

FACULTAD DE TEOLOGÍA PONTIFICIA Y CIVIL DE LIMA



EVALUACIÓN DE LA INFLUENCIA DE LA SALUD COMO
TEMA PERMANENTE Y FUNDAMENTAL EN LA
MODALIDAD DE EDUCACIÓN BÁSICA REGULAR: ANÁLISIS
DESDE LA PERSPECTIVA HISTÓRICA EN EL PERIODO
REPUBLICANO

Tesis para optar al Grado de Doctor en Educación

Autor: Jaime Alberto Ramos Clavijo

Asesor: Dra. Irma Diana Longo Espinoza

Lima, Perú

2019

Titulo

“Evaluación de la influencia de la salud como tema permanente y fundamental en la modalidad de educación básica regular: análisis desde la perspectiva histórica en el periodo republicano”

Dedicatoria

A Dios que me ha permitido alcanzar todas las metas que me he propuesto.

A mis padres que siempre me inculcaron el estudio.

A Carol, Carlos y Carito que, con su paciencia y cariño, me han apoyado en todo.

Reconocimiento

Al Dr. Luis Arista quien me entusiasmó a no dejar este tema de investigación.

A la Dra. Irma Longo por sus orientaciones y aportes para mejorar este trabajo.

A todos mis estudiantes que me animaban siempre a seguir adelante.

Tabla de contenidos

Título.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Reconocimiento	iv
Tabla de contenidos.....	v
Lista de tablas	vii
Lista de figuras.....	viii
Resumen.....	x
Abstract.....	xi
Introducción	xii
Capítulo I: Planteamiento del problema	14
1.1. Descripción del problema	14
1.2. Formulación del problema.....	19
1.3. Objetivos de la investigación.....	19
1.4. Justificación de la investigación.....	20
1.5. Limitaciones de la investigación	21
Capítulo II. Marco Teórico.....	23
2.1. Antecedentes de la investigación	23
2.2. Bases teóricas	26
2.3. Definición de categorías de análisis	39
Capítulo III. Supuestos y variables	40
3.1. Supuestos de la investigación.....	40
3.2. Variables	40
Capítulo IV. Metodología	41
4.1. Enfoque de investigación.....	41
4.2. Tipo de la investigación	41
4.3. Nivel de investigación	42
4.4. Diseño de investigación	42
4.5. Muestra	42
4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	42
Capítulo V. Resultados logrados con la investigación	44
5.1. Presentación y análisis de indicadores del sector educación y salud.....	44
5.2. El desarrollo histórico del tema de la salud en el currículo educativo peruano de educación básica regular.....	61

5.3. Justificación de la relación estrecha entre salud y educación especialmente para el desarrollo integral de nuestro país.	80
Capítulo VI. Propuesta educativa	83
Capítulo VII. Análisis y discusión de los resultados	87
Conclusiones	91
Recomendaciones.....	94
Referencias.....	96
Anexo.....	101

Lista de tablas

Tabla 1.	Población menor de 18 años de edad con algún problema de salud, por ámbito geográfico	50
Tabla 2.	Hogares con niñas, niños y adolescentes beneficiarios de programas alimentarios, por ámbito geográfico	52
Tabla 3.	Adolescentes de 10 a 19 años con déficit de peso y sobre peso	55
Tabla 4.	Adolescentes de 15 a 19 años con déficit de peso y sobrepeso	55
Tabla 5.	Estado nutricional de la población de 10-19 años de edad por ámbito urbano/rural y sexo	56
Tabla 6.	Principales indicadores de consumo de drogas en la población escolar de secundaria	58
Tabla 7.	Selección de apotegmas del Catecismo de higiene de Sebastián Lorente ..	65
Tabla 8.	Resumen reuniones internacionales en Promoción de la Salud.....	74

Lista de figuras

Figura 1.	Estructura del Sistema de Salud del Perú.....	36
Figura 2.	Porcentaje del gasto en educación expresado en PBI y gasto público total, periodo 200-2012.....	44
Figura 3.	Gasto público por estudiante de Educación Básica, periodo 2000-2012.....	45
Figura 4.	Perú: Tasa de cobertura en Educación Básica, periodo 2001-2012.....	45
Figura 5.	Logro educativo de alumnos de 2do en la Evaluación Censal de Estudiantes, periodo 2007-2012.....	46
Figura 6.	Tasa netas de matrícula por nivel educativo, periodo 2000-2014	47
Figura 7.	Alumnos con atraso escolar (Porcentaje de la matrícula inicial), periodo 2004-2015	47
Figura 8.	Tasa de culminación de Educación Básica, periodo 2001-2015	48
Figura 9.	Gasto público en educación medido en USD y rendimiento en PISA, año 2006.....	48
Figura 10.	Tasa de deserción acumulada en primaria y secundaria, periodo 2002-2015	49
Figura 11.	Porcentaje de alumnos con primaria y secundaria completa, periodo 2004-2011	49
Figura 12.	Población menor de 18 años de edad con algún problema de salud, según ámbito geográfico, por trimestres.....	51
Figura 13.	Hogares con niñas, niños y adolescentes beneficiarios de programas alimentarios, según ámbito geográfico, por trimestres.....	53
Figura 14.	Desnutrición crónica y pobreza extrema en los niños de 6 a 9 años de edad.....	54

Figura 15. Desnutrición crónica en los niños y niñas de 6 a 11 años por área de residencia, sexo, pobreza y lengua materna.....	54
Figura 16. Estado nutricional de adolescentes de 10 a 19 años de edad. Perú 2010.....	56
Figura 17. Distribución porcentual del estado nutricional en adolescentes. Perú 2013 – 2014	57
Figura 18. Edad promedio de inicio de consumo de alcohol de los adolescentes, por regiones naturales y ámbitos urbano/rural.....	57
Figura 19. Temas abordados en la enseñanza de la educación para la salud a nivel curricular 2005.....	59
Figura 20. Tipo de servicios o programas que la EPS realiza de modo más frecuente con la comunidad 2005	60
Figura 21. Porcentaje de escuelas con acceso a agua y a agua potable 2005.....	60

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo general, evaluar desde la perspectiva histórica la influencia de la salud como tema permanente y fundamental de la educación básica regular, en el periodo republicano 1821 al 2018.

La investigación es de tipo aplicada, nivel descriptivo, y el enfoque corresponde a una investigación cualitativa. Como la investigación es una evaluación histórica, la muestra corresponde el periodo de análisis que comprende el periodo republicano entre 1821 al 2018.

La técnica de recolección fue documental, donde se hizo una revisión de fuentes secundarias, como: libros, artículos, encuestas, tesis, entre otros sobre temas de educación y salud. En cuanto al instrumento de recolección, los datos fueron registrados directamente en el trabajo, pero organizados de acuerdo a los objetivos del estudio, básicamente orientados a la educación básica regular.

Entre los principales resultados encontrados, se observó que el tema de salud fue incorporado en el currículo escolar en los años 80. Además, en el año 2002, por primera vez, se añadió en el currículo educativo peruano contenidos con un enfoque de promoción de la salud, siendo el tema principal la generación de estilos de vida saludable en la población. En conclusión, la salud siempre ha sido un tema importante y de interés nacional, y su incorporación en el currículo educativo de nivel básico fue un poco tardío, no obstante, actualmente tiene un panorama favorable, que ha requerido la atención y prioridad del Estado, ya que ambos temas son componentes fundamentales para el desarrollo del país.

Palabras claves: salud, educación básica regular, periodo republicano, currículo educativo.

ABSTRACT

The general objective of this research was to evaluate, from a historical perspective, the influence of health as a permanent and fundamental theme of regular basic education, in the Republican period from 1821 to 2018.

The research is of applied type, descriptive level, and the approach corresponds to a qualitative research. As the investigation is a historical evaluation, the sample corresponds to the period of analysis that includes the republican period between 1821 and 2018.

The collection technique was documentary, where a review of secondary sources was made, such as: books, articles, surveys, theses, among others on education and health issues. As for the collection instrument, the data were recorded directly in the work, but organized according to the objectives of the study, basically oriented to regular basic education.

Among the main results found, it was observed that the health issue was incorporated into the school curriculum in the 80s. In addition, in 2002, for the first time, content with a focus on health promotion was added to the Peruvian educational curriculum, with the main theme being the generation of healthy lifestyles in the population. In conclusion, health has always been an important issue of national interest, and its incorporation into the basic education curriculum was a bit late, however, it currently has a favorable outlook, which has required the attention and priority of the State, since both subjects are fundamental components for the development of the country.

