

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
ESCUELA DE POSGRADO



Título

“EVALUACIÓN DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE INTERVENCIÓN Y CONTROL DEL PROYECTO COLEGIO PROMOTORES DE LA SALUD DE KOICA, EN RELACIÓN AL MARCO DE ACCIÓN PARA EL DESARROLLO DE ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. PERÚ 2014-2017. ESTUDIO DE CASO DE MAGÍSTER EN GERENCIA SOCIAL”.

Tesis para optar el grado académico de Magíster en Gerencia Social con
mención en Gerencia de Programas y Proyectos de Desarrollo

AUTOR

YESEUL JUNG

ASESOR:

CARLOS TORRES HIDALGO

Diciembre, 2017

RESUMEN

Evaluación de la Efectividad de las Escuelas Promotoras de Salud implementadas en Lima bajo el Convenio Marco de Cooperación Técnica entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud.

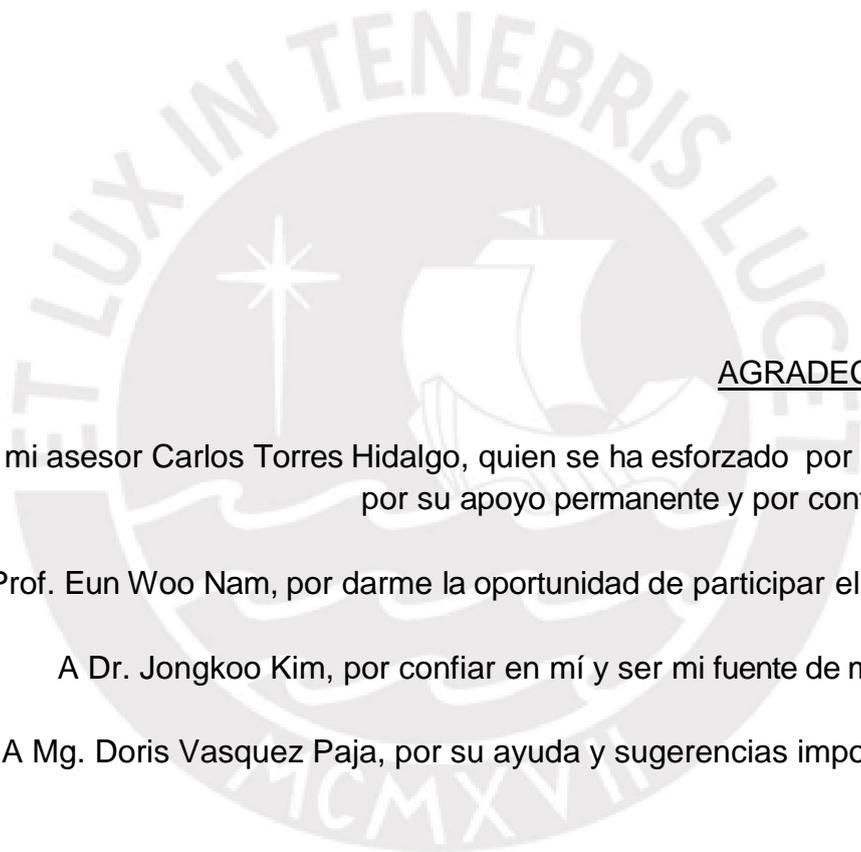
Objetivo: Evaluar a las instituciones educativas públicas de intervención y de Control del Proyecto Colegios Promotores de la Salud en Lima norte y el Callao de KOICA, en relación al cumplimiento de los factores claves de la herramienta de monitoreo para Escuelas Promotoras de la Salud de la Organización Mundial de la Salud.

Material y Método: Se realiza una investigación de tipo no experimental, cuantitativa, descriptiva y longitudinal, habiendo considerado 4 colegios de intervención y 2 de control como población de estudio, de las cuales se obtiene una muestra de 147 docentes. Se utiliza como instrumento de recolección de datos, una herramienta de monitoreo de la OMS, para evaluar los factores claves que recomienda la OMS en el desarrollo escuelas promotoras de la salud.

Resultados: La calificación obtenida en las instituciones intervenidas es de diferencia significativa encontrada de 0.734 de acuerdo a la herramienta de OMS entre los colegios de intervención y los de control. Asimismo, se ha encontrado un impacto positivo en los colegios de intervención, cuando se compara con el programa control. La diferencia encontrada tiene un valor de $p < .001$.

Conclusiones: La evaluación de los colegios públicos de intervención y de control del Proyecto Colegios Promotores de la Salud en Lima Norte y el Callao de KOICA, en relación a la herramienta de monitoreo de la OMS, se determina impacto a favor de las los colegios de intervención que usan el marco de acción para el desarrollo de instituciones educativas promotoras de la salud de la OMS.

Palabras Clave: Escuelas saludables, evaluación de escuelas promotoras de la salud, análisis de programas de promoción de la salud escolar.



AGRADECIMIENTO

A mi asesor Carlos Torres Hidalgo, quien se ha esforzado por ayudarme por su apoyo permanente y por confiar en mí.

A Prof. Eun Woo Nam, por darme la oportunidad de participar el Proyecto.

A Dr. Jongkoo Kim, por confiar en mí y ser mi fuente de motivación

A Mg. Doris Vasquez Paja, por su ayuda y sugerencias importantes la tesis.

A todos los profesionales que han participado en la ejecución el Proyecto.

A todas las personas que ayudaron y apoyaron para el desarrollo de la tesis.

DEDICATORIAS

Recuerdo el momento que yo empecé la maestría en PUCP en Perú.

Como la extrajera, tenía el miedo a empezar la maestría y terminar la maestría. Sin embargo, el miedo que tenía es un sentimiento de ánimo y iniciativa. Así que no puedo olvidar el primer día que yo asistí la maestría Gerencia social con el sentimiento como el primer día en la primaria.

He trabajado el Programa Promoción de la salud KOICA por 2 años y 6 meses mientras estudiando la maestría Gerencia social. No era tan fácil a cumplir todas las tareas del trabajo, de la universidad y de mi vida. Todo el camino hasta hoy, era gran aventura y la experiencia invaluable.

El tiempo voló muy rápido durante la maestría. Asimismo, todo el tiempo tenía gran valor y pude terminar la maestría con la sabiduría y la experiencia.

Primero, quiero agradecer mi familia, por creer en mí a vivir mi vida. Mi padre, Kitop Jung, me influye siempre para estudiar, investigar y pensar profundamente. Mi madre, Sookhee Seo, me anima siempre para pensar positivamente y ser buena persona. Mi hermana, Yeji Jung, me ayuda siempre cualquier momento a cumplir todas las situaciones complicadas.

Últimamente mi mentor favorito, Min-a Lee, me da la iniciativa y da la fuerza para llegar a mis sueños cada momento.

Quiero agradecer mi amiga Sunha Lee, es mi compañera del trabajo, de la maestría y de mi vida. He podido empezar y cumplir todas las tareas de mi vida con su sugerencias invaluable y conversación interminable. Todos los momentos no se puede olvidar y son muy importantes para vivir mi vida.

Quiero agradecer mi amiga Yeongeun Kang, es mi compañera de vivir en Lima, Perú. He liberado el pensamiento con la tensión por el trabajo y la tesis. Asimismo he podido respirar y mejorar mi alma diariamente.

Quiero dar el agradecimiento Dra. Doheong Kim, es la compañera y la jefe del Programa en el Perú. Me afectó a pensar como un sabia e investigadora. He aprendido a pensar lógicamente y considerar una visión macro.

Mis amigas Yoonjoo Lee, Soyeong Lee, Ayeong Song y todos mis amigos y profesores en Corea, Perú y todo el mundo que me animaron y me dieron la fuerza, les agradezco mucho por su confianza en mí persona, el ánimo y el amor me brindaron. Nuevamente los agradezco mucho.

¡Ánimo, Yeseul!

Yeseul Jung

ÍNDICE

RESUMEN

ABRVIATURAS Y SIGLAS	9
INDICE DE TABLAS.....	10
ÍNDICE DE INFOGRAFÍA.....	12
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	12

INTRODUCCIÓN	13
--------------------	----

CAPÍTULO I.....	16
-----------------	----

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
---------------------------------------	----

1.2 JUSTIFICACIÓN.....	19
------------------------	----

1.2.1 APOORTE CIENTÍFICO	21
--------------------------------	----

1.2.2 APOORTE SOCIAL.....	22
---------------------------	----

1.2.3 APOORTE POLÍTICO.....	23
-----------------------------	----

1.2.4 APOORTE PEDAGÓGICO	24
--------------------------------	----

1.3 OBJETIVOS.....	24
--------------------	----

1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	24
-----------------------------	----

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	25
----------------------------------	----

CAPÍTULO II.....	25
------------------	----

2.1 MARCO CONTEXTUAL.....	25
---------------------------	----

2.1.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	25
------------------------------------	----

2.1.2. DOCUMENTOS NORMATIVOS Y LINEAMIENTOS DE LAS POLÍTICAS.....	37
--	----

2.1.3. SÍNTESIS DE INVESTIGACIÓN RELACIONADAS.....	39
--	----

2.2 MARCO TEÓRICO	43
-------------------------	----

2.2.1. DOCUMENTOS DE CONSENSO INTERNACIONAL	43
2.2.2. CONCEPTOS TEÓRICOS	45
2.3 PROYECTO COLEGIOS PROMOTORES DE LA SALUD DE KOICA.....	50
2.3.1. VISIÓN	50
2.3.2. MISIÓN	51
2.3.3. POBLACIÓN OBJETIVA	51
2.3.4. PROPÓSITO	51
2.3.5. RESULTADOS ESPERADOS	51
2.3.6. MARCO LÓGICO DEL PROYECTO CPS	53
2.3.7. ETAPAS ESTRATÉGICAS DEL PROYECTO CPS DE KOICA.....	54
2.3.8. ALIADOS DEL PROYECTO CPS.....	55
CAPÍTULO III.....	56
3.1. ESTRATEGIA METODOLÓGICA.....	56
3.2. DISEÑO MUESTRAL.....	57
3.2.1. TIPO DE MUESTRA.....	57
3.2.2. POBLACIÓN OBJETIVO O UNIVERSO	58
3.2.3. MÉTODO DE MUESTREO NO PROBABILÍSTICO.....	59
3.2.4 ANÁLISIS DE LOS DATOS RECOLECTADOS	59
3.3. VARIABLES E INDICADORES.....	60
3.3.1. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS	62
3.3.2. HIPÓTESIS GENERAL	62
3.3.3. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.....	63
3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS Y FUENTES DE INFORMACIÓN	63
3.5. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	
.....	64
CAPÍTULO IV.....	66

4.1. OBJETIVO GENERAL.....	66
4.2. EVALUACIÓN DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS DE INTERVENCIÓN DEL PROYECTO COLEGIOS PROMOTORES DE LA SALUD DE LIMA NORTE Y EL CALLAO DE KOICA	70
4.3 DETERMINAR LA DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE DOCENTES ENTREVISTADOS POR GENERO SEXO, GRUPO ÉTAREO, EDAD Y NIVEL EDUCATIVO EN LAS I.E. DE CONTROL E INTERVENCIÓN	77
4.4. EVALUACIÓN DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE CONTROL.....	83
CAPÍTULO V	85
5.1 CONCLUSIONES.....	85
5.2 RECOMENDACIONES	85
5.3. PROPUESTA DE RÉPLICA DEL PROYECTO CPSDE KOICA	86
BIBLIOGRAFÍA	87
ANEXO 1. HEALTH PROMOTING SCHOOLS: A FRAMEWORK FOR ACTION	
ANEXO 2. HEALTH PROMOTING SCHOOLS: MONITORING TOOL	
ANEXO 3. MATRIZ DE CONSISTENCIA	
ANEXO 4. ENCUESTA PARA LOS COLEGIOS DE INTERVENCIÓN	
ANEXO 5. ENCUESTA PARA LOS COLEGIOS DE CONTROL	

ABRVIATURAS Y SIGLAS

KOICA	Agencia de Cooperación Internacional de Corea
YONSEI	Universidad de Yonsei
YGHC	Centro de Salud Global de la Universidad de Yonsei
CPS	Colegios Promotores de la salud
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
MINSA	Ministerio de Salud del Perú
MINEDU	Ministerio de Educación del Perú
DIRESA Callao	Dirección Regional de Salud del Callao
DIRIS Lima Norte	Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Norte
DREC	Dirección Regional de Educación del Callao
UGEL	Unidad de Gestión Educativa Local
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
GSHS	Global School-based Student Health Survey
AVISA	Años De Vida Saludables Perdidos
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
ENT	Enfermedades No transmisibles

INDICE DE TABLAS

N°	Título de tabla	Página
Tabla N° 2.1.	Resultado de GSHS del Perú del 2010 (12) en porcentaje.	30
Tabla N° 2.2.	Resumen de la investigación básica sobre los adolescentes/estudiantes peruanos octubre 2014.	32
Tabla N° 3.1.	Distribución de las Instituciones Educativas de intervención según ámbito de ejecución del Proyecto Colegios Promotores de la Salud en Lima Norte y El Callao.	58
Tabla N° 3.2.	Distribución de las Instituciones Educativas de control según ámbito de ejecución del Proyecto Colegios Promotores de la Salud en Lima Norte y El Callao.	58
Tabla N° 3.3.	Instrumento de monitoreo de la OMS consta de seis factores claves formuladas como preguntas.	65
Tabla N° 4.1.	Estimación de las medias por calificación y resultados por factor clave total y por grupos de institución educativa de intervención y Control.	67
Tabla N° 4.2.	Independent Samples Test	69
TablaN° 4.3.	Resultados de la evaluación total de las medias de entre las instituciones educativas de intervención.	71
TablaN° 4.4.	Prueba de varianzas	72
Tabla N° 4.5.	ANOVA Test – Comparación de las medias	72
Tabla N° 4.6.	La Prueba de Tukey HSD -Promedio de Evaluación Total	73
TablaN° 4.7.	Evaluación de las medias de las instituciones educativas de intervención por Factor de Clave.	74
Tabla N° 4.8.	Prueba de homogeneidad de varianzas	75
Tabla N° 4.9.	ANOVA	75
Tabla N° 4.10.	Diferencia significativa entre los factores claves	75
Tabla N° 4.11.	Distribución porcentual de docentes entrevistados, por género. 2017.	77

Tabla N° 4.12.	Distribución porcentual de docentes entrevistados, por edad. 2017.	77
Tabla N° 4.13.	Distribución porcentual de docentes por nivel de educación. 2017.	78
Tabla N° 4.14.	Distribución porcentual de docentes de las instituciones educativas de Intervención y Control y nivel de educación.	78
Tabla N° 4.15.	Levene's Test for Equality of Variances y t-test for Equality of Means para las institución educativa de intervención y control del Proyecto CPS de KOICA y nivel de educación.	79
Tabla. N° 4.16.	Evaluación de las Instituciones Educativas de Intervención del Proyecto CPS de KOICA, por Nivel de Educación.	80
Tabla N° 4.17.	Test of Homogeneity of Variances de las Instituciones Educativas de Intervención del Proyecto CPS de KOICA, por Nivel de Educación.	80
Tabla N° 4.18.	ANOVA	80
Tabla N° 4.19.	Evaluación de las Instituciones Educativas de Intervención por Género	81
Tabla N° 4.20.	Test of Homogeneity of Variances	81
Tabla N° 4.21.	ANOVA	81
Tabla N° 4.22.	Evaluación por Grupo de etareo de los docentes del las instituciones educativas de Intervención del Proyecto CPS.	82
Tabla N° 4.23.	Test of Homogeneity of Variances	82
Tabla N° 4.24.	ANOVA	82
Tabla N° 4.25.	Evaluación de las Instituciones educativas de Control del Proyecto CPS de KOICA.	83
Tabla N° 4.26.	Test of Homogeneity of Variances	83
Tabla N° 4.27.	ANOVA	83
Tabla N° 4.28.	Evaluación de las Instituciones Educativas de control por Sexo, edad y nivel de educación.	84

ÍNDICE DE INFOGRAFÍA

Nº	Título de infografía	Página
Infografía N° 2.1.	Objetivos del Proyecto CPS	52
Infografía N° 2.2.	Marco Lógico del Proyecto CPS	53
Infografía N° 2.3	Etapas estratégicas del Proyecto CPS	54
Infografía N° 2.4.	Aliados del Proyecto CPS	55

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Nº	Título de Gráfico	Página
Gráfico N° 2.1.	Total de AVISA por categorías de discapacidad y grupos de edad Región Callao 2004-2007	30
Gráfico N° 2.2.	Total de AVISA por categorías de discapacidad y grupos de edad Provincia Lima 2004-2007	30

INTRODUCCIÓN

El insuficiente alcance del ámbito del Programa Nacional de Alimentación Qaliwarma, el cual se implementó a través del Plan escolar 2013-2016, amenaza con invalidar parcialmente, los logros alcanzados en la educación primaria en torno a temas de promoción de la salud, el hecho que solamente se haya atendido a instituciones educativas focalizados del nivel inicial y primario, junto a la poca atención y escasos recursos que se destinan para atender a los adolescentes de las instituciones educativas Públicas de Lima Norte y el Callao-Perú, indican cuan insegura puede ser la etapa adolescente respecto a temas de salud escolar como: Intento de suicidio, depresión, hábitos alimentarios (anorexia y bulimia, alto consumo de gaseosas, comida chatarra, etc.), sedentarismo, embarazo precoz en adolescentes, infección por el VIH, consumo de drogas y bebidas alcohólicas.

Frente a esta situación como parte de una iniciativa de la Cooperación Internacional de Corea – KOICA, se implementa en el Perú desde el 2014 el Proyecto “Colegios Promotores de la Salud en el Marco del Programa Promoción de la Salud en Lima Norte y el Callao, con el objetivo de promocionar la salud mental, reducir el sobrepeso en los adolescentes y promover estilos de vida saludable que propicien mejoras en las políticas escolares y entornos saludables. En este proceso, hacia el 2015 de un total de 2,700 estudiantes se detectó 899 estudiantes con factores de riesgo para la salud física y mental (EPIS 2015 del Proyecto CPS-KOICA).

Sin embargo, al haber instituciones educativas que no han sido beneficiarias del Plan escolar y parece indicar que estos esfuerzos no han sido aún suficientes, por lo que es necesario conocer los efectos del Proyecto “Colegios Promotores de la Salud en el Marco del Programa Promoción de la Salud” de KOICA, estudiando las instituciones educativas de intervención y de control del Proyecto “Colegios Promotores de la Salud en el Marco del Programa Promoción” de KOICA, y su relación frente al cumplimiento de las áreas del marco de acción para desarrollo de escuelas promotoras de la salud.

Una evaluación comparativa permite conocer la contribución del Proyecto “Colegios Promotores de la Salud de KOICA como un caso real sobre los logros de mejora de salud de los adolescentes, analizando sus niveles de logro alcanzados y su tiempo de implementación, en relación a las áreas de acción para el desarrollo de escuelas saludables de la OMS, el costo de inversión para su inicio, proceso y desarrollo. Asimismo, la presente investigación se argumenta porque se espera contribuir con un estudio referente al cumplimiento de sus objetivos en relación al marco de acción para el desarrollo de escuelas saludables de la OMS y alcance de logros, a partir de lo cual se propiciará la participación de los docentes de las instituciones de intervención y de control, para comparar y comprender si a mayor cumplimiento del marco de intervención que recomienda la OMS, habrá mayor logro de resultados en las instituciones de intervención, que en las instituciones educativas de control del proyecto colegios promotores de la salud de KOICA.

Con esta finalidad, el objetivo de este estudio es: realizar una evaluación comparativa entre las Instituciones Educativas de Intervención y Control, del Proyecto Colegio Promotores de la Salud de KOICA, en relación según el Marco de Acción para el Desarrollo de Escuelas Promotoras de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, considerando los logros alcanzados.

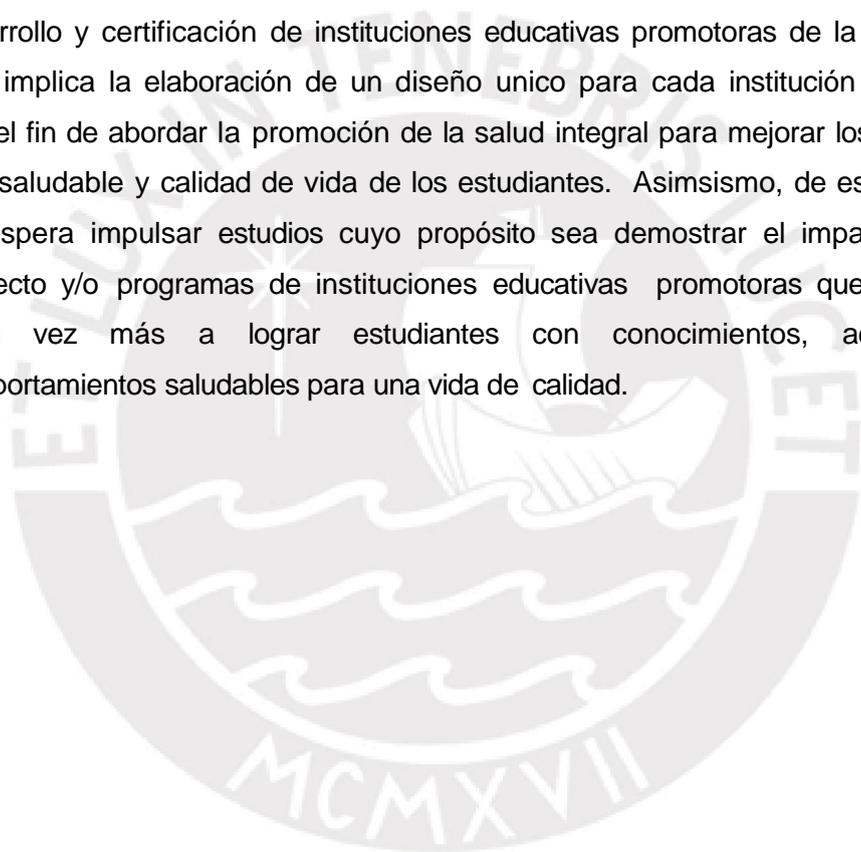
Al comparar cuatro instituciones educativas de intervención del Proyecto Colegios Promotores de la Salud de KOICA, se estimaron mejores resultados en las instituciones educativas de intervención del Proyecto Colegios Promotores de la Salud de KOICA, que para su diseño hizo uso del marco de acción directriz recomendada por la OMS para el desarrollo de escuelas promotoras de la salud.

La metodología de evaluación usa la herramienta de monitoreo de la OMS sobre las áreas de acción (factores claves) para el desarrollo de escuelas promotoras de la salud en un contexto como el Perú donde no hay experiencia similar para el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de instituciones educativas promotoras de la salud, por el cual se recomienda el uso del marco de acción de la OMS para el desarrollo de instituciones educativas la misma que debería ser realizado por los docentes de las instituciones educativas, decisores de los ministerios de educación, y personal de salud; pues sin duda contribuirá a

determinar y evaluar el marco de acción de lo que las instituciones educativas deben de cumplir para lograr mayor efectividad en el desarrollo de instituciones educativas promotoras de la salud.

La consistencia de sus logros, conducirá a que sea elevada a un nivel de política. Esta constituye parte indispensable en la evaluación cuando las instituciones educativas están en pleno desarrollo como promotoras de la salud previa a la certificación.

Se espera que a partir del presente estudio, se continúe fortaleciendo el desarrollo y certificación de instituciones educativas promotoras de la salud, el cual implica la elaboración de un diseño único para cada institución educativa con el fin de abordar la promoción de la salud integral para mejorar los estilos de vida saludable y calidad de vida de los estudiantes. Asimismo, de esta manera se espera impulsar estudios cuyo propósito sea demostrar el impacto de los proyectos y/o programas de instituciones educativas promotoras que aporten cada vez más a lograr estudiantes con conocimientos, actitudes y comportamientos saludables para una vida de calidad.



CAPÍTULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se consideran como adolescentes a las mujeres de 15 a 19 años de edad. Asimismo, en el plano mundial la asistencia de programas o proyectos a los colegios de educación secundaria es un tercio más bajo que la asistencia a la escuela primaria¹.

Anthony Lake, Director Ejecutivo de Unicef (2011), comentó “Invertir en los adolescentes, en primer lugar, es lo que se debe hacer en virtud de los derechos humanos, incluyendo la Convención sobre los Derechos del Niño –que abarca a cerca del 80% de los adolescentes– y la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, que abarca a todas las adolescente, invertir en los adolescentes es la manera más efectiva de consolidar los importantes logros que se han registrado en todo el mundo desde 1990, en la infancia pero la insuficiente atención y los escasos recursos que se destinan a los adolescentes a nivel mundial amenazan con invalidar parcialmente, en la segunda década de vida, los logros alcanzados en la primera. En el marco de los esfuerzos mundiales para salvar vidas infantiles, se habla poco sobre la adolescencia. Dada la magnitud de los peligros que pesan sobre los niños y las niñas menores de 5 años, tiene sentido invertir en ellos; además, la atención que se ha prestado a este sector de la población ha producido resultados sorprendentes. Desde luego, es muy triste salvar niños en su primera década de vida sabiendo que muchos morirán en la segunda”.

Escalante-Romero y otros realizaron una descripción de los registros del Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN), desde enero de 2006 hasta septiembre de 2011, sobre maltrato infantil y del adolescente, para caracterizar al agredido y del agresor. Se diferenció el tipo de agresión como: sexual, física, psicológica o por abandono. Se incluyeron 1798 registros los resultados muestran que el 63,9% eran niñas y el 39,9% fueron adolescentes. El 60,6% de los agresores fueron varones y el 65,8% de las agresiones ocurrieron en casa. El 48,6% fueron registros de agresión sexual, que fue más frecuente en niñas (73,2%) y

¹ Adaptado de la OMS Boletín sobre la asistencia a la acceso de la salud de los adolescentes.

adolescentes (44,4%); en el 9,6% de los casos existió coito. La agresión en niñas fue la más frecuente; el agresor con frecuencia era un varón y la mayoría de las agresiones ocurrieron en el domicilio del menor. La agresión sexual fue casi la mitad de la serie².

En el 2013, la proporción de adolescentes embarazadas muestra una tendencia a incrementarse entre los años 2000 (13%) y 2013 (13,9%). Así mismo, se evidencia una menor asistencia escolar entre las adolescentes madres y adolescentes alguna vez embarazadas. Así, en el 2013, más de 8 de cada 10 adolescentes alguna vez embarazada y adolescentes madres no asisten al centro educativo (85%)³. El embarazo precoz es la segunda causa de deserción escolar debido a que muchas de las futuras madres abandonan la escuela para hacerse cargo del recién nacido.

Acerca de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), menos de la mitad de adolescentes entrevistadas en el 2013 no las conoce (46,8%) frente a más de la mitad que dice conocer alguna (53,2%), sin embargo alrededor de un cuarto no conoce los síntomas (23,1%). Las mayores proporciones, entre las que dicen conocer alguna ITS; se refieren a la gonorrea (33,1%), sífilis (29,8%) y herpes (15,0%), en tanto que otras fueron mencionadas en menores porcentajes. Una gran proporción de adolescentes conoce la existencia del VIH (97,3%) y siete de cada diez sabe que el uso del condón previene contraerlo (70,2%). Igualmente saben que otra forma segura de evitar ese virus es limitando el número de parejas sexuales, ocho de cada diez dio esa respuesta en el 2013. Este tipo de conocimiento se ha incrementado desde el 2009.

En el 2013 en un estudio llevado a cabo por la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA) en 94,790 escolares, confirman que el alcohol sigue siendo la sustancia legal más consumida por los y las escolares. Sin embargo, el 50% de los bebedores escolares comenzaron la ingesta cuando tenían entre 12 y 14 años. Uno de cada cuatro estudiantes, es decir el 25%, que declara haber consumido alcohol alguna vez en su vida. Se observa que la

² Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito- Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar 2013

³ Instituto Nacional de Estadística e Informática-Las adolescentes y su comportamiento reproductivo 2013.

diferencia entre varones (20.6%) y mujeres (18.7%) ha llegado a ser mínima; así, por cada 10 varones, hay 9 mujeres que beben alcohol.

