas las actividades que se realizan en la escuela. Por lo tanto, deben estar presentes como lineamientos de orientación para la diversificación y programación curricular.

Cuadro 9
DESCRIPCIÓN DE LOGROS Y CAPACIDADES EN EL NIVEL SECUNDARIO

<i>Nivel/Logro</i>	<i>Área</i>	<i>Componente</i>	<i>Capacidades y actitudes</i>
Nivel secundario Valora y practica un estilo de vida saludable y es responsable de su propia integridad, proponiendo alternativas de solución a los problemas ambientales que afectan a la comunidad local, nacional y mundial	Persona, Familia y Relaciones Humanas	Identidad y Personalidad	<ul style="list-style-type: none"> - Adolescencia: cambios, diferencias con la infancia, identidad, personalidad y autoafirmación en la adolescencia, relación con pares. - Autoconocimiento: autoconcepto, habilidades sociales, proyecto personal, bienestar, responsabilidad, toma de decisiones. - Sexualidad y género: desarrollo físico en varones y mujeres, roles de género, comportamiento sexual del adolescente, amistad y enamoramiento, derechos sexuales y reproductivos.
		Autoafirmación e Interacción	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de tiempo: intereses y habilidades, escala de valores, proyecto de vida. - Cultura de prevención: uso indebido de drogas, agresividad y violencia, pandillaje, cultura de paz, autocuidado y salud, resiliencia, negociación y consenso.
	Ciencia, Tecnología y Ambiente	Salud Integral, Tecnología y Sociedad	<ul style="list-style-type: none"> - Promoción de la salud: estilos de vida saludable, medidas de seguridad y prevención de accidentes. Seguridad alimentaria e higiene ambiental. Prevención de enfermedades relacionadas con las funciones orgánicas. Factores sociales que repercuten en la salud mental. Medidas preventivas. - Salud sexual y reproductiva: métodos preventivos contra las infecciones de transmisión sexual, con énfasis en el VIH-sida.
	Educación Física	Cultura Física y Salud	<ul style="list-style-type: none"> - Nutrición para la salud adecuada a las actividades propias de la vida cotidiana: recreativas, deportivas y laborales. - Formas de mejoramiento de las funciones complejas de los sistemas biológicos. - Normas higiénicas y preventivas relacionadas con la vida diaria. - Primeros auxilios en situaciones de práctica de actividades físicas.

Fuente: Ministerio de Educación. *Diseño Curricular Nacional*. Lima, pp. 114-163.

Para la educación básica regular, se proponen temas transversales que responden a los problemas nacionales y de alcance mundial, como son los siguientes:

- Educación para la convivencia, la paz y la ciudadanía.
- Educación en y para los derechos humanos.
- Educación en valores o formación ética.
- Educación intercultural.

- Educación para el amor, la familia y la sexualidad.
- Educación ambiental.
- Educación para la equidad de género.

Cada uno de estos elementos transversales es parte de la educación para la salud, donde ambos sectores (Educación y Salud) podrían complementarse de manera efectiva si llegaran a aprovechar las posibilidades abiertas por la labor intersectorial.

Cabe mencionar algunos otros mecanismos normativos como la Directiva 017-VMGP-2004 “Orientaciones Pedagógicas para Atender la Emergencia”,¹⁵ que ha permitido una política compensatoria de acción positiva dirigida a establecer una coordinación intersectorial con los gobiernos locales y la sociedad civil, para cubrir algunas necesidades en relación con los temas de estudio, a través de la elaboración de materiales educativos, asesoría en gestión, capacitación, investigación, atención en salud, donde se ha priorizado a las 2.508 instituciones educativas que se encontraban en el Plan de Emergencia Educativa como parte de la iniciativa de escuelas promotoras de la salud.

Otros mecanismos normativos que se deben mencionar son la Directiva 001-2006-VMGP/OTUPI, que norma el desarrollo de las acciones de tutoría y orientación educativa en las direcciones regionales de educación, unidades de gestión educativa local e instituciones educativas, y la Directiva 001-2006-VMGP/DITOE, que aprueba el desarrollo de la Campaña de Sensibilización y Promoción “Tengo derecho al buen trato”, que incluye la convivencia escolar democrática. Por último, la Directiva 002-2006-VMGP/DITOE, que plantea el desarrollo de las acciones y funcionamiento de las Defensorías Escolares del Niño y del Adolescente (DESNA) en las instituciones educativas.

En los últimos años, se han generado dos instrumentos a través de los cuales la salud ha sido incluida en la agenda pública: el primero de ellos es el Acuerdo Nacional promovido por el ex presidente Alejandro Toledo, con el apoyo de la sociedad civil, mientras que el segundo es el Acuerdo de Partidos Políticos en Salud, promovido por la sociedad civil.

15 Ministerio de Educación. *Orientaciones Pedagógicas para Atender la Emergencia*. Lima, 2004.

El Acuerdo Nacional es un documento que plasma la intención de contar con políticas de Estado para los temas fundamentales. Si bien en el documento no se explicita la educación para la salud, se observa que en la duodécima política de Estado se hace referencia al “acceso universal a una educación pública gratuita y de calidad y promoción y defensa de la cultura y del deporte”, comprometiéndose al Estado a garantizar una educación integral, gratuita y de calidad que promueva la equidad y los valores democráticos, y prepare ciudadanos para su incorporación activa a la vida social. Uno de sus objetivos plantea el acceso universal a una educación inicial que asegure un desarrollo integral de la salud, nutrición y estimulación temprana adecuada para los niños y niñas de 0 a 5 años, atendiendo la diversidad étnica, cultural y lingüística del país.

La decimotercera política de Estado tiene que ver con el acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social. En ella, los actores políticos se comprometen a asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, priorizando las zonas de concentración de pobreza y poblaciones más vulnerables. Así, la promoción de la salud, la prevención y el control de enfermedades transmisibles y crónico-degenerativas aparecen como las estrategias por fortalecer. Asimismo, se sugiere la promoción de hábitos de vida saludable y el fortalecimiento de las redes sociales de salud en concordancia con los planes locales y regionales.

Acuerdo de Partidos Políticos en Salud

Este acuerdo puede ser trascendente en la medida en que se emplee como un instrumento de incidencia política. De los acuerdos relacionados con el tema se desprenden tres puntos relevantes: la importancia otorgada a la salud infantil y la salud sexual y reproductiva, la necesidad del trabajo intersectorial e interinstitucional y multidisciplinario, particularmente con educación, y por último, el incremento del financiamiento de la prevención y promoción de la salud entre las poblaciones que se encuentran en situación de pobreza.

Al comparar el Acuerdo de Partidos Políticos en Salud con los programas de gobierno, encontramos que la educación para la salud no forma parte de las agendas partidarias, incluido el Partido Aprista, ganador de las elecciones presidenciales. La relación entre salud y educación se expresa,

más bien, en los programas integrales para la primera infancia, priorizando a la población con problemas de desnutrición; sin embargo, no existe una visión de la salud como elemento transversal, ni de la educación como derecho y factor básico para el cuidado y control de la salud. Sucede casi de la misma forma con la intersectorialidad: es una preocupación de la mayoría de partidos, pero su implementación no trasciende la acción concreta o la necesidad del momento, olvidando la articulación y complementación de esfuerzos dentro del mismo Estado y su relación con la sociedad civil.

La coyuntura política para los próximos meses se percibe difícil. Por ello, la necesidad de fortalecer el trabajo a nivel local y regional, pues, como expresan los entrevistados, la acción y la coordinación intersectorial está brindando mejores resultados, a diferencia del nivel central, que aún expresa dificultades para concertar y llegar a definir un fin común. Se debe persistir en la construcción de políticas, involucrando a otros sectores como el MIMDES e incidiendo sobre el enfoque de derechos, lo que supone reajustar la forma de comprender, promover y educar para la salud; pero sobre todo, la política debe incidir en el compromiso y creación de conciencia entre docentes, padres, alumnos y alumnas, para que la institución educativa asuma el rol de promotora de la salud.

4.1.3 Convenio Marco de Cooperación Técnica entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud (2002)

Este convenio marco surge como resultado de la acción de la Comisión Multisectorial de Escuelas Promotoras de Salud y expresa la voluntad de ambos ministerios para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida del educando en su entorno familiar y comunitario, mediante la promoción de la salud y el óptimo desarrollo de sus capacidades, fomentando el uso del espacio escolar como lugar estratégico.

El trabajo conjunto entre los Ministerios de Salud y de Educación tiene como propósito fortalecer las actitudes y valores en los educandos, incrementando las habilidades que les permitan alcanzar un estilo de vida saludable. El convenio marco tiene entre sus tareas el diseñar proyectos y actividades que contribuyan a optimizar los recursos humanos, materiales informativos-educativos, informáticos y financieros de ambos sectores, en beneficio de la comunidad educativa y la comunidad en general, buscando

contribuir con el bienestar integral y la calidad de vida, en especial de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes de nuestro país.

Un resultado evidente de las bondades de esta relación descentralizada se expresa en la firma de diecisiete convenios locales y regionales entre los sectores Educación y Salud.

En este proceso de aprendizajes y lecciones, el Convenio Marco ha permitido la acción y articulación de diversas instancias de educación, salud y sociedad civil, a nivel local y regional, expresadas en directivas como las que mencionamos a continuación:

- Convenio Marco de Cooperación Técnica entre la Dirección de Salud Piura II-Sullana y la Unidad de Gestión Educativa Local-Sullana.
- Convenio Tripartito Interinstitucional entre la Dirección Regional de Educación, Dirección Regional de Salud y el Gobierno Regional para la Implementación de Instituciones Educativas Promotoras de la Salud en el Ámbito de la Región Ayacucho.
- Convenio Marco Interinstitucional entre el Gobierno Regional de Apurímac-Gerencia de Desarrollo Social, Dirección Regional de Salud y Dirección Regional de Educación para la Implementación de Instituciones Educativas Promotoras de la Salud en el Ámbito de la Región Apurímac.