Keywords: health, regular basic education, republican period, educational curriculum.

INTRODUCCIÓN

La salud siempre ha sido una preocupación constante a nivel mundial, por muchas razones y sus implicancias políticas, sociales y económicas para un país. Siendo objeto de muchos debates en espacios internacionales ocupando un lugar importante.

Esta preocupación, hizo que sea significativo su promoción, siendo la Organización Mundial de la Salud, la institución que iniciará el desarrollo y difusión a través de la celebración de diferentes eventos internacionales. La finalidad fue impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo con énfasis en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y de acuerdo al orden económico mundial.

Esto implicó que los países, elaboren políticas destinadas a desarrollar en la población hábitos de vida saludables y a capacitar a la comunidad involucrada, con la finalidad de mejorar el control de los individuos sobre su propia salud. Acciones que estaban dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades, y mejorar las condiciones sociales, ambientales y económicas de la población.

Uno de los determinantes sociales que puede afectar la educación es la salud, ya que proporciona un sentido de control a diferentes momentos que enfrenta el ser humano, en ese sentido la escuela se vuelve un espacio importante para su promoción, mediante la integración al currículo escolar bajo un enfoque de conocimiento y experiencia.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos que se ha hecho en nuestra región, y específicamente en el Perú, aun los indicadores no son los óptimos, ya que existe una agenda pendiente aún por mejorar y desarrollar, como la anemia infantil, la desnutrición, la segmentación del sistema o la mejora de la gestión en la provisión.

En esta investigación, se partió realizando una descripción panorámica de la educación y la salud en la realidad peruana, luego se realizó una descripción histórica de la incorporación del tema de la salud en el currículo educativo peruano de educación básica, que permitió identificar el punto de inflexión entre salud y educación.

Finalmente, se elaboró una propuesta de reforma educativa, enfocada a resolver problemas específicos de la salud, como los factores extra-sectoriales que impacten en el nivel de salud de la población: el cuidado del medio ambiente, la seguridad alimentaria, estilos de vida y comportamientos saludables, entre otros.

Además, la presente investigación estuvo estructurado de la siguiente forma: El Capítulo I, desarrolló el problema de estudio y posteriormente formuló la pregunta de investigación. A partir de ello, se planteó los objetivos del mismo. En ese orden, se pasó a describir la justificación y las limitaciones de la investigación.

En el Capítulo II, se estableció el marco teórico, que es una de las partes fundamentales de la investigación, como es la salud y la educación, y su interrelación, donde en base a fuentes primarias o secundarias, se amplía la descripción del problema, describiendo en forma completa los planteamientos teóricos sobre los que se basó el problema y la metodología de estudio.

Por su parte, en el Capítulo III, se formuló los supuestos hipotéticos, que se enuncian en forma de pregunta o aseveración, y que están en concordancia con las preguntas y objetivos de la investigación.

En el Capítulo IV, se detalla la metodología utilizada en la investigación, como el tipo, el nivel, el enfoque y el diseño de la misma. Asimismo, la muestra, la técnica y los instrumentos de recolección.

En el siguiente Capítulo V, se realizó la presentación de los resultados, acompañado del análisis y discusión de los resultados.

Por último, luego del análisis realizado de los resultados, se establecieron las conclusiones y recomendaciones de la investigación, precisando los hallazgos obtenidos en relación a los objetivos planteados.

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

La salud y la educación son muy importantes para el bienestar y desarrollo de las personas. Además de ser derechos sociales fundamentales, se encuentran entre los principales indicadores asociados al crecimiento económico y el desarrollo social de un país, y como bien sabemos, el Perú, en estos últimos tiempos se ha ido desarrollando económicamente a nivel internacional, lo que ha traído como consecuencia que sus ciudadanos vayan adquiriendo nuevos hábitos sociales, culturales, alimenticios, etc., que muchas veces, contraviene con su salud.

Una mirada panorámica es necesaria antes de familiarizarnos con los aspectos que más preocupan de ambos sectores. Si nos enfocamos en el sector educación, según la Ley General de Educación, Ley N° 28044, el Sistema Educativo en el Perú, está organizado en dos grandes etapas: educación básica y educación superior. En cuatro modalidades, de acuerdo a las características de las personas a quienes se destina el servicio, como: educación básica regular, educación básica alternativa, educación básica especial y educación a distancia. Y en niveles, que son periodos graduales del proceso educativo. En esta investigación, nos enfocaremos en la educación básica regular, la cual comprende de tres niveles: educación inicial, educación primaria y educación secundaria (MINEDU, 2010).

La dinámica de la matrícula en educación básica ha ido cambiando en el siglo XXI, pasando de un sistema en constante expansión a un sistema con un volumen de matrícula estable, con tendencia a la reducción. Sin embargo, hay una predisposición a la atomización de programas o servicios educativos que se ha traducido en un bajo número de

matriculados y/o secciones con bajo número de estudiantes (y esto se ha dado incluso en las áreas urbanas) (Guadalupe, León, Rodríguez y Vargas, 2017).

La educación básica regular ha presentado una situación muy favorable desde el punto de vista del acceso y la conclusión de los estudios. Por ejemplo, la cobertura en el 1er Grado aumentó de 79% a 95% (del año 1993 al 2016), en 6to Grado aumentó de 38% a 58% y en 5to Secundaria aumentó de 21% a 37%, para el mismo periodo respectivamente. Sin embargo, hay aspectos pendientes por solucionar como el atraso escolar y la no conclusión del nivel secundario, esto último asociado a problemas de cobertura de la población en las edades finales esperadas para cursar la secundaria (Guadalupe, León, Rodríguez y Vargas, 2017).

En este balance no puede estar excluido los docentes y directores de la educación básica regular ya que son fundamentales para la provisión de los servicios educativos. En los últimos años se ha producido un cese de docentes tanto de primaria como secundaria, que no han podido ser cubiertos por los procesos de nombramientos, cubriéndose con los concursos anuales de contratación. Pero esta salida no es muy saludable, ya que los docentes que no lograron un desempeño satisfactorio en los concursos de nombramiento ingresaron finalmente mediante el concurso de contratación.

También se ha identificado que muchas de las plazas de la educación inicial han sido cubiertas por docentes en educación primaria. Esta reconversión de docentes no necesariamente garantizaría que se tengan docentes con las competencias requeridas. Asimismo, se ha evidenciado que muchos de los estudiantes que obtienen los puntajes más bajos en las evaluaciones de rendimiento son los que cuentan con docentes que muestran un dominio pobre de las asignaturas, situación que reforzaría las inequidades existentes en este nivel (Guadalupe, León, Rodríguez y Vargas, 2017).

Sumado a esta realidad, en varias instituciones educativas estatales, hay una falta de materiales educativos ya sea por ser insuficientes o no ser los adecuados, lo que ha conllevado a que muchos de los docentes auto-gestionen sus materiales usados en el día a día para el dictado de sus clases.

En el estudio realizado por GRADE en el año 2017, mostró que tanto los docentes de las instituciones educativas estatales como no estatales necesitan recibir capacitación en estrategias y prácticas de enseñanza. Y esto puede deberse, a una inadecuada formación inicial recibida o a un cambio de la composición de los programas educativos estatales vinculados con la estructura social de los estudiantes, donde muchos de los docentes no tendrían la formación en estrategias pedagógicas para enfrentar las consecuencias educacionales que implica la segregación escolar (Guadalupe, León, Rodríguez y Vargas, 2017).

Asimismo, habría un porcentaje de directores que ejercen funciones en un nivel o programa distinto al cual fueron formados. Siendo, el Estado el que debería asegurarse que los directores cuenten con una capacitación adecuada no solo en un nivel de formación sino en los otros niveles que tienen a su cargo.

El financiamiento, es otro aspecto crítico en la educación básica regular en nuestro país, ya que los indicadores de recursos financieros destinados por los países a la educación dados por la UNESCO o por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), están muy por debajo de lo que invierten los países miembros de la OCDE y también debajo de otros países de la región. Mientras, que Perú gasta en educación por estudiante un poco más de 1200 dólares, Brasil gasta un poco más 3000 dólares por estudiante, Chile alrededor de 3500 dólares y Costa Rica 3600 dólares por estudiante (Guadalupe, León, Rodríguez y Vargas, 2017).