Estas cifras estadísticas reflejan un problema de salud pública en la etapa adolescente el cual repercutirá en las siguientes etapas de sus vidas, y en la mayoría de los casos es por falta de información, consejo, medidas preventivas que se pueden implementar a través de un Programa/Proyecto de Promoción de la Salud Integral.

Estos son los indicadores sanitarios que más claramente evidencian el limitado acceso y débil abordaje de los servicios de salud e instituciones educativas sobre las causas y sus consecuencias en los estudiantes. La falta de un programa/proyecto de promoción de la salud con partida presupuestal focalizada en el desarrollo de instituciones educativas promotoras de la salud, que den cumplimiento a las acciones de los lineamientos políticos del Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación.

Sumado a este hecho la poca alianza, coordinación y gestión intersectorial y multidisciplinaria nos alertan de la gravedad del problema. En el 2010 el sobre peso entre la edad de 10 a 19 años es de 11%, mientras que la obesidad es de 3%, más sin embargo el exceso de peso es de 14% en la población de adolescentes⁴.

Es a partir de estas consideraciones que el Gobierno Peruano del Ministerio de Salud Solicita a la Agencia de la Cooperación Internacional de Corea-KOICA un modelo de Promoción de la Salud para ser ejecutada desde los establecimientos de salud e instituciones educativas.

Por esta razón, La embajada de la República de Corea del Sur, El Gobierno Regional del Callao y el Ministerio de Salud firmaron el 19 de Setiembre del 2013 un Memorándum de entendimiento en el marco de la Asistencia Oficial de Desarrollo (AOD de KOICA para el desarrollo e implementación de un Programa

⁴ Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública.2012: 29(3): 303-13 Sobre Peso y Obesidad: Prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana.

de Promoción de la Salud en Lima Norte y el Callao, el cual consiste en tres proyectos, siendo uno de ellos el Proyecto Colegios Promotores de la salud.

El Proyecto Colegios promotores de la salud de KOICA ha sido ejecutado bajo el concepto y el marco de acción en el desarrollo de Escuelas Promotoras de la salud de OMS, la misma que se viene ejecutando en cuanto colegios públicos del nivel secundario en Lima Norte-Comas y en el Callao-Bellavista y Ventanilla-Pachacutec desde el 2014.

El proyecto de CPS culminará en diciembre del 2017. El proyecto CPS viene ejecutando estrategias de acción recomendada por la OMS. El cual tiene como objetivo reducir el intento de suicidio y el sobre peso en los estudiantes de los cuatro colegios de intervención. Frente a esta realidad la investigación buscará dar respuesta a la siguiente hipótesis de investigación:

¿Existe alguna diferencia entre las instituciones educativas de intervención y control del Proyecto Colegio Promotores de la Salud de KOICA 2014-2017, en relación al Marco de Acción para el Desarrollo de Escuelas Promotoras de la Salud de la Organización Mundial de la Salud Perú?

1.2 JUSTIFICACIÓN

En 1995, la Organización Mundial de la Salud (OMS), realizó el lanzamiento de la Iniciativa Global de Escuela Promotoras de la Salud, en el marco de la Promoción de la Salud establecidos en la carta de Ottawa, en 1986. De acuerdo a la (OMS), el fin de las escuelas promotoras de la salud es crear las condiciones favorables para que futuras generaciones adquieran el conocimiento y las destrezas que les permitan cuidar y mejorar su salud, la de sus familias y comunidades, a través de la aplicación de los principios de promoción de la salud en los espacios donde las personas aprenden, disfrutan, conviven y trabajan.

Recién el año 1997, en el Perú se constituye la estrategia de Escuelas Promotoras de la Salud como una iniciativa dentro del marco de la promoción de la salud del Ministerio de Salud que actúa en el ámbito escolar, familiar,

municipio, y en la comunidad en general (Comisión Multisectorial de EPS, MINSA, MINEDU, 2002).

Actualmente en el Perú las políticas públicas relacionadas a la etapa vida adolescente y Programas de Escuelas Saludables del MINSA son limitadas y aún no se traducen en Programas y Proyectos concretos⁵ que contemplen las áreas estratégicas de acción de la iniciativa Global de la OMS Escuela Promotoras de la Salud, tales como la promoción de la salud física y mental, prevención de factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles (la obesidad, malos hábitos alimentarios, salud mental, entre otros.). Asimismo, en el 2011, la Dirección General de Promoción de la Salud del MINSA aprueba la “Guía Técnica de Gestión de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas para el Desarrollo Sostenible, cuyo objetivo es brindar orientación técnica al personal de salud, para fortalecer su capacidad de gestión en la implementación de acciones de promoción de la salud en instituciones educativas que se ha desarrollado una diversidad de iniciativas a favor de la infancia y adolescencia enfocadas a cubrir sus necesidades básicas, lo cual no está mal, pero en el proceso de identificar las necesidades de los adolescentes no existe participación activa entre los docentes, profesionales de salud de los establecimientos de salud y padres de familia.

A pesar de los esfuerzos que se hacen en el país en temas como salud e incremento de la cobertura de educación así como pequeñas mejoras de la calidad educativa, persiste la problemática del limitado acceso a la prevención, detección, tratamiento y atención integral de salud en los establecimientos de salud y en las instituciones educativas, intervenciones claves para el desarrollo de estilos de vida saludable de la persona y por ende de ciudadanía. Este último aspecto tiene una especial importancia en relación al propósito de incidir en los comportamientos y hábitos saludables en los adolescentes *“dentro del sistema democrático”* y es a través del *“ejercicio ciudadano que las personas se reconocen como titulares de derecho, desarrollen conocimientos y habilidades*

⁵ Esto se debe a que la mayoría de estrategias de promoción de la salud están enfocadas en los niños.

para ejercerlos, exigirlos y abogar por un orden económico y social respetuoso del bienestar común⁶.

El Proyecto Colegios Promotores de la Salud de KOICA ha permitido mejorar la salud de los adolescentes, cuenta con el marco de acción que recomienda la OMS y la relación a la mejora de salud de los estudiantes: educación para la salud, reorganización de los servicios de salud, entornos saludables, políticas escolares y alianza entre el sector salud y educación.

Esta investigación pretende evaluar si el Proyecto Colegios Promotores de la Salud de KOICA desarrollado en cuatro instituciones públicas del nivel secundario, en Lima Norte y el Callao cumple las áreas de acción que recomienda la OMS y la metodología de los procesos en el alcance de los logros. Asimismo, este estudio contribuirá a poner en agenda de la política pública la existencia de los problemas que aquejan a los y las adolescentes y las causas de su persistencia, enfocada desde la Gerencia Social.

La investigación es oportuna para analizar cuáles fueron los logros del Proyecto Colegios Promotores de la Salud de KOICA, a través del análisis de las opiniones de los docentes acerca de su desarrollo, así como su real contribución en el aspecto social en temas de vital importancia para prevenir los factores de riesgo de las ENT en la etapa vida adolescente.

Es así como desde la Gerencia Social, se busca identificar y proponer considerar las áreas de acción estratégicas de la OMS para el desarrollo de programas/proyectos de Escuelas Promotoras de la Salud, por lo que los hallazgos de esta investigación son de utilidad para mejorar la salud física, mental y social de los y las adolescentes.

1.2.1 APORTE CIENTÍFICO

TAMAYO Y TAMAYO, MARIO, sitúa epistemología en su libro “el Procesos de la Investigación Científica, como la teoría del conocimiento científicos, y se

⁶ Desarrollo de capacidades para el ejercicio de la ciudadanía. UNICEF. En <http://www.unicef.org/argentina/spanish/EDUPAScuadernillo-5.pdf> Consultado el 24/11/15

caracteriza por su método, el cual nos lleva a plantearnos problemas científicos y de investigación, a formular hipótesis y mecanismos para su verificación, razón por el cual podemos decir que la epistemología e la ciencia es el método científico. Además afirma que la epistemología, filosóficamente hablando, se basa en la “teoría del conocimiento” para desarrollarse, así como se encuentra el conocimiento científico en su objeto de estudio.

En una sociedad como el Perú, con diversos determinantes sociales que afectan la salud de la población peruana, especialmente la necesidad identificar tempranamente situaciones y factores de riesgo que afectan la salud y el aprendizaje en la etapa escolar, se justifica ampliamente realizar estudios sobre el marco de acción de las instituciones educativas promotoras de la salud, con lo cual se espera contribuir al conocimiento, generando información sobre el avance en el desarrollo de instituciones educativas promotoras de la salud, que tiene como fin contribuir con los logros académicos.

1.2.2 APORTE SOCIAL

Existen evidencias del perfil de enfermedades prevenibles en que se encuentran un amplio porcentaje de nuestra población de escolares, es importante conocer a través de la presente investigación, los logros en mejora de salud entre las instituciones de intervención que fueron expuestas a proyecto CPS en relación al efecto del marco de acción para el desarrollo de escuelas promotoras de la salud de la OMS en mejorar la salud de los escolares.

Es importante conocer a través del presente estudio, el marco de acción que recomienda la OMS para mejorar la salud de los escolares y de manera especial resultados que ha obtenido el proyecto CPS de KOICA, considerando que está diseñada para beneficiar a escolares, docentes, padres de familia y la comunidad en general.

Al tomar en cuenta los resultados alcanzados por las instituciones educativas de intervención de KOICA, frente a las instituciones de control, es inherente al estudio el hecho de promocionar el marco de acción para el desarrollo de escuelas promotoras de la salud de OMS, reforzando en este sentido dos ideas

claras: la primera consiste en afirmar que ha mayor cumplimiento al marco de acción en el desarrollo de escuelas promotoras de la salud, la institución educativa logrará mejorar las condiciones de salud y bienestar de los estudiantes, la misma que van de la mano con un mejor rendimiento académico y la segunda que el tener buena salud física, mental y social contribuye a evitar costos por servicio y tratamientos de salud. Bajo este enfoque.

Bajo esta perspectiva se espera que a partir de la presente investigación, se tome en cuenta los tomadores de decisiones del Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud el marco de acción que recomienda la OMS para el desarrollo de instituciones educativas promotoras de la salud y así como su herramienta de monitoreo para evaluar el proceso de desarrollo de una institución educativa promotora de la salud y se generen diversos estudios cuyo propósito sea lograr determinar un marco de acción para el desarrollo de instituciones educativas promotoras de la salud y su relación directa en mejorar la salud de los escolares y el aprendizaje, instituciones educativas saludables que aporten cada vez más en mejorar la salud y aprendizaje que aporten cada vez más el desarrollo del potencial humano peruano.

1.2.3 APOORTE POLÍTICO

Básicamente con el desarrollo de la investigación, se espera contribuir con información referente a la experiencia del Proyecto CPS de KOICA en relación al marco de acción para el desarrollo de escuelas promotoras de la salud y la herramienta de evaluación ambas de la OMS, para el desarrollo de lineamientos políticos que tomen en cuenta los estándares internacionales, asimismo, se espera la atención y participación de las autoridades del Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, directores de la DREC, UGEL, Directores de la Diresa Callao, DIRIS, alcaldes distritales así como al público en general, pues aún hace falta una mayor difusión de los aportes del marco del acción para el desarrollo de instituciones educativas promotoras de la salud de la OMS, especialmente en aquellas instituciones educativas donde todavía resulta difícil encontrar participación activa de los docentes y un lugar dentro de la programación anual de estrategias y actividades eferentes a estrategias o marco de acción de las instituciones educativas.

1.2.4 APOORTE PEDAGÓGICO

Siendo la institución educativa un lugar estratégico para afectar positivamente la salud de cada uno de miembros de la comunidad educativa y reforzar una visión sobre el marco de acción que se debe de considerar para la certificación de las instituciones educativas promotoras de la salud, el presente estudio de caso se presenta como una oportunidad viable para determinar si ha mayor cumplimiento del marco de acción para las escuelas saludables de la OMS se presenta mayor mejora en la salud de los estudiantes expuestos, que a los estudiantes de control del Proyecto CPS de KOICA, en base a ello identificar los aspectos que deberán ser mejorados en un futuro próximo en relación al marco de acción de la OMS para escuelas saludables, motivando la participación de las autoridades respectivas del sector educativo y de salud, para comprometerse en el desarrollo y adaptación de un marco de acción para el desarrollo de escuelas promotoras de la salud y una herramienta de evaluación para examinar el cumplimiento y brechas de las instituciones educativas promotoras de la salud, que comprometan la sostenibilidad de una institución educativa promotora de la salud, de tal manera que se propicien iniciativas y creatividad para aplicar áreas de acciones de mejoramiento en el desarrollo de instituciones educativas promotoras de la salud de acuerdo a la realidad de cada institución educativa, orientándose siempre a promocionar la salud mental, física y social, detección de factores de riesgo y prevención de enfermedades desde la institución educativa. De esta manera se explica como la experiencia del Proyecto CPS de KOICA ha sido incorporada en el Plan Anual de trabajo de las instituciones educativas de intervención y procesos de gestión.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar a las instituciones educativas públicas de intervención y de Control del Proyecto Colegios Promotores de la Salud en Lima norte y el Callao de KOICA, en relación al cumplimiento de los factores claves de la herramienta de monitoreo para Escuelas Promotoras de la Salud de la Organización Mundial de la Salud.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar las instituciones educativas públicas de intervención, del Proyecto Colegios Promotores de la Salud de Lima Norte y el Callao de KOICA, aplicando la herramienta de monitoreo de la OMS de la Western Pacific Región.
- Evaluar las instituciones educativas públicas de control, del Proyecto Colegios Promotores de la Salud de Lima Norte y el Callao de KOICA, aplicando la herramienta de monitoreo de la OMS de la Western Pacific Región.
- Determinar la distribución porcentual de docentes entrevistados por género, sexo, grupo étnico, edad y nivel educativo en las I, E de Control e Intervención.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1 MARCO CONTEXTUAL

2.1.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

SANTIESTEBAN, Tania (2017), se impone con urgencia trabajar para solucionar la crisis de valores existente, darles participación a los adolescentes en las intervenciones que se propongan y tener conciencia de la gran responsabilidad que tenemos a quienes serán nuestro relevo “la adolescencia”, no solo hay que considerarla como una etapa problema y con determinadas vulnerabilidades, sino que hay que considerarla además, como una etapa de oportunidades y tener una visión positiva de este periodo, lo que también debe de tenerse en cuenta para su atención. He aquí la importancia de proporcionar a los jóvenes las herramientas que necesitan para mejorar sus vidas, y motivarlos a participar en las iniciativas que buscan mejores condiciones para sus comunidades, equivale a fortalecer sus sociedades.

Es preciso reflexionar que la salud de los adolescentes, el consumo de alcohol, cigarrillos y drogas, el embarazo precoz, el bullying, la depresión son algunos de los indicadores sanitarios que más claramente evidencian las causas y consecuencias de las familias monoparentales, disfuncionales y/o desintegradas, la inequidad y la exclusión social, el bajo nivel de accesibilidad a los servicios diferenciados, el limitado acceso a los servicios sociales, la poca alianza, coordinación y gestión intersectorial y multidisciplinaria.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Estrategia Mundial para la Salud de la Madre, el Niño y el Adolescente, junto con su Mecanismo Mundial de Financiamiento, ofrecen una plataforma sólida para poner en marcha medidas urgentes a favor de la salud del adolescente. Los Estados Miembros ya han empezado a aprovechar estas oportunidades y a incluir la salud del adolescente en sus planes y programas. Por ejemplo, en febrero de 2017, Camerún, Liberia y Uganda ya habían incluido la salud del adolescente en sus justificaciones de inversión para el Mecanismo Mundial de Financiamiento y otros países estaban trabajando en ello. Informe de la Secretaría de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030): salud del adolescente - 70.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD, 8 de mayo de 2017).

La depresión es la tercera causa principal de morbilidad y discapacidad entre los adolescentes y el suicidio es la tercera causa de defunción entre adolescentes mayores de entre 15 y 19 años. La violencia, la pobreza, la humillación y el sentimiento de desvalorización pueden aumentar el riesgo de padecer problemas de salud mental (OMS, 2017).

Propiciar el desarrollo de aptitudes para la vida en los niños y adolescentes y ofrecerles apoyo psicosocial en la escuela y otros entornos de la comunidad son medidas que pueden ayudar a promover su salud mental. También desempeñan una función importante los programas que brindan apoyo para fortalecer los lazos entre los adolescentes y sus familiares. Si surgen problemas, deben ser detectados y manejados por trabajadores sanitarios competentes y con empatía (OMS, 2017).

Fomentar relaciones de atención y cariño entre padres e hijos en una etapa temprana de la vida, propiciar el desarrollo de aptitudes para la vida y reducir el acceso al alcohol y las armas de fuego puede contribuir a prevenir lesiones y defunciones como consecuencia de la violencia. Asimismo, ofrecer a los jóvenes supervivientes de actos de violencia una atención eficaz y empática puede ayudarlos a superar las secuelas físicas y psicológicas.

El número de adolescentes con exceso de peso u obesidad está aumentando en los países de ingresos bajos y altos. La anemia por carencia de hierro fue la causa principal de años perdidos por muerte y discapacidad en 2015. Se recomienda administrar regularmente a los adolescentes un tratamiento vermífugo en aquellas zonas con presencia frecuente de helmintos intestinales, como los anquilostomas, a fin de prevenir deficiencias de micronutrientes (como el hierro).

Desarrollar en la adolescencia unos buenos hábitos de alimentación sana y ejercicio físico es fundamental para gozar de una buena salud en la edad adulta. Asimismo, reducir la comercialización de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos trans, azúcares libres o sal, y ofrecer acceso a alimentos sanos y oportunidades de hacer ejercicio son medidas importantes para todos, pero en particular para los niños y los adolescentes (OMS, 2017).

El Banco Mundial ha señalado que invertir en proteger a la mujer entre los 14 y 50 años, ofrece los mejores retornos en salud, socioeconómico, geográfico, con evidentes beneficios para la familia, comunidad y economía mundial. Las enfermedades pueden afectar a la capacidad de los adolescentes para crecer y desarrollarse plenamente (OMS, 2017).

El consumo de alcohol o tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección y/o la exposición a la violencia pueden poner en peligro no solo su salud actual, sino también la de su adultez e incluso la salud de sus futuros hijos (OMS, 2017). Los adolescentes (edades entre los 10 y los 19 años) representan aproximadamente una sexta parte de la población mundial (1200 millones de personas). La mayoría de los jóvenes goza de buena salud, pero la

mortalidad prematura, la morbilidad y las lesiones entre los adolescentes siguen siendo considerables:

- Se calcula que en 2015 murieron 1,2 millones de adolescentes, es decir, más de 3000 al día, en su mayoría por causas prevenibles o tratables.
- Las lesiones por accidentes de tránsito fueron la principal causa de mortalidad en 2015. Otras causas principales de mortalidad entre los adolescentes son las infecciones de las vías respiratorias inferiores, el suicidio, las enfermedades diarreicas y los ahogamientos.
- Cada año se registran en el mundo 44 nacimientos por cada 1000 chicas de 15 a 19 años.
- La mitad de todos los trastornos de salud mental en la edad adulta empiezan a manifestarse a los 14 años, pero la mayoría de los casos no se detectan ni son tratados.

Retos para la salud del adolescente. En el mundo hay millones de adolescentes que mueren o contraen enfermedades por causas prevenibles. Muy pocos tienen acceso a información y asesoramiento y a servicios integrados orientados a los jóvenes, y en particular a servicios de salud sexual y reproductiva, sin tropezar con discriminaciones u otro tipo de obstáculos. En muchos entornos, los adolescentes de ambos sexos tropiezan con numerosos obstáculos de política, sociales y jurídicos que perjudican su salud y bienestar físicos, mentales y emocionales. Los obstáculos son aún mayores en el caso de los adolescentes con discapacidad y/o en situaciones de crisis. El 70% de las defunciones prevenibles de adultos por ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES está relacionado con factores de RIESGO que empiezan a afectarlos en la adolescencia (Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030)).

Las Enfermedades no Transmisibles (ENT), son la principal causa de muerte entre los peruanos y de Carga en salud, medido en términos de Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA)⁷. En el caso de Lima y Callao, las Enfermedades no Transmisibles también son la primera causa de Carga en Salud.

⁷ La carga de enfermedad se define como la medida de las pérdidas de salud atribuidas a diferentes enfermedades y lesiones, incluyendo las consecuencias mortales y discapacitantes. La medición de la carga de enfermedad a diferencia de los indicadores clásicos, permite conocer la

La carga de enfermedad para el período 2004-2007 en la región Callao fue de 563,016 años (una tasa de 163.4 AVISA por cada mil habitantes) de vida saludables perdidos (AVISA), siendo el grupo de las enfermedades no transmisibles el que representa el mas alto porcentaje, 64.5% del total de los AVISA en la región Callao.

En los Gráficos N° 2.1 y N° 2.2, se observa que a medida que aumenta la edad, las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales dejan de ser un problema prioritario; todo lo contrario ocurre para el grupo de las enfermedades no transmisibles, cuyas tasas de AVISA se incrementan progresivamente.

Con respecto a los accidentes y lesiones se observan incrementos entre los 15 y 44 años de edad y en los mayores de 60 años.

Gráfico N° 2.1. Total de AVISA por categorías de discapacidad y grupos de edad Región Callao 2004-2007

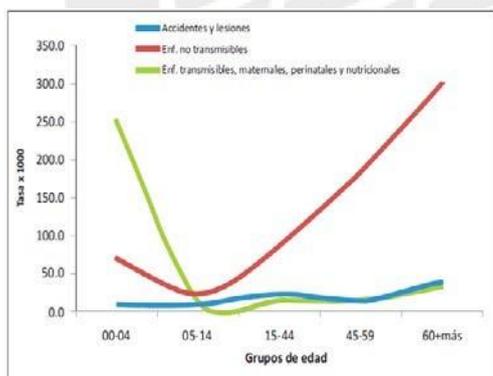
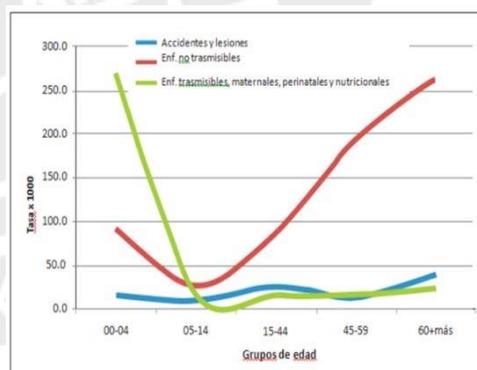


Gráfico N° 2.2. Total de AVISA por categorías de discapacidad y grupos de edad Provincia Lima 2004-2007



Fuente: Sistema de hechos vitales/Certificados de defunción de la Región Callao.

pérdida de años saludables relacionados no solamente a las muertes prematuras sino también con la discapacidad que queda como secuela de diferentes enfermedades.

El indicador que mide la Carga de la Enfermedad son los Años de Vida Sanos Perdidos (AVISA) o también llamados años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), traducciones del inglés DALY's (Disability Adjusted Life Years) que se expresa en unidad de tiempo (Años). El método combina los años perdidos por muerte prematura (AVP) y los años vividos con discapacidad (AVD).

La promoción de las prácticas saludables en la adolescencia y la adopción de hábitos saludables son fundamentales para hacer frente a los riesgos de salud a lo largo de sus vidas y para el futuro de la infraestructura sanitaria y social y así prevenir la aparición de problemas de salud en la etapa de la adolescencia y en la edad adulta.

Los profesionales de la salud y los docentes deben contar con las competencias necesarias para relacionarse con los adolescentes y detectar con prontitud problemas de salud, proponer tratamientos que incluyan asesoramiento, terapia cognitiva conductual o de ser necesario medicación psicotrópica.

En el año 2010 el gobierno peruano realizó una encuesta GSHS (Global School-based Student Health Survey) con preguntas relacionadas con la salud pública, agrupadas en 10 áreas, a 2.882 estudiantes entre 13 y 15 años. Los Resultados se presentan en la Tabla N° 2.1.

Tabla N° 2.1. Resultado de GSHS del Perú del 2010 (12). En porcentaje.

	Total	Niños	Niñas
(1) Consumo de alcohol			
• Porcentaje de estudiantes que han consumido alcohol alguna vez en el último mes	27,1 (23,7-30,9)	28,4 (24,1-33,2)	26,0 (21,1-31,7)
• Porcentaje de estudiantes que consumieron alcohol antes de tener 14 años	66,4 (62,2-70,3)	70,2 (63,9-75,8)	62,0 (57,2-66,6)
• Porcentaje de estudiantes que se han embriagado alguna vez en su vida	13,5 (11,3-16,1)	16,8 (13,8-20,3)	10,2 (7,4-14,0)
(2) Hábitos alimenticios			
• Porcentaje de estudiantes con peso bajo (<-2DS desde la mediana por IMC por edad y sexo)	0,8 (0,5-1,4)	0,9 (0,4-1,9)	0,7 (0,4-1,3)
• Porcentaje de estudiantes de sobrepeso (>+1DS desde la mediana por IMC por edad y sexo)	20,2 (17,6-23,1)	21,8 (18,6-25,4)	18,7 (14,6-23,5)
• Porcentaje de estudiantes obesos (>+2DS desde la mediana por IMC por edad y sexo)	2,9 (1,9-4,3)	3,0 (1,7-5,0)	2,7 (1,5-4,8)
• Porcentaje de los estudiantes que han consumido bebidas gaseosas alguna vez en el último mes	53,6 (49,8-57,4)	54,0 (49,6-58,3)	53,0 (48,2-57,8)
(3) Consumo de drogas			
• Porcentaje de estudiantes que han consumido drogas alguna vez antes de tener 14 años	59,7 (49,3-69,3)	*	*
• Porcentaje de estudiantes que han consumido marihuana alguna vez en su vida	3,8 (2,7-5,2)	5,7 (4,0-8,1)	1,9 (1,1-3,3)
(4) Higiene			
• Porcentaje de estudiantes que se han cepillado los dientes menos de una vez por día en el último mes	4,3 (3,4-5,5)	4,8 (3,3-7,0)	3,9 (2,8-5,4)

• Porcentaje de estudiantes que después de usar el baño no (o casi no) se han lavado las manos, en el último mes	6,6 (5,4-7,9)	6,5 (4,9-8,5)	6,6 (5,3-8,3)
(5) Salud mental			
• Porcentaje de estudiantes que han sentido impulso suicida serio en el último año	19,5 (17,0-22,2)	11,1 (9,0-13,6)	27,9 (25,0-31,0)
• Porcentaje de estudiantes que realmente han intentado alguna vez suicidarse en el último año	17,0 (15,1-19,1)	12,0 (9,8-14,6)	22,0 (19,4-24,8)
• Porcentaje de estudiantes que no han perdido ningún amigo en su vida	5,5 (4,6-6,4)	5,7 (4,4-7,3)	5,3 (4,2-6,6)
(6) Actividad física			
• Porcentaje de estudiantes que han realizado alguna actividad física al menos 5 días de la última semana y al menos una hora en esos 5 días	24,5 (21,9-27,3)	27,0 (23,2-31,1)	22,2 (19,4-25,3)
• Porcentaje de estudiantes que han asistido al menos a 3 clases de educación física por semana durante el semestre	2,4 (1,1-5,2)	2,2 (1,0-4,9)	2,5 (1,1-5,8)
• Porcentaje de estudiantes que normalmente pasan al menos 3 horas sentados cada día	28,9 (25,2-32,8)	28,4 (24,7-32,4)	29,5 (24,4-35,2)
(7) Factores de protección			
• Porcentaje de estudiantes que han faltado a clase sin permiso en el último mes	34,4 (30,5-38,5)	37,5 (32,9-42,3)	31,3 (26,8-36,2)
• Porcentaje de estudiantes que han llegado a un entendimiento sobre la mayoría de sus problemas y preocupaciones con sus padres o con sus profesores en el último mes	35,9 (33,7-38,2)	33,5 (29,7-37,5)	38,4 (36,0-40,9)
• Porcentaje de estudiantes cuyas actividades en tiempo libre son conocidas por sus padres o por sus profesores en el último mes	36,8 (34,0-39,7)	33,1 (29,9-36,5)	40,4 (36,7-44,3)
(8) Comportamiento sexual			
• Porcentaje de estudiantes que han tenido sexo alguna vez en su vida	16,9 (14,6-19,5)	24,3 (20,9-28,1)	9,6 (7,2-12,7)
• Porcentaje de estudiantes que tuvieron su sexo por primera vez antes de tener 14 años	53,9 (47,4-60,3)	58,1 (49,1-66,5)	*
• Porcentaje de estudiantes que utilizaron condón en su última relación sexual	62,3 (56,6-67,7)	62,4 (56,6-67,9)	62,9 (51,6-72,9)
(9) Consumo de tabaco			
• Porcentaje de estudiantes que han fumado al menos un cigarrillo por día en el último mes	17,3 (15,3-19,5)	22,9 (19,8-26,2)	11,9 (9,2-15,3)
• Porcentaje de estudiantes ya fumaban antes de tener 14 años	67,3 (61,8-72,4)	68,3 (61,8-74,2)	65,5 (58,8-71,5)
• Porcentaje de estudiantes que contaron a otras personas que fumaban al menos un día de la última semana	57,9 (55,2-60,6)	58,2 (54,4-62,0)	57,7 (54,6-60,8)
(10) Violencia y lesiones no intencionales			
• Porcentaje de estudiantes que han peleado al menos una vez en el último año	36,9 (32,6-41,4)	52,4 (47,5-57,2)	21,5 (18,1-25,3)
• Porcentaje de estudiantes que han sufrido una lesión grave al menos una vez en el último año	48,9 (45,1-52,8)	53,8 (48,5-58,9)	44,2 (40,3-48,3)
• Porcentaje de estudiantes que han sufrido vejámenes al menos un día en el último mes	47,4 (44,8-50,0)	46,7 (43,7-49,7)	48,2 (44,8-51,5)

Fuente: Perú Global School-based student health survey (GSHS), OMS 2010.