Existen convenios análogos en Amazonas (Dirección Regional de Salud [DIRESA]-Dirección Regional de Educación [DRE]), Áncash (DIRESA-DRE), Arequipa (DIRESA-DRE), Cajamarca (DIRESA-DRE), Cutervo (DIRESA-UGEL), Cusco (DIRESA-DRE), Huancavelica (DIRESA-DRE), Huánuco (GR-DIRESA-DRE), Junín (DIRESA-DRE), La Libertad (DIRESA-DRE), Pasco (GR-DIRESA-DRE), Puno (DIRESA-DRE), San Martín (DIRESA-DRE) y Tacna (DIRESA-DRE).¹⁶

16 Extraído de Mercedes Arévalo. “Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas: Logros y Perspectivas. Presentación”. Reunión Técnica Nacional de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas. Lima: MINSA, 2006.

4.2 PRÁCTICAS SECTORIALES E INTERSECTORIALES EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

4.2.1 Descripción de la educación para la salud

Durante mucho tiempo, tanto Educación como Salud han trabajado paralelamente; sin embargo, su labor no ha sido suficiente para mejorar los índices de sus respectivos sectores. Actualmente existe una gran necesidad de que ambos sectores se vinculen y complementen. Si bien al hablar de educación nos referimos a la adquisición de conocimientos, actitudes y aptitudes para construir nuestra vida, la salud y la educación pasan a ser requisitos indispensables para mejorar el desarrollo individual y social de nuestro país. Este hecho marca el reto de trabajar en forma conjunta, desde la mirada de la educación para la salud, donde ambos sectores son protagonistas para mejorar las condiciones de la salud integral como pieza fundamental de las políticas de desarrollo.

Existen algunos antecedentes en México sobre la trascendencia de la educación para la salud.¹⁷ Describiremos algunas de sus fases o períodos más importantes, tratando de hacer un análisis comparativo con la experiencia desarrollada en nuestro país.

Una primera fase o período es la denominada *clásica*, donde se identifican dos enfoques de la educación para la salud: el enfoque informativo y el enfoque de determinantes. El primero de ellos parte de definiciones conceptuales que implican un proceso de transmisión de información con una intención más bien preceptiva y obligatoria. Esto ocurre en los casos en que las actividades educativas se expresan de forma más convencional y son asumidas por los proveedores de la salud, que son considerados los únicos poseedores de los conocimientos necesarios para el cuidado de la salud. Por ende, las personas deben estar dispuestas a aceptar sus indicaciones y cumplirlas con precisión.

El enfoque de determinantes surge como producto de la preocupación de la Medicina por la conducta y sus resultados en la salud. En él

17 Valdez, Isabel, Martha Villaseñor y Noé Alfaro. "Educación para la salud, la importancia del concepto". *Revista de Educación y Desarrollo* 1, enero-marzo de 2004, México.

se encuentra una educación para la salud basada en el comportamiento. Se concibe a la educación para la salud como una serie de intervenciones destinadas a facilitar cambios en la conducta y en los estilos de vida. Su objetivo es lograr comportamientos saludables y proporcionar información como parte del proceso. En este enfoque se distinguen tres modelos:

- 1) *Modelo basado en las creencias en la salud*, que parte del supuesto de que las creencias de las personas influyen de manera significativa en la toma de decisiones que adoptan en relación con la salud, sobre todo en la aceptación de medidas preventivas recomendadas por las autoridades o responsables de la toma de decisiones sanitarias y las propuestas terapéuticas presentadas por el proveedor de salud, en especial el médico. Este modelo contempla la necesidad de algún tipo de “estímulo a la acción” para que la nueva conducta se ponga en marcha. Este estímulo sería la información que proporcionarían las instituciones de salud.
- 2) *Modelo basado en la comunicación persuasiva*, más conocido por sus siglas CAP (*conocimientos, actitudes y prácticas*). Parte del supuesto de que las actitudes condicionan los comportamientos. Según este modelo, bastaría con proporcionar a los individuos, grupos o comunidad una información veraz y comprensible con el objeto de cambiar los conocimientos, lo cual iría acompañado del cambio de actitud, al que a su vez seguiría el cambio de algún hábito y la adopción de uno nuevo (concepción causal de la actitud). Sin embargo, se sobreestima la capacidad real de la persona y el grado de arraigo de sus hábitos y estilos de vida. Si bien la actitud es uno de los elementos que determinan el comportamiento, no es tan fácil cambiarla.
- 3) *Modelo para planificar las intervenciones de salud*, que consiste en realizar un diagnóstico epidemiológico y social que permita identificar las necesidades prioritarias de salud de una comunidad y distinguir los factores internos que predisponen a la persona (percepciones, experiencias, conocimientos, actitudes y prácticas), los factores externos (medio ambiente) y los factores de refuerzo (recompensa o castigo) que influyen en el comportamiento que se pretende adquirir

o incorporar. El modelo señala que deben tenerse en cuenta los recursos de que se dispone para ello. Este diagnóstico da lugar a una serie de objetivos educacionales que, en el supuesto de lograrse, tienen impacto en los objetivos del comportamiento.

Estos modelos educativos parten de la concepción del proceso salud-enfermedad como un fenómeno biológico e individual, y ubican los problemas de salud en los individuos, situando en la conducta la solución de ellos, con escasa atención a las condiciones sociales. Ellos asumen que las variables sociodemográficas y estructurales no ejercen influencia directa sobre la conducta. La educación es vista como un proceso vertical, obligatorio y hasta autoritario, en el cual los individuos deben aceptar la información que las autoridades, responsables de toma de decisiones y proveedores de salud juzguen conveniente. Se espera que el comportamiento sea el objetivo final, utilizando como vehículo para el cambio la modificación de conocimientos y actitudes mediante acciones educativas y persuasivas dirigidas exclusivamente al individuo, remarcando la responsabilidad de éste por su propia salud.

La segunda fase o período parte por reconocer algunos fracasos en la aplicación de los anteriores modelos, los cuales están dirigidos al individuo y al cambio de sus conductas. Plantea la necesidad de reconocer la influencia de los factores sociales, ambientales y de desigualdad económica con respecto a las condiciones de salud. Tiene como objetivo reducir las desigualdades sociales en el proceso salud-enfermedad. Considera a la educación para la salud como un recurso que no sólo afecta cuestiones pedagógicas sino también sociales, económicas y políticas, que contempla una perspectiva de búsqueda participativa a favor de la salud. Trata de no limitar el proceso educativo en salud a la transmisión de un saber sino de situarlo en el desarrollo de la conciencia y ubicarlo en el marco de su propio descubrimiento respecto a su contexto de vida, colocándolo en el espacio de las prácticas de las personas en relación con las distintas dimensiones y escenarios en que se desenvuelve su vida. Del contexto anterior surge el concepto de una educación para la salud participativa, crítica, autónoma, cuyo modelo más representativo lo constituye la educación popular, referida al trabajo educativo que se realiza para y con los sectores populares desde su práctica cotidiana. Como instrumento pedagógico, se vincula con la investigación participativa y la organización

popular, donde la interacción dialéctica entre las personas y su realidad, así como el desarrollo de una conciencia social, son los aspectos más importantes. No hay una preocupación centrada en los conocimientos ni en los efectos en el comportamiento para mejorar la salud. Las propuestas de las acciones educativas se dirigen hacia el manejo y control de poder y su distribución equitativa, así como a la participación social. El objeto de intervención ya no es la conducta sino la estructura social, porque es en ella donde se encuentra el “tejido causal” de los patrones de morbilidad y mortalidad. Este modelo surge epistemológicamente desde una visión crítica y socioconstructivista, fundamentada en una concepción holístico-dialéctica de la realidad y del proceso salud-enfermedad, como fenómenos que conforman un proceso histórico, superando lo meramente biológico.

Cuadro 10
FASES DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN MÉXICO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD	
PRIMER PERÍODO: CLÁSICO	
Modificación de la conducta y su resultado en la salud	Enfoque informativo
	Enfoque de determinantes: <ul style="list-style-type: none"> • Modelo basado en las creencias sobre la salud • En la comunicación persuasiva • En la planificación de las intervenciones de salud
SEGUNDO PERÍODO: LA INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIALES	
Centrado en las condiciones sociales de la salud	Desarrollo de la conciencia
	Enmarcado en la reducción de las desigualdades en la relación salud-enfermedad
	Participativa Crítica Autónoma

Concepto de educación para la salud

En relación con las encuestas aplicadas a los sectores Educación y Salud, ambos coinciden en que la educación para la salud busca promover o

generar cambios en los estilos de vida y prevenir enfermedades. Respecto al concepto de educación, gran parte del personal de Salud lo considera como una serie de procesos metodológicos e instrumentos pedagógicos. En general, se puede decir que el personal de Educación se considera receptor de las acciones de la educación para la salud, asumiendo un rol más pasivo.

Si comparamos estos resultados con la propuesta de México sobre la importancia de la concepción teórica de la educación para la salud, podemos concluir que el personal de los sectores Educación y Salud en el Perú se ubicaría en el período clásico, donde destacan el enfoque informativo y de determinantes.

Implementación de la educación para la salud

El personal de ambos sectores no expresa un enfoque en particular, pero identifica mecanismos de trabajo que los vinculan, tal como el uso del Convenio Marco de Cooperación. Sin embargo, se presentan diferencias entre los sectores: mientras que el personal de Salud menciona los planes operativos y los ejes temáticos, el personal de Educación propone actividades conjuntas entre Salud, Educación y diversas ONG (en algunos casos), y menciona los instrumentos como el Proyecto Educativo Institucional (PEI) y el Proyecto Curricular del Centro (PCC).

Herramientas y materiales

El sector Salud cuenta con material educativo bajo la forma de guías, módulos y manuales de información básica sobre educación para la salud. Sin embargo, cada sector reconoce sus diferentes herramientas. Mientras que en el Ministerio de Educación mencionan instrumentos como el PEI, el PCC y las Guías de Promoción de la Salud, educación sexual, entre otros, en el MINSa se sugiere el uso de sus propios materiales, como guías, manuales, etcétera.