Es posible mejorar estos resultados si se usaran mejor los recursos, que se acompañe con una mejor selección de docentes, la gestión escolar, y un mayor compromiso de los padres de familia y comunidades.

En el ámbito salud, hay indicadores que son importantes mencionarlos, ya que nos dan un panorama de la situación actual de la salud en la población escolar. Según el Plan de Salud Escolar 2013-2016 citando cifras del ENAHO – CENAN¹ 2009-2010, el 21.6% y 15.9% de los niños de 3 y 4 años respectivamente presentan anemia, entretanto el 35% de los adolescentes comprendidos entre 15 y 19 años presentan esta misma patología (31% en zonas urbanas y 39% en zonas rurales) (Ministerio de Salud, 2013). Hay que señalar, que

¹ CENAN: Centro Nacional de Alimentación y Nutrición dependencia del Instituto Nacional de Salud (INS).

los niños en etapa escolar que presentan anemia tienen valores por debajo de 11.50 g/dl de hemoglobina, perjudicando el desarrollo y la vida del niño, como su desarrollo cerebral, capacidad cognoscitiva, desarrollo del lenguaje, falta de energía para desarrollar actividades, sueño excesivo, disminución del apetito, cansancio afectando el rendimiento escolar y el aprendizaje (Ministerio de Salud, 2013).

En este Plan de Salud Escolar, también se señaló que 2 de cada 10 estudiantes realizan actividad física durante cinco días o más durante la semana, y que 3 de cada 10 realizan actividades sedentarias entre 3 o más horas diarias, como ver televisión, jugar en la pc, chatear, entre otras. Asimismo, la inmunización es uno de los aspectos importantes de la medicina preventiva y salud pública a nivel mundial. En ese sentido, los países de las Américas han logrado avances importantes debido a la puesta en marcha de varios programas o estrategias de inmunización, controlando y erradicando varias de las enfermedades prevenibles. A pesar de ello, aún puede encontrarse en las instituciones educativas, un 5% de niños que falta completar su calendario de vacunación (Ministerio de Salud, 2013).

En cuanto a la salud ocular, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que 45 millones de la población mundial estén afectados por la ceguera y que 8 millones sean por Errores Refractivos No Corregidos (ER) (18%). Esta detección del ER es muy importante en los niños como forma de corregir su discapacidad visual y evitar la ceguera. Se proyecta que para el año 2020 se duplicará el número de niños afectados por la ceguera o discapacidad visual permanente por no utilizar lentes correctores (Ministerio de Salud, 2013).

La salud bucal es otro de los elementos importantes de la salud en general, en nuestro país el 90% padece de caries dental, como enfermedad periodontal y las maloclusiones. La caries dental es la enfermedad más común en los niños de América, sin embargo, hay evidencia que una intervención odontológica temprana como consecuencia de una promoción de la salud o salud preventiva podría evitar esta condición (Ministerio de Salud, 2013).

Y si tomamos en cuenta la interrelación de la salud y la educación, hay efectos positivos como negativos en la literatura, por ejemplo en el estudio realizado por Ramos y Choque

(2007), observaron que a mayor nivel de educación de los padres de familia, los indicadores de salud mejoraban, en aspectos como desarrollo infantil: nutrición, la prevención de enfermedades y la atención adecuada cuando se presenta algún problema de salud. Puntualmente, se refiere al nivel educativo de la madre, quien a mayor nivel educativo de esta, se observó mayor garantía para la vida y la salud del niño. Si bien es cierto, que la educación pueden constituirse en un determinante de la salud, esto también está relacionado a la calidad de la enseñanza, es decir al cumplimiento de los objetivos de adquirir conocimiento, actitudes y competencias, así como el desarrollo de capacidades en la educación básica.

Hay que señalar que, a pesar de los logros de aprendizaje en la educación básica, como avances en la salud de la población escolar aún hay desafíos pendientes en la agenda pública que aseguren un aprendizaje con calidad para todos, y el bienestar total de la población escolar e infantil. Es una etapa de cambios físicos, psicológicos, sociales, culturales y cognoscitivos para el escolar, que puede estar expuesto a situaciones de riesgo afectando su salud y en consecuencia su desempeño académico. Además, al hablar de educación no se puede dejar de hablar de salud, porque, la salud y la educación tienen como meta el perfeccionamiento del ser humano.

En los últimos años se han firmado dos convenios de colaboración entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación durante el 2002 y 2007, todo esto con la finalidad de formalizar las acciones de promoción de la salud, con la estrategia de educación para la salud (Chamorro, 2010); sin embargo, los principales problemas de salud en los adolescentes menores de 18 años están relacionados con la alimentación y la nutrición. Entre el 17 y el 22% de los adolescentes menores de 18 años padecen problemas de desarrollo, emocionales y de conducta (Domínguez, 2006).

Asimismo, se ha visto la falta de comunicación y la relación intersectorial entre salud y educación, llegando a duplicar esfuerzos y retrasar procesos, por lo que produce una mayor inversión de recursos humanos y financieros para tratar de vincular lo que es salud y educación. Aunque se cuenta con un Convenio Marco de Cooperación Técnica entre ambos ministerios, la cartera de Educación, a diferencia de la de Salud, no ha asumido a plenitud el liderazgo que le corresponde, que es el de ser ente rector en políticas educativas que asuman la temática de salud.

En este sentido se propone un estudio desde la perspectiva histórica conocer la influencia de la salud como tema permanente y fundamental de la educación básica regular, ya que ocupa la atención no solo de niños y adolescentes, sino de jóvenes y adultos, padres de familia, sociedad en general pero buscando ofrecer a los niños y adolescentes un conjunto de capacidades, valores, actitudes y conocimiento debidamente integrados en salud y educación.

1.2. Formulación del problema

Problema general

¿Cuál es el nivel de influencia que tiene la salud desde la perspectiva histórica como tema permanente y fundamental en la modalidad de educación básica regular en el periodo republicano?

Problemas Específicos

- ¿Cómo ha sido la evolución de los principales indicadores en salud y educación?
- ¿Cómo ha sido el desarrollo de la educación peruana en el periodo republicano?
- ¿Cuál ha sido el desarrollo histórico del tema de la salud en el currículo de la educación básica regular?
- ¿Cuál es la propuesta educativa que incorpore un enfoque de interacción con la salud?

1.3. Objetivos de la investigación

Objetivo General

Realizar una evaluación desde la perspectiva histórica para establecer el nivel de influencia que tiene la salud como tema permanente y fundamental en la modalidad de educación básica regular en el periodo republicano.

Objetivos Específicos

- Analizar la evolución de los principales indicadores en salud y educación.
- Analizar el desarrollo de la educación peruana en el periodo republicano.
- Analizar el desarrollo histórico del tema de la salud en el currículo de la educación básica regular.

- Elaborar una propuesta educativa incorporando un enfoque de interacción con la salud.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Justificación teórica

La salud, puede entenderse desde varios contextos, como el individual, social o ambiental, y está asociado al logro de una vida plena, cuya ausencia puede convertirse en una amenaza o riesgo, debido a factores externos, como la higiene, la manipulación de los alimentos, su calidad, el tipo de vivienda, etc., u otros como, el desempleo, el estrés, la pobreza, la contaminación o el ruido.

Ante estos hechos, surgió la necesidad de como acercar la salud a la población, naciendo el concepto de promoción de la salud, y convirtiéndose como el medio para que las personas puedan mejorar su salud y tener un control sobre la misma. La OPS/OMS, lo definió como: “(...) la suma de acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva” (Restrepo & Málaga, 2001).

Esta investigación, desde el punto de vista teórico, tiene el propósito de aportar al conocimiento existente sobre la influencia de la salud como un tema permanente y fundamental en la modalidad de Educación Básica Regular, desde un punto de vista histórico, haciendo la evaluación y la valoración del tema de salud en el currículo educativo nacional, cuyos resultados podrán sistematizarse en una propuesta, con la pretensión de ser incorporado como conocimiento a las ciencias de la educación.

1.4.2. Justificación práctica

Desde un punto de vista práctico, a partir de los resultados encontrados, permitirá confirmar los supuestos planteados, que nos lleven a sugerir medidas correctivas o recomendaciones, como poner en practica estilos de vida saludables, en la comunidad educativa, de forma tal que se incorpore en la estructura social de la población, o implementar programas de capacitación a los profesores, autoridades académicas y padres de familia ante posibles cuestionamientos sobre algunos hábitos no saludables. O fomentar foros académicos, comunitarios, distritales o regionales, con la participación de los agentes sociales donde resuelvan cuestionamientos de orden ideológico, de tal manera que el tema de la salud sea recuperada en el ámbito de la educación, pues la realidad es que aún existen desafíos en la materia.