La Cooperación Internacional de Corea KOICA, en Octubre del 2014, realizo un estudio con el único objetivo de conocer la salud de los adolescentes, factores de riesgo y factores protectores del ámbito del programa Lima Norte y el Callao. La metodología de la línea de base fue elaborada por el INEI.

La elaboración y validación del cuestionario/instrumento aplicado a los adolescentes, fue realizado con el apoyo técnico de la DGPS-MINSA. La aplicación del instrumento se realizó en las aulas de cada colegio, con la supervisión y guía del 32 profesionales de salud entre enfermeras y nutricionistas. La encuesta tuvo 180 preguntas. En total, 981 estudiantes han sido encuestados: 705 estudiantes de la región norteña de Lima – pertenece a la I.E Presentación de María, misma que pertenece a la jurisdicción del C.S Santa Luzmila II jurisdicción del Centros de Salud Laura Rodríguez Dulanto y - y la de Callao -a cargo de los Centros de Salud Bellavista y Pachacutec-, y 276 de las localidades cercanas, elegidas como grupos de control en iguales condiciones y características.

El análisis de datos se realizo por el equipo de investigadores de la Universidad de YONSEI de corea. Esta investigación básica ha recibido la admisión (1041849-201410-BM-048-02), emitida por el CRI (Consejo de Revisión Institucional) del Campus Wonju de la Universidad Yonsei y, en el Perú también ha sido aprobado por la comisión de ética de la Diresa Callao.

Los resultados más importantes de la investigación básica sobre los estudiantes son los siguientes (Tabla N°2.2.).

Tabla N° 2.2. Resumen de la investigación básica sobre los adolescentes/estudiantes peruanos octubre 2014.

RESULTADOS DE LA LINEA DE BASE DEL PROGRAMA COLEGIOS PROMOTORES DE LA SALUD EN LIMA NORTE Y EL CALLAO				
INSTITUCIONES EDUCATIVAS	Distrito de Comas		Región del Callao	
	Santa Luzmila II	Laura Rodríguez	Bellavista	Pachacutec (Ventanilla)
	I.E. Presentación de María (N=140)	I.E. Alborada Francesa (N=124)	I.E. San Pedro (N=180)	I.E. 42 Virgen de Guadalupe (N=261)
INDICADORES	%	%	%	%
(1) Uso del alcohol				
• Porcentaje de estudiantes han consumido alcohol alguna vez en los últimos 30 días	46.3	54.7	59.2	56.4
• Porcentaje de estudiantes que alguna vez en su vida han consumido alguna bebida alcohólica o licor (12-17 años).	38.6	42.7	57.2	51.0
• Porcentaje de estudiantes que se han embriagado alguna vez en su vida	14.8	24.5	28.2	21.8
(2) Hábitos alimenticios				
• Porcentaje de estudiantes de bajo peso (<-2SD desde la mediana por IMC por edad y sexo)	8.6	14.5	18.3	14.8
• Porcentaje de estudiantes con sobrepeso (>+1SD desde la mediana por IMC por edad y sexo)	21.4	8.9	21.7	11.3
• Porcentaje de estudiantes obesos (>+2SD desde la mediana por IMC por edad y sexo)	3.6	4.8	3.9	0.8
• Porcentaje de estudiantes que han consumido gaseosas y otras bebidas azucaradas, en los últimos 7 días.	70.0	83.1	77.8	73.6
(3) Consumo de drogas				
• Porcentaje de estudiantes que afirmaron haber consumido drogas alguna vez en su vida. (12-17 años).	1.4	6.5	7.8	6.9
(4) Higiene				
• Porcentaje de estudiantes que se han cepillado los dientes una vez por día durante los últimos 30 días.	5.0	1.6	0.6	2.7
• Porcentaje de estudiantes que después de usar el baño no (o casi no) se han lavado las manos, en el último mes	14.3	9.6	10.6	9.9
(5) Salud mental				
• Porcentaje de estudiantes que consideraron seriamente la posibilidad de quitarse la vida, durante los últimos 12 meses.	30.7	29.0	23.9	31.0
• Porcentaje de estudiantes que realmente han hecho algún plan de cómo intentar quitarse la vida. intentado alguna vez suicidarse en el último año (entre los estudiantes que han sentido impulso suicida)	72.1	52.8	60.5	69.1
• Porcentaje de estudiantes que han sufrido depresión en el último año	72.1	46.8	50.0	64.0
• Porcentaje de estudiantes que han padecido serias dificultades en su estudio y en sus relaciones humanas en el	21.8	39.7	24.4	37.7

Fuente: Resultados de la Línea de Base del Proyecto CPS de KOICA

Se les preguntó a los estudiantes sobre consumo de alcohol alguna vez en su vida. Los resultados de la tabla nos muestra que el 57.2% de los estudiantes de la I.E 5050 San Pedro, quienes indicaron el mayor consumo de alcohol, seguido por, la I.E Virgen de Guadalupe 51%. Respecto a los estudiantes que se han embriagado alguna vez en su vida, la I.E 5050 San Pedro tiene la más alta prevalencia de 28.2%, seguido por la I.E Alborada Francesa 24.5%.

También el Proyecto CPS de KOICA encontró que el 21.7% de estudiantes de la I.E 5050 San Pedro tiene sobrepeso, seguido por los estudiantes de la I.E Presentación de María 21.4%.

En cuanto a estudiantes que consideraron seriamente la posibilidad de quitarse la vida, durante los últimos 12 meses, mayor porcentaje de estudiantes de la I.E Presentación de María 30.7%, seguido por la, I.E Alborada Francesa 29%. También se obtuvo que el 72 % de estudiantes de la I.E Presentación de María

refirieron haber estado con depresión en los últimos 12 meses por más de dos semanas.

La iniciativa en la región de las Américas (Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud), tiene su origen desde inicios de los años 90. En 1993, se recibe y acepta la propuesta de desarrollar y fortalecer la promoción y la educación para la salud en las escuelas en la Reunión de Consulta⁸ organizada en Costa Rica. Posteriormente, el año 1995, la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), impulsa su formalización.

La Iniciativa contempla una visión integral respecto al contexto de la vida de los niños y adolescentes: relación con la familia, relación con la comunidad, relación con la sociedad. Por ello, se busca que estas nuevas generaciones “dispongan del conocimiento, habilidades, y destrezas necesarias para promover y cuidar su salud, la de su familia y su comunidad, así como crear ambientes de estudios, trabajo y comunidades saludables” (OPS, 2005).

La OPS el año 2005 planteaba que, si bien la propuesta de EPS abarca al conjunto de la comunidad educativa, el principal agente para la transmisión y desarrollo de estilos de vidas saludables será el adolescente. Por ello, señalaba que la finalidad de la EPS es la siguiente: “la formación de nuevas generaciones que dispongan del conocimiento, habilidades y destrezas necesarias para promover y cuidar su salud, la de su familia y la de su comunidad, así como crear y mantener ambientes de estudio, trabajo y comunidades saludables” (OPS, 2005, pág. 1).

Las Escuelas Promotoras de la Salud en el Perú se constituyen como una iniciativa dentro del marco de la promoción de la salud que actúa en el ámbito familiar, en la escuela, en el municipio, en los centros laborales y la comunidad en general.

Una de las primeras experiencias sobre escuelas saludables la desarrolla la asociación Kallpa, en 1988 en el Cono Sur de Lima, extendiéndose el año 1994

⁸ Reunión a la que asistieron representantes de los sectores salud y educación de doce países y miembros de organizaciones internacionales como UNICEF, UNESCO, UNFPA y la Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud, UIPES.

al Cuzco, Ayacucho e Iquitos. Otra experiencia son “Escuelas Amigas”, impulsada por UNICEF a través del Ministerio de Educación en zonas rurales y urbano marginales.

Por su parte, la ONG Plan Internacional, trabajó en regiones de Lima, Piura y Cusco. Recién el año 1997, se involucran los ministerios de Salud y Educación, de manera que ambos generan medidas normativas que ayudan a la implementación de la estrategia en las escuelas (Comisión Multisectorial de EPS, MINSA, MINEDU, 2002).

El año 1999 el modelo de intervención es denominado “Escuelas Promotoras de Salud”, según los lineamientos de la Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS (Comisión Multisectorial de EPS et al., 2002).

UNICEF, a través del MINEDU, desarrolló el programa “Escuelas Amigas” en zonas rurales y urbano-marginales. Entre los años 2001-2002 el Sub Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud desarrolló actividades en las 34 DISAS organizando 16 talleres en Centros Educativos, con el objetivo de desarrollar habilidades sociales en adolescentes con riesgo a presentar conductas violentas.

El año 2001, se firma la constitución de la Comisión Multisectorial de EPS en el Perú. Dicha Comisión, fue una de las principales impulsoras para la firma del convenio de cooperación técnica entre el MINSA y el MINEDU el año 2002, iniciándose al año siguiente, el Programa de Escuelas Saludables en el MINSA.

Posteriormente, el año 2004, en la IV Reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de Salud (RLEPS) realizada en Puerto Rico, se designó al Perú como sede de la Secretaría Técnica de la Red de Escuelas Promotoras de la Salud de la Comunidad Andina. Ese mismo año, el MINSA organiza el I Encuentro Nacional de Promoción de la Salud, aprovechándose la ocasión para conformar la Red Nacional de Escuelas Promotoras de la Salud. Durante el Encuentro, se emite la “Declaración de Lima”, la cual promueve el desarrollo de las escuelas saludables en el país (MINSA, 2014). Además, se lleva a cabo la I

Reunión de la RLEPS-Sub Región Andina (Ecuador, Bolivia, Colombia, Perú y Venezuela) (DGPS, 2005).

Uno de los desafíos más importantes del Estado Peruano es la universalización de la protección social en salud. Por ello, realiza la promulgación de la Ley N°30061 EL 27 en Junio 2013, declara de prioritario interés nacional la atención integral de la salud de las y los estudiantes de educación básica regular y especial de las instituciones públicas del ámbito del Programa Nacional de Alimentación Escolar QualiWarma, que los incorpora como asegurados del Seguro Integral de Salud (SIS). Y en el marco del Ministerio de la Salud – Ministerio de Educación y el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social conforman la Iniciativa Intersectorial “Aprende Saludable”, con el fin de generar oportunidades para el desarrollo de capacidades de las y los estudiantes de Instituciones Educativas Públicas de Educación Básica, que les permita el ejercicio pleno de sus derechos.

A través del decreto supremo N°010-2013-SA, que aprueba el Plan de Salud Escolar 2013-2016, con cargo al presupuesto Institucional del Ministerio de Salud, del Seguro Integral de Salud y de los demás pliegos involucrados, que tiene como objetivo desarrollar una cultura de salud en los escolares, de las instituciones educativas, basada en los estilos de vida saludable y los determinantes sociales de la salud, así como detectar y atender de manera oportuna los riesgos y daños relacionados con el proceso de aprendizaje.

De acuerdo al Resolución Ministerial N°9008-2012 del Ministerio de Salud, favorecer la prevención del riesgo y daño alimentario nutricional, fomentando hábitos nutricionales saludables según etapas de vida, siendo el quiosco escolar un lugar estratégico para el consumo de alimentos saludables para las y los estudiantes de las instituciones educativas; aprobándose una lista de alimentos saludables recomendados para su expendio en los Quioscos de las Instituciones Educativas, esta acción se desarrolla en el marco del Plan Escolar 2013-2016.

En febrero del 2014 se aprueba la Resolución Ministerial N°157-2014/MINSA que conforma la Comisión Sectorial encargada de dar seguimiento, monitoreo y evaluar las actividades programadas en el Plan de Salud Escolar 2013-2016.

Apesar de contar con un equipo de diferentes direcciones del MINSA, existe poca información en cuanto a seguimiento, evaluación e informes técnico.

2.1.2. DOCUMENTOS NORMATIVOS Y LINEAMIENTOS DE LAS POLÍTICAS.

Desde el 2002, el Ministerio de salud y el Ministerio de Educación han ido desarrollando diversas acciones de articulación con la finalidad de elaborar, promover y evaluar la aplicación del enfoque de Instituciones Educativas para el Desarrollo Sostenible en todas las instituciones Educativas del País.

La tasa de Mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú es mayor que las enfermedades transmisibles, constituyendo las causas principales de muerte: la enfermedad coronaria, los accidentes cerebro-vascular (ACV), la hipertensión arterial (HTA), las neoplasias maligna y la diabetes mellitus (DM).

Guía técnica de gestión de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas para el desarrollo sostenible (2011/MINSA). La presente guía es una herramienta de apoyo al proceso de aplicación concreta en las instituciones educativas que contribuye a la mejora de los entornos, la calidad de vida, la calidad educativa y el bienestar social, a fin de contribuir al desarrollo integral sostenible de los y las estudiantes y al óptimo desarrollo de sus capacidades, promoviendo una cultura de salud en el ámbito escolar. Asimismo cabe señalar que el objetivo principal es brindar orientación técnica al personal de salud, para fortalecer su capacidad de gestión en la implementación de acciones de promoción de la salud en instituciones educativas, con el involucramiento de los integrantes de la familia y la comunidad y el compromiso de los demás actores decisores: los gobiernos locales y regionales.

El documento detalla el desarrollo de procesos de gestión en promoción de la salud, a través del diálogo y la reflexión permanente, fortaleciendo las capacidades y potencialidades de los actores de la comunidad educativa. Así mismo se describe brevemente el proceso de implementación de una institución educativa saludable considerando los pasos y resultados esperados en promoción de la salud, como el fomento de prácticas y entornos saludables,

desarrollo de asignaturas de educación para la salud en las mallas curriculares como parte de la formación general.

Guía de gestión de la estrategia de escuelas promotoras de salud (2006).- constituye en un material educativo, que tiene por objetivo ser una herramienta de consulta y orientación del trabajo intersectorial, para fortalecer las acciones de promoción de la salud, constituyéndose en una estrategia a través de la cual se contribuya a elevar la calidad de vida de los estudiantes. Esta guía destaca el rol protagónico del sector salud en la implementación de la estrategia EPS de acuerdo a las siguientes fases:

- Abogacía en el Consejo Educativo Institucional de la Institución Educativa
- Capacitación, principalmente al personal de Salud
- Ejecución de líneas de acción pre establecidas

El personal de salud desarrolla las siguientes líneas de acción:

- Promoción de comportamientos saludables
- Desarrollo de entornos saludables
- Trabajo intersectorial
- Implementación de políticas que promuevan salud
- Seguimiento y Monitoreo
- Acreditación
- Informe de actividades

La guía reseña las funciones y responsabilidades del sector salud, como impulsor y actor principal de la estrategia EPS, desde el cual a salud le corresponde liderar este proceso. Esta buena iniciativa, sin embargo, no ha logrado extenderse como política pública, siendo una de sus mayores debilidades, el que no haber conseguido que el sector educación se apropie de su implementación.

Documento técnico. Modelo de abordaje de promoción de la salud en el Perú. Tiene por finalidad desarrollar los marcos conceptuales y técnicos que orienten la gestión e implementación de las acciones de la Promoción de la Salud a nivel nacional, regional y local. Objetivo General esta orientado a desarrollar un marco

conceptual, técnico y metodológico que orienta las acciones de promoción de la salud en el nivel nacional, regional y local.

Lineamientos de política de promoción de la salud en el Perú (rm/n°111-2005/minsa). Tiene como finalidad contribuir a la mejora de la salud pública del país, mediante el fortalecimiento de la Promoción de la Salud como función esencial de la salud pública en todas las políticas de las instituciones públicas y privadas en el país y entre su principal objetivo esta establecer los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud, así como los principios y doctrinas que orienten la formulación y ejecución de políticas sanitarias en todos los sectores en los tres niveles de gobierno, para fortalecer dicha función esencial de salud pública en el país.

Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de daños no transmisibles expuesta en el Plan Multisectorial para la intervención frente a los daños No transmisibles 2011-2020.-basado en los Lineamientos de la Estrategia CARMEN (conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No-transmisibles) de la OPS/OMS.

2.1.3. SÍNTESIS DE INVESTIGACIÓN RELACIONADAS

Chumpitaz,Rubén (2015), realizó un estudio tipo no experimental, cualitativa, descriptiva y longitudinal con el objetivo de Determinar la efectividad de tres grupos de instituciones educativas promotoras de la salud y del desarrollo sostenible implementadas en Lima bajo el Convenio Marco de Cooperación Técnica entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud entre los años 2010 – 2012. Consideró una muestra de 60 instituciones educativas, utilizando como instrumento de recolección de datos, una matriz de indicadores de evaluación de escuelas saludables, previamente validada según prueba de Alfa de Cronbach ($\alpha = 0.836$). Éste demostró que existe diferencia significativa en el nivel de logro alcanzado entre los tres grupos de instituciones educativas según prueba H de Kruskal – Wallis ($0.04 < 0.05$). Por otro lado 12 escuelas de Lima Ciudad lograron alcanzar mejores niveles de logro y su costo-beneficio; mientras que 11 escuelas de Lima Sur alcanzaron mejor costo – efectividad y costo – impacto.

Lee A, Cheng FFK, et al (2006), ¿Pueden las Escuelas Promotoras de Salud contribuir a una mejor salud y bienestar de los jóvenes?, en un estudio realizado en Hong Kong, intentó probar la hipótesis de que los estudiantes de escuelas que habían adoptado de manera integral el concepto de HPS como lo indicaba el HealthySchoolAward eran mejores en términos de comportamiento de riesgo para la salud, auto reporte sobre su estado de salud y resultados académicos que los estudiantes de escuelas que no alcanzaron el nivel del premio. Los resultados presentados provienen de nueve escuelas (cuatro primarias y cinco secundarias) que aplicaron por la acreditación del Premio Escuelas Saludables después de adoptar el marco HPS de la OMS durante dos años. El apoyo y la capacitación estuvieron disponibles para todas las escuelas. Los estudiantes habían completado encuestas antes de la intervención de dos años, y al final para evaluar sus comportamientos de salud, su estado de salud autoinformado y su posición académica. Se compararon a los estudiantes que asistieron a escuelas que alcanzaron cierto nivel de HPS estándar según lo indicado por el premio, con los estudiantes cuyas escuelas no recibieron el premio, y los resultados mostraron diferencias más significativas entre los estudiantes de escuela primaria que entre los estudiantes de secundaria. Esta intervención temprana ilustrada para cambios en el estilo de vida es más efectiva. La satisfacción de los estudiantes con la vida también mejoró si sus escuelas adoptaran el concepto de HPS de forma integral. Los resultados sugieren que la implementación integral de HPS contribuiría a las diferencias en ciertos comportamientos y la salud y el estado académico auto reportados.

TETUS, Simone et al (2003), realizaron un estudio en Brasil sobre asociaciones entre las políticas de las escuelas promotoras de salud y los indicadores de salud oral. El objetivo del estudio fue evaluar si la salud bucal de los niños de 12 años en las escuelas de apoyo, donde se habían desarrollado las políticas de promoción de la salud, era mejor que la de los niños en las escuelas sin apoyo. La muestra fue de 1823 niños de 12 años en 33 escuelas públicas (financiadas por el gobierno) en áreas desfavorecidas de Curitiba, Brasil.

El análisis de los componentes principales, la regresión múltiple, el meta-análisis y la meta-regresión se utilizaron en el análisis de los datos. Con la finalidad de probar la hipótesis sobre los resultados de salud oral de las escuelas que

cumplían con los componentes e indicadores propuestos por Tones, OMS y OMS / Pacífico y WPRO (Tones, 1996; OMS, 1996; OMS / Pacífico y WPRO, 1996), frente a las escuelas las escuelas que no contaban con los criterios para una SPS.

Las escuelas con un plan de estudios integral tenían más probabilidades de tener un mayor porcentaje de niños sin caries ($\beta = 6.27$, $p = 0.02$) y menos niños con trauma dental ($\beta = -5.04$, $p = 0.02$). El compromiso con la salud y la seguridad en la escuela se asoció fuertemente con el trauma dental, ya que el 9,7% menos de niños sufrieron traumatismos dentales ($p = 0,00$) en las escuelas que demostraron un compromiso con la salud y la seguridad.

Este estudio encontró una correlación moderadamente positiva entre el componente 1, "el desarrollo de un plan de estudios integral por parte de la escuela", y el porcentaje medio de niños sin caries ($r = 0,40$; $p = 0,02$). Un mayor porcentaje de niños sin caries se relacionó con un plan de estudios más completo. Además, se encontró una asociación ligeramente significativa entre el componente 2, relacionado con "el compromiso de la escuela con respecto a la salud y la seguridad", y el porcentaje medio de niños con traumatismos dentales, el coeficiente de correlación es $r = 0.45$ ($p = 0.01$). Esta relación negativa sugiere que un mayor compromiso con la salud y la seguridad en la escuela se asociaron con un menor porcentaje de niños con traumatismos dentales.

LEE, Albert et al (2008), realizó un estudio transversal para responder si ¿el concepto de Escuelas Promotoras de Salud ayudar a mejorar el conocimiento y las prácticas de salud de los estudiantes para combatir el desafío de las enfermedades transmisibles: estudio de caso en Hong Kong?, el estudio tuvo un muestreo aleatorio de múltiples etapas entre las escuelas con premios (HSA) y aquellas escuelas que no participaron en el esquema de premios ni adoptaron el concepto de HPS (no HPS). Para el grupo de HSA, 5 escuelas primarias y 7 escuelas secundarias ingresaron al estudio con 510 estudiantes y 789 estudiantes incluidos en la muestra, respectivamente. Para el grupo "No HPS", 8 escuelas primarias y 7 secundarias ingresaron al estudio con 676 estudiantes y 725 estudiantes incluidos en la muestra, respectivamente. Se utilizó un cuestionario autoadministrado como instrumento de medición. Se encontró que los estudiantes en la categoría de HSA eran mejores con significación estadística en la práctica de higiene personal, el conocimiento sobre la salud y la higiene,

así como el acceso a la información de salud. Se informó que las escuelas HSA tenían una mejor política de salud escolar, mayores grados de participación comunitaria y un mejor ambiente de higiene. El estudio concluyó que los estudiantes en las escuelas que habían adoptado el marco de HPS tenían un perfil de comportamiento de salud más positivo que aquellos en las escuelas que no pertenecen a HPS. Aunque todavía no se ha establecido una relación causal, el HPS parece ser un enfoque viable para tratar las enfermedades transmisibles.

LANGFORD, Rebecca et al (2014), realizó una búsqueda de datos electrónicos desde el 2011 al 2013 para encontrar artículos relevantes con el objetivo de evaluar la efectividad del marco de las Escuelas Promotoras de la Salud para mejorar la salud y el bienestar de los estudiantes y sus logros académicos. Los participantes fueron niños y jóvenes de cuatro a 18 años, que asisten a escuelas o universidades. En esta revisión, definieron las siguientes intervenciones de HPS: i) entrada al plan de estudios; ii) cambios en el ambiente o ambiente de la escuela o ambos; y iii) compromiso con familias o comunidades, o ambos. Comparamos esta intervención con las escuelas que implementaron ninguna intervención o continuaron con su práctica habitual, o cualquier programa que incluyó solo uno o dos de los elementos de HPS mencionados anteriormente. Agruparon diferentes tipos de intervenciones de acuerdo con el objetivo, realizaron metanálisis de efectos aleatorios para proporcionar un resumen de los resultados entre los estudios. Incluyeron 67 ensayos agrupados elegibles, aleatorizando 1443 escuelas o distritos. El cual se compuso de 1345 escuelas y 98 distritos.

Los estudios abordaron una variedad de cuestiones de salud: actividad física (4), nutrición (12), actividad física y nutrición combinadas (18), intimidación (7), tabaco (5), alcohol (2), salud sexual (2), violencia (2), salud mental (2), lavado de manos (2), conductas de riesgo múltiple (7), casco de bicicleta uso (1), trastornos de la alimentación (1), protección solar (1) y salud oral (1). La calidad de la evidencia en general fue de baja a moderada según lo determinado por el enfoque GRADE.

Este estudio encontró efectos positivos para algunas intervenciones como: índice de masa corporal (IMC), actividad física, condición física, consumo de frutas y verduras, el consumo de tabaco y el acoso. Asimismo, los efectos de la intervención fueron en general pequeños, pero tienen el potencial de producir

beneficios de salud pública en el nivel de población, pero poca evidencia de efectividad. Los resultados de esta revisión proporcionan evidencia de la efectividad de algunas intervenciones basadas en el marco HPS para mejorar ciertos resultados de salud pero no otros. Se requiere una investigación más bien diseñada para establecer la efectividad de este enfoque para otros temas de salud y logros académicos.

LEE, Eun Young (2012), realizó un estudio titulado “estado de implementación y factores relacionados de promoción de la salud en escuelas de primaria, secundarias y preparatoria: basadas en las Directrices de la OMS”, para identificar las características que afectan la implementación de escuelas promotoras de la salud: según las directrices de la OMS. Para esto evaluaron un total de 703 docentes (hombres 32.2%, mujeres 67.8%) de 70 escuelas primarias, secundarias y preparatorias en Seúl y Gyeonggi quienes participaron en la encuesta. Se utilizó un cuestionario de autoevaluación de 60 ítems para evaluar el estado de implementación de HPS. El estudio obtuvo como resultado que la implementación de HPS (HealthPromotingSchool) fue más favorable en las escuelas primarias que en las escuelas secundarias y preparatorias, después de controlar las características de los participantes, como la edad, el género y sus deberes en la escuela.