Temas que se abordan frecuentemente en la educación para la salud en las instituciones educativas

Tanto el sector Educación como el de Salud abordan los siguientes temas: higiene personal, drogas, habilidades para la vida, nutrición y salud sexual. Los temas, en su mayoría, se centran en contenidos sanitarios.

Programas o actividades que se realizan frecuentemente para la educación en salud en las instituciones educativas

Entre las actividades que realizan más frecuentemente los sectores Salud y Educación en las instituciones educativas están los talleres con padres de familia y con la comunidad, ferias y jornadas, diagnósticos y encuestas de salud, proyectos escolares y distribución del refrigerio escolar.

Participación de alumnos y alumnas, docentes y padres de familia

Los alumnos y las madres y padres son, en la mayoría de casos, receptores pasivos de la aplicación de las estrategias. Los docentes de algunas instituciones educativas participan en la organización de las actividades de salud. Los padres aportan ideas para el plan de trabajo. Los alumnos y alumnas, en ciertos contextos, participan como promotores o educadores de pares.

Instrumentos para insertar la educación para la salud

Ambos sectores coinciden en el uso de instrumentos de educación: PEI, PCC y Plan de Trabajo. Otros consideran las directivas de las direcciones regionales de educación y salud, así como el Convenio Marco.

Dificultades para desarrollar la educación para la salud

En torno a las dificultades para llevar a cabo la educación para la salud, tanto Salud como Educación coinciden en señalar como el principal problema la falta de presupuesto para implementar las actividades, lo que supone un déficit de materiales e infraestructura deficiente. Otras dificultades que se señalan son la escasa participación del personal de Educación, tanto de las UGEL como de las instituciones educativas. También se menciona la falta de capacitación de los docentes, y en el caso de algunos, el escaso interés que tienen en mejorar su desempeño. La nula o escasa relación sectorial se observa también como una dificultad, en algunos casos entre Salud y las ONG.

Cómo debe participar el sector Salud

- Promoviendo la concertación multisectorial con Educación en el marco del Convenio Marco de Cooperación Técnica, emitiendo

directivas en todas sus instancias para promover un trabajo conjunto y una relación horizontal entre el personal de salud y la comunidad educativa.

- Como apoyo técnico, a través de capacitaciones y elaboración de materiales educativos; participando en actividades específicas como campañas y talleres.
- Ampliando la cobertura a todas las escuelas del país.

Cómo debe participar el sector Educación

- En forma activa, brindando mayor compromiso para implementar el programa.
- Asumiendo la responsabilidad del programa, de manera conjunta con el MINSA, elaborando materiales educativos y organizando actividades.
- Normando el desarrollo de instituciones educativas saludables como parte del trabajo de los docentes. Para ello, se sugiere incorporar los ejes temáticos de salud en el currículo y crear y difundir las políticas correspondientes.

Comentarios de la encuesta

A través de las respuestas a las encuestas, podemos identificar la falta de un trabajo articulado entre ambos sectores. Asimismo, la necesidad del manejo adecuado de los recursos humanos, técnicos y financieros, evitando la duplicación de acciones entre ambos sectores. Cabe mencionar que existe voluntad política de trabajar en forma conjunta, articulada y coordinada, como viene sucediendo en las instancias intermedias y locales.

En relación con las herramientas educativas utilizadas, éstas aún se centran en actividades informativas, dejando de lado el uso de técnicas participativas.

Haciendo una comparación con el estudio de México, podríamos decir que la práctica en el Perú se encuentra en el período clásico, entre los modelos de comunicación persuasiva, pues se enfatiza la transmisión de información vertical, partiendo del supuesto del cambio actitudinal, y por otro lado, el modelo de la planificación orientado al uso de instrumentos sin la real participación de los estudiantes.

La encuesta refleja la existencia de intervenciones centradas en el individuo, verticales y muy poco participativas, elementos que no ayudan a romper con el paradigma tradicional de la salud y la educación. Pasar a otro modelo requeriría revalorar la educación, reconociendo su interdependencia con la salud, y responder a las necesidades de los colectivos con los criterios de una real participación, aplicando la diversificación curricular e incluyendo temas de preocupación local y no necesariamente aquellos priorizados a nivel central.

4.2.2 Enfoques que guían las estrategias y materiales de la educación para la salud

Educación para la Salud, como programa y propuesta, es implementado por el MINSA, de donde se desprenden los enfoques que a continuación procederemos a describir.

a) Equidad en salud

Un desafío cuando hablamos de promoción de la salud y educación para la salud es la eliminación de diferencias innecesarias, evitables e injustas, que restringen las oportunidades para acceder al derecho al bienestar. Por ello, la promoción de la salud, a través del desarrollo de la educación para la salud, debe favorecer la equidad y actuar como agente de cambio para erradicar las barreras que excluyen a un enorme grupo poblacional del ejercicio de su derecho a la salud. Según la OMS, la equidad en salud implica que todas las personas disfruten de igualdad de oportunidades para desarrollar y mantener su salud, mediante un acceso justo a los recursos sanitarios.

Es importante mencionar que la equidad en salud no equivale a la igualdad en el estado de salud. Las desigualdades en el estado de salud entre los individuos y las poblaciones son consecuencia inevitable de las diferencias genéticas, sociales, económicas o de la elección de un estilo de vida personal. Además, las desigualdades en el estado de la salud surgen como consecuencia de la falta de equidad en materia de oportunidades en la vida.

De acuerdo con las múltiples maneras de entender la educación para la salud, la práctica del enfoque de equidad en salud se ve afectada por aspectos ideológicos y metodológicos como el concepto de salud dominante y la manera de ejercer la práctica educativa. Esto ha determinado diversas estrategias, algunas antagónicas, en el momento de la implementación. En conformidad con esto, la educación para la salud puede ser entendida, en un extremo, como la transmisión y recepción pasiva de conocimientos para paliar problemas concretos del ámbito de la enfermedad, y en otro extremo, como un elemento para el desarrollo nacional en salud.

En lo particular, consideramos que el enfoque de equidad en salud contribuye a la solución de problemas de exclusión; por ello, la educación para la salud debe centrar su acción en lo formativo, sustentado en la construcción de ciudadanía. Su importancia debe radicar en generar elementos positivos y equitativos que potencien la lucha social por el bienestar y la salud individual y colectiva de todas las personas.

b) Equidad de género

Nadie puede dudar de la inequidad que existe entre hombres y mujeres en un país como el nuestro, que está en vías de desarrollo. A pesar de que las mujeres tienen una esperanza de vida más larga que los hombres, presentan mayor morbilidad. Los determinantes que podrían explicar las diferencias y desigualdades existentes en la mortalidad y morbilidad de mujeres y hombres están ligados a los factores biológicos relacionados con el sexo y a los factores sociales. Entre los factores sociales cabe mencionar los patrones de socialización, los roles familiares, las obligaciones, expectativas y tipos de ocupación, los cuales son más desfavorables para las mujeres y tienen una marcada influencia en su salud. Por otro lado, y aunque de manera menos evidente, estos factores también repercuten en el bienestar y calidad de vida de los hombres, quienes ven afectada su capacidad para expresar afectos y de sentirse eficaces en el establecimiento de vínculos positivos, principalmente con su pareja e hijos. Esto, indudablemente, afecta la calidad de vida de las familias en su conjunto. Por tanto, el propósito de generar igualdad de oportunidades para hombres y mujeres, desde la promoción de la salud y la educación para la

salud, es lograr una mayor equidad en la atención de salud, modificando los estereotipos de género que afectan la autoestima y repercuten en la salud integral y el desarrollo humano. Igualmente, implica favorecer procesos que brinden iguales oportunidades a hombres y mujeres para decidir sobre su cuerpo, su sexualidad y sus vidas.

Este enfoque, en la esfera social, conduce a desarrollar intervenciones dirigidas a ampliar las opciones que faciliten los procesos de autonomía y autodeterminación de hombres y mujeres para decidir sobre su futuro. La participación comprometida de hombres y mujeres en igualdad de condiciones y oportunidades resulta fundamental para el logro de una cultura de la salud orientada al desarrollo integral, sea individual o comunitario.

Si hablamos de la educación para la salud desde un enfoque de equidad de género, no podemos dejar de tener en cuenta las implicancias de las desigualdades vividas entre hombres y mujeres. En la práctica de la educación para la salud se menciona la equidad de género, pero no está claro en ambos sectores cómo debe aplicarse este principio. Consideramos que es deseable, si no imprescindible, el empoderamiento de mujeres y hombres, sin restricción alguna, para el ejercicio de su derecho a la salud.

c) Interculturalidad

El enfoque intercultural en la promoción de la salud y la educación para la salud reivindica la necesidad de desarrollar tanto valores de solidaridad, tolerancia y respeto, como competencias y habilidades (en los prestadores de salud y en los docentes) que permitan reconocer, en la relación con “el otro”, las diferencias culturales, sociales, económicas y lingüísticas, que son justamente las que componen y construyen los procesos de salud-enfermedad de la población peruana. Esto permitirá comprender en su real dimensión las variables que afectan las condiciones de vida de la población y su estado de salud. Es en el diálogo intercultural que se determinarán condiciones más favorables para desarrollar acciones sobre la base del respeto, la solidaridad y el consenso, las que resultarán beneficiosas para prestadores de salud, docentes y la comunidad, y además, contribuirán a generar condiciones de confianza y respeto mutuo hacia la diversidad étnica y cultural tan propia de nuestro país.

El enfoque intercultural en las acciones de promoción de la salud y de educación para la salud se impone en las estrategias de atención a poblaciones excluidas como las andinas y amazónicas, estrategias que aún están por implementarse, y que, junto con la estrategia de atención integral, conformarán la gran oferta de salud que se brindará desde el Ministerio de Salud.