No se trata de restarle importancia a estos temas, máxime cuando son derechos fundamentales de la persona y a la vez constituyen obligación del gobierno de turno. Por lo que la salud como la educación son términos que no se deben aislar, todo lo contrario, se debe otorgar el interés correspondiente, con este trabajo además se pretende generar un debate académico sobre la salud como tema educativo y, luego de ello generar iniciativas, aportando conocimientos para otras investigaciones relacionadas al presente tema a través de una reflexión epistemológica.

1.4.3. Justificación social

Desde un punto de vista social, la salud y la educación siempre han sido temas de preocupación para diversos agentes sociales, más aun si están interrelacionadas. En esta investigación, analizaremos la implicancia histórica que ha tenido la salud en la educación peruana centrada en la educación básica regular, y como a partir de ello, ha tenido un protagonismo en la comunidad educativa, en la vida cotidiana de sus miembros y ha sido capaz de mejorar o asegurar un entorno de vida saludable. Además, a partir de una línea de base en el sector salud y educación, desde una perspectiva histórica generar condiciones de bienestar no solo para la comunidad infantil sino para todos sus miembros, modificando las actitudes y comportamientos de la población en forma positiva.

1.4.4. Justificación metodológica

Desde un punto de vista metodológico, esta investigación plantea una propuesta educativa que incorpora un enfoque de interacción con la salud, con la finalidad que logre diversificar el currículo escolar a partir de un tema transversal como es la educación en salud. Destacando que las instituciones educativas en educación básica regular contribuyen a sensibilizar a la comunidad, y donde los niños, adolescentes y docentes se convierten en agentes de cambio a través de los conocimientos adquiridos sobre salud.

1.5. Limitaciones de la investigación

En esta investigación debido al tipo de investigación y el acceso de las fuentes de información se presentaron las siguientes limitaciones:

a) Limitaciones bibliográficas:

Una de las limitaciones que pudo presentarse durante la revisión de la literatura, es la escasa bibliografía en nuestro contexto nacional, sin embargo, esto fue una motivación para seguir investigando en el tema ya que tenía la confianza de que este trabajo de investigación cuando este culminado sería un gran aporte académico y motivaría a que otros investigadores profundicen en el tema a través de ampliar el análisis sobre la influencia de la salud en la educación escolar.

b) Limitaciones de tiempo:

Otra posible limitación que se presentó es el tiempo con la que se contó para el desarrollo de la investigación, sin embargo, pudo ser controlada y organizada de tal forma que se cumplió con los plazos establecidos.

CAPÍTULO II.

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Aquino (2017) realizó una investigación en Piura titulada “*Eficiencia del programa educativo de salud bucodental la conquista de la boca sana en la higiene oral de los niños del tercer grado de primaria de la I.E. virgen de las mercedes, Catacaos Piura 2017*”, el propósito fue determinar la eficiencia del Programa educativo de salud bucodental denominado “La conquista de la boca sana” en la higiene oral de los niños de tercer grado de la I.E. Virgen de las Mercedes en el distrito de Catacaos, ubicado en Piura, 2017. La investigación tuvo un diseño longitudinal- cuasi experimental y fue tipo descriptiva, se recogió data pre-prueba y post-prueba a un grupo de 60 estudiantes a través de tres tomas de pruebas, se utilizó la técnica de la observación y la encuesta para la recopilación de data. Los resultados de la pre-prueba indicaron que el 73% de los niños tuvieron un IHO (Índice de Higiene Oral de Greene y Vermillion) malo y el 27% obtuvo un IHO regular, es decir, el diagnóstico de la salud bucodental de los niños evaluados no fue el óptimo. Luego de aplicarse el programa educativo y la medición del IHO mediante la placa blanda de Greene y Vermillion se encontró que todos los niños presentaron un IHO bueno. En conclusión, el programa de salud bucodental “La conquista de la boca sana” fue eficiente en la higiene de los estudiantes de tercer grado de la I.E. Virgen de las Mercedes.

Cuenca (2017) realizó una investigación titulada “Estrategias de enseñanza desde la promoción de la salud para el desarrollo de capacidades cognitivas de estilos de vida saludables en estudiantes de primaria”, el propósito de la investigación fue analizar la manera en que las estrategias de enseñanza desde la promoción de la salud facilitan el desarrollo de capacidades cognitivas de estilos de vida saludables, relacionadas a la alimentación, higiene corporal y actividad física, en estudiantes del cuarto grado de primaria de la IE 3050 “Alberto Hurtado Abadía”, ubicado en el distrito de Independencia

Cono Norte de Lima. La investigación tuvo un diseño no experimental, nivel cuasi-experimental, se utilizó el cuestionario como instrumento aplicado a la muestra de 38 estudiantes dividido en dos grupos, uno experimental y otro de control, se utilizó un pre cuestionario y pos cuestionario. Los resultados del pre cuestionario indicaron que más del 70% de los estudiantes del grupo de control y experimental demostraron capacidades cognitivas de nivel bajo en estilo de vida saludable, no obstante, más del 20% de ambos grupos obtuvieron un nivel medio de las capacidades cognitivas evaluadas. Luego de aplicar las estrategias de enseñanza desde la promoción de la salud, más del 65% del grupo de control presentaron un nivel bajo de capacidades cognitivas de estilo de vida saludable, el 5% presento un nivel alto; en comparación con el grupo experimental, el 90% de los estudiantes presentaron un nivel alto de las capacidades cognitivas evaluadas. En conclusión, la aplicación de estrategias de enseñanza desde la promoción de la salud a estudiantes de primaria determinaron un nivel alto de desarrollo de capacidades cognitivas.

Seijas (2015) realizó un artículo titulado “*Los lineamientos educativos y orientaciones pedagógicas para la educación sexual integral de los estudiantes de 5° de secundaria*”, el objetivo de la investigación fue averiguar si los lineamientos educativos y orientaciones pedagógicas para la educación Sexual Integral influenciaron en el incremento de los conocimientos y actitudes hacia la sexualidad de los estudiantes. El nivel de investigación fue exploratorio, se realizó una revisión bibliográfica de los lineamientos planteados en tema de educación sexual integral y la normativa legal del tema. La investigación encuentra que la efectiva implementación de los lineamientos educativos y orientaciones pedagógicas para la educación Sexual Integral mejoran el nivel de conocimientos y las actitudes de los estudiantes investigados. Adicionalmente, la actitud de los estudiantes hacia la sexualidad mejoró luego de implementarse los lineamientos educativos y orientaciones pedagógicas.

Condori (2014) realizó una investigación en San Román - Puno titulada “Sensibilización a los estudiantes de las instituciones Educativas de EBR (Educación Básica Regular) para prevenir enfermedades Zoonóticas en la Ciudad de Juliaca”, el investigador se plantea identificar el nivel de conocimiento de los estudiantes sobre enfermedades zoonóticas, fasciolosis, hidatidosis, Cisticercosis y Rabia; y asimismo, determinar el efecto de sensibilización luego de las charlas audiovisuales realizadas. El enfoque del estudio fue cuantitativo- transversal, el instrumento que se utilizó fue el cuestionario para medir el

conocimiento de los estudiantes de las enfermedades descritas previamente y la sensibilización de la intervención. La muestra estuvo compuesta por estudiantes de cuatro instituciones primarias y cuatro instituciones secundarias de la ciudad de Juliaca, 1 117 escolares de quinto y sexto año de nivel primario y 3 162 escolares de primero y segundo año de nivel secundario, las edades de los estudiantes estuvieron entre 10- 13 años. Los resultados indicaron que el nivel de conocimiento de los estudiantes sobre enfermedades zoonóticas fue regular (55.2%) y malo (43.1%) en los estudiantes de nivel primario (quinto y sexto grado); en el nivel secundario fue regular (60%) y malo (34.1%) en los ocho colegios encuestados. Posterior a la sensibilización el nivel de conocimiento sobre fasciolosis, hidatidosis, Cisticercosis y Rabia mejoró, el nivel de conocimiento en los escolares de primaria fue regular (56.4%) y bueno (40.4%); el nivel de conocimiento de los estudiantes de secundaria fue bueno (38.6%) y regular (59.2%). En suma, los estudiantes mejoraron su nivel de conocimiento luego de aplicarse las charlas audiovisuales en los ocho colegios seleccionados. El autor sugiere implementar programas de educación para la salud de forma estratégica en los centros educativos y sensibilizar a los maestros como medio de extensión de temas de salud pública.