2.2 MARCO TEÓRICO

Se examinarán diferentes argumentos teóricos recopilados de varias fuentes académicas, casos de estudio y diversas teorías en el ámbito del marco de acción para el desarrollo de escuelas y/o instituciones educativas promotoras de la salud según la recomendación de la Organización Mundial de la Salud.

2.2.1. DOCUMENTOS DE CONSENSO INTERNACIONAL

América Latina cuenta con gran experiencia en el desarrollo de actividades de salud escolar. Sin embargo, estas responden a un enfoque más bien convencional que consiste en la réplica de prácticas del sector salud en las escuelas. De este modo, la escuela es vista como un escenario de intervención y

no como un actor principal en la promoción de la salud de los niños y adolescentes (OPS, 2005).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) subdivide el programa de EPS en seis áreas: i) Política escolar saludable, ii) Entorno físico de la escuela, iii) Entorno social de la escuela, iv) Capacidad de actuar en pro de la vida saludable, vi) Servicio integral de salud escolar y vii) Nexos con la comunidad.

La OPS el año 2005 planteaba que, si bien la propuesta de EPS abarca al conjunto de la comunidad educativa, el principal agente para la transmisión y desarrollo de estilos de vidas saludables será el adolescente. Por ello, señalaba que la finalidad de la EPS es la siguiente: “la formación de nuevas generaciones que dispongan del conocimiento, habilidades y destrezas necesarias para promover y cuidar su salud, la de su familia y la de su comunidad, así como crear y mantener ambientes de estudio, trabajo y comunidades saludables” (OPS, 2005, pág. 1).

Cerqueira (1996) define a la Escuela Promotora de la Salud (EPS) como una “estrategia de promoción de la salud en el ámbito escolar” que se fundamenta a través de la articulación de tres componentes: (1) educación para la salud con enfoque integral; (2) creación y mantenimiento de entornos saludables; (3) provisión de servicios de salud, nutrición sana y vida activa.

“Las escuelas promotoras de la salud en las Américas: una iniciativa regional”. Se originó a principios de la década de 1990, su lanzamiento oficial se dio en el año 1995. A partir de la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (México, 2000), en las regiones de las Américas se intensificó el desarrollo de los planes nacionales de promoción de la salud y se consolidaron los procesos subregionales, culminando en tres Resoluciones: la Resolución DC43/14 de la OPS (2001), la Resolución de los países de América Central (Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana [RESSCAD, 2002]) y la Resolución de los países andinos (Reuniones de Ministros de Salud del Área Andina (REEMSA, 2002). M.T. CERQUEIRA, C. CONTI, A. DE LA TORRE Y J. IPPOLITO-SHEPHERD (2003).

La iniciativa tiene como finalidad proporcionar a las generaciones futuras conocimientos, habilidades y destrezas necesarios para promover y cuidar de su propia salud, la de su familia y de su comunidad, y crear y mantener ambientes de estudio y trabajo y comunidades saludables".J. IPPOLITO-SHEPHERD Y M.T. CERQUEIRA.

UMBERSON, Debra y Jennifer Karas Montez (2010), elaboraron un artículo donde describen los principales hallazgos en cuanto a las relaciones sociales y la salud, y de cómo podría traducirse en una política que promueva la salud de la población. Los resultados clave de la investigación incluyen: (1) las relaciones sociales tienen efectos significativos en la salud; (2) las relaciones sociales afectan la salud a través de vías conductuales, psicosociales y fisiológicas; (3) las relaciones tienen costos y beneficios para la salud; (4) las relaciones moldean los resultados de salud a lo largo de la vida y tienen un impacto acumulativo en la salud a lo largo del tiempo; y (5) los costos y beneficios de las relaciones sociales no se distribuyen por igual en la población. Las tendencias demográficas recientes y proyectadas deberían inculcar un sentido de urgencia en el desarrollo de soluciones políticas. Específicamente, la confluencia de familias más pequeñas, las altas tasas de divorcio, la movilidad geográfica relacionada con el empleo y el envejecimiento de la población significan que los adultos de todas las edades, y en particular los ancianos, correrán un mayor riesgo de aislamiento social y reducirán los lazos familiares en el futuro (Cacioppo y Hawkey 2003).

2.2.2. CONCEPTOS TEÓRICOS

1) INSTITUCIONES EDUCATIVAS

Las instituciones educativas son escenarios privilegiados para la formación y difusión de una cultura de la salud en los alumnos y padres de familia, y desde allí hacia la familia y comunidad. Como institución representativa de la educación en su localidad, es responsable de la construcción de espacios de desarrollo, saludables y sostenibles en el tiempo; por ello, la institución educativa es considerada un escenario estratégico para promover la construcción de una cultura de la salud, desde la comunidad educativa hacia la comunidad en

general. Estos escenarios deben reunir condiciones físicas, sanitarias, ambientales, emocionales y afectivas, para que las niñas y niños desarrollen sus aptitudes y actitudes adecuadamente. Por consiguiente, es importante que cuenten con aulas amplias, espacios físicos y mobiliarios adecuados, iluminación, baterías sanitarias acordes con la edad, espacios de recreación y seguridad; a eso debe sumarse la promoción de hábitos alimentarios saludables, de higiene y estilos de vida saludables con el afán principal de mejorar la calidad de vida de las niñas y niños. (Documento Técnico: Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú).

De acuerdo a BENSON Y DRESDOW (1998), las instituciones educativas conducen a las personas en el proceso de aprender. Durante la última década ha habido un interés creciente por medir la calidad del aprendizaje de los estudiantes (a través de su resultado) con el objeto de determinar si en el futuro estas personas contarán con las destrezas necesarias para funcionar adecuadamente en las organizaciones “que aprenden” basadas en el conocimiento del mundo actual. La medición del resultado de la educación -el Output- tiene el potencial de ayudar a la comunidad académica para enfocarse en su misión básica, examinar sus supuestos y crear una cultura cooperativa y de participación dedicada a asegurar la calidad de la educación y permitiría responder preguntas tan relevantes como: ¿Para qué se enseña?, ¿Por qué se enseña? y ¿Qué tan bien se enseña?

Según J. IPPOLITO-SHEPHERD Y M.T. CERQUEIRA (2002), La escuela es la institución privilegiada para implementar acciones de promoción de la salud con un enfoque integral, en las que además de tenerse en cuenta la enseñanza tradicional, se consideran el ambiente psicosocial y el aprendizaje de elementos del desarrollo de actitudes y prácticas saludables. Toda escuela es de cierta manera promotora de la salud, aunque algunas escuelas son más capaces que otras de aprovechar las oportunidades que permiten influir favorablemente en la vida de los alumnos y de sus familias y de la comunidad.

2) ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD

Según La Organización Mundial de la Salud (2016), el fin de las escuelas promotoras de salud es crear las condiciones favorables para que futuras generaciones adquieran el conocimiento y las destrezas que les permitan cuidar y mejorar su salud, la de sus familias y comunidades, a través de la aplicación de los principios de la promoción de la salud en los espacios (settings) donde las personas aprenden, disfrutan, conviven y trabajan.

Puertas y Cerqueira(1996), refieren que las escuelas promotoras de la salud facilitan la transmisión de conocimientos y destrezas que promueven el autocuidado de la salud; previenen comportamientos riesgosos o dañinos para la salud como el «uso y abuso» de tabaco, alcohol y drogas, y el inicio de conductas sexuales peligrosas a una edad temprana o sin la protección adecuada. Mediante la promoción de la salud se fomenta el desarrollo de «habilidades para la vida» y el mantenimiento de comportamientos protectores de la salud; y se persigue formar a jóvenes dotados de espíritu crítico, capaces de reflexionar sobre los valores, la situación social y los modos de vida que favorecen la salud y el desarrollo humano.

Escuelas Promotoras de Salud: un marco para la acción OMS.- Ofrece a las escuelas, los padres, los docentes, las comunidades y otras partes interesadas, principios claves y herramientas simples para ayudarlos a crear entornos de aprendizaje más saludables. WHO Western PacificRegion.

Política escolar saludable: Las políticas de salud escolar son las direcciones claramente definidas y ampliamente promulgadas que influyen en las acciones de la escuela y la asignación de recursos en las áreas que promueven la salud. Muchas escuelas ya pueden tener políticas escolares generales sobre una variedad de cuestiones.

3) POLÍTICA Y PRÁCTICA EN SALUD DE ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

La American Academy of Pediatrics Council on School Health (2017), la Política y práctica en la salud escolar, tiene como objetivo ayudar a estos individuos y agencias a lograr responder la pregunta fundamental: ¿Cómo podrían las escuelas mejorar más efectivamente, la salud y la educación de los estudiantes en un mundo que cambia rápidamente? Más específicamente, ¿cómo podrían

las escuelas administrar de manera más efectiva la administración de muchos diferentes medicamentos requeridos por los estudiantes? ¿Qué servicios de salud mental podrían las escuelas ofrecer? ¿En qué prioridades podrían enfatizarlos programas de educación de salud escolar? ¿atención? ¿Cómo podrían las escuelas ser seguras para los estudiantes, ¿Qué pueden hacer las escuelas para reducir la exposición de los estudiantes a moldes tóxicos, pesticidas y soluciones de limpieza? ¿Cómo pueden las escuelas proteger a los estudiantes de la intimidación, el acoso cibernético y otros tipos de violencia?

¿Qué pueden hacer las escuelas para ayudar al creciente número de estudiantes que tienen asma, diabetes, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastornos del espectro autista y otras necesidades especiales de atención médica? ¿Cómo podrían las escuelas emplear enfermeras escolares, clínicas basadas en la escuela y otros servicios de salud comunitarios para satisfacer las necesidades de sus estudiantes? ¿Qué tipo de comida y actividad física pueden proporcionar las escuelas? ¿Qué pueden hacer las escuelas para preservar la salud de los empleados de la escuela? ¿De qué manera las políticas y programas de salud escolar pueden aumentar los logros educativos, especialmente entre los estudiantes que viven en la pobreza? ¿Por qué y cómo pueden establecer las escuelas los medios para coordinar sus planes y procedimientos para abordar de manera eficiente cada una de estas preguntas discretas? De hecho, estas preguntas son solo algunas de las muchas preguntas fundamentales sobre políticas y prácticas de salud que cada escuela debe abordar. Una pregunta cuidadosamente respondida por Salud escolar: Política y práctica: Cómo responde a estas preguntas en cada una de las 130,000 escuelas, las escuelas, que responden a estas preguntas afectarán en gran medida las vidas de los estudiantes. Cómo responden colectivamente las escuelas de toda la nación a estas preguntas puede dar forma a la salud y la educación de las sucesivas generaciones de estadounidenses. American Academy of Pediatrics Council on School Health (2017).

Macfarlane, Aidan (2005), realizó una síntesis en un compendio para la Organización Mundial de la Salud-Regional Office for Europe's Health sobre ¿Cuáles son los principales factores que influyen en la implementación de programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud en niños y adolescentes?, el cual muestra evidencias sobre los programas más efectivos

para niños y jóvenes son llevado a cabo a nivel gubernamental, con el apoyo de la sociedad en general, y promoviendo políticas nacionales para disminuir la pobreza y aumentar la igualdad social.

Las segundas intervenciones más efectivas son políticas gubernamentales tales como precios, legislación y otras políticas. (Por ejemplo, las intervenciones más efectivas contra el consumo de tabaco aumentan el precio del tabaco y prohíben la publicidad del tabaco, prohibición de fumar en lugares públicos y legislaciones que prohíbe la venta de productos de tabaco a los jóvenes.) También hay entradas simultáneas y multidimensionales a nivel nacional, local y el nivel individual que aumenta la efectividad de las campañas generales de promoción de la salud. Las intervenciones de promoción de la salud que tienen más probabilidades de funcionar son aquellas que se ocupan de problemas únicos. Tales como:

4) AMBIENTE ESCOLAR FÍSICO SALUDABLE

El entorno físico se refiere a los edificios, los terrenos, el equipo para las actividades interiores y exteriores, y las áreas que rodean la escuela. El término también se refiere a servicios básicos como el saneamiento y la disponibilidad de agua.

5) AMBIENTE SOCIAL SALUDABLE

El entorno social es una combinación de la calidad de las relaciones entre el personal, entre los estudiantes y entre el personal y los estudiantes. A menudo se ve fuertemente influenciado por la relación entre los padres y la escuela, que a su vez se establece en el contexto de una comunidad más amplia. También está influenciado por el personal superior de la escuela y por el personal de salud y educación que visita la escuela, todos los cuales proporcionan modelos a seguir para los estudiantes y el personal por las actitudes y valores que muestran en su comportamiento social.

6) VÍNCULOS COMUNITARIOS

Las relaciones de comunidad son las conexiones entre la escuela y las familias de los estudiantes más la conexión entre la escuela y los grupos locales clave que apoyan y promueven la salud. Por definición, una escuela promotora de la salud es una en la que los padres son consultados e involucrados en las actividades de promoción de la salud de la escuela.

7) ACCIÓN PARA UNA VIDA SALUDABLE

Se refiere al currículo formal e informal mediante el cual los estudiantes y otras personas adquieren conocimientos, actitudes, comprensión y habilidades en salud apropiadas para su edad, lo que les permitirá ser más autónomos y responsables en cuestiones individuales y comunitarias de salud.

8) SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y ATENCIÓN MÉDICA

Estos son los servicios de salud local y regional que tienen la responsabilidad de la atención y educación de salud de niños y adolescentes, a través de la provisión de servicios directos a los estudiantes y en asociación con las escuelas.

2.3 PROYECTO COLEGIOS PROMOTORES DE LA SALUD DE KOICA

En el presente capítulo, se presenta información sobre el “Proyecto Colegios Promotores de la Salud de la Cooperación Internacional de Corea”, implementado en cuatro instituciones educativas de Intervención y dos instituciones educativas de Control el cual es objeto de estudio en esta investigación. Se considera una descripción de población objetiva, propósito, resultados esperados, estrategias y los equipos ejecutores y operativos. Seguidamente, se detalla la metodología utilizada para los fines del presente estudio.

2.3.1. VISIÓN

La visión de Colegios Promotores de la Salud es promover una comunidad educativa, en la que es tarea de todos trabajar, para que los estudiantes alcancen su máximo potencial de desarrollo en las áreas académicas, salud, bienestar, autonomía y capacidad para ejercer un mayor control sobre la salud.

2.3.2. MISIÓN

Facilitar un marco común para aquellos colegios que quieran iniciarse a ser un colegio promotor de la salud armonizando su integración con otros sectores de la sociedad y promoviendo la participación de todos los integrantes de la comunidad educativa, la población de la comunidad aledaña para así incrementar su autonomía y capacidad para ejercer un mayor control sobre la salud.

2.3.3. POBLACIÓN OBJETIVA

Los y las adolescentes de las instituciones educativas de intervención del ámbito del Proyecto Colegios Promotores de la Salud en Lima Norte y el Callao.

2.3.4. PROPÓSITO

Contribuir en la mejora de la salud mental y física de los adolescentes del Perú.

2.3.5. RESULTADOS ESPERADOS

Los resultados esperados fueron determinados en base a una evaluación de necesidades a través de la aplicación de una Línea de Base y entrevistas con autoridades que conocen la problemática de los y las adolescentes. El instrumento aplicado en la línea de Base fue validado por la Dirección General de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud del Perú. El mismo instrumento se aplica todos los años en la evaluación interna del Proyecto CPS de KOICA con el fin de monitorear y evaluar los logros y alcance de los siguientes resultados inmediatos e intermedios.

- Resultado Inmediato
 - Reducción del pensamiento suicida

- Reducción del Sobrepeso
- Resultado intermedio
 - Reducción de la depresión
 - Mejora de los hábitos alimentarios saludables
 - Incrementar la actividad física
 - Prevenir comportamiento de riesgo (consumo de cigarrillos, consumo de alcohol, prevención de ITS y embarazo adolescentes).
 - Mejorar hábitos de higiene (Lavado de manos, cepillado de dientes).

El proyecto CPS de KOICA uso el marco de acción y las estrategias que recomienda la Organización Mundial de la Salud, cada estrategia cuenta con diferentes actividades que son ejecutadas desde los establecimientos de salud y las instituciones educativas de intervención, los cuales se traduce de la siguiente manera:

1. Educación y alfabetización en salud
2. Entorno físico y social saludable
3. Reorganización de los servicios de salud
4. Fortalecer la alianza entre el sector educación y salud
5. Contribuir en mejorar las políticas en salud para los y las adolescentes.

Infografía N° 2.1. Objetivos y resultados del Proyecto CPS de KOICA

1.1 Objetivos del Proyecto CPS



Fuente: Plan de acción del Proyecto Colegios Promotores de la salud de KOICA 2014-2017

2.3.6. MARCO LÓGICO DEL PROYECTO CPS

En la siguiente infografía N°2.2. se presenta las estrategias recomendadas por la OMS las cuales fueron tomadas en el diseño del proyecto CPS de KOICA, y en el marco lógico son referidas como componentes que tienen varias actividades para lograr los resultados esperados del proyecto.

En cuanto al componente 1, sobre educación y alfabetización en salud se refiere a toda actividad para mejorar los niveles de conocimientos, el cual implica desde sesiones educativas, talleres de capacitación, cursos de post grado, diplomas, conferencias magistrales, talleres vivenciales de psicoterapia para toda la comunidad educativa.

El componente 2, sobre entorno físico y social el proyecto CPS de KOICA se enfoca en mejorar el entorno interno de las I.E, el cual implicó la instalación de acesorios para tener adecuadas áreas recreativas, adecuados servicios higienicos, áreas informativas de socialización e instalación de: puntos ecológicos, mesas de ajedrez, vitrinas para frutas, semaforos informativos, instalación de portatripticos y periodico mural. Asimismo, se instaló en algunos colegios de intervención tableros de basquetball, accesorios para un mini gimnasio, tanques de agua y también se realizó la construcción de un quiosco saludable con el fin de mejorar el acceso a alimentos saludables dentro de la institución educativa.

El componente 3, se enfocó en detectar factores de riesgo y mejorar la salud integral de los y las adolescentes, este componente se realizo en 3 fases: i) Detección de factores de riesgo el cual (se realizó a través de una actividad llamada EPIS (evaluación preventiva integral de Salud), se realizo en el periodo de matricula hasta aproximadamente el mes de Abril a todos los estudiantes de los 4 colegios de intervención, ii) Tratamiento clínico, en esta fase 2 primero se descarta el diagnostico y reciben tratamiento clínico tanto el estudiante, padres de familia y/o apoderados.

Infografía N° 2.2. Marco Lógico del Proyecto CPS de KOICA

1.2 Marco lógico del proyecto colegios promotores de la salud



Fuente: Plan de Acción del Proyecto CPS de KOICA. 2014-2017.

2.3.7. ETAPAS ESTRATÉGICAS DEL PROYECTO CPS DE KOICA

El proyecto CPS inicia su etapa desde el año 2014 con la línea de base para la elaboración del Plan de acción 2015, 2016 y 2017. Asimismo, el proyecto se proyecta a sostener una evaluación al término de cada año para monitorear el logro de los resultados. En la siguiente infografía N°2.3. se aprecia las etapas estratégicas del Proyecto.

Infografía N° 2.3 Etapas estratégicas del Proyecto CPS de KOICA



Fuente: Plan de Acción del Proyecto CPS de KOICA. 2014-2017.

2.3.8. ALIADOS DEL PROYECTO CPS

Los principales actores involucrados se indica en el siguiente infográfico N° 2.4. en donde se aprecia la contraparte y actores aliados del Proyecto CPS de KOICA quienes han participado en el análisis de los problemas de salud de los y las adolescentes, priorización de los problemas, priorización de las estrategias y actividades, y evaluación y monitoreo de la ejecución de las actividades.

Infografía N° 2.4. Aliados del Proyecto CPS de KOICA



Fuente: Plan de Acción del Proyecto CPS de KOICA. 2014-2017

CAPÍTULO III

DISEÑO DE METODOLÓGICO

En este capítulo III, daremos inicio a describir el tipo de estudio y detallaremos la población objetivo y el tamaño de muestra seleccionada, así como el instrumento usado y su método de aplicación para la recolección de datos para el presente estudio.

3.1. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Es una investigación mixta (cualitativa y cuantitativa). Es cuantitativa debido a que construye información desde la recolección, procesamiento y presentación de datos, basándose de la herramienta de monitoreo de la OMS de la Western Pacific Región.

Es un estudio longitudinal porque se analiza el resultado de la evaluación de las instituciones educativas públicas de intervención y de control del Proyecto Colegios Promotores de la Salud de Lima norte y el Callao de KOICA, habiéndose realizado la aplicación de una encuesta en un primer momento.

Puede considerarse un estudio comparativo porque se tiene a las instituciones de intervención y de control del proyecto colegios promotores de la salud en Lima Norte y el Callao, que serán comparadas según las variables e indicadores considerados en la investigación de acuerdo a la herramienta de monitoreo de la OMS de la Western Pacific Región.

De acuerdo a Bronson (2013), también puede considerarse como una investigación operativa, porque ha sido diseñada para evaluar la efectividad de las actividades del proyecto escuelas promotoras de la salud incluyendo sus niveles de logros alcanzados, de tal manera que pueda proporcionar información válida a los planificadores y ejecutores de estas intervenciones, quienes podrían utilizarla como referencia para emprender acciones orientadas al mejoramiento.

Para el desarrollo de la estrategia cualitativa se realizó una encuesta a los docentes aplicando la herramienta de monitoreo de la OMS de la Western Pacific

Región a las instituciones educativas de intervención y control, con la finalidad de evaluar el cumplimiento de las áreas que recomienda la Organización Mundial de la Salud para el desarrollo de Escuelas Promotoras de la Salud.

Para el desarrollo de la estrategia cuantitativa se analizó los resultados esperados del proyecto colegios promotores de la salud de KOICA, sobre la salud mental y reducción de sobrepeso entre los estudiantes de las instituciones educativas públicas de intervención y control del Proyecto Colegios Promotores de la Salud de Lima Norte y el Callao de KOICA.

3.2. DISEÑO MUESTRAL

El diseño de estudio usado en la presente investigación es no experimental, observacional, descriptiva, no existe intervención por parte del investigador, es decir no se manipula ninguna variable, sólo se describe, analiza e interpreta la información recolectada para el estudio.

Se trata de describir e interpretar el fenómeno de interés sin manipular las variables e indicadores en el estudio. Se analiza las variables, sus características y dimensiones en su forma y entorno, recolectando la información en momentos determinados de tiempo.

3.2.1. TIPO DE MUESTRA

El tipo de muestra es no probabilístico, se contó con la nómina de los docentes de las cuatro instituciones educativas públicas de intervención y dos instituciones educativas públicas de control.

Para obtener información cualitativa, se aplicó la encuesta a todos los docentes de los colegios de intervención (4), los directores de los colegios de control (2), los docentes encargados del proyecto (8).

3.2.2. POBLACIÓN OBJETIVO O UNIVERSO

La población de estudio está representada por todos los docentes de las (4) instituciones educativas de intervención 156 y docentes de las (2) instituciones educativas de control 162 del Proyecto CPS. Solo en las instituciones de intervención se ha implementado el Proyecto CPS de KOICA, durante los años 2014 al 2017. Haciendo un total de 319 docentes. Las instituciones educativas se encuentran de acuerdo al distrito y unidad de ejecución del ámbito del Programa Promoción de la Salud en Lima Norte y el Callao. ver Tabla N° 3.1, tal como aparece en el siguiente cuadro.

Tabla N° 3.1. Distribución de las Instituciones Educativas de intervención según ámbito de ejecución del Proyecto Colegios Promotores de la Salud en Lima Norte y El Callao.

Distrito	Unidad de ejecución	Institución Educativa	Total Docentes
Callao - Bellavista	Diresa Callao	I.E 5050 San Pedro	29
Callao- Ventanilla- Pachacutec		I.E 5142 Virgen de Guadalupe	19
Comas-Laura Rodriguez	DIRIS Lima Norte	I.E Presentación de María N°41	68
Comas-Santa Luzmila		I.E La Alborada Francesa	40
			156

Tabla N° 3.2. Distribución de las Instituciones Educativas de control según ámbito de ejecución del Proyecto Colegios Promotores de la Salud en Lima Norte y El Callao.

Distrito	Unidad de ejecución	Institución Educativa	Total Docentes
Callao – Mi Perú	Diresa Callao	I.E 5148 Kumamoto	74
Comas-Carlos Philips	DIRIS	I.E Estados Unidos	89
			163

3.2.3. MÉTODO DE MUESTREO NO PROBABILÍSTICO

Se entregó la encuesta a todos los docentes de las cuatro instituciones de intervención y de control del proyecto CPS de KOICA.

3.2.4 ANÁLISIS DE LOS DATOS RECOLECTADOS – PROCEDIMIENTO

1. Se depuro la base de datos de aquellas respuestas que fueron marcadas con cero, así como aquellos valores que estaban fuera del rango de las posibles respuestas. Ejemplo en el caso de haber dos respuestas con el valor de 5, pero el rango de respuestas era de 1 a 4
2. Las respuestas del punto 1 fueron identificadas con el valor de 9999, como datos faltantes. Así al momento de aplicar el SPSS no serían tomadas en cuenta
3. La base de datos fue modificada de la siguiente manera
 - 6 factores Clave
 - 35 áreas temáticas
4. Para las 35 áreas temáticas, se añadió tres columnas en el lado derecho del área, esto para poder calcular la calificación promedio por área
 - La primera columna calcula el número de respuestas validas (las que se obtuvieron del paso 1) del área temática
 - La segunda columna es la suma de todas las calificaciones obtenidas en esa área temática
 - La tercera columna representa el promedio de la calificación obtenida, esto es, la división de la suma total de la segunda columna dividida por el número de respuestas válidas
5. Para los 6 factores clave, se procedió a añadir 3 columnas al final del factor clave
 - La primera columna calcula el número de respuestas validas (las que se obtuvieron del paso 4) de las áreas temáticas correspondientes a ese factor clave

- La segunda columna es la suma de todas las calificaciones obtenidas en cada área temática del factor clave
 - La tercera columna representa el promedio de la calificación obtenida del factor clave, esto es, la división de la suma total de la segunda columna dividida por el número de respuestas válidas
6. Para el cálculo del promedio total, de nuevo, se añadieron tres columnas al final del lado derecho
- La primera columna suma el número de respuestas validas por cada factor clave
 - La segunda columna suma la suma de las calificaciones obtenidas de los factores clave
 - La tercera columna representa el promedio de la calificación obtenida de todos los factores clave, esto es, la división de la suma total de la segunda columna dividida por el número de respuestas válidas
7. Se utilizó SPSS versión 21 para lo siguiente
- Distribución porcentual de docentes entrevistados por sexo
 - Distribución porcentual de docentes entrevistados por edad
 - Distribución porcentual de docentes por nivel de educación
 - Distribución porcentual de docentes por institución educativa de intervención y Control del Proyecto CPS de KOICA y nivel de educación
 - Estimación de la calificación global de las 4 institución educativa
 - Estimación de la media de la calificación total por institución educativa
 - Estimación de la media de la calificación por factor clave total y por institución educativa
 - Estimación de diferencias estadísticamente significativas de las medias de la calificación total entre institución educativa, sexo, grupo de edad y nivel de educación

3.3. VARIABLES E INDICADORES

1) Proyecto Colegios Promotores de la Salud de KOICA

Es un proyecto formulado, implementado y evaluado en el marco del Programa de Promoción de la Salud en Lima Norte y el Callao. Periodo 2014-2017.

2) Instituciones educativas Promotoras de la Salud de Intervención

Son las cuatro I.E públicas del nivel secundario, dos I.E de la Región del Callao, pertenecientes a la DREC (I.E 5142 Virgen de Guadalupe y I.E 5050 San Pedro), y dos I.E del Distrito de Comas, pertenecientes a la Ugel 04 Comas(I.E Alborada Francesa y la I.E Presentación de María N°41), en donde se viene ejecutando desde el año 2015 el Proyecto Colegios Promotores de la Salud de KOICA.