Igualmente, es necesario rescatar el valor cultural y curativo de la medicina tradicional con el objetivo de lograr un nivel de complementariedad y equidad con la medicina occidental, evitando, de ese modo, el ejercicio paralelo y descoordinado.

Asimismo, el enfoque permite identificar los aspectos culturales y de estilos de vida individuales y colectivos que contribuyen a desarrollar prácticas de vida saludables en regiones y poblaciones particulares. Se requiere incorporar de manera sistemática estrategias de identificación de factores protectores, individuales y colectivos, sociales y culturales que potencialmente contribuyan a incrementar las condiciones favorables de estados de salud, calidad de vida y desarrollo humano y comunitario.

En la práctica de la educación para la salud, la interculturalidad se expresa únicamente en la diagramación de los materiales, y, en el mejor de los casos, se utiliza la lengua del pueblo andino o amazónico al que el material va dirigido. Como menciona Carmen Heredia,¹⁸ el enfoque de interculturalidad debe reconocer la práctica de los pueblos que ayudan a generar mejores condiciones de salud y no sólo las orientaciones médicas. Por lo tanto, a partir del conocimiento del contexto, se deberían determinar los componentes curriculares (diversificación curricular que el Ministerio de Educación propone), los principios, contenidos, estrategias y metodologías de aprendizaje que son relevantes en la formación de la comunidad educativa. Debemos reconocer que el Ministerio de Educación cuenta con gran experiencia en la aplicación de la interculturalidad, experiencia que debe ser aprovechada para implementar la educación para la salud.

Ignorar las características interculturales de la educación para la salud en la comunidad educativa ha provocado tropiezos y limitaciones,

18 Coordinadora de Promoción de la Salud de Plan Internacional. Entrevista realizada en el marco de este estudio.

impidiendo el avance y dificultando la relación entre el contexto y los proveedores de salud. Sin embargo, no podemos dejar de reconocer los esfuerzos desplegados desde los ministerios y la sociedad civil para subsanar dichas dificultades.

Existe la intención del sector Salud de profundizar en el enfoque de interculturalidad, como se observa en los materiales y en la experiencia de algunas regiones en las que se han priorizado necesidades locales; sin embargo, existe la dependencia del nivel central, que al final determina las acciones y las pautas de intervención sin el conocimiento suficiente del contexto.

d) Ciudadanía, participación y empoderamiento social

Construir ciudadanía en salud implica contribuir a la consolidación de una cultura democrática de los deberes y derechos de las personas, grupos y pueblos, en la que cada actor social participe de manera responsable en favor del mantenimiento de la salud y del bienestar individual y colectivo. La ciudadanía en salud se construye sobre la base de una auténtica participación que propicie el desarrollo de iniciativas autónomas, con criterios de descentralización y relaciones equitativas en cada localidad.

La mayor participación de los ciudadanos incide también en la consolidación de mecanismos de control y corresponsabilidad social. Este proceso de atribución y reconocimiento mutuo de derechos y responsabilidades, así como la generación de mecanismos que permitan ejercerlos, contribuyen de gran manera al empoderamiento de la población. Una población empoderada actuará proactivamente a favor de su salud y bienestar, no sólo demandando derechos sino principalmente interviniendo sobre los determinantes de su salud, porque será el motor de las acciones.

Los proveedores de salud y educación deben ser conscientes de la responsabilidad que tienen de crear condiciones que alienten el empoderamiento gradual de la población, tan acostumbrada a que sean los profesionales quienes resuelvan sus problemas. Éste es un gran desafío que los prestadores de salud y los docentes deben asumir, con la convicción de que sólo la democratización de la información garantizará un ejercicio pleno de la participación ciudadana. Una población informada y con oportunidades

de participar podrá contribuir a revertir condiciones de morbimortalidad y, a la vez, impulsar procesos de desarrollo local que incrementen las oportunidades para alcanzar las aspiraciones personales y comunitarias.

El empoderamiento para la salud puede entenderse como un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y los grupos sociales se vuelven capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades. Mediante este proceso, las personas perciben una relación más estrecha entre sus metas y el modo de alcanzarlas y una correspondencia entre sus esfuerzos y los resultados que obtienen. La promoción de la salud abarca no sólo las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades básicas para la vida y las capacidades de los individuos sino también las acciones para influir en las condiciones sociales y económicas subyacentes y en los entornos físicos que influyen sobre la salud.

Se establece una distinción entre el empoderamiento para la salud del individuo y el de la comunidad. El empoderamiento para la salud individual se refiere principalmente a la capacidad del individuo de tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal. El empoderamiento para la salud comunitaria supone que los individuos actúan colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad. Éste es un importante objetivo de la educación para la salud y la acción comunitaria para la salud.

Como señalan algunos entrevistados, la educación para la salud ha logrado un reconocimiento sectorial, lo que ha puesto en marcha una serie de acciones que, en el mejor de los casos, motivan y sensibilizan a los protagonistas (en este caso, la comunidad educativa). Sin embargo, sus resultados son insuficientes, si apostamos a la salud como bienestar. El gran reto debe ser el desarrollo de la capacidad reflexiva y crítica, enmarcada en el derecho a la salud y el empoderamiento, no sólo en la prevención de la enfermedad sino en la construcción de una cultura en salud.

e) Enfoques y temas transversales

Si bien el MINSA emplea el concepto de “enfoque”, el Ministerio de Educación no lo usa sino que lo sustituye, de manera aproximada, por el de

“tema transversal”, tal como se plantea en el diseño curricular, concepto que tiene fuerte utilidad operativa.

Ambos sectores, entre enfoques o temas transversales, coinciden en la interculturalidad, la equidad de género y los derechos, que pasan por diferencias muy concretas de acuerdo con la función que cumplen: mientras que los enfoques del MINSA se implementan en el Programa de Promoción de la Salud y, en concreto, en las instituciones educativas saludables, los temas transversales se priorizan en el Proyecto Educativo Institucional y en el Proyecto Curricular, y se evidencian en los logros de aprendizaje de las unidades didácticas. A continuación presentamos un cuadro en el que se describen algunos aspectos de cada tema y enfoque (ver cuadro 11).

4.2.3 Análisis de los materiales educativos

Existe una diversidad de materiales que han sido elaborados por ambos ministerios. Surge una situación paradójica respecto al Ministerio de Educación, que aun sin tener mayor trayectoria en educación para la salud, cuenta con insumos diversos referidos a la salud. La explicación se encontraría en los antecedentes de la oficina de Tutoría y Prevención Integral —hoy DITOE—, que desde sus inicios sentó las bases sobre algunos programas como educación sexual, prevención de uso indebido de drogas, escuela de padres, entre otros, y de los cuales se elaboraron la mayoría de materiales identificados. Debido a los cambios de enfoque, durante un tiempo se priorizó la promoción de estilos de vida saludable, pero sin dejar de considerar la importancia de los programas. Lamentablemente, en la actualidad, dichos programas han perdido notoriedad, según se señala, por el cambio de estrategia: de prevención a orientación y promoción educativa, y por la falta de presupuesto. Sin embargo, existen ideas conservadoras dentro del Ministerio de Educación respecto al rol de la tutoría y la sexualidad, lo que está generando que temas como educación sexual y reproductiva no se desarrollen en la estructura curricular y mucho menos sean priorizados por las diferentes direcciones, como en años anteriores.

A partir de la revisión de materiales, encontramos algunas características saltantes:

Cuadro 11
DESCRIPCIÓN DE TEMAS TRANSVERSALES DEL MINISTERIO
DE EDUCACIÓN Y LOS ENFOQUES DEL MINSA

	<i>Temas transversales</i>	<i>Enfoques</i>
Equidad de género	Se entiende como un proceso pedagógico. Asegura que las expectativas y resultados de aprendizaje incluyen la equidad de género, recogiendo los saberes de las niñas y adolescentes, y promoviendo su participación e integración ciudadana.	Procura minimizar las diferencias de oportunidades para la salud plena de hombres y mujeres integrantes de las instituciones educativas, mediante acciones de aprendizaje diferenciadas.
Interculturalidad	<p>Como fin de la educación, se asume como riqueza la diversidad cultural, étnica y lingüística del país, y encuentra en el reconocimiento y respeto a las diferencias, así como en el mutuo conocimiento y actitud de aprendizaje del otro, sustento para la convivencia armónica y el intercambio entre las diversas culturas del mundo.</p> <p>Como proceso pedagógico, plantea el aprendizaje de una lengua extranjera para ampliar el acceso a la información.</p>	Permite conocer los diferentes modos de vivir, pensar y sentir de los miembros de las instituciones educativas en el contexto de las diferentes realidades locales y regionales. Implementa acciones diferenciadas que responden a las necesidades existentes según el contexto cultural.
Equidad y derechos	Considera la equidad como un principio de la educación, la cual garantiza a todos iguales oportunidades de acceso, permanencia y trato en un sistema educativo de calidad. Los derechos humanos se desarrollan a lo largo de las unidades didácticas a partir del tercer ciclo (nivel primaria).	Se entiende como equidad y derechos en salud. Es un enfoque que fortalece la participación ciudadana en salud desde las instituciones educativas. Su aplicación garantiza el ejercicio de los derechos para la construcción de una sociedad más equitativa.

Nota: Para la elaboración del cuadro, se ha tomado en cuenta el *Diseño Curricular Nacional*, el Reglamento de la Ley de Educación y el Programa de Promoción de Salud en las Instituciones Educativas.