Chamorro (2010) presentó una investigación titulada “Educación para la salud en el currículo escolar: La experiencia de la Institución Educativa 7059 "José Antonio Encinas Franco". Pamplona Alta. Distrito de San Juan de Miraflores-UGEL 01”, la investigación se estructuró en dos artículos de ensayo sobre la educación para la salud en el ámbito escolar. El primer artículo presenta definiciones conceptuales, mientras que el segundo artículo presenta la experiencia de la Institución Educativa 7059 "José Antonio Encinas Franco, dicha institución implementó la propuesta de educación para la salud en el currículo escolar, a través de estrategias de transversalización. La introducción de la educación para la salud se realizó en primaria y secundaria a través de cuatro talleres de sensibilización, se ejecutó durante un año talleres sobre paradigmas, inteligencia emocional, trabajo en equipo, innovación, gestión en salud y liderazgo que motivaron a los actores educativos el tema de salud en la escuela. Se replanteó la misión y objetivos de la institución educativa en línea con la educación para la salud, el periodo de prueba inicio en el año 1997, los resultados hallados fueron óptimos para la salud de los estudiantes. En conclusión, la Institución Educativa 7059 "José Antonio Encinas Franco" adoptó con un enfoque constructivista la propuesta de salud en su currículo, el proceso demandó tiempo, voluntad y perseverancia.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Educación

2.2.1.1. Concepto de Educación

De acuerdo al Artículo 2, de la Ley N° 28044, la educación:

Es un proceso de aprendizaje y enseñanza que se desarrolla a lo largo de toda la vida y que contribuye a la formación integral de las personas, al pleno desarrollo de sus potencialidades, a la creación de cultura, y al desarrollo de la familia y de la comunidad nacional, latinoamericana y mundial. Se desarrolla en instituciones educativas y en diferentes ámbitos de la sociedad (Ley 28044, Art. 2, 2003).

2.2.1.2. Principios de la Educación

De acuerdo al Artículo 2, de la Ley N° 28044, los principios de la educación, son:

- Ética
- Equidad
- Inclusión
- Calidad
- Democracia
- Interculturalidad
- Conciencia ambiental
- Creatividad e innovación

2.2.1.3. Fines de la educación peruana

Los fines de la educación en el Perú, están enmarcado sobre la capacidad de las personas para su realización ética, intelectual, artística, cultural, entre otros, consolidando su identidad y autoestima y su integración a la sociedad bajo un entorno de armonía para el desarrollo de sus capacidades y habilidades. Así como, tener la posibilidad de contribuir a formar una sociedad democrática, solidaria, justa, etc. (Ley 28044, Art. 9, 2003).

2.2.1.4. Estructura del Sistema Educativo Peruano

El Sistema Educativo Peruano, es integrador y flexible y permite a los usuarios poder organizar su trayectoria educativa, adecuarse a las necesidades y exigencias del país. El

Sistema Educativo Peruano se organiza en etapas, niveles, modalidades, ciclos y programas.

2.2.1.5. Etapas del Sistema Educativo

El Sistema Educativo Peruano comprende dos etapas: Educación Básica y Educación Superior (Ley 28044, Art. 29, 2003).

- a) *Educación Básica*: Tiene como finalidad el desarrollo integral del estudiante, así como el desarrollo de sus capacidades, conocimientos, actitudes y valores fundamentales. Tiene como característica ser inclusivo, y atender las demandas de las personas con necesidades especiales o dificultades de aprendizaje.
- b) *Educación Superior*: Está orientado a la investigación, creación y difusión de los conocimientos, así como al logro de competencias profesionales de alto nivel, según la demanda y necesidad del desarrollo sostenible del país.

2.2.1.6. Educación básica

La educación básica es obligatoria, gratuita, con la finalidad de satisfacer las necesidades básicas de aprendizaje de niños, jóvenes y adultos, y clasificada de tres formas:

- Educación básica regular
- Educación básica alternativa
- Educación básica especial (Ley 28044, Art. 31 y 32, 2003).

2.2.1.7. Educación básica regular

La educación básica regular está orientada a niños y jóvenes, y que logren pasar el proceso educativo de acuerdo a su desarrollo físico, afectivo y cognitivo. La educación básica regular comprende tres niveles:

- Nivel de educación inicial
- Nivel de educación primaria
- Nivel de educación secundaria (Ley 28044, Art. 36, 2003).

a) Nivel de educación inicial

Constituye el primer nivel de la Educación Básica Regular, atendiendo a niños de 0 a 2 años en forma no escolarizada y 3 a 5 años en forma escolarizada. Está articulada con el nivel de Educación Primaria, asegurando coherencia pedagógica y curricular. Y tiene la

finalidad de promover prácticas de crianza que contribuyan al desarrollo integral de los niños (Ley 28044, Art. 36, 2003).

b) Nivel de educación primaria

Constituye el segundo nivel de la Educación Básica Regular, con una duración de seis años. Y tiene como finalidad promover la comunicación, el manejo operacional del conocimiento, el desarrollo personal, espiritual, físico, afectivo, social, vocacional y artístico (Ley 28044, Art. 36, 2003).

c) Nivel de educación secundaria

Constituye el tercer nivel de la Educación Básica Regular, con una duración de cinco años. Y tiene como finalidad promover la formación científica, humanística y técnica, así como afianzar su identidad personal y social. Y está orientado al desarrollo de competencias que permitan al educando acceder a conocimientos humanísticos, científicos y tecnológicos. Y toma en cuenta las necesidades y derechos de los niños y adolescentes (Ley 28044, Art. 36, 2003).

2.2.1.8. Diseño curricular nacional

Resulta importante precisar que existe un diseño curricular nacional, entiéndase a este como un documento oficial que es emitido por el Ministerio de Educación el cual debe cumplir una función pedagógica que acompañe al docente en su labor cotidiana, en otras palabras, sea guía de las Instituciones Educativas en el aprendizaje de cada estudiante del país.

Definitivamente el Perú tiene desafíos en el aspecto de la educación, al respecto el Ministerio de Educación (MINEDU, 2014) ha precisado que:

El Marco Curricular propone un conjunto delimitado de aprendizajes considerados fundamentales para encarar los desafíos que nos plantean el país y los tiempos actuales a todos los peruanos y peruanas, desde lo particular de nuestra diversidad. Al final de su escolaridad, todos los estudiantes deben haber logrado cada uno de ellos, pues en conjunto los habilitan para participar activamente en la sociedad peruana y la comunidad mundial, sea en el campo productivo, social, científico, tecnológico o cultural en general, como agentes de cambio. Según la Ley General de Educación, la finalidad de la educación en el Perú es formar personas capaces de lograr su propia realización. Para ello,

deben desarrollar competencias en cuatro ámbitos: la afirmación de su identidad y autoestima, el ejercicio de su ciudadanía en armonía con su entorno social y ambiental, la vinculación al mundo del trabajo y los retos en el mundo del conocimiento (MINEDU, 2014, p.06).

Así también, se advierte que las investigaciones al respecto son pocas, buscando de esta manera contribuir a la misma con este trabajo de investigación:

En los últimos años, las investigaciones realizadas tanto en el Perú como a nivel internacional respecto a los proyectos curriculares institucionales han sido escasas, ya que los problemas educativos se atribuyen a las prácticas docentes, al poco e inadecuado material educativo o a la cobertura del servicio educativo. En realidad, existe un problema más profundo que atañe al currículo y su articulación armónica entre el diseño, la implementación y la evaluación. A nivel de propuesta curricular donde se observa el currículo anticipado, en ocasiones éste adolece de lo que resulta ser necesario e indispensable para el estudiante. Es entonces que surge la idea de una educación que responda a las necesidades y demandas de los estudiantes asegurando el desarrollo intelectual, afectivo, social, psicológico, etc. que implican los conocimientos, capacidades, actitudes y valores que precisan para desenvolverse con seguridad y confianza en la vida. Para ello, es preciso partir de un diagnóstico integral que permita detectar los requerimientos de aprendizaje de los estudiantes dentro de su contexto el cual cada día se va movilizándolo y creciendo (Bruno Wong, 2015, pp.01-02)

2.2.1.8.1. Concepto de currículo

Para un mejor entendimiento, es de conceptualizar el término currículo, López (como se citó en Espezúa y Santa María, 2015, p.09) refiere: Una aproximación conceptual del currículo pone en evidencia un conglomerado de acepciones sobre este constructo que conlleva a ser considerado un término polimorfo, polisémico y poliédrico.