3) Instituciones educativas Promotoras de la Salud de Control

Son las dos I.E públicas del nivel secundario, la I.E estados Unidos, localizado en el Distrito de Comas en la localidad de Carlos Philips y la I.E Kumamoto, localizado en Mi Perú-Ventanilla.

4) Criterios estándares internacionales

Se refiere a la aplicación de criterios estándares internacionales de escuelas promotoras de la salud: Verificará mediante: % de cumplimiento de criterio colegio de intervención y control y N° de criterios de mayor cumplimiento.

5) Marco de acción de escuelas promotoras de la salud OMS Western Pacific Region

Proporciona un marco de evidencia para ayudar al crecimiento y desarrollo del concepto de escuelas promotoras de salud. Su propósito es proporcionar orientación sobre los principios clave de las escuelas promotoras de la salud. Es una herramienta simple que ayudará a las partes interesadas evaluar, revisar y priorizar las acciones prácticas que con suerte conducir a estrategias efectivas para establecer escuelas promotoras de la salud. Los interesados pueden utilizar esta herramienta para desarrollar escuelas promotoras de la salud.

6) Herramienta de monitoreo del marco de acción de escuelas promotoras de la salud OMS Western Pacific Region

Esta herramienta contiene una serie de tablas para ayudarlo a evaluar las políticas y programas de su escuela en su camino hacia convertirse en una escuela promotoras de la salud. Asimismo, esta herramienta para identificar brechas y hacer un seguimiento de sus acciones. Se recomienda usar esta herramienta para evaluar logros cada seis meses.

7) Alcance de las metas del Proyecto Colegios Promotores de la Salud de KOICA.

Es la capacidad de producir cambios favorables en las condiciones de la comunidad escolar, como consecuencia de la aplicación del marco de acción de escuelas promotoras de la salud recomendada por la OMS. Una evaluación de efectividad permite analizar si los resultados esperados efectivamente se han logrado en cuanto a reducción del sobrepeso y mejora de la salud mental.

De esta forma se determina si a mayor incorporación del marco de acción de escuelas promotoras de la salud recomendada por la OMS mayor efectividad en el logro de los resultados. Para el presente estudio se considera los logros en función a los resultados esperados alcanzados el año 2015 y 2016.

Por tratarse de una investigación no experimental, descriptiva, no es necesario establecer variables dependientes e independientes propias de un estudio experimental, analítico y correlacional. Sin embargo si tuviera esa orientación, la variable independiente sería que la I.E. adopte el marco de acción para el desarrollo de I.E. Promotora de la salud recomendado por OMS y la variable dependiente sería los indicadores de mejora en la salud física y mental de los alumnos y de la comunidad educativa.

3.3.1. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

La hipótesis del estudio: general y específica, así como cada hipótesis nula y alterna correspondiente:

3.3.2. HIPÓTESIS GENERAL

Se estipula diferencia significativa en los resultados (medias) de las evaluaciones entre las instituciones educativas de intervención y control del Proyecto colegios promotores de la salud de KOICA en relación al marco de acción para el desarrollo de escuelas saludables según OMS y logro de los resultados esperados en cuanto a salud mental y reducción del sobrepeso entre el año 2015 y 2016.

- H_0 : No existe diferencia significativa en los resultados (medias) de las evaluaciones entre las cuatro instituciones educativas de intervención y de control del Proyecto CPS de KOICA.
- H_1 : Si existe diferencia significativa en los resultados (medias) de las evaluaciones entre las cuatro instituciones educativas de intervención y de control del Proyecto CPS de KOICA.

3.3.3. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

Se determina diferencia significativa en los resultados (medias) de las evaluaciones entre las instituciones de intervención y control del proyecto colegios promotores de la salud de KOICA en relación al marco de acción para el desarrollo de escuelas promotoras de la salud según OMS.

- H_0 : No existe diferencia significativa en las en los resultados (medias) de las evaluaciones entre la I.E de intervención y de Control del Proyecto CPS de KOICA.
- H_1 : Existe diferencia significativa en las en los resultados (medias) de las evaluaciones entre la I.E de intervención y de Control del Proyecto CPS de KOICA.

Para el proceso de prueba e hipótesis, fue de suma importancia considerar el cuidado en la recolección de datos, pues a partir de ella y de la elaboración de los datos, se obtuvieron resultados confiables para contrastar las hipótesis, procediendo a su interpretación correspondiente.

3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS Y FUENTES DE INFORMACIÓN

- Unidad de análisis o de observación: Cuatro instituciones de intervención y dos instituciones de control del Proyecto CPS de KOICA.
- Muestreo de tipo no probabilístico: Porque no se emplearon técnicas aleatorias en la selección de docentes, sino más bien se entregó la encuesta a cada docente.

3.5. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para recoger y registrar los datos, se empleó la herramienta de monitoreo para instituciones educativas promotoras de la salud de la Organización Mundial de la Salud de la Western Pacific Región. Esta herramienta de monitoreo cuenta con 6 factores claves y cada factor clave cuenta con puntos de acción que cuando se usa para evaluar se hace un check. Para el presente estudio, en lugar de check, se adaptó agregando puntuación para cada punto de acción el cual va desde 1=muy inapropiado; 2=inapropiado; 3=Normal; 4=apropiado; 5=muy apropiado. De tal manera que los docentes anotaron los números en cada casilla de los puntos de acción. Ver Cuadro N° 3.1 (agregar los factores claves de la encuesta con su respectiva puntuación.)

Según Parelló (2009,p.148), la encuesta es una técnica de recolección de información que se basa en las declaraciones verbales o escritas de una población en concreto. Tomando en cuenta esta definición se aplicó la técnica de la encuesta para recabar información escrita sobre las variables de investigación. Por lo antes expuesto, se empleó como herramienta el instrumento de evaluación para el desarrollo de escuelas promotoras de la salud de la OMS. De esta manera a continuación se hace mención del instrumento de recolección de datos:

El instrumento corresponde a una herramienta de monitoreo que cuenta con una matriz de indicadores. El instrumento fue diseñado y publicado el 2009 por la Organización Mundial de la Salud de la Western Pacific Región. Tiene como propósito evaluar políticas y programas de instituciones educativas que están en proceso de desarrollo a convertirse en una escuela promotora de la salud. La OMS recomienda aplicar este instrumento de evaluación cada seis meses a las instituciones educativas promotoras de la salud que están en pleno desarrollo. Asimismo, esta herramienta es usada para identificar brechas y direccionar las acciones. (ANEXO 1, ANEXO 2).

- Primero para ser incluido en el estudio, se verificó su diseño y aplicación a nivel internacional, se investigó por similares instrumentos de aplicación por

parte de los docentes del Ministerio de Educación y personal de salud del Ministerio de Salud, quienes comprobaron su viabilidad. Al tratarse solo de un instrumento para recolectar información.

- Segundo se realizó la traducción del Instrumento de Inglés (HealthPromotingSchools: A monitoringTool), a español.
- Tercero se clasificó por puntuación el cual va de 1=muy inapropiado; 2=inapropiado; 3=Normal; 4=apropiado; 5=muy apropiado.

Tabla N° 3.3. Instrumento de monitoreo de la OMS consta de seis factores claves formuladas como preguntas.

Factores clave		Atributos clave y sus puntos de acción
Factor clave 1	¿El colegio tiene políticas escolares saludables?	Consta de catorce atributos claves y cada uno de ellos contiene entre uno a cinco puntos de acción.
Factor clave 2	¿El colegio tiene un ambiente físico saludable?	Consta de seis atributos claves y cada uno de ellos contiene entre uno a cinco puntos de acción.
Factor clave 3	¿El colegio tiene un ambiente social saludable?,	Consta de cinco atributos claves y cada uno de ellos contiene entre uno a cinco puntos de acción.
Factor clave 4	¿El colegio tiene vínculos comunitarios?,	Consta de dos atributos claves y cada uno de ellos contiene entre cuatro a cinco puntos de acción.
Factor clave 5	¿El colegio tiene competencias de acción para una vida saludable?,	Consta de cinco atributos claves y cada uno de ellos contiene entre uno a cinco puntos de acción.
Factor clave 6	¿El colegio tiene servicios de promoción y atención médica?,	Consta de tres atributos claves y cada uno de ellos contiene entre uno a cinco puntos de acción.

CAPÍTULO IV
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS E
INTERPRETACIÓN DE LOS HALLAZGOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar a las instituciones educativas públicas de intervención y de Control del Proyecto Colegios Promotores de la Salud en Lima norte y el Callao de KOICA, en relación al cumplimiento de los factores claves de la herramienta de monitoreo para Escuelas Promotoras de la Salud de la Organización Mundial de la Salud.

Los resultados encontrados en los instrumentos aplicados son válidos y evidencian su consistencia para determinar en qué medida las IE de intervención, se diferencian con respecto a las IE de control, en cuanto a los factores de evaluación sobre la promoción de la salud, y los hábitos aprendidos en unos y otros respectivamente. Los resultados generales de la evaluación de los colegios de intervención del proyecto CPS de KOICA, comparado con los de control, muestra Medias superiores a 3.342, mientras que las medias obtenidas por las IE de control alcanzan un máximo 2.952. El hallazgo es consistente, en la medida que la DE (SD) de las IE de intervención es menor con respecto a las I.E. de control.

En la Tabla N° 4.1 se puede observar que todas las medias de los factores clave obtuvieron calificaciones superiores a 3 puntos, siendo el valor mínimo de 3.519 y el valor máximo de 3.848. En cuanto a los valores del error estándar (el cual una medida de la incertidumbre de la estadística de prueba), se puede observar que los valores obtenidos en cada Factor Clave son mínimos, ya que varían de 0.0678 a 0.0796, por lo que los intervalos de confianza al 95% son muy cercanos a la media. En el caso de los I.E. de control se puede observar que todas las medias de los factores clave, excepto el factor clave 3, fueron menores de 3 puntos. También los errores estándar fueron superiores a los IE de intervención, por lo que los intervalos de confianza al 95% no son tan precisos como en la IE de intervención.

Tabla N° 4.1. Estimación de las medias por calificación y resultados por factor clave total y por grupos de institución educativa de intervención y Control.

Average	Instituciones Educativas del Proyecto CPS de KOICA	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
AveSUMFC1 Factor clave 1	I.E Intervención	102	3.537	.6848	.0678
	I.E Control	45	2.747	.6469	.0964
AveSUMFC2 Factor clave 2	I.E Intervención	102	3.523	.7925	.0785
	I.E Control	45	2.824	.7563	.1127
AveSUMFC3 Factor clave 3	I.E Intervención	102	3.848	.6954	.0689
	I.E Control	45	3.342	.7040	.1050
AveSUMFC4 Factor clave 4	I.E Intervención	102	3.519	.7519	.0745
	I.E Control	45	2.920	.7882	.1175
AveSUMFC5 Factor clave 5	I.E Intervención	102	3.575	.7440	.0737
	I.E Control	45	2.952	.7417	.1106
AveSUMFC6 Factor clave 6	I.E Intervención	102	3.699	.8037	.0796
	I.E Control	45	2.520	.8417	.1255

La evaluación con Levene's Test for Equality of Variances, indica que existe una diferencia significativa entre los factores claves de I.E de intervención y I.E Control, el cual indica que el proyecto CPS de KOICA tuvo un impacto positivo. En otras palabras podemos decir que se encontró un cambio significativo en los factores clave de las instituciones educativas de intervención. (Ver Tabla N° 4.2)

En cuanto a la Tabla N° 4.2, se puede observar lo siguiente:

- En el Factor Clave 1, existe una diferencia entre los IE de intervención y los IE Control de 0.79 puntos la cual es estadísticamente significativa ($t=6.554$, $p < 0.001$).
- En el Factor Clave 2, existe una diferencia entre los IE de intervención y los IE Control de 0.699 puntos la cual es estadísticamente significativa ($t=4.997$, $p < 0.001$).
- En el Factor Clave 3, existe una diferencia entre los IE de intervención y los IE Control de 0.557 puntos la cual es estadísticamente significativa ($t=4.048$, $p < 0.001$).
- En el Factor Clave 4, existe una diferencia entre los IE de intervención y los IE Control de 0.599 puntos la cual es estadísticamente significativa ($t=4.387$, $p < 0.001$).

- En el Factor Clave 5, existe una diferencia entre los IE de intervención y los IE Control de 0.6232 puntos la cual es estadísticamente significativa ($t=4.685$, $p< 0.001$).
- En el Factor Clave 6, existe una diferencia entre los IE de intervención y los IE Controlde 1.1788 puntos la cual es estadísticamente significativa ($t=8.078$, $p< 0.001$).
- La menor diferencia se obtuvo en el Factor Clave 3, ¿El colegio tiene un ambiente social saludable?
- La mayor diferencia se obtuvo en el Factor Clave 6, ¿Su colegio tiene servicios de promoción y atención médica?

En resumen se puede observar que todos los resultados de los Factores son mayores estadísticamente significativos ($p<.001$) en la IE de intervención que los IE de control, por lo que se debe de rechazar la Hipotesis Nula (H_0) y aceptar la Hipotesis alternativa H_1 : Si existe diferencia significativa en los resultados (medias) de las evaluaciones entre las cuatro instituciones educativas de intervención y de control del Proyecto CPS de KOICA.

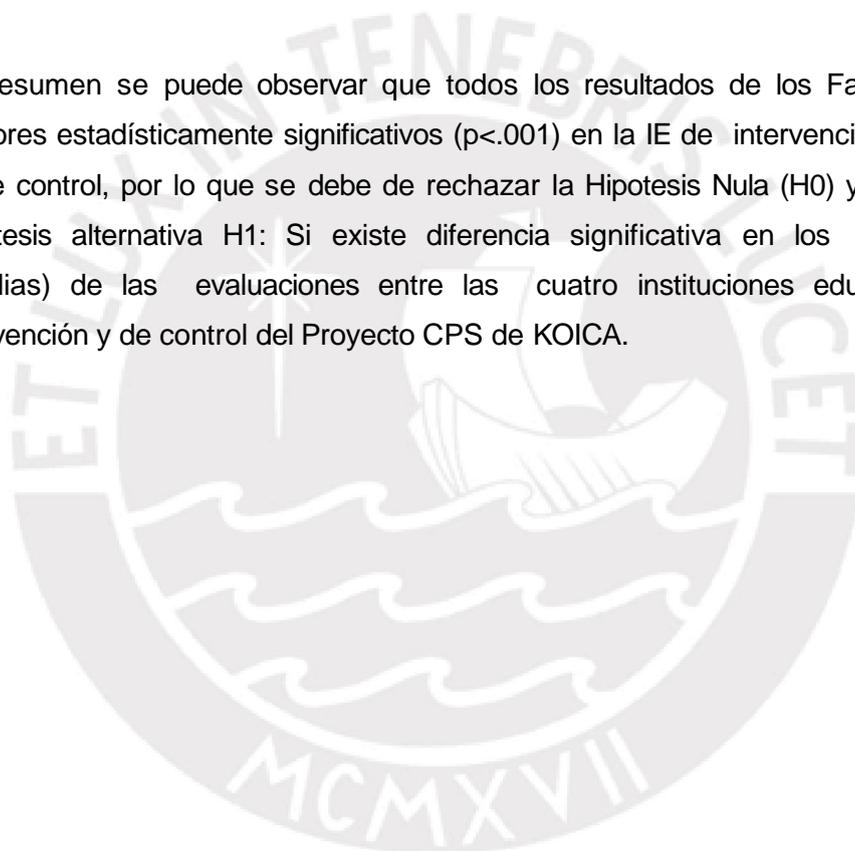


Tabla N° 4.2. Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means (Comparación entre las medias de las I.E de intervención y I.E Control)						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Ave SUMF C1	Equal variances assumed	.082	.776	6.554	145	.000	.7900	.1205	.5518	1.0283
	Equal variances not assumed			6.701	88.805	.000	.7900	.1179	.5558	1.0243
Ave SUMF C2	Equal variances assumed	1.420	.235	4.997	145	.000	.6990	.1399	.4225	.9755
	Equal variances not assumed			5.089	87.963	.000	.6990	.1374	.4260	.9720
Ave SUMF C3	Equal variances assumed	.009	.923	4.048	145	.000	.5057	.1249	.2588	.7526
	Equal variances not assumed			4.029	83.300	.000	.5057	.1255	.2561	.7554
Ave SUMF C4	Equal variances assumed	.047	.828	4.387	145	.000	.5990	.1366	.3291	.8689
	Equal variances not assumed			4.307	80.757	.000	.5990	.1391	.3223	.8758
Ave SUMF C5	Equal variances assumed	.010	.922	4.685	145	.000	.6232	.1330	.3603	.8862
	Equal variances not assumed			4.691	84.493	.000	.6232	.1329	.3591	.8874
Ave SUMF C6	Equal variances assumed	.027	.869	8.078	145	.000	1.1788	.1459	.8904	1.4672
	Equal variances not			7.934	80.816	.000	1.1788	.1486	.8832	1.4744



4.2. EVALUACIÓN DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS DE INTERVENCIÓN DEL PROYECTO COLEGIOS PROMOTORES DE LA SALUD DE LIMA NORTE Y EL CALLAO DE KOICA

Los resultados de la evaluación de las instituciones educativas de intervención, han demostrado mayor aprendizaje intervención y actividades relacionados a la promoción de la salud, comparado con las IE de control. Asimismo, las instituciones educativas de intervención mostraron mayor significancia estadística ($p < .001$) en cuanto a la evaluación de los 6 factores claves, que las IE de control. Ambos resultados nos indican permiten aceptar la hipótesis alternativa y rechazar la hipótesis nula, ya que existe diferencias significativas en los resultados (medias) de las I.E de intervención y I.E de control del Proyecto CPS de KOICA. Cabe mencionar que las I.E de intervención obtuvieron una menor diferencia significativa en el factor clave 3 (¿El colegio tiene un ambiente social saludable?), pero obtuvieron mayor diferencia significativa en el factor clave 6 (¿Su colegio tiene servicios de promoción y atención médica?).

De acuerdo a los resultados generales descrito líneas arriba es permitido reconocer, a partir del convenio marco de Cooperación entre el Ministerio de Salud, Gobierno Regional del Callao y KOICA que el proyecto “Colegios Promotores de la Salud” elaborado por KOICA cumple con el marco de acción recomendada como una directriz internacional de la Organización Mundial de la Salud para el desarrollo de las instituciones educativas promotoras de la salud. Urge que todas las instituciones educativas que quieran mejorar el aprendizaje, tomen en cuenta el marco de acción para el desarrollo de I.E.P.S y la herramienta de monitoreo para I.E.P.S de tal manera que asegure el desarrollo de I.E promotoras de la salud integral de los y las adolescentes.

1) PRUEBA DE LAS MEDIAS (NIVEL DE CALIFICACIÓN)

Para verificar cual de la cuatro I.E obtuvo la más baja y/o alta calificación, se realizó una evaluación total de las medias de las instituciones educativas de intervención.

Tabla N° 4.3. Resultados de la evaluación total de las medias de entre las instituciones educativas de intervención.

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
I.E. Alborada Francesa	21	3.194	.7307	.1594	2.861	3.526	1.7	4.2
I.E. Presentación de María	44	3.897	.5710	.0861	3.724	4.071	2.6	4.8
I.E. San Pedro	20	3.352	.5797	.1296	3.080	3.623	2.0	4.3
I.E. Virgen de Guadalupe	17	3.530	.6422	.1558	3.199	3.860	1.9	4.3
Total	102	3.584	.6772	.0671	3.451	3.717	1.7	4.8

Los resultados La Evaluación total de las medias de las instituciones educativas de intervención del Proyecto CPS de KOICA nos refiere que la I.E Alborada Francesa obtuvo la más baja calificación (3.194) y Presentación de María, la más alta calificación (3.897).

2) ESTADÍSTICO DE LEVENE

Para contrastar hipótesis de igualdad de las varianzas de la I.E educativas y las I.E de Control. Estas comparaciones permiten controlar la tasa de error al efectuar varios contrastes utilizando las mismas medias. Si el nivel crítico (sig.) es menor o igual que 0,05, debemos rechazar la hipótesis de igualdad de varianzas. Si es mayor, aceptamos la hipótesis de igualdad de varianzas. Tal como se presenta a continuación en la tabla:

Tabla N° 4.4. Prueba de varianzas

LEVENE STATISTIC:TEST DE HOMOGENEIDAD DE VARIANCES			
Promedio Evaluacion total			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.323	3	98	.809

La prueba de Lavene nos refiere que las varianzas son homogéneas ya que el p values es igual a 0.809, el cual es mayor a 0.05.

3) ANOVA TEST

Nos ofrece el esta el estadístico F con su nivel de significación (sig.), si el nivel entre clases es menor o igual que 0.05, rechazamos la hipótesis de igualdad de medias, si es mayor- aceptamos la igualdad de medias.

Tabla N° 4.5. ANOVA Test – Comparación de las medias

ANOVA TEST					
Promedio Evaluacion Total					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	8.646	3	2.882	7.496	.000
Within Groups	37.679	98	.384		
Total	46.325	101			

La Prueba Anova se usó para comparar la evaluaciones de las medias y ver si existe diferencias significativas entre instituciones educativas de intervención, por lo que los resultados nos indica que rechazamos la hipótesis de igualdad de medias, por lo tanto, si existe una diferencia significativa ($F=7.49$, $p<.001$) entre las instituciones de intervención.

4) LA PRUEBA DE TURKEY HSD

Nos permite interpretar la columna de significación, si es menor o igual que 0.05, las diferencias entre las instituciones educativas de intervención.

Tabla N° 4.6. La Prueba de Tukey HSD - Promedio de Evaluación Total

Comparación múltiple						
Variable Dependiente: Promedio Evaluación Total						
Institucion Educativa		Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
I	J				Lower Bound	Upper Bound
I.E. Alborada Francesa	I.E. Presentación de Maria	-.7035*	.1645	.000	-1.133	-.274
	I.E. San Pedro	-.1578	.1937	.847	-.664	.349
	I.E. Virgen de Guadalupe	-.3358	.2023	.350	-.865	.193
I.E. Presentación de Maria	I.E. Alborada Francesa	.7035*	.1645	.000	.274	1.133
	I.E. San Pedro	.5457*	.1672	.008	.109	.983
	I.E. Virgen de Guadalupe	.3677	.1771	.168	-.095	.830
I.E. San Pedro	I.E. Alborada Francesa	.1578	.1937	.847	-.349	.664
	I.E. Presentación de Maria	-.5457*	.1672	.008	-.983	-.109
	I.E. Virgen de Guadalupe	-.1780	.2045	.820	-.713	.357
I.E. Virgen de Guadalupe	I.E. Alborada Francesa	.3358	.2023	.350	-.193	.865
	I.E. Presentación de Maria	-.3677	.1771	.168	-.830	.095
	I.E. San Pedro	.1780	.2045	.820	-.357	.713

Los resultado de la prueba de Turkey nos indica la columna de significación que si existe una diferencia significativa entre las instituciones educativas de

Alborada Francesa y Presentacion de Maria y entre Presentacion de Maria y San Pedro.

Resultados

- La Evaluación total de las medias de las instituciones educativas de intervención del Proyecto CPS de KOICA nos refiere que la I.E Alborada Francesa obtuvo la más baja calificación (3.194) y Presentación de María, la más alta calificación (3.897).
- La Prueba Anova se usó para comparar la evaluaciones de las medias y ver si existe diferencias entre instituciones educativas de intervención, por lo que los resultados nos indica que si existe una diferencia significativa ($F=7.49$, $p<.001$) entre algunas escuelas.
- La prueba de Lavene nos refiere que las varianzas son homogéneas ya que el p values es igual a 0.809, el cual es mayor a 0.05.
- La Prueba de Tukey HSD, muestra que existe una diferencia significativa entre las evaluaciones de las instituciones educativas de Alborada Francesa y Presentacion de Maria y Presentacion de Maria y San Pedro.

5) ANALISIS DE LOS FACTORES CLAVES

El análisis de varianza (ANOVA):

Nos sirve para comparar los varios factores claves en una variable cuantitativa y probar si existe igualdad de medias entre los factores claves de las instituciones educativas de intervención.

Tabla N° 4.7. Evaluación de las medias de las instituciones educativas de intervención por Factor de Clave.

Descripción								
Media								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
FC1	102	3.536	.6855	.0679	3.402	3.671	1.6	4.9
FC2	102	3.522	.7960	.0788	3.365	3.678	1.4	4.8
FC3	102	3.847	.6953	.0688	3.710	3.984	2.0	5.0
FC4	102	3.520	.7536	.0746	3.372	3.668	1.8	5.0
FC5	102	3.577	.7447	.0737	3.431	3.724	1.2	4.8

FC6	102	3.699	.8045	.0797	3.541	3.857	1.5	5.0
Total	612	3.617	.7545	.0305	3.557	3.677	1.2	5.0

En la N° 4.7., se observa en cuanto a la evaluación de los Factores Claves, dando como resultado que el factor clave 4 sobre (El colegio tiene vínculos comunitarios) recibió la más baja calificación (3.520), el cual nos refiere que las I.E de intervención del proyecto CPS de KOICA tuvo menor impacto respecto al factor 4. Sin embargo, el factor clave 3, obtuvo la más alta calificación 3.847. siendo el factor que mejor impacto tuvo en las I.E de intervención del Proyecto CPS de KOICA.

Prueba de varianzas:

Tabla N° 4.8. Prueba de homogeneidad de varianzas

Test of Homogeneity of Variances			
Media			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1.780	5	606	.115

La varianzas son homogeneas, si es mayor .05, por lo tanto se cumple.

Tabla N° 4.9. ANOVA

ANOVA					
Media					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	8.805	5	1.761	3.148	.008
Within Groups	339.031	606	.559		
Total	347.837	611			

Sig.= .008 menos de .05

Tabla N° 4.10. Diferencia significativa entre los factores claves

Multiple Comparisons Tukey HSD						
(I) CODFACTO		Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
*FC1	FC2	.0147	.1047	1.000	-.285	.314
	FC3	-.3108*	.1047	.037	-.610	-.011

	FC4	.0167	.1047	1.000	-.283	.316
	FC5	-.0412	.1047	.999	-.341	.258
	FC6	-.1627	.1047	.629	-.462	.137
*FC2	FC1	-.0147	.1047	1.000	-.314	.285
	FC3	-.3255*	.1047	.024	-.625	-.026
	FC4	.0020	.1047	1.000	-.297	.301
	FC5	-.0559	.1047	.995	-.355	.244
	FC6	-.1775	.1047	.536	-.477	.122
FC3	FC1	.3108	.1047	.037	.011	.610
	FC2	.3255*	.1047	.024	.026	.625
	FC4	.3275*	.1047	.023	.028	.627
	FC5	.2696	.1047	.105	-.030	.569
	FC6	.1480	.1047	.719	-.151	.447
*FC4	FC1	-.0167	.1047	1.000	-.316	.283
	FC2	-.0020	.1047	1.000	-.301	.297
	FC3	-.3275*	.1047	.023	-.627	-.028
	FC5	-.0578	.1047	.994	-.357	.242
	FC6	-.1794	.1047	.524	-.479	.120
*FC5	FC1	.0412	.1047	.999	-.258	.341
	FC2	.0559	.1047	.995	-.244	.355
	FC3	-.2696	.1047	.105	-.569	.030
	FC4	.0578	.1047	.994	-.242	.357
	FC6	-.1216	.1047	.855	-.421	.178
*FC6	FC1	.1627	.1047	.629	-.137	.462
	FC2	.1775	.1047	.536	-.122	.477
	FC3	-.1480	.1047	.719	-.447	.151
	FC4	.1794	.1047	.524	-.120	.479
	FC5	.1216	.1047	.855	-.178	.421

*Factor Clave.