- El MINSA combina enfoques como interculturalidad, participación y género, a la vez que articula estrategias de prevención y promoción.
- En algunos casos, se enfatizan los enfoques de interculturalidad (gráficos y ejemplos) y género (lenguaje inclusivo).
- El Ministerio de Educación, en el auge de los programas de educación sexual y prevención del uso indebido de drogas, incluía en sus documentos enfoques como género, derechos y participación. Actualmente, el lenguaje inclusivo no ha sido tomado en cuenta en algunos textos, pero hay elementos de derechos humanos e interculturalidad presentes, sobre todo en el momento de la diversificación curricular.
- El enfoque de derechos no es explícito más allá de los contenidos. Parece haber un énfasis en el derecho a la información. Habría que reconocer que la salud y la educación son derechos inalienables, de la misma forma que la participación y la construcción de ciudadanía.
- Algunos materiales parten de la estructura curricular básica, como ejemplos para lograr una mayor comunicación y coordinación intersectorial.
- Hay un complemento entre prevención y promoción, relación inevitable, aunque en el discurso se pretenda incidir en la promoción.

Cuadro 12
CARACTERÍSTICAS DE LOS MATERIALES RELACIONADOS
CON LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

<i>Sector</i>	<i>Categorías</i>	<i>Temas</i>	<i>Características</i>
Ministerio de Educación	Guías de educación sexual	Educación familiar y sexual Sexualidad sana y responsable	Guías, videos y trípticos. Dirigido a alumnos y alumnas, padres y madres y docentes de los niveles primario y secundario.
	Guías de prevención del uso indebido de drogas	Prevención de drogas Movilización comunitaria Orientación y consejería Estrategias participativas Estudios epidemiológicos	Guías, videos, instructivos, trípticos. Dirigido a alumnos y alumnas, padres y madres y docentes de los niveles primario y secundario.

<i>Sector</i>	<i>Categorías</i>	<i>Temas</i>	<i>Características</i>
Ministerio de Educación	Guías y manuales de promoción de estilos de vida saludable	Estilos de vida saludable	Guías dirigidas a docentes para el trabajo en el aula de los niveles primaria y secundaria y formación magisterial.
	Materiales de educación vial	Guías de educación vial	Dirigido a primaria. Incluye guías, rotafolios y videos.
	Tutoría y orientación educativa	Guías de tutoría	Dirigido a docentes de los diferentes niveles. Incluye guías y CD.
	Materiales educativos diversos	Ciudadanía y democracia Prevención de violencia Escuela de padres Promoción social educativa	Guías, afiches e instructivos, en su mayoría dirigidos a docentes para la aplicación de actividades en el aula.
Ministerio de Salud	Normativo	Lineamientos de promoción de la salud Lineamientos de salud mental Guía para el trabajo con escuelas saludables	Normas que guían la intervención del MINSa en las instituciones educativas.
	Ejes temáticos	Habilidades sociales Higiene Familia y vivienda saludable Salud sexual y reproductiva	Incluye guías metodológicas, laminario, entre otros. Dirigido a docentes y alumnos de primaria y secundaria.
	MINSa-OPS	Red de escuelas promotoras de salud Red de municipios y comunidades saludables Entornos saludables Abuso sexual infantil	Dirigido a los establecimientos de salud para la aplicación de los programas en escuelas y municipios saludables.

<i>Sector</i>	<i>Categorías</i>	<i>Temas</i>	<i>Características</i>
Ministerio de Salud	MINSA-Proyecto AMARES	Autoestima Higiene Alimentación Habilidades para la vida Derechos Entorno saludable Salud sexual y reproductiva Prevención de desastres Accidentes de tránsito	Por publicarse. Documentos dirigidos en su mayoría a docentes y alumnos de primaria. Están divididos por temas. Algunos materiales toman en cuenta las capacidades que señalan las áreas de la estructura curricular.

4.3 COMISIÓN MULTISECTORIAL DE ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD-INICIATIVA REGIONAL DE LAS ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD (IREPS)

Desde el año 1995, la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), impulsa la Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud con el propósito de fortalecer y actualizar la capacidad de los países de la región de Latinoamérica y el Caribe en el área de la salud escolar con un enfoque integral. El fin de la Iniciativa es formar futuras generaciones que dispongan del conocimiento, habilidades y destrezas necesarias para promover y cuidar su salud, la de su familia y comunidad, así como crear y mantener ambientes de estudio, trabajo y comunidades saludables. En este sentido, la Iniciativa Regional apoya a los Estados miembros en el desarrollo y ejecución de actividades de promoción de la salud y de educación para la salud dentro y alrededor del ambiente escolar, donde niños, niñas, adolescentes, jóvenes, padres, madres, profesores y otros miembros de la comunidad viven, aprenden, trabajan y juegan.¹⁹

En 1995, en Chile, durante el Congreso de Salud Escolar, se acordó crear la Red Latinoamericana y del Caribe de Escuelas Promotoras de la Salud, lo que condujo a la Primera Reunión de la Red en 1996, en San

19 Véase <<http://www.bvsde.paho.org/escuela/escuelas-acerca.html>>.

José de Costa Rica. La Segunda Reunión se realizó en México en 1998 y la Tercera Reunión tuvo lugar en Quito en 2002. La Cuarta Reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud se realizó el año 2004 en San Juan de Puerto Rico. Todos los encuentros han contribuido a fortalecer los mecanismos de intercambio de conocimientos y experiencias sobre salud escolar.

Las orientaciones de la Carta de Ottawa sobre la promoción de la salud han servido de base para el logro de los objetivos de esta iniciativa, estableciendo que la salud se crea en escenarios de la vida cotidiana como las escuelas. Salud y educación fueron reconocidas como pilares del desarrollo social. En este marco, la escuela permite promover tanto el conocimiento como el desarrollo de competencias y capacidades necesarias para promover la salud, el crecimiento, el desarrollo y el bienestar de niñas, niños y adolescentes.

Los resultados alcanzados por la IREPS han sido posibles gracias a la promulgación de lineamientos y políticas públicas saludables, las que han ejercido una gran influencia sobre los determinantes de la salud y han permitido contar con políticas públicas escolares. Tanto las políticas como los lineamientos han influido en el desarrollo de las escuelas promotoras de la salud en la región, situación que se refleja en los resultados de la Encuesta Regional de Escuelas Promotoras de la Salud (EPS), en la que 94% de los países encuestados reportaron que tienen políticas orientadas a la promoción de la salud en la población escolar y 82% de éstos cuentan con políticas específicas relacionadas con la estrategia de EPS.²⁰

La iniciativa de EPS tiene como eje fundamental desarrollar una pedagogía integradora, para lo que cuenta con tres componentes: 1) educación para la salud con un enfoque integral, y enseñanza y aprendizaje de habilidades para la vida; 2) creación y mantenimiento de entornos saludables, donde tiene vital importancia el mejoramiento del medio ambiente físico y psicosocial; 3) servicios de salud como consejería, alimentación sana, vida activa, entre otros.

En el Perú se han realizado diferentes experiencias desde las instituciones gubernamentales de salud y educación y desde las entidades no

20 Resultados de la *Primera Encuesta Regional. Escuelas Promotoras de la Salud en América Latina*. OPS, 2005.

gubernamentales, con el fin de lograr instituciones educativas que promuevan la salud en zonas urbanas, rurales y urbano-marginales del país. Dichas instituciones han contribuido para la conformación, en setiembre de 2001, de la Comisión Multisectorial de Escuelas Promotoras de la Salud (CMEPS). Esta instancia está constituida actualmente por el Ministerio de Educación, el Ministerio de Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el proyecto AMARES, Pathfinder International, Asociación Solaris Perú, Plan International, Redess Jóvenes, Kallpa, el Instituto de Educación y Salud, Acción por los Niños, Prisma, el Instituto Peruano de Paternidad Responsable (INPPARES) y otras instituciones comprometidas con la salud y educación del país que apoyan y brindan asesoramiento técnico.

La CMEPS está convencida de que la salud y la educación son derechos humanos, derivados de responsabilidades compartidas, articuladas y concertadas. Cuenta con los siguientes documentos que norman su actuación:

- Acta de constitución y compromiso de la CMEPS.
- Plan de Acción Estratégico 2002-2006.
- Plan de Acción Programático 2002-2005.
- Convenio Marco Cooperación Técnica entre el MINSA y Ministerio de Educación (2002-2007).
- Guía de Gestión de la Estrategia de EPS con la participación conjunta del MINSA, el Ministerio de Educación y CMEPS.
- Mapeo Nacional de las Instituciones Educativas Promotoras de la Salud.

El 5 de agosto del año 2002 se firmó el Convenio Marco de Cooperación Técnica entre el Ministerio de Educación y el MINSA, impulsado por la CMEPS, con el fin de contribuir a la mejora de la calidad de vida del educando en su entorno familiar y comunitario, mediante la promoción de la salud y el óptimo desarrollo de sus capacidades físicas, intelectuales, sociales y emocionales, ampliando la cobertura de atención en educación y salud en zonas rurales dispersas y urbano-marginales de alta vulnerabilidad, fomentando el uso del espacio escolar como lugar estratégico para promover una cultura de salud.

Por parte de las instituciones de la sociedad civil, una de las experiencias más interesantes es la de Kallpa, institución que trabaja desde 1988 en el cono sur de Lima. En 1994, extendió la experiencia a varios

departamentos del interior del país (Cusco, Ayacucho y Loreto). Asimismo, hay otras experiencias más recientes, tales como las de Pathfinder International, proyecto AMARES, Asociación Solaris-Perú, CARE, Ayuda en Acción, Taller de Promoción Andina (TADEPA), Prisma, Plan Internacional y otras.

Según CMEPS, una escuela promotora de la salud se define así:

Es un centro educativo que fomenta el mejoramiento del bienestar y la calidad de vida de la comunidad educativa; propicia valores y actitudes favorables hacia la salud integral en un ambiente psicológico y social solidario, de relaciones humanas constructivas, armoniosas y de respeto a la cultura local; busca contar con un ambiente físico seguro y con servicios de instalaciones adecuadas.²¹

Una escuela promotora de la salud se proyecta y ejerce una influencia positiva hacia la comunidad, a la vez que fortalece habilidades en los alumnos y alumnas para adoptar decisiones de ciudadanía y democracia. Promueve actividades educativas dentro y fuera del aula en tres líneas de acción: ambientes saludables que favorecen el aprendizaje, los estilos de vida saludables, promovidos por la educación para la salud y los servicios de salud y nutrición, que se incorporan transversalmente en la programación curricular.