En ese orden de ideas, Rohlehr (como se citó en Espezúa y Santa María, 2015, p.10) estima que:

El currículo previsto representa las directrices formales aprobadas que se vierten a un currículo escrito que incluye todo lo necesario para su implementación. Posteriormente el currículo escrito se transforma en el currículo enseñado a través del impacto de los resultados de aprendizaje, la aplicación de métodos pedagógicos eficaces y el monitoreo de su efectividad en el aula. Un currículo aprendido es aquel que permite a los estudiantes demostrar que han aprendido el contenido, las competencias, actitudes y valores como resultado de la efectiva implementación del currículo escrito (s/p).

En relación al el diseño curricular nacional, como antecedente es de especificar que:

En el Perú, el desarrollo de una propuesta curricular acorde a las demandas sociales, culturales y políticas se inicia en 1997, año en el que se elabora una nueva estructura curricular con el propósito de estandarizar criterios entre la educación secundaria o media y el bachillerato; el mismo que se aplicó solo durante dos años en todo el país, debido a la inestabilidad política del sector. Posteriormente, se continuó con nuevas revisiones de la estructura curricular y se dio prioridad a los contenidos curriculares del primero y el quinto año de secundaria; esto a causa de la discrepancia existente del enfoque epistemológico y los contenidos disciplinares en el currículo (Espezúa, I. y Santa María, K., 2015, p.06)

Definitivamente, en el Perú se han desarrollado una gama de currículos nacionales de la educación básica, uno de ellos fue el aprobado en junio de 2016 mediante la Resolución Ministerial N.º 281-2016, este resulta oportuno desarrollar por ser el último que ha sido emitido por la autoridad correspondiente en educación y, el cual ha generado críticas que inclusive incentivaron a protestas a través de diferentes marchas de colectivos del país.

2.2.1.8.2. Enfoques o perspectivas transversales desde el Currículo Nacional:

- *Enfoque de derechos:* Promueve la consolidación de la democracia que vive el país, contribuyendo a la promoción de las libertades individuales, los derechos colectivos de los pueblos y la participación en asuntos públicos.
- *Enfoque inclusivo o de atención a la diversidad:* Implica erradicar la exclusión, discriminación y desigualdad de oportunidades.

- *Enfoque intercultural:* Prevenir y sancionar las prácticas discriminatorias y excluyentes como el racismo o la inequidad de género, para posibilitar el encuentro y el diálogo, afirmar identidades personales o colectivas y enriquecerlas mutuamente.
- *Enfoque ambiental:* Implica el desarrollo permanente de la conciencia crítica sobre la problemática ambiental y la condición del cambio climático a nivel local y global.
- *Enfoque orientación al bien común:* Finalidad de la sociedad son las relaciones recíprocas entre ellas, a partir de las cuales y por medio de las cuales las personas consiguen su bienestar.
- *Enfoque búsqueda de la excelencia:* Advierte el desarrollo de la capacidad para el cambio y la adaptación, que garantiza el éxito personal y social, es decir, la aceptación del cambio orientado a la mejora de la persona

2.2.1.8.3. Definiciones curriculares claves

También, de la lectura del Currículo Nacional de 2016, se advierte que el mismo se encuentra estructurado por tres definiciones curriculares: competencias, capacidades y estándares de aprendizaje.

- *Competencias:* Ser competente supone comprender la situación que se debe afrontar; evaluar las posibilidades que se tiene para resolverla, en los estudiantes implica una construcción constante, deliberada y consciente, propiciada por los docentes y la Institución Educativa.
- *Capacidades:* Son recursos para actuar de manera competente, que engloba conocimientos, habilidades y actitudes que los estudiantes utilizan para afrontar una situación determinada.
- *Estándares de Aprendizaje:* Son descripciones del desarrollo de la competencia en niveles de creciente complejidad, desde el inicio hasta el fin de la Educación Básica.

2.2.1.9. Perfil de egreso de la Educación Básica

Siendo uno de los perfiles de quien egresa de la Educación Básica que:

El estudiante practica una vida activa y saludable para su bienestar, cuida su cuerpo e interactúa respetuosamente en la práctica de distintas actividades físicas, cotidianas o deportivas. El estudiante tiene una comprensión y conciencia de sí mismo, que le permite interiorizar y mejorar la calidad de sus movimientos en un espacio y tiempo determinados, así como expresarse y comunicarse corporalmente. Asume un estilo de vida activo, saludable y placentero a través de la realización de prácticas que contribuyen al desarrollo

de una actitud crítica hacia el cuidado de su salud y a comprender cómo impactan en su bienestar social, emocional, mental y físico. Demuestra habilidades sociomotrices como la resolución de conflictos, pensamiento estratégico, igualdad de género, trabajo en equipo y logro de objetivos comunes, entre otros (MINEDU, 2016, p.14)

Además, se tiene por competencia que el alumno asuma una vida saludable y por capacidades (Ministerio de Educación, 2016, p.55):

- Comprenda las relaciones entre la actividad física, alimentación, postura e higiene y la salud: Discierne sobre los procesos vinculados con la alimentación, la postura, la higiene corporal y la práctica de actividad física y cómo estos influyen en el estado de bienestar integral (físico, psicológico y emocional).
- Incorpore prácticas que mejoran su calidad de vida: Asuma una actitud crítica sobre la importancia de hábitos saludables y sus beneficios vinculados con la mejora de la calidad de vida.

En esta competencia el estudiante asume una vida saludable, mediante una conciencia reflexiva sobre su bienestar e incorpora prácticas que elevan su calidad de vida. Supone la comprensión de la relación vida saludable y bienestar, práctica de la actividad física para la salud, posturas corporales adecuadas, higiene personal y del ambiente, de acuerdo a los recursos y el entorno sociocultural y ambiental donde se desenvuelve el niño (Ministerio de Educación, 2016, p.55).

Por lo que el currículo nacional de la educación básica, resulta de vital importancia, detallándose en el mismo que:

Es uno de los instrumentos de la política educativa de la Educación Básica. Muestra la visión de la educación que queremos para los estudiantes de las tres modalidades de la Educación Básica: Educación Básica Regular, Educación Básica Especial y Educación Básica Alternativa. Le da un sentido común al conjunto de esfuerzos que el Ministerio de Educación del Perú realiza en la mejora de los aprendizajes, desarrollo docente, mejora de la gestión, espacios educativos e infraestructura (MINEDU, 2016, p.192).

Sin embargo, contra el mencionado currículo nacional de la educación básica en la actualidad se ha ejecutado una medida cautelar, el cual tuvo relevancia en los medios de comunicación:

La Primera Sala Civil de la Corte Superior de Justicia de Lima otorgó una medida cautelar al colectivo Padres En Acción (PEA) para que el Ministerio de Educación (MINEDU) suspenda parcialmente la implementación del Currículo Nacional de Educación Básica; específicamente en un texto referido al enfoque de género.

La sala, presidida por la jueza Ana Valcárcel, ordenó que se suspenda la eficacia de la Resolución Ministerial N°281-2016-MINEDU, "solamente en el extremo" que aprueba el currículo respecto al enfoque de género, en la parte que se consigna: "Si bien que aquello que consideramos femenino o masculino se basa en una diferencia biológica sexual, estas son nociones que vamos construyendo día a día, en nuestras interacciones".

En agosto del año pasado, el mismo juzgado declaró fundada parcialmente la demanda de acción popular presentada por el colectivo PEA y anuló ese mismo texto en la guía pedagógica. El grupo de padres de familia solicitaba la eliminación total del currículo, debido a que –según sostiene– el MINEDU incluyó en ella disposiciones sobre la sexualidad no acordes con lo que los padres de familia habían consensuado (El Comercio, 2018).

Habiendo desarrollado en líneas precedentes lo relacionado a la educación, resulta permitente desarrollar ahora respecto a la salud.

2.2.2. Salud

2.2.2.1. Concepto

Según el Ministerio de Salud, la salud la define como “una condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo”. Asimismo, la OMS, considera que la salud “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia” (Chamorro, 2010, p. 15).