Resultados:

- Las medias de resultados de la Evaluación, de los Factores de Claves indican que el factor clave 4 obtuvo la más baja calificación (3.520) y el Factor de Control 3, la más alta (3.847).
- La Prueba Anova, en la comparación de evaluaciones entre escuelas del programa indica que existe una diferencia significativa ($F=3.148$, $p<.008$) entre algunas escuelas.
- La prueba de Lavene indica que las varianzas son homogéneas ya que el p values es igual a 0.115, que es mayor a 0.05.

- La Prueba de TukeyHSD, muestra que existe una diferencia significativa entre las evaluaciones de los FC1 Y FC3, entre FC2 y FC3 y entre FC3 y FC4.

4.3. DETERMINAR LA DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE DOCENTES ENTREVISTADOS POR GENERO SEXO, GRUPO ÉTAREO, EDAD Y NIVEL EDUCATIVO EN LAS I.E. DE CONTROL E INTERVENCIÓN.

También se realizó la evaluación de las variables nivel de educación, genero para determinar si estas variables tienen un efecto en la evaluación total.

1) SEXO

Tabla N° 4.11. Distribución porcentual de docentes entrevistados, por género. 2017.

GRUPO ÉTAREO	I.E intervención		I.E Control	
	Total	Column N %	Total	Column N %
Hombre	37	36.3%	22	48.9%
Mujer	65	63.7%	23	51.1%

Existe mayor cantidad de mujeres 63.7%, que de hombres 36.3% en las instituciones educativas de intervención. En cuanto a las instituciones educativas de control la diferencia es mínima.

2) EDAD

Tabla N° 4.12. Distribución porcentual de docentes entrevistados, por edad. 2017.

GRUPO ÉTAREO	I.E intervención		I.E Control	
	Total	Column N %	Total	Column N %
20 a 30	22	22.0%	1	2.2%
30 a 40	42	42.0%	4	8.9%

40 a 50	36	36.0%	22	48.9%
mas de 50	0	0.0%	18	40.0%

Se puede observar que en el caso de las instituciones educativas de intervención la distribución etaria se acumula en los grupos de 30 a 40 y de 40 a 50. No hay casos de personas mayores de 50 años.

En el caso de instituciones educativas de control la mayoría de los encuestados se acumula en los grupos de 40 a 50 años y mas de 50.

3) NIVEL DE EDUCACIÓN

Tabla N° 4.13. Distribución porcentual de docentes por nivel de educación. 2017.

NIVEL DE EDUCACIÓN	I.E intervención		I.E Control	
	Total	Column N %	Total	Column N %
Bachiller	33	32.7%	3	6.7%
Licenciatura	7	6.9%	28	62.2%
Maestria	61	60.4%	13	28.9%
Doctorado	0	0.0%	1	2.2%

Existe un alto porcentaje de personas con nivel de educación Maestria en los docentes encuestados de las instituciones educativas de intervención 60.4%, comparado con los encuestados de las instituciones educativas de Control 28.9%.

Sin embargo, se aprecia lo contrario a nivel de licenciatura. En cuanto a Bachiller el porcentaje es mayor en las las instituciones educativas de intervención. No hay encuestados a nivel de doctorado en las instituciones educativas de intervención y solo un docentes tiene nivel doctorad en las instituciones educativas Control.

Tabla N° 4.14. Distribución porcentual de docentes de las instituciones educativas de Intervención y Control y nivel de educación.

AveGrand	Instituciones educativas	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
----------	--------------------------	---	------	----------------	-----------------

	I.E intervención	102	3.584	.6772	.0671
	I.E Control	45	2.850	.6427	.0958

Tabla N° 4.15. Levene's Test for Equality of Variances y t-test for Equality of Means para las institución educativa de intervención y control del Proyecto CPS de KOICA y nivel de educación.

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Ave-Grand	Equal variances assumed	.436	.510	6.149	145	.000	.7339	.1194	.4980	.9698
	Equal variances not assumed			6.276	88.421	.000	.7339	.1169	.5015	.9663

Resultados:

- La media de las instituciones educativas de intervenciones=3.584
- La media de las instituciones educativas de control es = 2.850
- De acuerdo a la prueba de Levene's: nos indica que las varianzas entre las dos muestras son iguales, ya que la $p = 0.510$, es mayor que 0.05.
- Por lo que la Hipotesis Nula= H_0 = Las varianzas entre las dos muestras son iguales.
- De acuerdo a lo anterior entonces se lee en la columna de "t-test equality of means" y la fila de "equal variances assumed"/varianzas iguales asumidas.
- Donde la $p = .000$, pero se reporta como $p < .001$ que es $< .05$, Por lo que se rechaza la Hipotesis Nula= H_0 y se acepta la Hipotesis Alternativa= H_1 , que

indica que las medias no son iguales. Por lo tanto, se puede decir que las medias son estadísticamente diferentes con un $p < .001$.

Tabla. N° 4.16. Evaluación de las Instituciones Educativas de Intervención del Proyecto CPS de KOICA, por Nivel de Educación.

Evaluación por nivel de educación								
Nivel educativo	Tamaño	Media	Desviación Estándar	Error Estándar	95% Intervalo de Confianza de la Media		Mínimo	Máximo
					Límite Inferior	Límite Superior		
Bachiller	33	3.535	.7523	.1310	3.268	3.802	1.7	4.6
Maestría	61	3.626	.6491	.0831	3.460	3.792	1.9	4.8
Licenciatura	7	3.499	.6557	.2478	2.892	4.105	2.4	4.2
Total	101	3.587	.6798	.0676	3.453	3.722	1.7	4.8

Tabla N° 4.17. Test of Homogeneity of Variances de las Instituciones Educativas de Intervención del Proyecto CPS de KOICA, por Nivel de Educación.

AveGrand			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.211	2	98	.810

Tabla N° 4.18. ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	.236	2	.118	.252	.778
Within Groups	45.972	98	.469		

Resultados:

- No existe diferencia estadísticamente significativa por nivel de educación ($F=0.252$, $p= 0.778$), en las medias obtenidas de las instituciones educativas de intervención del proyecto CPS de KOICA.

4) GENERO

Tabla N° 4.19. Evaluación de las Instituciones Educativas de Intervención por Género

Evaluación de las Instituciones Educativas por Genero								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Hombre	37	3.602	.6029	.0991	3.401	3.803	1.9	4.6
Mujer	65	3.574	.7205	.0894	3.396	3.753	1.7	4.8
Total	102	3.584	.6772	.0671	3.451	3.717	1.7	4.8

Tabla N° 4.20. Test of Homogeneity of Variances

AveGrand			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1.950	1	100	.166

Tabla N° 4.21. ANOVA

AveGrand					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	.018	1	.018	.039	.844
Within Groups	46.307	100	.463		
Total	46.325	101			

Resultados:

- No existe diferencia estadísticamente significativa en las medias obtenidas de la evaluación total del programa por sexo ($F=0.039$, $p= 0.844$). (pvalue es mayor .05).

5) GRUPO ÉTAREO

Tabla N° 4.22. Evaluación por Grupo de etareo de los docentes del las instituciones educativas de Intervención del Proyecto CPS.

Descriptives								
AveGrand								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
20 a 30	22	3.662	.8187	.1746	3.299	4.025	1.7	4.8
30 a 40	42	3.565	.6644	.1025	3.358	3.772	2.0	4.7
40 a 50	36	3.597	.5614	.0936	3.407	3.787	2.4	4.6
Total	100	3.598	.6617	.0662	3.466	3.729	1.7	4.8

Tabla N° 4.23. Test of Homogeneity of Variances

AveGrand

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.754	2	97	.473

Tabla N° 4.24. ANOVA

AveGrand

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	.136	2	.068	.153	.859
Within Groups	43.207	97	.445		
Total	43.343	99			

Resultados de la evaluación por grupo etareo:

- Se realizó una evaluación total de las instituciones educativas de intervención y se encontró que No existe diferencia estadísticamente significativa en las medias obtenidas por Grupo de Edad ($F=0.153$, $p=0.859$).
- Hay diferencias significativas entre algunas de las instituciones educativas entre los factores clave.

- Por lo tanto, no hay diferencias significativas por nivel de educación, sexo y edad.

4.4. EVALUACIÓN DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE CONTROL

Tabla N° 4.25. Evaluación de las Instituciones educativas de Control del Proyecto CPS de KOICA.

Descriptives								
AveGrand								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
I.E. Estados Unidos	21	2.653	.6034	.1317	2.378	2.928	1.6	3.9
I.E. Kumamoto	24	3.023	.6379	.1302	2.754	3.292	1.9	4.2
Total	45	2.850	.6427	.0958	2.657	3.043	1.6	4.2

Tabla N° 4.26. Test of Homogeneity of Variances

AveGrand

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.103	1	43	.750

Tabla N° 4.27. ANOVA

AveGrand

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1.534	1	1.534	3.963	.053
Within Groups	16.642	43	.387		
Total	18.176	44			

Resultados:

- Las medias de resultados de la Evaluación Total de la escuelas control indican que Colegio Estados Unidos obtuvo la más baja calificación (2.653) y el Colegio Kumamoto, la más alta (3.023).

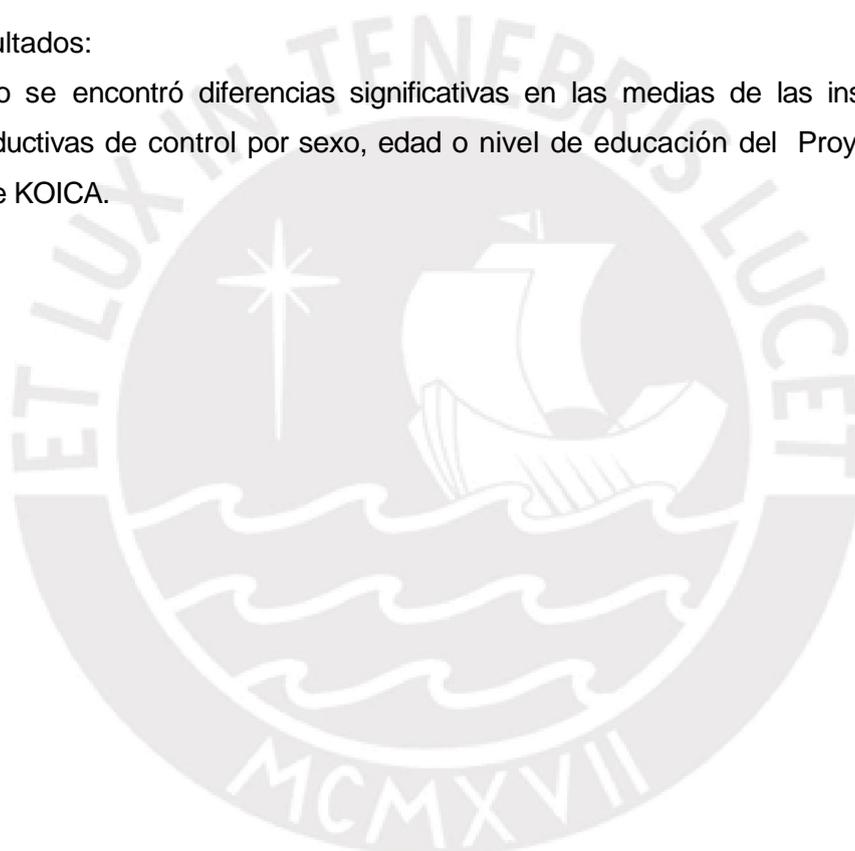
- La Prueba ANOVA en la comparación de evaluaciones entre escuelas control indica que no existe una diferencia significativa en las medias de la evaluación ($F=3.963$, $p<.053$) entre las escuelas control.

Tabla N° 4.28. Evaluación de las Instituciones Educativas de control por Sexo, edad y nivel de educación.

Variables	F Estadística	p
Sexo	0.054	0.818
Edad	2.008	0.147
Nivel de Educación	0.984	0.383

Resultados:

- No se encontró diferencias significativas en las medias de las instituciones educativas de control por sexo, edad o nivel de educación del Proyecto CPS de KOICA.



CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Las características de género, edad y nivel de educación son diferentes en las escuelas del programa y control. Esto pudiera afectar los resultados. Por lo que se requiere mayor análisis.
- Se ha encontrado un impacto positivo en las instituciones educativas de intervención, cuando se compara con el programa control. La diferencia encontrada tiene un valor de $p < .001$.
- La diferencia encontrada es de 0.734, de acuerdo a la herramienta de monitoreo de la OMS.
- Se ha encontrado una diferencia entre cada una de las medias de los factores claves en las instituciones educativas de intervención y las de control con una $p < .001$.
- La mayor diferencia encontrada en las instituciones educativas de intervención del proyecto CPS de KOICA fue en el Factor Clave 6, ¿Su colegio tiene servicios de promoción y atención médica?. La diferencia fue de 1.179.

5.2. RECOMENDACIONES

- Habiéndose reconocido la importancia de las instituciones educativas promotoras de la salud, que tienen como fin promocionar la salud y prevenir las enfermedades y así lograr contribuir en mejorar el aprendizaje en los estudiantes, es fundamental que las estrategias y actividades estén alineadas a la herramienta marco de acción para instituciones educativas promotoras de la salud.
- Como se pudo apreciar en el presente estudio es importante que en el desarrollo de instituciones educativas promotoras de la salud se realice una evaluación usando la herramienta de monitoreo recomendada por la OMS.
- En el presente estudio se evaluaron solo las instituciones educativas de intervención (4) del proyecto CPS de KOICA y las Instituciones educativas de Control (2).

- De igual forma se recomienda ampliar los estudios sobre el impacto de las instituciones educativas promotoras de la salud en la salud integral de los escolares y aprendizaje.
- Se recomienda ampliar la investigación haciendo uso de las herramientas recomendadas de la OMS para el desarrollo, monitoreo y evaluación de las instituciones educativas.
- Es importante también que se puedan proponer o adaptar instrumentos de monitoreo y evaluación que reflejen los niveles de logros cualitativos y cuantitativos en la formulación y desarrollo de instituciones educativas promotoras de la salud.

5.3 PROPUESTA DE RÉPLICA DEL PROYECTO CPS DE KOICA

- El Proyecto CPS de KOICA, propone un modelo metodológico de diseño, implementación, monitoreo y evaluación para mejorar la cultura en salud e incrementar comportamientos, actitudes, y prácticas saludables para mejorar los estilos de vida saludable y reducir el costo médico de las enfermedades crónicas no transmisibles.
- Para superar el insuficiente desarrollo de instituciones educativas promotoras de la salud es necesario que el MINEDU fomente el uso de marco de acción y la herramienta patrocinado por la OMS a todas las I.E.
- El MINEDU y el MINSA del Perú deben de desarrollar un marco político donde se empodere a los docentes a nivel institucional como actores principales en la formulación, implementación, evaluación y certificación de las I.E promotoras de la salud.
- La institución educativa no cuenta con recursos asignados por el MINEDU para el desarrollo y sostenibilidad de las instituciones educativas promotoras de la salud. Es por ello que se debe definir dentro del sector educativo a las instituciones quienes serían los rectores, supervisión, y monitoreo de las I.E .P.S.

BIBLIOGRAFÍA

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD(1999)

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42149/1/WHO_TRS_886_\(p1-p144\).pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42149/1/WHO_TRS_886_(p1-p144).pdf)

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD , disponible en :

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD(2012), p.588

<http://www.paho.org/salud-en-las-americanas-2012/dmdocuments/sa-2012-peru.pdf>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, HealthPromotingSchools Framework, disponible en:

http://www.wpro.who.int/health_promotion/about/health_promoting_schools_framework/en/

AereeSohn, Boram Kim, SeokHyeon Kim, Young Jeon sin, DonghyunAhn, BoYoul Choi

Evaluating Health Promoting Schools Based on WHO Wstandards in Yangpyung Gun, Korea(2008)

KO Young, LEE, In-Sook

Clusters of Health-Promogin Schools in Middle and High Schools Based on the WHO Guidelines(2013)

TAMAYO Y TAMAYO, Mario

2003 El proceso de la investigación: incluye evaluación y administración de proyectos de investigación. En México: Limusa Noriega Editores, pp. 23-28. Consulta 21 Octubre de 2017. <https://es.scribd.com/doc/12235974/Tamayo-y-Tamayo-Mario-El-Proceso-de-la-Investigacion-Cientifica>.

BENSON, J. Y DRESDOW, S.

1998 Systemic decision application: linking learning outcome assessment to organizational learning. *Journal of Workplace Learning*, 10(6/7), 301-307.
<http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/13665629810236237>

J. IPPOLITO-SHEPHERD Y M.T. CERQUEIRA

2003 Las escuelas promotoras de la salud en las Américas: una iniciativa regional
<http://congreso.dgire.unam.mx:8080/blog/sites/default/files/Sitios%20Locales%20de%20Salud.pdf>

CHUMPITAZ, Rubén

2015 Evaluación de la efectividad de las escuelas promotoras de salud implementadas en Lima bajo el convenio marco cooperación técnica entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud, tesis de doctorado en educación. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marco del Perú, Facultad de Educación Unidad de Postgrado.
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4623/1/Chumpitaz_dr.pdf

TETU, Simone, y Samuel Moysés

2003 Associations between health promoting Schools' policies and indicators of oral health in brazil. *Health Promotion International*. Oxford Academic. Volume 18, Issue 3, Pages 209-218. Consulta: 7 noviembre 2017.
<https://doi.org/10.1093/heapro/dag016>
<https://academic.oup.com/heapro/article-lookup/doi/10.1093/heapro/dag016>

LANGFORD, Rebecca y et al

2014 The WHO Health Promotion School framework for improving the health and well-being of students and their

academic achievement. Cochrane Development, Psychosocial and Learning Problems Group. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 4. Art.No.: CD008958. DOI: 10.1002/14651858.CD008958. pub 2.

MACFARLANE, Aidan

2005 "What are the main factors that influence the implementation of disease prevention and health promotion programmes in children and adolescents?". Publications, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; WHO Regional Office for Europe Scherfigsvej 8 DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74674/E86766.pdf

American Academy of Pediatrics Council on School Health

2016 Policy of the American Academy of Pediatrics. 7th Edition. Published by AAP, From School Health Policy & Practice. <https://shop.aap.org/school-health-policy-and-practice-7th-edition-paperback/>

UMBERSON, Debra y Jennifer Karas Montez

2010 Social Relationships and Health: A flashpoint for Health Policy. American Sociological Association 2010 Journal of Health and Social Behavior 51(S).S54-S66. DOI: 10.1177/0022146510383501.

<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0022146510383501>

MINISTERIO DEL AMBIENTE DEL PERÚ

2016 Objetivos de Desarrollo Sostenible e Indicadores / Ministerio del Ambiente, Dirección General de Investigación e Información Ambiental – Lima: MINAM, 2016. Primera edición. Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú n.º 2016-09081.

<http://www.minam.gob.pe/wp-content/uploads/2016/07/ODS-FINAL210716.pdf>

MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ (MINSa)

2011 GUÍA TÉCNICA DE GESTIÓN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE.

ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/GuiaGPS_II EE.pdf

MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ (MINSa)

2006 GUÍA DE GESTIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD. Dirección General de Promoción de la Salud – Lima. Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° : 2006-7575.

<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/guia de gestion.pdf>

MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ (MINSa)

2006 DOCUMENTO TÉCNICO: LINEAMIENTOS DE POLÍTICA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL PERÚ.

<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/02cns/web/memorias/2015/DT%20LINEAMIENTO%20POLITICA%20PROMOCION%20SALUD.pdf>

MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ (MINSa)

2005 DOCUMENTO TÉCNICO MODELO DE ABORDAJE DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL PERÚ

http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/203_prom30.pdf

SANTIESTEBAN, Tania

2017 “Adolescentes: razones para su atención” – Correo Científico Médico de Holguín. página 858-875. Cuba. ISSN 1560-4381.

<http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v21n3/ccm20317.pdf>

UNICEF

2011 La adolescencia Una época de oportunidades [Estado Mundial de la Infancia Reporte Ejecutivo].
https://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Executive-Summary_SP_01122011.pdf

LEE, Albert et al

2008 Can the concept of Health Promoting Schools help to improve students' health knowledge and practices to combat the challenge of communicable diseases: Case study in Hong Kong?. Bio Med Central Public Health Ltd. Hong Kong,
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-42>.
<https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-8-42>

LEE, Eun Young

2012 Implementation Status and Related Factors of Health Promoting Schools among Elementary, Middle and High Schools: Based on the WHO Guidelines. Korean J Health Educ Promoy. Hanyang University. Vol.29, N°1(2012).
<file:///C:/Users/Stark%20Mark%20II/Downloads/Implementation%20Status%20and%20Related%20Factors%20of%20Health%20Promoting.pdf>

MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ (MINSA)

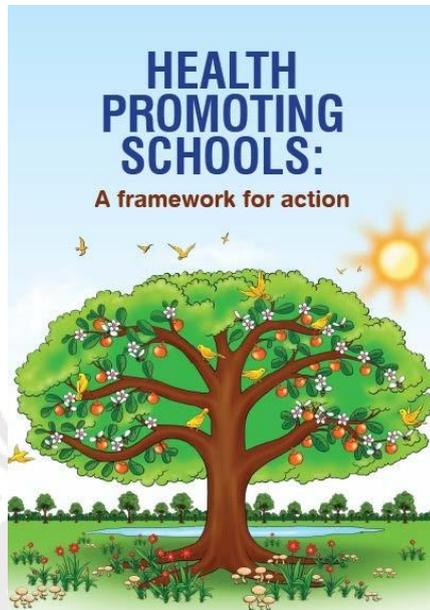
2017 Salur Escolar Aprende Saludable. Portada del MINSA. Gobierno Regional del Perú. Consulta: 5 noviembre de 2017.
http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/salud_escolar/?pag=1

DELEUZE, Gilles

La historia no solo nos dice lo que somos, sino lo que estamos dejando de ser". Consulta: 06 Noviembre de 2017.

http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeescuelas/fulltext/EPSIV_ExpePER1.pdf

ANEXO 1. HEALTH PROMOTING SCHOOLS: A FRAMEWORK FOR ACTION



KEY FACTOR 1:
Does your school have healthy school policies?

This profile will identify all documents in its respective category which influence a school's policies in providing the health and well-being of the students, staff, faculty and other community used in enhancing the educational process of students.

Instructions:

- If your school already has an action plan in place, please put a check mark (✓) in Column 3.
- Count the number of check marks in action plans in Column 3 and enter the total figure in the last row.
- Using the action health profile, please the average that will show whether your health promoting measures (See step 2 - 4 of the previous section).
- If your school has undertaken a new action, please put a check mark (✓) in Column 4. And enter the date the new action was undertaken.
- After every 6 months, review and update your school's action plan.

Category	Documents	Yes	No	Date
The School's Policy	1. School Health Policy			
	2. School Safety Policy			
	3. School Discipline Policy			
	4. School Code of Conduct			
	5. School Anti-Bullying Policy			
	6. School Anti-Discrimination Policy			
	7. School Anti-Harassment Policy			
	8. School Anti-Sexual Harassment Policy			
	9. School Anti-Child Abuse Policy			
	10. School Anti-Child Labour Policy			
The School's Curriculum	11. School Health Curriculum			
	12. School Safety Curriculum			
	13. School Discipline Curriculum			
	14. School Code of Conduct Curriculum			
	15. School Anti-Bullying Curriculum			
	16. School Anti-Discrimination Curriculum			
	17. School Anti-Harassment Curriculum			
	18. School Anti-Sexual Harassment Curriculum			
	19. School Anti-Child Abuse Curriculum			
	20. School Anti-Child Labour Curriculum			
TOTAL ACTION POINTS FOR KEY FACTOR 1				

Category	Documents	Yes	No	Date
The School's Policy	1. School Health Policy			
	2. School Safety Policy			
	3. School Discipline Policy			
	4. School Code of Conduct			
	5. School Anti-Bullying Policy			
	6. School Anti-Discrimination Policy			
	7. School Anti-Harassment Policy			
	8. School Anti-Sexual Harassment Policy			
	9. School Anti-Child Abuse Policy			
	10. School Anti-Child Labour Policy			
The School's Curriculum	11. School Health Curriculum			
	12. School Safety Curriculum			
	13. School Discipline Curriculum			
	14. School Code of Conduct Curriculum			
	15. School Anti-Bullying Curriculum			
	16. School Anti-Discrimination Curriculum			
	17. School Anti-Harassment Curriculum			
	18. School Anti-Sexual Harassment Curriculum			
	19. School Anti-Child Abuse Curriculum			
	20. School Anti-Child Labour Curriculum			
TOTAL ACTION POINTS FOR KEY FACTOR 1				

KEY FACTOR 2:
Does your school have a healthy physical environment?

The physical environment refers to the building, grounds, play areas and equipment in and surrounding the school. It also includes basic services, such as electricity, water availability, waste disposal and air circulation.

Instructions:

- If your school already has an action plan in place, please put a check mark (✓) in Column 3.
- Count the number of check marks (✓) in action plans in Column 3 and enter the total figure in the last row.
- Using the action health profile, please the average that will show whether your health promoting measures (See step 2 - 4 of the previous section).
- If your school has undertaken a new action, please put a check mark (✓) in Column 4. And enter the date the new action was undertaken.
- After every 6 months, review and update your school's action plan.

Category	Documents	Yes	No	Date
The School's Policy	1. School Health Policy			
	2. School Safety Policy			
	3. School Discipline Policy			
	4. School Code of Conduct			
	5. School Anti-Bullying Policy			
	6. School Anti-Discrimination Policy			
	7. School Anti-Harassment Policy			
	8. School Anti-Sexual Harassment Policy			
	9. School Anti-Child Abuse Policy			
	10. School Anti-Child Labour Policy			
The School's Curriculum	11. School Health Curriculum			
	12. School Safety Curriculum			
	13. School Discipline Curriculum			
	14. School Code of Conduct Curriculum			
	15. School Anti-Bullying Curriculum			
	16. School Anti-Discrimination Curriculum			
	17. School Anti-Harassment Curriculum			
	18. School Anti-Sexual Harassment Curriculum			
	19. School Anti-Child Abuse Curriculum			
	20. School Anti-Child Labour Curriculum			
TOTAL ACTION POINTS FOR KEY FACTOR 2				

6

7

8

9

KEY FACTOR 3:
Does your school have a healthy social environment?

The social environment of the school refers to good relationships among and between staff and students. It is influenced by the relationships, the process and the other community.

Instructions:

- If your school already has an action plan in place, please put a check mark (✓) in Column 3.
- Count the number of check marks (✓) in action plans in Column 3 and enter the total figure in the last row.
- Using the action health profile, please the average that will show whether your health promoting measures (See step 2 - 4 of the previous section).
- If your school has undertaken a new action, please put a check mark (✓) in Column 4. And enter the date the new action was undertaken.
- After every 6 months, review and update your school's action plan.

Category	Documents	Yes	No	Date
The School's Policy	1. School Health Policy			
	2. School Safety Policy			
	3. School Discipline Policy			
	4. School Code of Conduct			
	5. School Anti-Bullying Policy			
	6. School Anti-Discrimination Policy			
	7. School Anti-Harassment Policy			
	8. School Anti-Sexual Harassment Policy			
	9. School Anti-Child Abuse Policy			
	10. School Anti-Child Labour Policy			
The School's Curriculum	11. School Health Curriculum			
	12. School Safety Curriculum			
	13. School Discipline Curriculum			
	14. School Code of Conduct Curriculum			
	15. School Anti-Bullying Curriculum			
	16. School Anti-Discrimination Curriculum			
	17. School Anti-Harassment Curriculum			
	18. School Anti-Sexual Harassment Curriculum			
	19. School Anti-Child Abuse Curriculum			
	20. School Anti-Child Labour Curriculum			
TOTAL ACTION POINTS FOR KEY FACTOR 3				

KEY FACTOR 4:
Does your school have community links?

Community links are the interaction between the school and the students' families plus the interaction between the staff and the school. Appropriate communication and participation are essential in health promoting activities, facilities, participation and support for the school's health promoting activities.