Un ejemplo del trabajo conjunto es el asesoramiento técnico permanente de los órganos intermedios sobre estrategias de orientación educativa y promoción de la salud, articuladas en la tutoría en el marco de la descentralización y el establecimiento de alianzas estratégicas con instituciones y organizaciones de la sociedad civil. Esto brinda soporte a las instituciones educativas mediante equipos interdisciplinarios y multi-sectoriales que contribuyen a dar respuesta a las necesidades de formación integral de los estudiantes, un aspecto importante de la promoción de la salud en el ámbito escolar.

A pesar de que el panorama es favorable para la promoción de la salud y, en especial, para el componente de educación para la salud en

21 Red de Escuelas Promotoras de Salud. Cuaderno de Promoción de la Salud 1. Lima: Ministerio de Educación-MINSA-CMEPS, 2002.

las instituciones educativas, todavía está pendiente la tarea de mejorar los mecanismos de concertación y articulación entre salud y educación con la participación de la sociedad civil para que se concreten las acciones de promoción de la salud.

4.4 ENFOQUES Y ESTRATEGIAS DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA SOCIEDAD CIVIL

La sociedad civil cumple un rol facilitador y mediador del desarrollo de la educación para la salud. La experiencia compartida y las intervenciones realizadas revelan que su interés y trabajo se centran en fortalecer capacidades, elaborar instrumentos y materiales que apoyen la educación para la salud en las instituciones educativas, especialmente en zonas vulnerables de nuestro país como Huancavelica, Apurímac y Ayacucho. Dichas iniciativas consideran los mecanismos normativos sectoriales en sus intervenciones. Asimismo, desarrollan habilidades de organización y coordinación en los proveedores de salud y educación, realizan gestiones sectoriales, intersectoriales y multisectoriales para impulsar y fomentar la promoción de la salud hacia la sostenibilidad.

Pathfinder International fundamenta su intervención en el enfoque de empoderamiento, reconociendo la formación y la articulación sectorial como un mecanismo de sostenibilidad. Entre sus componentes encontramos: promoción de estilos de vida saludable, implementación de políticas saludables, organización y gestión participativa, desarrollo de entornos saludables y reorientación y vigilancia de servicios.

Plan International apuesta por la participación de los niños y niñas y adolescentes como actores protagónicos de la promoción de la salud en las instituciones educativas, desde un enfoque intercultural y de equidad en salud. Para ello, viene realizando investigaciones sobre prácticas culturales en relación con la salud. Entre sus líneas encontramos la mejora integral de niñas y niños, la participación infantil, la gestión de los servicios en la escuela, la mejora de las condiciones físicas y ambientales y la gestión pedagógica en el aula.

Desde 1988, la Asociación Kallpa viene interviniendo y acompañando a los sectores Salud y Educación en la implementación de las instituciones educativas de promoción de la salud (IEPS). Desde sus

inicios, apostó por un enfoque integral y de empoderamiento de la comunidad educativa. Su modelo de intervención asume el protagonismo estudiantil como un componente transversal, teniendo como líneas de acción la gestión, el servicio, la comunicación y la educación. En su práctica destaca la experiencia en la diversificación curricular, facilitando la inclusión de contenidos de salud en los procesos educativos, tal y como lo señala el diseño curricular de la educación básica regular. Entre sus ejes temáticos encontramos el autocuidado, la actividad física, la salud mental, la nutrición, el cuidado ambiental y la participación estudiantil.

AMARES es el proyecto “Apoyo y Modernización del Sector Salud y su Aplicación en una Región del Perú”, basado en un convenio entre la Unión Europea y el Gobierno peruano. Su rol facilitador le permite promover una mejor interacción entre los servicios de salud, las instituciones y la población, que tengan como consecuencia una mejora en los determinantes de la salud y la situación de salud de la población. AMARES plantea la acción integral, un sistema de servicios con enfoque intercultural y recursos humanos con conocimientos, actitudes y prácticas que garanticen una prestación de servicios de salud con calidad, eficiencia y equidad. Apuesta por un enfoque de redes sanitarias y su articulación con las redes sociales. Uno de sus componentes es la promoción de la salud, donde destaca el desarrollo del marco normativo y metodológico, comunicación en salud y el apoyo a la iniciativa de escuelas promotoras de salud.

De las instituciones entrevistadas como sociedad civil, cada una de ellas enmarca sus intervenciones alrededor de los mecanismos y normativas del sector Salud, y el Convenio Marco entre el Ministerio de Educación y el MINSA. El estudio ha permitido reconocer que algunos enfoques predominan más que otros, como el de interculturalidad, empoderamiento y participación social, mientras que a la equidad en salud y al género se les hace referencia en menor grado. Estos enfoques se reflejan en las estrategias y materiales, y sus escenarios son las escuelas y los municipios.

Por otro lado, los entrevistados parten del reconocimiento de que los niños, niñas, adolescentes y jóvenes son actores sociales del presente y futuro, y que las instituciones educativas son una instancia donde pueden tener acceso a la información, el ejemplo, la práctica y el apoyo necesario para desarrollar hábitos y estilos de vida saludable.

Cuadro 13
ENFOQUES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA EDUCACIÓN
PARA LA SALUD EN LA SOCIEDAD CIVIL

Enfoques	
Equidad en salud	<ul style="list-style-type: none"> • Atención diferenciada según cada una de las etapas de la vida. • Desarrollo de las capacidades de aprender a ser, aprender a aprender, aprender a hacer, aprender a convivir y aprender a emprender.
Equidad de género	<ul style="list-style-type: none"> • El poder y su manejo. • Autonomía y autodeterminación de mujeres y hombres para decidir sobre su salud tanto a nivel individual como colectivo.
Interculturalidad	<ul style="list-style-type: none"> • Valores de solidaridad y respeto. • Reconocimiento de diferencias culturales, sociales, económicas y lingüísticas en salud. • Revaloración y recuperación de la salud popular. • Comprensión de los modos y estilos de vida de las culturas indígenas. • Comprender los temores y recelos frente a los problemas de salud.
Ciudadanía, participación y empoderamiento social	<ul style="list-style-type: none"> • Empoderamiento de la comunidad educativa. • La salud como un derecho humano fundamental. • Cultura democrática de los deberes y derechos de las personas, grupos y pueblos. • Ciudadanía en salud, sobre la base de la participación, el desarrollo de iniciativas, autonomía, con criterios de descentralización y relaciones equitativas en cada localidad. • Disposición de información, educación y los medios para la salud. • Cultura de la salud.

5. CONCLUSIONES

- La educación para la salud ha perdido vigencia como acción y estrategia y es sustituida por la promoción de la salud, dada la mayor dimensión de este concepto. Esta situación refleja desconfianza frente a la práctica educativa, estigmatizada por su supuesta ineficacia y rigidez.
- La sectorización de los términos “salud” y “educación” ha definido funciones y roles en cada ministerio y su estructura administrativa, y ha desarrollado conceptos que generan duplicidad de esfuerzos, obstaculizando la relación intersectorial.
- El estudio ha permitido reconocer que cada sector define el enfoque. Incluso cada ministerio, ONG u cooperante fundamenta la educación para la salud como considera conveniente. Lo mismo está sucediendo con los temas y estrategias. Ello está generando que algunos operadores de Salud y Educación perciban tres o cuatro agendas que duplican esfuerzos e incrementan las labores.
- El enfoque de derechos se manifiesta en el discurso; sin embargo, no representa el marco de la mayoría de proyectos, como sí sucede con la interculturalidad, el género y el empoderamiento. La trascendencia del enfoque de derechos estriba en la importancia que le asigna a la salud, a la educación y al ejercicio de la ciudadanía.
- Los materiales educativos del MINSa aún tienden a ser informativos. Sin embargo, encontramos mejoras al momento de plasmar el enfoque de interculturalidad y de género.

- La mayoría de materiales elaborados por el Ministerio de Educación carecen de los enfoques de interculturalidad, derecho y género; en algunos se ha eliminado el lenguaje inclusivo, tienen una mirada conservadora, revaloran al docente, pero dejan de enfatizar el protagonismo de niños, niñas, adolescentes y padres.
- La educación para la salud es diseñada y desarrollada, en gran parte, por el personal de Salud, aun cuando existen mecanismos para la participación de docentes, padres, niños, niñas y adolescentes.
- Sólo el Ministerio de Salud tiene una política definida de educación para la salud; el Ministerio de Educación, que debe ser el líder en este aspecto, está insertando estrategias enfocadas en la promoción de la salud pero sin un marco de política sectorial.
- Aun siendo parte de la política del sector Salud, los recursos son insuficientes para las acciones locales. En ese sentido, la dificultad de la coordinación intersectorial a nivel central está generando la duplicidad de esfuerzos.
- El *Diseño Curricular Nacional* de la educación básica regular, publicado el año 2005, incluye temas de salud. Sin embargo, predomina en él una mirada preventiva, donde la salud se asume como una condición corporal, mas no como un derecho de toda persona.
- La relación sectorial a nivel regional y local está permitiendo diseñar objetivos, estrategias y enfoques comunes, bajo responsabilidad compartida.
- Existe gran necesidad de fortalecer y promover el binomio salud-educación, reconociendo el potencial estratégico que tienen las instituciones educativas en el fomento de la salud, así como la experiencia técnica de la sociedad civil.
- La educación para la salud no estuvo en la agenda de los partidos políticos que disputaron recientemente las elecciones presidenciales. Incluso el plan de gobierno del partido ganador de las elecciones no reconoce las implicancias del tema en el desarrollo personal y comunitario.