Otro concepto asociado, es el de la salud pública, que se define como:

La práctica social integrada que tiene como sujeto y objeto de estudio, la salud de las poblaciones humanas y se le considera como la ciencia encargada de prevenir la enfermedad, la discapacidad, prolongar la vida, fomentar la salud física y mental, mediante los esfuerzos organizados de la comunidad, para el saneamiento del ambiente y desarrollo de la maquinaria social, para afrontar los problemas de salud y mantener un nivel de vida adecuado (INS, 2018, p. 24).

2.2.2.2. El Sistema de Salud Peruano

El Sistema Nacional de Salud se define como:

El conjunto interrelacionado de organizaciones, instituciones, dependencias y recursos, incluidos aquellos vinculados con otros sectores, que realizan principalmente acciones de salud. Lo conforman, asimismo, todas las personas que actúan en él y todas las actividades que se realizan. La interrelación de los elementos es una interacción dinámica y da lugar a propiedades que no poseen las partes, como por ejemplo la concertación, coordinación y articulación de acciones. Cada país tiene un sistema nacional de salud, aunque parezca funcionar de manera no sistémica (Sánchez-Moreno, 2014, p. 747)

Además, el Sistema de Salud del Perú, está integrado por proveedores de servicios públicos y privados, que hacen uso de diversos mecanismo de financiamiento y suministro de servicios integrados verticalmente.

La autoridad sanitaria máxima del Sistema Nacional de Salud es el Ministerio de Salud - MINSA, la que está facultada para dirigir y gestionar la política nacional de salud, y supervisar el cumplimiento de conformidad con la política general del Gobierno. Por otro lado, la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud – SUNASA, es el organismo encargado de registrar, autorizar, supervisar y regular a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (Cetrángolo et al., 2013).

2.2.2.3. Estructura del Sistema de Salud Peruano

El Sistema de Salud Peruano, está dividido principalmente en dos sectores: público y privado. Y este comprende cinco segmentos:

- Gobierno central
- Seguro Social de Salud - Essalud
- Sanidades de las Fuerzas Armadas (Marina, Aviación y Ejército)
- Sanidad de la Policía Nacional del Perú (PNP)
- Instituciones del sector privado

a) El Gobierno Central

Está comprendido por el Seguro Integral de Salud (SIS), que subsidia la provisión de los servicios a la población. La atención se da en los establecimientos de los Gobierno Regionales y del Ministerio de Salud (MINSA). El SIS está estructurado en tres niveles: nacional, regional y local. A nivel nacional es conformado por el MINSA y órganos desconcentrados. A nivel regional, está conformado por las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA), y a nivel local, está representado por algunas municipalidades (Cetrángolo et al., 2013).

b) Seguro Social de Salud - Essalud

Es el servicio de salud a la población, que recibe un salario o pago mensual, y a sus familias. En 1997, se implementa las EPS, con la finalidad de complementar, con servicios de menor complejidad (Cetrángolo et al., 2013).

c) Sanidad de las Fuerzas Armadas y PNP

Brindan servicios a los miembros, familiares directos y trabajadores, mediante su propia red de establecimientos. Su financiamiento proviene tanto del Tesoro público como de los copagos realizados por los familiares de los beneficiarios titulares (Cetrángolo et al., 2013).

En la figura 1, se observa la estructura del Sistema de Salud del Perú.

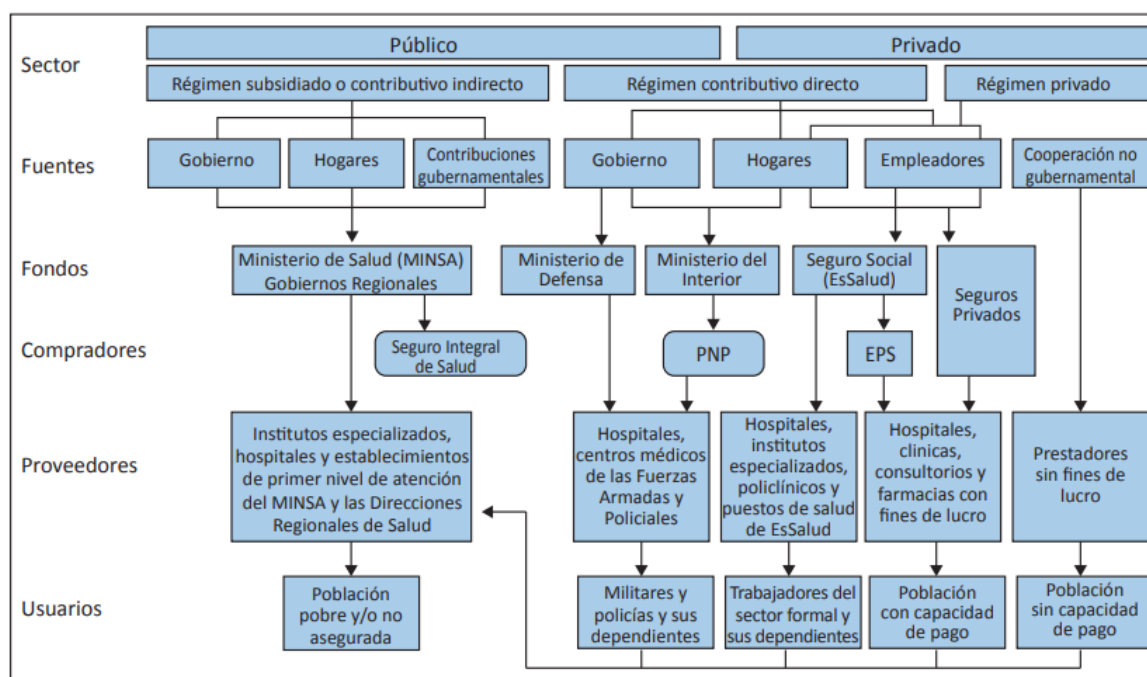


Figura 1. Estructura del Sistema de Salud del Perú. Fuente: Cetrángolo et al. (2013)

2.2.2.4. La interrelación de la salud y la educación

La universalización de la protección social en salud es uno de los desafíos más importantes del Estado Peruano. Por ello, se dio la promulgación de la Ley N° 30061 el 27 de junio 2013, el cual declaró de interés nacional la atención integral de la salud de los estudiantes de educación básica regular y especial de las instituciones públicas del ámbito del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma, que los incorpora como asegurados del Seguro Integral de Salud (SIS).

Los resultados de la evaluación integral de salud de cada escolar sirvieron y sirven no solo para detectar oportunamente daños sino para el tratamiento oportuno a corto plazo, mejorando su salud para el óptimo desempeño escolar.

Chamorro en su tesis “Educación para la salud en el currículo escolar: La experiencia de la Institución Educativa 7059 José Antonio Encinas Franco. Pamplona Alta. Distrito de San Juan de Miraflores-UGEL 01”, refiere que:

Un punto que nos parece importante acotar, es darnos cuenta que la salud es un derecho humano. Es un derecho propio de cada ciudadano y es a la vez una obligación del gobierno de turno el proporcionar a la población en su conjunto el acceso a una salud integral basada en la equidad. Hablar de equidad en una sociedad como la nuestra puede sonar como una utopía hecha realidad cuando se entiende que es el desequilibrio controlado (...)

Al hablar de educación no podemos de dejar de mencionar dos conceptos fuertemente enlazados al primero, salud y sociedad, constituyéndose los tres en una trilogía difícilmente dissociable y con interacciones mutuas de bastante relevancia. Y la razón de ello es porque, la salud y la educación tienen como meta el perfeccionamiento del ser humano, basadas en el principio de la participación. En la actualidad, ambos conceptos, salud y educación, se combinan y cobran vigencia cuando se considera a la institución educativa como un espacio importante para ejecutar las acciones en educación para la salud, que se requieren para el bienestar de las personas, pues la escuela reúne a toda la comunidad (Chamorro, 2010, pp. 15-17).