Instructions:

- If your school already has an action plan in place, please put a check mark (✓) in Column 3.
- Count the number of check marks (✓) in action plans in Column 3 and enter the total figure in the last row.
- Using the action health profile, please the average that will show whether your health promoting measures (See step 2 - 4 of the previous section).
- If your school has undertaken a new action, please put a check mark (✓) in Column 4. And enter the date the new action was undertaken.
- After every 6 months, review and update your school's action plan.

Category	Documents	Yes	No	Date
The School's Policy	1. School Health Policy			
	2. School Safety Policy			
	3. School Discipline Policy			
	4. School Code of Conduct			
	5. School Anti-Bullying Policy			
	6. School Anti-Discrimination Policy			
	7. School Anti-Harassment Policy			
	8. School Anti-Sexual Harassment Policy			
	9. School Anti-Child Abuse Policy			
	10. School Anti-Child Labour Policy			
The School's Curriculum	11. School Health Curriculum			
	12. School Safety Curriculum			
	13. School Discipline Curriculum			
	14. School Code of Conduct Curriculum			
	15. School Anti-Bullying Curriculum			
	16. School Anti-Discrimination Curriculum			
	17. School Anti-Harassment Curriculum			
	18. School Anti-Sexual Harassment Curriculum			
	19. School Anti-Child Abuse Curriculum			
	20. School Anti-Child Labour Curriculum			
TOTAL ACTION POINTS FOR KEY FACTOR 4				

10

11

12

13

KEY FACTOR 5:
Does your school have action competencies for healthy living?

This refers to both the formal and informal curricula for health education. It also refers to non-formal activities that students can do with their appropriate knowledge, understanding, and skills, and can provide them the skills to take necessary health actions to improve their health and quality of life or other as may be necessary and helpful.

Instructions:

- If your school already has an action plan in place, please put a check mark (✓) in Column 3.
- Count the number of check marks (✓) in action plans in Column 3 and enter the total figure in the last row.
- Using the action health profile, please the average that will show whether your health promoting measures (See step 2 - 4 of the previous section).
- If your school has undertaken a new action, please put a check mark (✓) in Column 4. And enter the date the new action was undertaken.
- After every 6 months, review and update your school's action plan.

Category	Documents	Yes	No	Date
The School's Policy	1. School Health Policy			
	2. School Safety Policy			
	3. School Discipline Policy			
	4. School Code of Conduct			
	5. School Anti-Bullying Policy			
	6. School Anti-Discrimination Policy			
	7. School Anti-Harassment Policy			
	8. School Anti-Sexual Harassment Policy			
	9. School Anti-Child Abuse Policy			
	10. School Anti-Child Labour Policy			
The School's Curriculum	11. School Health Curriculum			
	12. School Safety Curriculum			
	13. School Discipline Curriculum			
	14. School Code of Conduct Curriculum			
	15. School Anti-Bullying Curriculum			
	16. School Anti-Discrimination Curriculum			
	17. School Anti-Harassment Curriculum			
	18. School Anti-Sexual Harassment Curriculum			
	19. School Anti-Child Abuse Curriculum			
	20. School Anti-Child Labour Curriculum			
TOTAL ACTION POINTS FOR KEY FACTOR 5				

KEY FACTOR 6:
Does your school have health care and promotion services?

The school has access to health services from its own premises, the local and regional facilities that are accessible for staff and additional health care and promotion.

Instructions:

- If your school already has an action plan in place, please put a check mark (✓) in Column 3.
- Count the number of check marks (✓) in action plans in Column 3 and enter the total figure in the last row.
- Using the action health profile, please the average that will show whether your health promoting measures (See step 2 - 4 of the previous section).
- If your school has undertaken a new action, please put a check mark (✓) in Column 4. And enter the date the new action was undertaken.
- After every 6 months, review and update your school's action plan.

Category	Documents	Yes	No	Date
The School's Policy	1. School Health Policy			
	2. School Safety Policy			
	3. School Discipline Policy			
	4. School Code of Conduct			
	5. School Anti-Bullying Policy			
	6. School Anti-Discrimination Policy			
	7. School Anti-Harassment Policy			
	8. School Anti-Sexual Harassment Policy			
	9. School Anti-Child Abuse Policy			
	10. School Anti-Child Labour Policy			
The School's Curriculum	11. School Health Curriculum			
	12. School Safety Curriculum			
	13. School Discipline Curriculum			
	14. School Code of Conduct Curriculum			
	15. School Anti-Bullying Curriculum			
	16. School Anti-Discrimination Curriculum			
	17. School Anti-Harassment Curriculum			
	18. School Anti-Sexual Harassment Curriculum			
	19. School Anti-Child Abuse Curriculum			
	20. School Anti-Child Labour Curriculum			
TOTAL ACTION POINTS FOR KEY FACTOR 6				

14

15

16

17

ANEXO 3. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PREGUNTA GENERAL	OBJETIVOS ESPECIFICO	PREGUNTA ESPECIFICA	VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD DE ANÁLISIS	FUENTE DE INFORMACIÓN	TÉCNICA
<p>Evaluar a las instituciones educativas públicas de intervención y de Control del Proyecto Colegios Promotores de la Salud en Lima norte y el Callao de KOICA, en relación al cumplimiento de los factores claves de la herramienta de monitoreo para Escuelas Promotoras de la Salud de la Organización Mundial de la Salud.</p>	<p>Evaluar las instituciones educativas públicas de intervención del Proyecto Colegios Promotores de la Salud de Lima Norte y el Callao de KOICA, aplicando la herramienta de monitoreo de la OMS de la Western Pacific Región.</p>	<p>¿Existe alguna diferencia entre las instituciones educativas de intervención y control en relación a los factores claves de la herramienta de monitoreo de la OMS de Western Pacific Región?</p>	6 factores claves	Atributos claves	Puntos de acción	herramienta de monitoreo de la OMS de Western Pacific Región	Entrevista estructurada
		<p>¿Existe alguna diferencia entre las instituciones educativas de intervención en relación a los factores claves de la herramienta de monitoreo de la OMS de Western Pacific Región?</p>	6 factores claves	Atributos claves	Puntos de acción	herramienta de monitoreo de la OMS de Western Pacific Región	Entrevista estructurada
	<p>Evaluar las instituciones educativas públicas de control del Proyecto Colegios Promotores de la Salud de Lima Norte y el Callao de KOICA, aplicando la herramienta de monitoreo de la OMS de la Western Pacific Región.</p>	<p>¿Existe alguna diferencia entre las instituciones educativas de control en relación a los factores claves de la herramienta de monitoreo de la OMS de Western Pacific Región?</p>	6 factores claves	Atributos claves	Puntos de acción	herramienta de monitoreo de la OMS de Western Pacific Región	Entrevista estructurada
	<p>Determinar la distribución porcentual de docentes entrevistados por genero sexo, grupo étnico, edad y nivel educativo en las I,E de Control e Intervención</p>	<p>¿Cual es la distribución porcentual de docentes por edad?</p>	Edad	Clasificación de los docentes por edad		Entrevista estructurada / Encuesta	Entrevista estructurada / Encuesta
		<p>¿Cual es la distribución porcentual de docentes por grupo étnico?</p>	Grupo étnico	Clasificación por Grupo étnico		Entrevista estructurada / Encuesta	Entrevista estructurada / Encuesta
		<p>¿Cual es la distribución porcentual de docentes por sexo?</p>	Sexo	Clasificación femenino y masculino		Entrevista estructurada / Encuesta	Entrevista estructurada
		<p>¿Cual es la distribución porcentual de docentes por nivel educativo?</p>	Nivel educativo	Clasificación por nivel de educación		Entrevista estructurada / Encuesta	Entrevista estructurada



Evaluación del Proyecto *Colegios promotores de la salud de la Asistencia Oficial de Desarrollo (AOD)* en Perú basada en Criterios de Evaluación del Programa Colegios Promotores de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Cuestionario

Consentimiento informado

Estimado Sr(a).

Le saluda Yeseul Jung, de antemano agradezco su colaboración y explico lo siguiente:

quisiera pedirle revisar este cuestionario que voy a entregarle para desarrollar mi tesis "Evaluación del Proyecto Colegios Promotores de la Salud de la Asistencia Oficial de Desarrollo (AOD) en el Perú basada en Criterios de Evaluación del Programa Colegios Promotores de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS)".

La investigación tiene el objetivo de evaluar si los colegios promotores de la salud en Lima norte y el Callao satisfacen los estándares internacionales de *Colegios promotores de la salud* de la OMS para el control de peso y enfermedades mentales mediante un análisis de los resultados del cumplimiento de estándares y resultados de evaluación de sobrepeso y salud mental en los colegios de intervención del proyecto y colegios control; así como de las percepciones y expectativas de los docentes de los colegios del proyecto. Este análisis tiene la finalidad de verificar si el proyecto tiene impacto en la sociedad.

Por cuestiones de seguridad y ética, su respuesta será totalmente confidencial y solamente se usará para este estudio. En ningún caso será conocida por otras personas o será revelada su identidad.

Si quiere participar la encuesta, firma abajo y no quiere participar la encuesta, devuelva la encuesta al encuestador.

Gracias por su colaboración.

Cualquier pregunta o solicitud sobre el tesis, me puede comunicar.

Investigador: Yeseul Jung

Contacto: + 51 992 377 486

Profesor: Carlos Torres Hidalgo

Universidad: Pontificia Universidad Católica del Perú

Firma _____

**Evaluación del Proyecto Colegios promotores de la salud
de la Asistencia Oficial de Desarrollo (AOD) en Perú
basada en Criterios de Evaluación del Programa Colegios
Promotores de la Salud de la Organización Mundial de la
Salud (OMS)**

Cuestionario

Estimado Sr(a).

Le saluda Yeseul Jung, de antemano agradezco su colaboración y explico lo siguiente:

quisiera pedirle revisar este cuestionario que voy a entregarle para desarrollar mi tesis "Evaluación del Proyecto Colegios Promotores de la Salud de la Asistencia Oficial de Desarrollo (AOD) en el Perú basada en Criterios de Evaluación del Programa Colegios Promotores de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS)".

La investigación tiene el objetivo de evaluar si los colegios promotores de la salud en Lima norte y el Callao satisfacen los estándares internacionales de *Colegios promotores de la salud* de la OMS para el control de peso y enfermedades mentales mediante un análisis de los resultados del cumplimiento de estándares y resultados de evaluación de sobrepeso y salud mental en los colegios de intervención del proyecto y colegios control; así como de las percepciones y expectativas de los docentes de los colegios del proyecto. Este análisis tiene la finalidad de verificar si el proyecto tiene impacto en la sociedad. Por cuestiones de seguridad y ética, su respuesta será totalmente confidencial y solamente se usará para este estudio.

Espero su respuesta el día viernes 14 de Julio.

Gracias por su colaboración.

I. Información general

1. Sexo

① Hombre () ② Mujer ()

2. Edad

① 20 () ② 30 () ③ 40 () ④ Más de 50 ()

3. Educación

① Bachiller () ② Maestría () ③ Doctorado ()

4. Institución educativa

① I.E. Alborada Francesa () ② I.E. Presentación de María ()
③ I.E. San Pedro () ④ I.E. Virgen de Guadalupe ()

I. Preguntas: (1: muy impropio, 2: impropio, 3: normal, 4: apropiado, 5: muy apropiado)

Factor clave 1: ¿El colegio tiene políticas para colegios saludables?		Calificación				
Añadido	¿Se desarrollan temas de salud en el aula?	1	2	3	4	5
1. El colegio tiene políticas sobre la comida saludable y segura	El colegio ha tomado medidas para asegurar alimentos saludables, y donde sea posible y apropiado, ha aumentado el número de locales disponibles para los estudiantes.	1	2	3	4	5
	Los maestros y otros miembros del personal del colegio actúan como modelos al comer alimentos saludables en el colegio.	1	2	3	4	5
	La comida saludable está disponible en los eventos sociales del colegio, como días de deportes.	1	2	3	4	5
	Los alimentos saludables y seguros están fácilmente disponibles en el quiosco del colegio (si existe), de esta manera se reducen las opciones para los alimentos poco saludables .	1	2	3	4	5
	Los vendedores de alimentos que venden o distribuyen alimentos a los estudiantes dentro del colegio deben ser aprobados por el	1	2	3	4	5

	colegio y las autoridades sanitarias pertinentes.					
2. El colegio está totalmente libre de tabaco y prohíbe el uso nocivo de alcohol y drogas ilícitas en todas las actividades.	El colegio ha desarrollado una estrategia para eliminar completamente el tabaquismo dentro de las instalaciones dentro de un plazo específico. Esta política se aplica a todo el personal, estudiantes y visitantes.	1	2	3	4	5
	El colegio ha preparado un plan de acción apropiado para eliminar el alcohol y las drogas ilícitas en todas las actividades escolares.	1	2	3	4	5
	Cuando sea apropiado, la comunidad escolar abogará por prohibir las ventas de tabaco en el área local.	1	2	3	4	5
3. El colegio mantiene principios de equidad garantizando que las niñas y los niños tengan acceso equitativo a los recursos escolares y oportunidades en las actividades escolares.	El colegio ha revisado las costumbres y prácticas preexistentes con respecto al uso del espacio de juego, equipos, tiempo del maestro y recursos sanitarios, entre otros. En caso necesario, también ha adoptado medidas para corregir las desigualdades entre niñas y niños.	1	2	3	4	5
4. El colegio cuenta con procedimientos	Todos los medicamentos distribuidos por el	1	2	3	4	5

formales en relación con la distribución de medicamentos.	colegio están registrados.					
	Los funcionarios locales de salud brindan consejos sobre el almacenamiento y distribución adecuada de los medicamentos.	1	2	3	4	5
	Cuando sea apropiado, la comunidad escolar abogará por prohibir las ventas de tabaco en el área local.	1	2	3	4	5
5. El colegio tiene una política y un programa de primeros auxilios.	Hay una cantidad adecuada de botiquines de primeros auxilios para la población escolar.	1	2	3	4	5
	Se ha capacitado a un número apropiado de maestros en los procedimientos de primeros auxilios.	1	2	3	4	5
	A una edad apropiada, los estudiantes reciben capacitación en primeros auxilios.	1	2	3	4	5
	Un estudiante o un maestro acudirá al hospital o clínica indicada en caso de emergencias , según los procedimientos de emergencia.	1	2	3	4	5
6. Donde corresponda, el colegio tiene políticas y programas sobre el control de helmintos y otros parásitos.	Los estudiantes aprenden los conocimientos básicos y métodos de prevención.	1	2	3	4	5
	Los servicios de tratamiento se ofrecerán cuando sea apropiado, y con consejería de los funcionarios de salud.	1	2	3	4	5

7. Donde corresponda, el colegio tiene una política de protección solar.	A los estudiantes no se les permite jugar bajo el sol sin ropa protectora (por ejemplo, sombreros) que cubra la cabeza y el cuello, y tampoco se les permite jugar cuando el sol está en su máxima intensidad .	1	2	3	4	5
	Los maestros actúan como modelos al usar ropa protectora mientras están bajo el sol.	1	2	3	4	5
8. El colegio tiene una política de chequeo médico.	Los alumnos reciben chequeos médicos de rutina, incluida la inmunización, de acuerdo con las prioridades locales y rentabilidad .	1	2	3	4	5
9. El colegio tiene una política de cierre en caso de emergencias u otras circunstancias que amenacen la salud de los estudiantes .	Las clases se suspenden y se les pide a los estudiantes que se queden en casa: <ul style="list-style-type: none"> • si se produce la interrupción continua del suministro de agua potable. • en caso de brote de alguna enfermedad infecciosa. • en caso de calor o frío extremos ,de los que no pueden ser protegidos adecuadamente, • si el colegio considera que los servicios higiénicos amenazan la salud después de consultar con los servicios de salud locales. 	1	2	3	4	5

10. El colegio tiene un plan de seguridad que se implementará en caso de emergencias o crisis.	El colegio tiene un plan de evacuación en caso de incendio. A los estudiantes se les capacitará en la implementación de este plan.	1	2	3	4	5
	El colegio tiene planes de emergencia para otras circunstancias que podrían producirse en el área local y para las cuales es probable que haya poca anticipación, p.ej. inundaciones, tifones, ataques físicos en caso de hostilidades.	1	2	3	4	5
11. Cuando proceda, el colegio tiene una política de control y manejo de enfermedades infecciosas (como VIH / SIDA y tuberculosis), incluido su manejo seguro.	Los casos de gestión práctica, como los procedimientos de derrame de sangre y manejo de agua contaminada, están claramente documentados y su eficacia ha sido comprobada. Asimismo, se dispone de equipos adecuados en caso de que sea necesario.	1	2	3	4	5
	Cuando corresponda, los maestros y demás personal del colegio reciben capacitación sobre prevención y manejo del VIH / SIDA, SARS, influenza y otras enfermedades infecciosas.	1	2	3	4	5
12. El colegio apoya la educación democrática y participativa asegurando que las opiniones de los estudiantes	El colegio tiene un foro estructurado para que los estudiantes expresen sus opiniones e ideas.	1	2	3	4	5
	Las actividades dirigidas por los estudiantes son	1	2	3	4	5

<p>sean consideradas. También los estudiantes tienen oportunidades apropiadas con orientación y supervisión para iniciar e implementar actividades relacionadas con la salud.</p>	<p>comunes en el colegio.</p>					
	<p>Cuando sea apropiado, el colegio facilita las actividades iniciadas por los estudiantes y la interacción entre estudiantes así como entre estudiantes y miembros relevantes de la comunidad (bajo la guía y supervisión del maestro) para desarrollar planes y acciones que aborden asuntos de salud relevantes.</p>	1	2	3	4	5
<p>13. El colegio tiene una política que restringe y maneja la exposición de los estudiantes a los medios de comunicación y estrategias de mercadeo para productos y prácticas que representan un riesgo para la salud.</p>	<p>Se tiene cuidado en verificar todos los productos a los cuales están expuestos los estudiantes en la comunidad escolar.</p>	1	2	3	4	5
	<p>El colegio provee activamente oportunidades curriculares para que los estudiantes aprendan cómo se promueven los productos relacionados con la salud.</p>	1	2	3	4	5
	<p>El colegio revisa rigurosamente cualquier asociación con organizaciones externas que puedan vender productos y proporcionar servicios que conlleven un riesgo para la salud de los estudiantes.</p>	1	2	3	4	5

14. El colegio tiene una política sobre el establecimiento y sostenibilidad de un ambiente sano, amigable y seguro.	El colegio tiene un plan de acción para mejorar su entorno físico y social, desarrollado con la participación de los estudiantes y padres y, cuando sea relevante, con los líderes de la comunidad local.	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---	---

FACTOR CLAVE 2: ¿Su colegio tiene un entorno físico sano?		Calificación				
1. El colegio cuenta con un ambiente seguro, y saludable para la comunidad escolar.	Al seleccionar cualquier juego nuevo y equipo deportivo, el colegio toma en cuenta la seguridad y, de ser apropiado, asegura poner en práctica los lineamientos para su aplicación. .					
	El colegio realiza auditorías periódicas de seguridad de todos los edificios, plantas, equipos y alrededores del colegio.					
	Junto con la comunidad local, el colegio toma medidas para minimizar los peligros locales, por ejemplo, los relacionados con el tráfico o tráfico de drogas.					
	Se aplican los procedimientos para los visitantes a fin de garantizar la seguridad de los estudiantes y del personal.					
	Cuando corresponda, el colegio efectúa controles periódicos y toma las medidas necesarias para eliminar los criaderos de mosquitos y otras áreas que puedan facilitar la					

	reproducción de ratas y otras plagas.					
2. Se dispone de agua potable y saneamiento adecuados	Hay suficientes servicios higiénicos conectados a un sistema de alcantarillado en funcionamiento y, donde sea apropiado, se proveen servicios separados para niños y niñas.					
	Se dispone de agua potable y segura para tomar, lavarse las manos y preparar alimentos.					
	Las instalaciones de lavado y saneamiento disponen de una cantidad adecuada de agua.					
3. El colegio mantiene prácticas que apoyan un ambiente sostenible y energéticamente eficiente.	Los materiales, como papel, vidrio y aluminio se reciclan.					
	Se desalienta el uso de recipientes de plástico desechables.					
	La energía se conserva y se utilizan fuentes de energía renovables donde sea apropiado.					
	El currículo pedagógico ofrece oportunidades para que los estudiantes aprendan sobre temas ambientales globales, nacionales y locales, así como oportunidades para desarrollar acciones que el colegio y los estudiantes puedan					

	implementar en el colegio y en la comunidad local.					
4. Los lugares donde se provee comida, la comida es sana y nutritiva .	Sólo hay comida saludable en el quiosco del colegio.					
	Los vendedores de alimentos aplican las Cinco Claves de la OMS para Alimentos Seguros o su equivalente.					
5. Se anima a los estudiantes a cuidar de las instalaciones escolares y los ambientes construidos naturales.	El colegio tiene un sistema adecuado de eliminación de basura que es adecuado conforme a las circunstancias.					
	Los estudiantes participan en mantener el colegio limpio.					
	Los estudiantes participan en el embellecimiento del colegio, por ejemplo, pintar murales y plantar árboles y arbustos, etc.					
6. El colegio se esfuerza por enriquecer el aprendizaje garantizando las mejores condiciones físicas posibles.	Existe ventilación adecuada en todas las áreas escolares donde los estudiantes se reúnen.					
	Se proveen espacios adecuados de enseñanza y aprendizaje.					
	La iluminación es adecuada.					
	Se ha previsto alivio durante temperaturas extremas.					
	Se toman medidas para reducir las perturbaciones sonoras innecesarias.					

	El colegio debe identificar qué normas ya existen y analizar con las autoridades pertinentes cómo se pueden obtener recursos para cumplir dichas normas.					
	Se cuentan con muebles y otras instalaciones para satisfacer los diferentes tamaños y necesidades de los estudiantes.					

FACTOR CLAVE 3: ¿El colegio tiene un ambiente social saludable?		Calificación				
1. El espíritu del colegio promueve los aspectos mentales, espirituales, emocionales, financieros y sociales de los estudiantes y el personal del colegio.	El colegio promueve la autoestima y la resiliencia de los estudiantes y del personal del colegio.	1	2	3	4	5
	Los maestros no usan disciplina severa y apoyan y respetan a los estudiantes.	1	2	3	4	5
	Se anima a los estudiantes a participar en los procesos de toma de decisiones del colegio.	1	2	3	4	5
	Se anima a los estudiantes a ser participantes activos en el proceso de aprendizaje.	1	2	3	4	5
2. El colegio crea un ambiente de cuidado, confianza y amistad, lo cual estimula la asistencia y participación de los estudiantes.	El colegio se opone activamente la violencia física y verbal, tanto entre los estudiantes como por parte del personal hacia los estudiantes. Además, promueve la resolución creativa de conflictos y violencia dentro del colegio.	1	2	3	4	5

	El colegio brinda un monitoreo y apoyo apropiado para reducir la vulnerabilidad y atender las necesidades especiales de los estudiantes y el personal.	1	2	3	4	5
3. El colegio proporciona apoyo y asistencia apropiada a los estudiantes y al personal que se encuentra en desventaja en relación con sus compañeros.	El colegio y/o las autoridades educativas reconocen que algunos estudiantes tienen necesidades especiales y garantizan el suministro de instalaciones apropiadas y asistencia de aprendizaje. Asimismo, se ofrecen programas a estudiantes con necesidades especiales y a estudiantes de entornos desfavorecidos.	1	2	3	4	5
4. El colegio ofrece un ambiente totalmente inclusivo en el que todos los individuos son valorados y las diferencias son respetadas.	El colegio ofrece oportunidades para celebrar la diversidad cultural, religiosa y étnica, p. ej., a través de comidas, artes, disfraces, danzas, exposiciones, festivales y exposiciones.	1	2	3	4	5
	El currículo ofrece oportunidades para que los estudiantes aprendan sobre la diversidad cultural, religiosa, étnica y de costumbres. Y este aprendizaje se aplicará cuando sea apropiado	1	2	3	4	5

<p>5. El colegio responde a las necesidades educativas de los maestros y padres y cómo estas necesidades pueden influir en el bienestar de los estudiantes.</p>	<p>Cuando corresponda, el colegio brinda servicios educativos específicos para los padres de familia, por ejemplo, alfabetización, habilidades parentales, educación sobre helmintos. También anima y facilita la formación de grupos de apoyo para padres.</p>	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---	---

FACTOR CLAVE 4: ¿Su colegio tiene vínculos comunitarios?		Calificación				
<p>1. Se fomenta la participación de la familia y la comunidad en la vida del colegio.</p>	<p>Las familias participan en la toma de decisiones sobre las actividades adecuadas de promoción de la salud, tales como las políticas alimentarias, el desarrollo de jardín escolar, actividades físicas y educación de salud sexual reproductiva.</p>	1	2	3	4	5
	<p>El currículo contiene actividades relacionadas con la salud que involucran a los niños que trabajan con sus familias.</p>	1	2	3	4	5
	<p>Los grupos locales con un interés en la salud de los niños y los adolescentes y las organizaciones de salud que brindan servicios en la comunidad local participan en forma conjunta en las actividades escolares.</p>	1	2	3	4	5

	Cuando corresponde, el colegio busca orientación y asesoría de otras agencias sobre temas emergentes específicos relacionados con la salud.	1	2	3	4	5
2. El colegio es proactivo en su vinculación con la comunidad local.	Los estudiantes y maestros participan en eventos locales, como culturales, deportivos y en festivales.	1	2	3	4	5
	El colegio comunica a la comunidad local sobre sus iniciativas de salud, por ejemplo, mediante el uso de medios de comunicación locales, jornadas de puertas abiertas del colegio o funciones comunitarias en las que los estudiantes ofrecen "colegios saludables".	1	2	3	4	5
	El colegio comparte sus instalaciones con miembros y grupos de la comunidad que promueven la salud.	1	2	3	4	5
	El colegio trabaja con la comunidad local para reducir el impacto de los mensajes de los medios de comunicación y los enfoques de marketing que pueden ser perjudiciales para la salud y el bienestar de los estudiantes.	1	2	3	4	5
	El colegio trabaja en asociación con organizaciones de medios locales para mejorar la alfabetización mediática de estudiantes y maestros para crear un	1	2	3	4	5

	ambiente de comunicación que apoye la salud.					
	¿Existen convenios para la salud integral del colegio con otra institución?	1	2	3	4	5

FACTOR CLAVE 5: ¿El colegio tiene competencias de acción para una vida saludable?		Calificación				
1. El currículo aborda los temas de salud de manera coherente y holística para que los estudiantes puedan desarrollar competencias a fin de que puedan tomar acción.	El currículo de salud está diseñado para ser interesante, atractivo y relevante para los estudiantes y ha sido adaptado donde sea relevante.					
	El proceso de aprendizaje hace hincapié en la participación y el empoderamiento de los estudiantes.					
	El currículo refleja casos que los estudiantes pueden relacionar con su comunidad y experiencia.					
	El currículo apoya la gestión rutinaria de atención de salud de los estudiantes.					
	El currículo provee experiencias de aprendizaje apropiadas según el desarrollo de los niños.					
	Se asigna suficiente tiempo por semana a la salud en el currículo en general.					