-
- Es necesario motivar el involucramiento de los responsables de la toma de decisiones políticas, para colocar la educación para la salud como una prioridad de sus agendas en Salud y Educación.
 - La educación comunitaria abre caminos para reconocer que la salud debe ser parte no sólo del sector correspondiente sino una responsabilidad compartida con otros sectores, haciendo posible el reconocimiento de la salud como derecho.
 - Resulta paradójico no encontrar la estrategia de educación para la salud dentro del marco del sector Educación, cuando existen intervenciones relacionadas con la actividad física, el complemento nutricional y la prevención del uso indebido de drogas, que exigen una relación permanente con la salud.

6. MEDIDAS SUGERIDAS

ETAPA DE PLANEAMIENTO (hasta marzo de 2007)

- Definición de una agenda común entre los sectores Salud y Educación que relacione promoción de la salud con educación para la salud en el nivel de las instituciones educativas.

Las agendas comunes deberían corresponder a las instancias geográficas más descentralizadas posibles, de tal manera que se puedan conformar agendas comunes regionales, provinciales, distritales, etc. Dicha agenda puede ser parte integrada del proceso piloto de municipalización de la educación, en actual ejecución, en especial allí donde existan experiencias previas (municipios saludables, escuelas saludables).

- Realización de un encuentro nacional para incorporar en el Proyecto Nacional de Educación el componente de educación para la salud como contenido transversal, desde el enfoque del desarrollo humano, en el contexto del Convenio Marco de Cooperación Técnica Ministerio de Educación-MINSA.

Dicho encuentro nacional debería establecer el liderazgo del Ministerio de Educación en la elaboración de políticas, estableciendo al MINSA como ente técnico de apoyo. Asimismo, en el encuentro deberían participar los directores del Ministerio de Educación y del MINSA, así como la sociedad civil vinculada al tema.

Por otro lado, este encuentro puede analizar el Convenio Marco de Cooperación Técnica Ministerio de Educación-MINSA, a fin de discutir las modificaciones pertinentes para renovarlo.

- Establecimiento de un canal de comunicación y coordinación entre las diversas instancias del Ministerio de Educación con las instancias correspondientes del MINSA.

Formar un equipo técnico del Ministerio de Educación en el que se incorpore a todas las instancias afines al tema de educación para la salud, particularmente las correspondientes a las direcciones dependientes del Viceministerio de Gestión Pedagógica, que facilite la comunicación interna de las acciones a favor de la educación para la salud en la comunidad educativa. La Dirección de Tutoría y Orientación Educativa podría ser el principal facilitador para definir acciones comunes para la incorporación de la salud como uno de los temas centrales en la educación integral.

Asimismo, las direcciones pertinentes del Ministerio de Salud podrían formar un equipo técnico de manera análoga, bajo la coordinación de la Dirección de Educación para la Salud. La DITOE y esta dirección coordinarían entre sí y facilitarían la relación entre los dos sectores.

- Establecimiento de un plan nacional de formación continua en educación para la salud, dirigida tanto al personal docente como al proveedor de salud, sobre diversificación curricular, incluidos los ejes temáticos y los materiales de salud en el marco del Proyecto Educativo Institucional.

Las coordinaciones intersectoriales se harían, por ende, en el nivel de las instituciones educativas en coordinación con los centros de salud existentes en cada zona geográfica predeterminada. Podría optarse por incluir dicho plan nacional en el contexto del proceso de municipalización de la salud. Asimismo, la instancia central del Plan Nacional, en coordinación con las direcciones correspondientes del MINSA y el Ministerio de Educación, diseñarían un espacio técnico para dar continuidad a la formación planteada.

- Elaboración de la Guía de Gestión Nacional de Estrategias de Educación para la Salud a partir del Convenio Marco Ministerio de

Educación-MINSA, y que cuenta con resolución ministerial en ambos sectores.

Este documento debe ser difundido a nivel nacional, tanto a docentes como a proveedores de salud. Se debe incluir como anexo en los diseños curriculares nacionales. Se debe colocar en los portales de ambos sectores.

ETAPA DE IMPLEMENTACIÓN (hasta enero de 2008)

- Validación de la agenda común entre los sectores Salud y Educación que relacione promoción de la salud con educación para la salud en el nivel de las instituciones educativas.

En este nivel, las agendas comunes descentralizadas establecidas han de ser evaluadas, a fin de retroalimentar la Guía de Gestión Nacional y las estrategias de formación conjunta por aplicar en las circunscripciones que carezcan de ella. Dicha agenda puede ser parte del proceso de municipalización de la educación.

- Renovación de la firma del Convenio Marco de Cooperación Técnica Ministerio de Educación-MINSA, incluida la educación para la salud como componente básico de la promoción de la salud.

El Convenio Marco de Cooperación Técnica vence en el año 2007. El encuentro nacional previsto en la etapa de planeamiento debería establecer las bases de su renovación estableciendo con claridad los roles y funciones de los sectores Salud y Educación y la sociedad civil.

- Incorporación explícita del enfoque de derechos, de interculturalidad y de género en la elaboración de materiales e instrumentos pedagógicos del Ministerio de Educación. Asimismo, incorporación del concepto de educación para la salud en todos los instrumentos pedagógicos vigentes del Ministerio de Educación.

La elaboración de material e instrumentos pedagógicos por parte del Ministerio de Educación debe considerar explícitamente los enfoques

como contenidos transversales permanentes de las diversas áreas pedagógicas.

- Desarrollo, a partir del encuentro nacional, de un espacio técnico que permita que ambos sectores en conjunto puedan revisar conceptos, enfoques y estrategias existentes, a fin de eliminar los antagonismos y uniformar acciones en la práctica de la educación para la salud.

Este espacio técnico tendría como labor fundamental establecer los principios y parámetros de formación continua en educación para la salud, sea de manera autónoma, sea como parte de los procesos en diseño desde las direcciones de educación para la salud (MINSAL) y de formación docente (Ministerio de Educación), a través de los equipos técnicos sectoriales.

- Desarrollo de un sistema de información que permita recoger las experiencias y materiales de la sociedad civil sobre construcción de ciudadanía en el marco de la educación para la salud, a fin de ponerlos a disposición de los organismos pertinentes.

El logro de esta tarea requiere una coordinación Ministerio de Educación-MINSAL-CMEPS, la que se puede centrar en los centros de documentación de los respectivos sectores para establecer una base de datos conjunta.

- Inclusión en los instrumentos de evaluación de indicadores pertinentes que registren las capacidades y actitudes de los educandos en relación con la salud, en la Evaluación Nacional del Rendimiento Escolar que se realizará en el año 2007.

Para ello, sería necesaria una intensa coordinación con la instancia de evaluación y monitoreo del Ministerio de Educación.

- Elaboración de material educativo informativo sobre educación para la salud para las instituciones educativas, que permita explicitar el marco de los derechos humanos en las diferentes políticas e instrumentos sectoriales e intersectoriales, reconociendo la salud y la educación como derechos inalienables de toda persona, conducentes a desarrollar la ciudadanía.

Se requiere la coordinación Ministerio de Educación-MINSA para incluir dichos enfoques entre los requerimientos para el proceso de la elaboración de estos materiales.

- Desarrollo de directivas que favorezcan la presencia de la educación para la salud en las instituciones educativas en los niveles central, regional y local, así como en la formación inicial de los docentes.

Las directivas deben proporcionar a las instancias intermedias del Ministerio de Educación la capacidad para ejecutar intervenciones sobre educación para la salud en las diversas instituciones educativas. En el nivel central ello implicará una intensa coordinación con el Viceministerio de Gestión Pedagógica.

Asimismo, se deben elaborar directivas que incluyan en el currículo de formación inicial docente el desarrollo de capacidades, actitudes y estrategias de desarrollo de la educación para la salud.

ETAPA DE EJECUCIÓN (hasta julio de 2011)

- Reconocimiento, por parte del Estado, de la educación para la salud no sólo como un componente de la promoción de la salud sino como parte de una política de Estado en que los sectores Educación y Salud asuman el rol que les corresponde.

Esta tarea debería tener como logro la cobertura de todas las EPS, en coordinación con ambos sectores.

- Desarrollo del liderazgo del Ministerio de Educación en el establecimiento del componente de la estrategia de Instituciones Educativas Saludables, contando con el apoyo técnico del MINSA.

Para ello se requiere una coordinación permanente entre ambos sectores mediante los mecanismos bosquejados anteriormente, para lo que se necesita contar con la voluntad política de ambos sectores a fin de que cada cual asuma su rol y funciones.

- Revisión e inclusión, en el diseño curricular de formación inicial del docente, del desarrollo de capacidades, actitudes y estrategias de promoción de la educación para la salud en las instituciones educativas.

Aparte del desarrollo del currículo en las instituciones formadoras de docentes, el equipo técnico correspondiente del Ministerio de Educación debería realizar la vigilancia y evaluación de estas instituciones, incluida la educación para la salud. Asimismo, se deberían establecer mecanismos de formación continua para docentes egresados.

- Inclusión, en la revaloración de la educación de calidad, de los conceptos, procedimientos y estrategias correspondientes a la educación para la salud, dada la relación indisoluble de ésta con la salud.

Para ello se requiere reforzar los espacios existentes, y buscar nuevos canales de dialogo e intercambio que generen y fortalezcan los lazos intersectoriales y multisectoriales en los distintos niveles. Dichos espacios deberían ser creados por la instancia de comunicación y coordinación facilitada por la DITOE y la Dirección de Educación para la Salud contemplada líneas arriba.

- Establecimiento de un mecanismo de coordinación permanente de intervenciones sobre educación para la salud entre los sectores de Salud y Educación, intermediadas y facilitadas por la DITOE y la Dirección de Educación para la Salud contemplada líneas arriba.

Dicho mecanismo estaría funcionando de manera permanente, para apoyar las iniciativas de las instituciones educativas y órganos intermedios de ambos sectores, y para organizar acciones que los involucren, tomando la iniciativa en los aspectos que se consideren pertinentes.

BIBLIOGRAFÍA

ALIAGA H., Elizabeth

2003 *Políticas de promoción de la salud en el Perú: Retos y perspectivas*.
Lima: ForoSalud-Observatorio el Derecho a la Salud-CIES.

COMISIÓN MULTISECTORIAL DE ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD

2002 *Plan de Acción Estratégico 2002-2006*. Lima.

CONSEJO NACIONAL DE EDUCACIÓN

2006 *Hacia un Proyecto Educativo Nacional*. Lima.

DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, CONSEJO NACIONAL
DE SALUD-COMITÉ NACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

2005 *Lineamientos de Política de Promoción de la Salud/Ministerio de
Salud*. Lima.

DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PROGRAMA
DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS

2005 *Programa de promoción de la salud en las Instituciones Educativas,
Escuelas Saludables*. Lima.

FRANCKE, Pedro, Juan ARROYO y Alfredo GUZMÁN

2006 *Aportes para el gobierno peruano, 2006-2011*. Lima: Consorcio de
Investigación Económica y Social.

INSTITUTO NACIONAL DEMÓCRATA-FONDO DE POBLACIÓN
DE LAS NACIONES UNIDAS-CARE-PERÚ

2006 *Acuerdo de Partidos Políticos en Salud*. Lima: UNFPA-CARE-Perú.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

2005 *Diseño Curricular Nacional de Educación Básica Regular*. Aprobado por Resolución Ministerial 0667-2005-ED. Lima.

MINISTERIO DE SALUD

2005 *Memoria del Primer Encuentro Nacional de Promoción de la Salud*. Lima.

2002 *Cuaderno de Promoción de la Salud 1: Red de Escuelas Promotoras de la Salud del Perú*. Lima.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

1998 *Glosario de Términos*. Washington.

1986 *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Ginebra.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

2003a *Escuelas Promotoras de la Salud: Iniciativa de las Américas de Salud y Educación para el Desarrollo Humano Sostenible*, Washington: OPS, Unidad de Entornos Saludables-Área de Salud Ambiental y Desarrollo Sostenible.

2003b *Escuelas Promotoras de la Salud: Fortalecimiento de la Iniciativa Regional: Estrategias*. Serie de Promoción de la Salud 4 y *Líneas de Acción 2003-2012*. Washington.

PARTIDO APRISTA PERUANO

2006 *Plan de Gobierno 2006-2011*. Lima.

PARTIDO FRENTE DE CENTRO

2006 *Plan de Gobierno 2006-2011*. Lima.

PARTIDO UNIÓN POR EL PERÚ

2006 *Plan de Gobierno 2006-2011: Gran Transformación*. Lima.

PARTIDO UNIDAD NACIONAL

2006 *Plan de Gobierno 2006-2011*. Lima.

PARTIDO RESTAURACIÓN NACIONAL

2006 *Plan de Gobierno 2006-2011*. Lima.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ-FACULTAD DE EDUCACIÓN

2006 “Gestión de Instituciones Educativas Promotoras de la Salud: Diploma de Segunda Especialidad”. Lima: Kallpa-OPS.

SECRETARÍA TÉCNICA DEL ACUERDO NACIONAL

2002 *Acuerdo Nacional*. Lima.

UNESCO

2000 *Informe Final Foro Mundial sobre la Educación de Dakar*. París.

VALADEZ, Isabel, Martha VILLASEÑOR y Noé ALFARO

2004 “Educación para la salud, la importancia del concepto”. *Revista de Educación y Desarrollo* 1, México, enero-marzo, pp. 43-48.

ANEXOS

ANEXO 1

Encuesta aplicada a docentes y personal del sector Educación

La siguiente encuesta tiene como objetivo identificar las estrategias y enfoques que se emplean en la educación para la salud en las instituciones educativas.

DATOS PERSONALES

Nombres _____ Profesión _____
IE/UGE/DRE _____ Cargo que ocupa _____
Región/localidad _____

1. ¿Qué es para usted educación para la salud?

2. ¿Cómo se desarrolla la educación para la salud en las instituciones educativas de su región o localidad? (*estrategias y enfoques*)

3. ¿Qué herramientas y materiales tienen para implementar la educación para la salud en las instituciones educativas a nivel local y regional?

4. Seleccione tres temas que se abordan frecuentemente en la educación para la salud en las instituciones educativas de su localidad o región.
- | | | | |
|---------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 1. Drogas | <input type="checkbox"/> | 5. Habilidades para la vida | <input type="checkbox"/> |
| 2. Higiene personal | <input type="checkbox"/> | 6. Nutrición | <input type="checkbox"/> |
| 3. Salud sexual | <input type="checkbox"/> | 7. Manejo de desperdicios | <input type="checkbox"/> |
| 4. Salud bucal | <input type="checkbox"/> | 8. Otros | _____ |
5. Programa o actividad que realiza frecuentemente para la educación en salud en las instituciones educativas de su localidad o región.
1. Taller para padres y/o comunidad (Marque máximo dos opciones)
 2. Ferias y jornadas de salud
 3. Proyectos escolares
 4. Diagnósticos/encuestas de salud
 5. Preparación y distribución del refrigerio escolar
 6. Otros _____
6. ¿Cómo se definen los temas y las acciones para la educación en salud en las instituciones educativas de su localidad o región?
1. Directivas del MINSA (DIRESA, red o microrred)
 2. Directivas del Ministerio de Educación (UGEL, USE)
 3. Directivas regionales
 4. Diagnóstico u otro instrumento de la institución educativa
 5. Otros _____
7. ¿Los alumnos y alumnas de las instituciones educativas participan en la educación para la salud?
- Sí No
- ¿Cómo? _____

8. ¿Los padres y docentes de las instituciones educativas participan en la educación para la salud?

Sí No

¿Cómo? _____

9. ¿De qué manera se viene insertando la educación para la salud en las instituciones educativas de su región y localidad?

No sabe

10. ¿Qué tipos de directivas ha emitido la región o su localidad para fortalecer la educación para la salud en las instituciones educativas?

11. ¿Cómo participan las siguientes instancias en la implementación de la educación para la salud? _____

Dirección Regional de Salud _____

Red o microrred _____

Centro de salud _____

Dirección Regional de Educación _____

UGEL _____

Instituciones educativas _____

12. ¿Cuáles son las tres mayores dificultades para implementar la educación para la salud en las instituciones educativas de su región o localidad?

1 _____

2 _____

3 _____

13. ¿Qué elementos sugeriría para mejorar la educación para la salud en las instituciones educativas de su región o localidad? (*enfoques y estrategias*).

1 _____

2 _____

3 _____

14. ¿Considera que la educación para la salud debe continuar como estrategia en las políticas del próximo gobierno? _____

Sí No

¿Por qué? _____

15. ¿De qué manera debe participar el Ministerio de Salud en la implementación de la educación para la salud?

ANEXO 2

Encuesta aplicada a personal del sector salud

La siguiente encuesta tiene como objetivo identificar los enfoques y estrategias que se emplean en la educación para la salud en las instituciones educativas en el marco de las escuelas promotoras de la salud.

DATOS PERSONALES

Nombres _____ Profesión _____
 Institución _____ Cargo que ocupa _____
 Región/localidad _____

1. ¿Qué es para usted educación para la salud?

2. ¿De qué manera se desarrolla la educación para la salud en las instituciones educativas de su región o localidad? (*enfoques y estrategias*)

3. ¿Qué herramientas y materiales tienen para implementar la educación para la salud en las instituciones educativas a nivel local y regional?

4. Seleccione tres temas que se abordan frecuentemente en la educación para la salud en las instituciones educativas de su localidad o región

- | | | | |
|---------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 1. Adicciones | <input type="checkbox"/> | 5. Habilidades para la vida | <input type="checkbox"/> |
| 2. Higiene personal | <input type="checkbox"/> | 6. Nutrición | <input type="checkbox"/> |
| 3. Salud sexual | <input type="checkbox"/> | 7. Manejo de desperdicios | <input type="checkbox"/> |
| 4. Salud bucal | <input type="checkbox"/> | 8. Otros | _____ |

5. Actividad que realiza frecuentemente para la educación en salud en las instituciones educativas de su localidad o región.

1. Taller para padres y/o comunidad (Marque máximo dos opciones)

2. Ferias y jornadas de salud

3. Proyectos escolares

4. Diagnósticos/encuestas de salud

5. Preparación y distribución del refrigerio escolar

6. Otros _____

6. ¿Cómo se definen los temas y las acciones para la educación en salud en las instituciones educativas de su localidad o región?

1. Directivas del MINSA (DIRESA, red o microrred)

2. Directivas de Ministerio de Educación (UGEL, USE)

3. Directivas regionales

4. Diagnóstico u otro instrumento de la institución educativa

5. Otros _____

7. ¿Los alumnos y alumnas de las instituciones educativas participan en la educación para la salud?

Sí No

¿Cómo? _____

8. ¿Los padres y docentes de las instituciones educativas participan en la educación para la salud?

Sí No

¿Cómo? _____

9. ¿De qué manera se viene insertando la educación para la salud en las instituciones educativas de su región o localidad?

No sabe

10. ¿Qué tipos de directivas se han emitido en su región o localidad para fortalecer la educación para la salud en las instituciones educativas?

11. ¿Cómo participan las siguientes instancias en la implementación de la educación para la salud?

UGEL _____

Dirección Regional de Educación _____

Dirección Regional de Salud _____

Red o microrred _____

Instituciones educativas _____

12. ¿Cuáles son las tres mayores dificultades para implementar la educación para la salud en las instituciones educativas de su región o localidad?

1 _____

2 _____

3 _____

13. ¿Qué elementos sugeriría para mejorar la educación para la salud en las instituciones educativas de su región o localidad? (*enfoques y estrategias*).

1 _____

2 _____

3 _____

14. ¿Considera que la educación para la salud debe continuar como estrategia en las políticas del próximo gobierno? _____

Sí No

¿Por qué? _____

15. ¿De qué manera debe participar el Ministerio de Educación en la implementación de la educación para la salud?