<p>2. El plan de estudios está diseñado para mejorar la comprensión de los estudiantes respecto de los temas de salud. Además, debe brindar oportunidades (apropiadas según la edad y el desarrollo) para que los estudiantes desarrollen y apliquen sus habilidades al momento de abordar temas de salud a nivel individual, familiar y comunitario.</p>	<p>Los estudiantes reciben educación básica, apropiada a su edad y cultura, sobre nutrición, las cinco claves de la OMS para alimentos seguros, prevención de enfermedades e higiene, actividad física, seguridad, salud mental, habilidades para la vida, sexualidad (incluidos VIH / SIDA), prevención del uso de drogas, prevención de accidentes y lesiones, salud bucal y cuestiones ambientales.</p>					
	<p>Los estudiantes tienen oportunidades de adquirir habilidades con respecto a temas de salud específicos y relevantes, como la resistencia al consumo de tabaco y drogas, el mantenimiento de la higiene oral, etc.</p>					
	<p>A los estudiantes se les proporcionan experiencias de aprendizaje auténticas y también se les brinda apoyo para desarrollar destrezas en la práctica de comportamientos protectores y evitar comportamientos riesgosos.</p>					
	<p>Los estudiantes desarrollan competencias en la resolución de problemas, toma de decisiones, comunicación efectiva (incluidas las habilidades de negociación y rechazo), defensa, confrontación de emociones y estrés, y pensamiento crítico y creativo, para mejorar su salud y bienestar y para ser competentes al momento de tomar</p>					

	medidas para mejorar la salud familiar y comunitaria.					
	Los estudiantes desarrollan competencias al trabajar en grupos, como líderes, educadores y mentores.					
3. Los maestros están adecuadamente preparados para su papel como participantes claves en las escuelas que promueven la salud.	Los maestros reciben capacitación en la promoción de salud del colegio antes y durante del desarrollo de actividades, por ejemplo, cursos breves y talleres de actualización).					
	A los maestros se les provee en forma continua información adecuada, sobre la disponibilidad y el uso de recursos de salud para facilitar el aprendizaje y estrategias efectivas de enseñanza y aprendizaje.					
	Las autoridades del colegio permiten a todo el personal adquirir los conocimientos y las habilidades necesarias para tomar acción en el mejoramiento de su propia salud.					

4. Los maestros y estudiantes adquieren conocimiento y comprensión de los mensajes de los medios relacionados con la salud, y desarrollan la capacidad de analizar estos mensajes.	Los estudiantes y maestros analizan periódicamente los medios de comunicación (impresos, electrónicos) donde se representa la salud y, donde sea necesario, trabajan juntos para tomar acciones que limiten los riesgos potenciales para la salud de dichos mensajes.					
5. El colegio facilita oportunidades de aprendizaje sobre la vida saludable en la comunidad local y la sociedad.	Además de la capacitación de los maestros, está disponible sesiones de capacitación para padres, personal clave de salud y educación y miembros de la comunidad local a fin de preparar a estos grupos para que puedan tomar acciones que promuevan la salud y el bienestar de los estudiantes, sus familias y la comunidad.					
	¿Se tiene material educativo referido a salud?					
	¿El colegio tiene servicios de salud y nutrición?					

FACTOR CLAVE 6: ¿Su colegio tiene servicios de promoción y atención médica ?		Calificación				
1. Los servicios básicos de prevención, promoción y protección de la salud que abordan las	El colegio busca activamente la inmunización para sus estudiantes.					
	Se brinda un chequeo médico, por ejemplo, para la visión, la audición y el desarrollo físico.					

necesidades locales y nacionales están disponibles para los estudiantes y el personal.	Se proporcionan servicios básicos de salud bucal apropiados, por ejemplo, examen anual, aplicación de sellador y restauración de dientes.					
	Las autoridades competentes mantienen registros sanitarios respectivos del estado de salud de los alumnos.					
	Los servicios de consejería y apoyo están disponibles para estudiantes con problemas sociales y emocionales y para aquellos con problemas de salud.					
2. Los servicios de salud locales contribuyen al programa de salud del colegio.	Existe un proceso de consulta entre el personal de servicios de salud y los maestros sobre el diseño y la implementación del currículo relacionado con la salud.					
	El personal de servicios de salud complementa el trabajo de los maestros al colaborar con el personal del colegio para apoyar las iniciativas del currículo.					
	Los servicios de salud son proactivos al acercarse a las escuelas para ofrecer apoyo a las actividades de promoción de la salud.					
	Los servicios de salud locales apoyan a los colegios explicando y gestionando campañas locales de salud.					

3. Los servicios de salud contribuyen a la capacitación de los maestros.	El personal pertinente de los servicios de salud ofrece programas de capacitación para los maestros en temas apropiados, como el control de helmintos o primeros auxilios.					
--	--	--	--	--	--	--

----- Gracias -----



Evaluación del Proyecto *Colegios promotores de la salud de la Asistencia Oficial de Desarrollo (AOD)* en Perú basada en Criterios de Evaluación del Programa Colegios Promotores de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Questionario

Consentimiento informado

Estimado Sr(a).

Le saluda Yeseul Jung, de antemano agradezco su colaboración y explico lo siguiente:

quisiera pedirle revisar este cuestionario que voy a entregarle para desarrollar mi tesis "Evaluación del Proyecto Colegios Promotores de la Salud de la Asistencia Oficial de Desarrollo (AOD) en el Perú basada en Criterios de Evaluación del Programa Colegios Promotores de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS)".

La investigación tiene el objetivo de evaluar si los colegios promotores de la salud en Lima norte y el Callao satisfacen los estándares internacionales de *Colegios promotores de la salud* de la OMS para el control de peso y enfermedades mentales mediante un análisis de los resultados del cumplimiento de estándares y resultados de evaluación de sobrepeso y salud mental en los colegios de intervención del proyecto y *colegios control*. Este análisis tiene la finalidad de verificar si el proyecto tiene impacto en la sociedad.

Por cuestiones de seguridad y ética, su respuesta será totalmente confidencial y solamente se usará para este estudio. En ningún caso será conocida por otras personas o será revelada su identidad.

Si quiere participar la encuesta, firma abajo y no quiere participar la encuesta, devuelva la encuesta al encuestador.

Gracias por su colaboración.

Cualquier pregunta o solicitud sobre el tesis, me puede comunicar.

Investigador: Yeseul Jung

Contacto: + 51 992 377 486

Profesor: Carlos Torres Hidalgo

Universidad: Pontificia Universidad Católica del Perú

Firma _____

Evaluación del Proyecto *Colegios promotores de la salud de la Asistencia Oficial de Desarrollo (AOD)* en Perú basada en Criterios de Evaluación del Programa Colegios Promotores de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Cuestionario

Estimado Sr(a).

Le saluda Yeseul Jung, de antemano agradezco su colaboración y explico lo siguiente:

quisiera pedirle revisar este cuestionario que voy a entregarle para desarrollar mi tesis "Evaluación del Proyecto Colegios Promotores de la Salud de la Asistencia Oficial de Desarrollo (AOD) en el Perú basada en Criterios de Evaluación del Programa Colegios Promotores de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS)".

La investigación tiene el objetivo de evaluar si los colegios promotores de la salud en Lima norte y el Callao satisfacen los estándares internacionales de *Colegios promotores de la salud* de la OMS para el control de peso y enfermedades mentales mediante un análisis de los resultados del cumplimiento de estándares y resultados de evaluación de sobrepeso y salud mental en los colegios de intervención del proyecto y colegios control; así como de las percepciones y expectativas de los docentes de los colegios del proyecto. Este análisis tiene la finalidad de verificar si el proyecto tiene impacto en la sociedad. Por cuestiones de seguridad y ética, su respuesta será totalmente confidencial y solamente se usará para este estudio.

Gracias por su colaboración.

II. Información general

1. Sexo

① Hombre () ② Mujer ()

2. Edad

① 20 () ② 30 () ③ 40 () ④ Más de 50 ()

3. Educación

① Bachiller () ② Maestría () ③ Doctorado () ④ Licenciado ()

4. Institución educativa

① I.E. Estados Unidos () ② I.E. Kumamoto ()

II. Preguntas: (1: muy impropio, 2: impropio, 3: normal, 4: apropiado, 5: muy apropiado)

Factor clave 1: ¿El colegio tiene políticas para colegios saludables?		Calificación				
Añadido	¿Se desarrollan temas de salud en el aula?	1	2	3	4	5
1. El colegio tiene políticas sobre la comida saludable y segura	El colegio ha tomado medidas para asegurar alimentos saludables, y donde sea posible y apropiado, ha aumentado el número de locales disponibles para los estudiantes.	1	2	3	4	5
	Los maestros y otros miembros del personal del colegio actúan como modelos al comer alimentos saludables en el colegio.	1	2	3	4	5
	La comida saludable está disponible en los eventos sociales del colegio, como días de deportes.	1	2	3	4	5
	Los alimentos saludables y seguros están fácilmente disponibles en el quiosco del colegio (si existe), de esta manera se reducen las opciones para los alimentos poco saludables .	1	2	3	4	5
	Los vendedores de alimentos que venden o distribuyen alimentos a los estudiantes dentro del colegio deben ser aprobados por el colegio y las autoridades sanitarias pertinentes.	1	2	3	4	5

2. El colegio está totalmente libre de tabaco y prohíbe el uso nocivo de alcohol y drogas ilícitas en todas las actividades.	El colegio ha desarrollado una estrategia para eliminar completamente el tabaquismo dentro de las instalaciones dentro de un plazo específico. Esta política se aplica a todo el personal, estudiantes y visitantes.	1	2	3	4	5
	El colegio ha preparado un plan de acción apropiado para eliminar el alcohol y las drogas ilícitas en todas las actividades escolares.	1	2	3	4	5
	Cuando sea apropiado, la comunidad escolar abogará por prohibir las ventas de tabaco en el área local.	1	2	3	4	5
3. El colegio mantiene principios de equidad garantizando que las niñas y los niños tengan acceso equitativo a los recursos escolares y oportunidades en las actividades escolares.	El colegio ha revisado las costumbres y prácticas prevalecientes con respecto al uso del espacio de juego, equipos, tiempo del maestro y recursos sanitarios, entre otros. En caso necesario, también ha adoptado medidas para corregir las desigualdades entre niñas y niños.	1	2	3	4	5
4. El colegio cuenta con procedimientos formales en relación con la	Todos los medicamentos distribuidos por el colegio están registrados.	1	2	3	4	5

distribución de medicamentos.	Los funcionarios locales de salud brindan consejos sobre el almacenamiento y distribución adecuada de los medicamentos.	1	2	3	4	5
	Cuando sea apropiado, la comunidad escolar abogará por prohibir las ventas de tabaco en el área local.	1	2	3	4	5
5. El colegio tiene una política y un programa de primeros auxilios.	Hay una cantidad adecuada de botiquines de primeros auxilios para la población escolar.	1	2	3	4	5
	Se ha capacitado a un número apropiado de maestros en los procedimientos de primeros auxilios.	1	2	3	4	5
	A una edad apropiada, los estudiantes reciben capacitación en primeros auxilios.	1	2	3	4	5
	Un estudiante o un maestro acudirá al hospital o clínica indicada en caso de emergencias , según los procedimientos de emergencia.	1	2	3	4	5
6. Donde corresponda, el colegio tiene políticas y programas sobre el control de helmintos y otros parásitos.	Los estudiantes aprenden los conocimientos básicos y métodos de prevención.	1	2	3	4	5
	Los servicios de tratamiento se ofrecerán cuando sea apropiado, y con consejería de los funcionarios de salud.	1	2	3	4	5

7. Donde corresponda, el colegio tiene una política de protección solar.	A los estudiantes no se les permite jugar bajo el sol sin ropa protectora (por ejemplo, sombreros) que cubra la cabeza y el cuello, y tampoco se les permite jugar cuando el sol está en su máxima intensidad .	1	2	3	4	5
	Los maestros actúan como modelos al usar ropa protectora mientras están bajo el sol.	1	2	3	4	5
8. El colegio tiene una política de chequeo médico.	Los alumnos reciben chequeos médicos de rutina, incluida la inmunización, de acuerdo con las prioridades locales y rentabilidad .	1	2	3	4	5
9. El colegio tiene una política de cierre en caso de emergencias u otras circunstancias que amenacen la salud de los estudiantes .	Las clases se suspenden y se les pide a los estudiantes que se queden en casa: <ul style="list-style-type: none"> • si se produce la interrupción continua del suministro de agua potable. • en caso de brote de alguna enfermedad infecciosa. • en caso de calor o frío extremos ,de los que no pueden ser protegidos adecuadamente, • si el colegio considera que los servicios higiénicos amenazan la salud después de consultar con los servicios de salud locales. 	1	2	3	4	5

10. El colegio tiene un plan de seguridad que se implementará en caso de emergencias o crisis.	El colegio tiene un plan de evacuación en caso de incendio. A los estudiantes se les capacitará en la implementación de este plan.	1	2	3	4	5
	El colegio tiene planes de emergencia para otras circunstancias que podrían producirse en el área local y para las cuales es probable que haya poca anticipación, p.ej. inundaciones, tifones, ataques físicos en caso de hostilidades.	1	2	3	4	5
11. Cuando proceda, el colegio tiene una política de control y manejo de enfermedades infecciosas (como VIH / SIDA y tuberculosis), incluido su manejo seguro.	Los casos de gestión práctica, como los procedimientos de derrame de sangre y manejo de agua contaminada, están claramente documentados y su eficacia ha sido comprobada. Asimismo, se dispone de equipos adecuados en caso de que sea necesario.	1	2	3	4	5
	Cuando corresponda, los maestros y demás personal del colegio reciben capacitación sobre prevención y manejo del VIH / SIDA, SARS, influenza y otras enfermedades infecciosas.	1	2	3	4	5
12. El colegio apoya la educación democrática y participativa asegurando que las opiniones de los estudiantes	El colegio tiene un foro estructurado para que los estudiantes expresen sus opiniones e ideas.	1	2	3	4	5
	Las actividades dirigidas por los estudiantes son	1	2	3	4	5

sean consideradas. También los estudiantes tienen oportunidades apropiadas con orientación y supervisión para iniciar e implementar actividades relacionadas con la salud.	comunes en el colegio.					
	Cuando sea apropiado, el colegio facilita las actividades iniciadas por los estudiantes y la interacción entre estudiantes así como entre estudiantes y miembros relevantes de la comunidad (bajo la guía y supervisión del maestro) para desarrollar planes y acciones que aborden asuntos de salud relevantes.	1	2	3	4	5
13. El colegio tiene una política que restringe y maneja la exposición de los estudiantes a los medios de comunicación y estrategias de mercadeo para productos y prácticas que representan un riesgo para la salud.	Se tiene cuidado en verificar todos los productos a los cuales están expuestos los estudiantes en la comunidad escolar.	1	2	3	4	5
	El colegio provee activamente oportunidades curriculares para que los estudiantes aprendan cómo se promueven los productos relacionados con la salud.	1	2	3	4	5
	El colegio revisa rigurosamente cualquier asociación con organizaciones externas que puedan vender productos y proporcionar servicios que conlleven un riesgo para la salud de los estudiantes.	1	2	3	4	5

14. El colegio tiene una política sobre el establecimiento y sostenibilidad de un ambiente sano, amigable y seguro.	El colegio tiene un plan de acción para mejorar su entorno físico y social, desarrollado con la participación de los estudiantes y padres y, cuando sea relevante, con los líderes de la comunidad local.	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---	---

FACTOR CLAVE 2: ¿Su colegio tiene un entorno físico sano?		Calificación				
1. El colegio cuenta con un ambiente seguro, y saludable para la comunidad escolar.	Al seleccionar cualquier juego nuevo y equipo deportivo, el colegio toma en cuenta la seguridad y, de ser apropiado, asegura poner en práctica los lineamientos para su aplicación. .					
	El colegio realiza auditorías periódicas de seguridad de todos los edificios, plantas, equipos y alrededores del colegio.					
	Junto con la comunidad local, el colegio toma medidas para minimizar los peligros locales, por ejemplo, los relacionados con el tráfico o tráfico de drogas.					
	Se aplican los procedimientos para los visitantes a fin de garantizar la seguridad de los estudiantes y del personal.					
	Cuando corresponda, el colegio efectúa controles periódicos y toma las medidas necesarias para eliminar los criaderos de mosquitos y otras áreas que puedan facilitar la					

	reproducción de ratas y otras plagas.					
2. Se dispone de agua potable y saneamiento adecuados	Hay suficientes servicios higiénicos conectados a un sistema de alcantarillado en funcionamiento y, donde sea apropiado, se proveen servicios separados para niños y niñas.					
	Se dispone de agua potable y segura para tomar, lavarse las manos y preparar alimentos.					
	Las instalaciones de lavado y saneamiento disponen de una cantidad adecuada de agua.					
3. El colegio mantiene prácticas que apoyan un ambiente sostenible y energéticamente eficiente.	Los materiales, como papel, vidrio y aluminio se reciclan.					
	Se desalienta el uso de recipientes de plástico desechables.					
	La energía se conserva y se utilizan fuentes de energía renovables donde sea apropiado.					
	El currículo pedagógico ofrece oportunidades para que los estudiantes aprendan sobre temas ambientales globales, nacionales y locales, así como oportunidades para desarrollar acciones que el colegio y los estudiantes puedan					

	implementar en el colegio y en la comunidad local.					
4. Los lugares donde se provee comida, la comida es sana y nutritiva .	Sólo hay comida saludable en el quiosco del colegio.					
	Los vendedores de alimentos aplican las Cinco Claves de la OMS para Alimentos Seguros o su equivalente.					
5. Se anima a los estudiantes a cuidar de las instalaciones escolares y los ambientes construidos naturales.	El colegio tiene un sistema adecuado de eliminación de basura que es adecuado conforme a las circunstancias.					
	Los estudiantes participan en mantener el colegio limpio.					
	Los estudiantes participan en el embellecimiento del colegio, por ejemplo, pintar murales y plantar árboles y arbustos, etc.					
6. El colegio se esfuerza por enriquecer el aprendizaje garantizando las mejores condiciones físicas posibles.	Existe ventilación adecuada en todas las áreas escolares donde los estudiantes se reúnen.					
	Se proveen espacios adecuados de enseñanza y aprendizaje.					
	La iluminación es adecuada.					
	Se ha previsto alivio durante temperaturas extremas.					
	Se toman medidas para reducir las perturbaciones sonoras innecesarias.					

	El colegio debe identificar qué normas ya existen y analizar con las autoridades pertinentes cómo se pueden obtener recursos para cumplir dichas normas.					
	Se cuentan con muebles y otras instalaciones para satisfacer los diferentes tamaños y necesidades de los estudiantes.					

FACTOR CLAVE 3: ¿El colegio tiene un ambiente social saludable?		Calificación				
1. El espíritu del colegio promueve los aspectos mentales, espirituales, emocionales, financieros y sociales de los estudiantes y el personal del colegio.	El colegio promueve la autoestima y la resiliencia de los estudiantes y del personal del colegio.	1	2	3	4	5
	Los maestros no usan disciplina severa y apoyan y respetan a los estudiantes.	1	2	3	4	5
	Se anima a los estudiantes a participar en los procesos de toma de decisiones del colegio.	1	2	3	4	5
	Se anima a los estudiantes a ser participantes activos en el proceso de aprendizaje.	1	2	3	4	5
2. El colegio crea un ambiente de cuidado, confianza y amistad, lo cual estimula la asistencia y participación de los estudiantes.	El colegio se opone activamente la violencia física y verbal, tanto entre los estudiantes como por parte del personal hacia los estudiantes. Además, promueve la resolución creativa de conflictos y violencia dentro del colegio.	1	2	3	4	5

	El colegio brinda un monitoreo y apoyo apropiado para reducir la vulnerabilidad y atender las necesidades especiales de los estudiantes y el personal.	1	2	3	4	5
3. El colegio proporciona apoyo y asistencia apropiada a los estudiantes y al personal que se encuentra en desventaja en relación con sus compañeros.	El colegio y/o las autoridades educativas reconocen que algunos estudiantes tienen necesidades especiales y garantizan el suministro de instalaciones apropiadas y asistencia de aprendizaje. Asimismo, se ofrecen programas a estudiantes con necesidades especiales y a estudiantes de entornos desfavorecidos.	1	2	3	4	5
4. El colegio ofrece un ambiente totalmente inclusivo en el que todos los individuos son valorados y las diferencias son respetadas.	El colegio ofrece oportunidades para celebrar la diversidad cultural, religiosa y étnica, p. ej., a través de comidas, artes, disfraces, danzas, exposiciones, festivales y exposiciones.	1	2	3	4	5
	El currículo ofrece oportunidades para que los estudiantes aprendan sobre la diversidad cultural, religiosa, étnica y de costumbres. Y este aprendizaje se aplicará cuando sea apropiado	1	2	3	4	5

<p>5. El colegio responde a las necesidades educativas de los maestros y padres y cómo estas necesidades pueden influir en el bienestar de los estudiantes.</p>	<p>Cuando corresponda, el colegio brinda servicios educativos específicos para los padres de familia, por ejemplo, alfabetización, habilidades parentales, educación sobre helmintos. También anima y facilita la formación de grupos de apoyo para padres.</p>	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---	---

FACTOR CLAVE 4: ¿Su colegio tiene vínculos comunitarios?		Calificación				
<p>1. Se fomenta la participación de la familia y la comunidad en la vida del colegio.</p>	<p>Las familias participan en la toma de decisiones sobre las actividades adecuadas de promoción de la salud, tales como las políticas alimentarias, el desarrollo de jardín escolar, actividades físicas y educación de salud sexual reproductiva.</p>	1	2	3	4	5
	<p>El currículo contiene actividades relacionadas con la salud que involucran a los niños que trabajan con sus familias.</p>	1	2	3	4	5
	<p>Los grupos locales con un interés en la salud de los niños y los adolescentes y las organizaciones de salud que brindan servicios en la comunidad local participan en forma conjunta en las actividades escolares.</p>	1	2	3	4	5

	Cuando corresponde, el colegio busca orientación y asesoría de otras agencias sobre temas emergentes específicos relacionados con la salud.	1	2	3	4	5
2. El colegio es proactivo en su vinculación con la comunidad local.	Los estudiantes y maestros participan en eventos locales, como culturales, deportivos y en festivales.	1	2	3	4	5
	El colegio comunica a la comunidad local sobre sus iniciativas de salud, por ejemplo, mediante el uso de medios de comunicación locales, jornadas de puertas abiertas del colegio o funciones comunitarias en las que los estudiantes ofrecen "colegios saludables".	1	2	3	4	5
	El colegio comparte sus instalaciones con miembros y grupos de la comunidad que promueven la salud.	1	2	3	4	5
	El colegio trabaja con la comunidad local para reducir el impacto de los mensajes de los medios de comunicación y los enfoques de marketing que pueden ser perjudiciales para la salud y el bienestar de los estudiantes.	1	2	3	4	5
	El colegio trabaja en asociación con organizaciones de medios locales para mejorar la alfabetización mediática de estudiantes y maestros para crear un	1	2	3	4	5

	ambiente de comunicación que apoye la salud.					
	¿Existen convenios para la salud integral del colegio con otra institución?	1	2	3	4	5

FACTOR CLAVE 5: ¿El colegio tiene competencias de acción para una vida saludable?		Calificación				
1. El currículo aborda los temas de salud de manera coherente y holística para que los estudiantes puedan desarrollar competencias a fin de que puedan tomar acción.	El currículo de salud está diseñado para ser interesante, atractivo y relevante para los estudiantes y ha sido adaptado donde sea relevante.					
	El proceso de aprendizaje hace hincapié en la participación y el empoderamiento de los estudiantes.					
	El currículo refleja casos que los estudiantes pueden relacionar con su comunidad y experiencia.					
	El currículo apoya la gestión rutinaria de atención de salud de los estudiantes.					
	El currículo provee experiencias de aprendizaje apropiadas según el desarrollo de los niños.					
	Se asigna suficiente tiempo por semana a la salud en el currículo en general.					

<p>2. El plan de estudios está diseñado para mejorar la comprensión de los estudiantes respecto de los temas de salud. Además, debe brindar oportunidades (apropiadas según la edad y el desarrollo) para que los estudiantes desarrollen y apliquen sus habilidades al momento de abordar temas de salud a nivel individual, familiar y comunitario.</p>	<p>Los estudiantes reciben educación básica, apropiada a su edad y cultura, sobre nutrición, las cinco claves de la OMS para alimentos seguros, prevención de enfermedades e higiene, actividad física, seguridad, salud mental, habilidades para la vida, sexualidad (incluidos VIH / SIDA), prevención del uso de drogas, prevención de accidentes y lesiones, salud bucal y cuestiones ambientales.</p>					
	<p>Los estudiantes tienen oportunidades de adquirir habilidades con respecto a temas de salud específicos y relevantes, como la resistencia al consumo de tabaco y drogas, el mantenimiento de la higiene oral, etc.</p>					
	<p>A los estudiantes se les proporcionan experiencias de aprendizaje auténticas y también se les brinda apoyo para desarrollar destrezas en la práctica de comportamientos protectores y evitar comportamientos riesgosos.</p>					
	<p>Los estudiantes desarrollan competencias en la resolución de problemas, toma de decisiones, comunicación efectiva (incluidas las habilidades de negociación y rechazo), defensa, confrontación de emociones y estrés, y pensamiento crítico y creativo, para mejorar su salud y bienestar y para ser competentes al momento de tomar</p>					

	medidas para mejorar la salud familiar y comunitaria.					
	Los estudiantes desarrollan competencias al trabajar en grupos, como líderes, educadores y mentores.					
3. Los maestros están adecuadamente preparados para su papel como participantes claves en las escuelas que promueven la salud.	Los maestros reciben capacitación en la promoción de salud del colegio antes y durante del desarrollo de actividades, por ejemplo, cursos breves y talleres de actualización).					
	A los maestros se les provee en forma continua información adecuada,, sobre la disponibilidad y el uso de recursos de salud para facilitar el aprendizaje y estrategias efectivas de enseñanza y aprendizaje.					
	Las autoridades del colegio permiten a todo el personal adquirir los conocimientos y las habilidades necesarias para tomar acción en el mejoramiento de su propia salud.					

4. Los maestros y estudiantes adquieren conocimiento y comprensión de los mensajes de los medios relacionados con la salud, y desarrollan la capacidad de analizar estos mensajes.	Los estudiantes y maestros analizan periódicamente los medios de comunicación (impresos, electrónicos) donde se representa la salud y, donde sea necesario, trabajan juntos para tomar acciones que limiten los riesgos potenciales para la salud de dichos mensajes.					
5. El colegio facilita oportunidades de aprendizaje sobre la vida saludable en la comunidad local y la sociedad.	Además de la capacitación de los maestros, está disponible sesiones de capacitación para padres, personal clave de salud y educación y miembros de la comunidad local a fin de preparar a estos grupos para que puedan tomar acciones que promuevan la salud y el bienestar de los estudiantes, sus familias y la comunidad.					
	¿Se tiene material educativo referido a salud?					
	¿El colegio tiene servicios de salud y nutrición?					

FACTOR CLAVE 6: ¿Su colegio tiene servicios de promoción y atención médica ?		Calificación				
1. Los servicios básicos de prevención, promoción y protección de la salud que abordan las	El colegio busca activamente la inmunización para sus estudiantes.					
	Se brinda un chequeo médico, por ejemplo, para la visión, la audición y el desarrollo físico.					

necesidades locales y nacionales están disponibles para los estudiantes y el personal.	Se proporcionan servicios básicos de salud bucal apropiados, por ejemplo, examen anual, aplicación de sellador y restauración de dientes.					
	Las autoridades competentes mantienen registros sanitarios respectivos del estado de salud de los alumnos.					
	Los servicios de consejería y apoyo están disponibles para estudiantes con problemas sociales y emocionales y para aquellos con problemas de salud.					
2. Los servicios de salud locales contribuyen al programa de salud del colegio.	Existe un proceso de consulta entre el personal de servicios de salud y los maestros sobre el diseño y la implementación del currículo relacionado con la salud.					
	El personal de servicios de salud complementa el trabajo de los maestros al colaborar con el personal del colegio para apoyar las iniciativas del currículo.					
	Los servicios de salud son proactivos al acercarse a las escuelas para ofrecer apoyo a las actividades de promoción de la salud.					
	Los servicios de salud locales apoyan a los colegios explicando y gestionando campañas locales de salud.					

3. Los servicios de salud contribuyen a la capacitación de los maestros.	El personal pertinente de los servicios de salud ofrece programas de capacitación para los maestros en temas apropiados, como el control de helmintos o primeros auxilios.					
--	--	--	--	--	--	--

----- Gracias -----