Por otro lado, en una investigación realizada por la OMS en Europa, sobre el impacto de la salud en la educación, en base a una revisión de evidencia científica, encontraron algunos resultados, destacando los siguientes:

- Un buen estado general de salud del niño afecta positivamente al rendimiento educativo y al éxito académico, mientras que la presencia de enfermedades aumenta el riesgo de abandono escolar temprano.
- La evidencia muestra que si bien el consumo de alcohol o drogas en los jóvenes tiene efectos negativos en el rendimiento escolar, una dieta alimenticia inadecuada o el consumo de tabaco tienen todavía peores consecuencias.
- Estudios iniciales han encontrado que el ejercicio físico tiene un impacto positivo en el rendimiento escolar.
- La obesidad y el sobrepeso están asociados negativamente con los resultados educativos.
- Los trastornos del sueño pueden afectar al rendimiento académico.
- Los problemas de ansiedad y depresión tienen un efecto negativo y significativo sobre los resultados educativos a corto y a largo plazo, sin embargo, a pesar de su creciente importancia, reciben escasa atención en las investigaciones.

- No se ha encontrado un efecto significativo de los problemas de asma sobre el rendimiento escolar (Suhrcke y de Paz Nieves, 2011)

Concluyendo, en esta investigación de la OMS, que los problemas de salud, tales como problemas de sueños, trastorno de ansiedad y depresión, o la obesidad, afectarían negativamente el rendimiento académico de los niños y adolescentes (Suhrcke y de Paz Nieves, 2011).

2.2.2.5. Educación para la salud

Ahora bien, fusionando el concepto de salud y educación; en ese sentido, resulta oportuno desarrollar respecto a la educación para la salud, el cual no solo tiene relevancia a nivel nacional sino también de interés de otros Estados como Paraguay, país en que se habla de escuela saludable:

Es una estrategia de promoción y protección de la salud en el ámbito escolar que a través de la gestión transectorial aspira transformar las condiciones del entorno mediante un proceso reflexivo y proactivo para mejorar la salud y la calidad de vida, fortaleciendo la participación protagónica de los miembros de la Comunidad Educativa. Busca sembrar en la conciencia de niños y niñas la idea-fuerza que la salud se puede construir entre todos y todas, expandiéndola a toda la sociedad (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2011, p.17).

Asimismo, se tiene que:

La educación para la salud en este campo, incluirá educación poblacional sobre estilos de vida, consejo educativo para la prevención, una dimensión clínico – educativa en el diagnóstico, ayuda a la toma de decisiones informada respecto a las pruebas diagnósticas o a la elección del tratamiento, educación en la aceptación de la enfermedad y respecto a las medidas de autocuidado, educación y apoyo a pacientes terminales y sus familiares, etc. (...)

La educación para la salud trata pues de responder de forma coherente a la evolución de las necesidades en salud y de los fenómenos relacionados con la salud – enfermedad que van ocurriendo en nuestra sociedad, priorizando los de mayor relevancia y vulnerabilidad educativa, abordando distintas áreas de

intervención con diferentes poblaciones y, según ambas, desarrollándose en distintos ámbitos con diversos tipos de intervención y complementándose con otras estrategias y actuaciones (Navarra, 2006, pp. 08-09).

Por lo expuesto se concluye que la educación para la salud hace referencia a un conjunto de labores educativas que tiene el propósito de perfeccionar el saber en relación con el manejo de la conducta humana.

Por todo ello es fundamental resaltar la educación para la salud como una oportunidad que tiende a buscar el desarrollo de capacidades de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, en el marco de los derechos, con énfasis en el ámbito escolar. Para su ejecución se deben emplear diversos procesos de aprendizaje, tanto dentro como fuera del espacio físico de las instituciones educativas, facilitando la adquisición y práctica de conocimientos, actitudes, valores, habilidades y capacidades necesarias para el control, la promoción y la protección de la propia salud, así como la de la familia y la comunidad. Al analizar los conceptos de promoción de la salud y educación para la salud, se tiene como punto de encuentro la educación, definida como proceso intencional, valorativo y ético de formación de la persona en su integralidad (intelectual, emocional, social), a través de la construcción del conocimiento, la conciencia crítica y la capacidad de intervención en la realidad.

La finalidad básica de la educación para la salud en la escuela es, por todo ello, propender a la adquisición de hábitos saludables, la toma de conciencia y la responsabilidad personal y social ante los temas de salud. Nuestro afán como maestros es mejorar la calidad de la educación para la salud en un enfoque humanístico. Ello demanda un compromiso personal y profesional, en un marco ético, donde la persona, la familia y la comunidad sean valoradas como partícipes de las decisiones (Chamorro, 2010, p.13).

2.3. Definición de categorías de análisis

- a) **Categoría de análisis:** Educación para la salud
- b) **Definición:** Según Domínguez (2006), define Educación para la Salud como “cualquier combinación de actividades, de información y educación que lleve a una situación en la que la población desee estar sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantener la salud y busque ayuda cuando la necesite” (p. 195).

CAPÍTULO III.

SUPUESTOS Y VARIABLES

3.1. Supuestos de la investigación

Supuesto general

- El nivel de influencia que tiene la salud como tema permanente y fundamental en la modalidad de educación básica regular en el periodo republicano es altamente gravitante.

Supuestos específicos

- La evolución de los principales indicadores de salud y educación ha sido favorables.
- El desarrollo de la educación peruana en la época republicana fue trascendental.
- El desarrollo histórico del tema de la salud en el currículo de la educación básica regular fue favorable.

3.2. Variables

Influencia de la salud

Modalidad de educación básica regular

CAPÍTULO IV.

METODOLOGÍA

4.1. Enfoque de investigación

La presente propuesta de investigación tiene un enfoque cualitativo, bajo un diseño narrativo

Una investigación cualitativa, se basan en una lógica y proceso inductivo (explorar y describir, y luego generar perspectivas teóricas). El investigador analiza los datos que obtuvo, generalmente de entrevistas o análisis documental y saca conclusiones, de este modo efectúa y analiza para comprender el fenómeno que estudia, hasta que finalmente llegue a una perspectiva general (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

En un diseño narrativo, se pretende entender una “sucesión de hechos, situaciones, fenómenos, procesos y eventos donde se involucran pensamientos, sentimientos, emociones e interacciones, a través de vivencias contadas por quienes los experimentaron”. La narrativa puede ser: a) biográfica (historia de vida de personas), b) pasajes o épocas de vida (periodo de un paciente con enfermedad terminal, personas que perdieron su patrimonio, etc.) y c) uno o varios episodios (experiencias o situaciones vinculadas cronológicamente. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

4.2. Tipo de la investigación

La presente investigación fue de tipo Aplicada, ya que se “caracteriza en buscar la aplicación o utilización de los conocimientos adquiridos, a la vez que se adquieren otros, después de implementar y sistematizar la practica basada en investigación” (Vargas, 2009, p.159).

4.3. Nivel de investigación

El nivel es descriptivo, por que busca “reseñar las características o rasgos de la situación o fenómeno objeto de estudio, en este caso busca describir el tema de la salud desde una perspectiva histórica y su incorporación en el currículo de la educación básica regular” (Bernal, 2010, p.113).

4.4. Diseño de investigación

El diseño en la presente investigación es no experimental, narrativo, debido a que no se manipulo deliberadamente variables, no construyéndose situaciones, sino que se limitó a observar las variables (influencia de la salud y modalidad de educación básica regular), no provocadas intencionalmente por el investigador. Pero enfocado a ilustrar una temática, suceso o fenómeno (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

4.5. Muestra

Como la investigación es básicamente la revisión de eventos o sucesos históricos ocurridos en relaciona al tema de la salud y educación durante el periodo republicano (1821 a 2018). La muestra estuvo conformada por cuatro periodos de estudio, como: Periodo 1: de 1821 a 1900, Periodo 2: De 1901 a 1950, Periodo 3: De 1951 a 2000, Periodo 4: De 2001 a 2018. Se que hará uso de documentos, materiales que ayuden a entender el fenómeno central de estudio.

4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica de recolección fue documental, donde se hizo una revisión de fuentes secundarias, como: documentos en los temas de educación básica regular, salud y otros. Esta consistió en la revisión de estudios que abarcaron temas como planes de desarrollo educativo, currículo nacional de educación básica, planes de salud, impacto de programas educativos y de salud, y los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), evaluación censal estudiantil (ECE), Informe del Programa Internacional para la Evaluación de Estudiantes y la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Los informes revisados correspondieron a entidades enfocados en estos temas; tales como el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el Ministerio de Educación (MINEDU), el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), entre otros.

No se hizo uso de instrumento de recolección, ya que los datos fueron registrados directamente en el trabajo, pero organizados de acuerdo a los objetivos del estudio, básicamente orientados a la educación básica regular.

CAPÍTULO V.

RESULTADOS LOGRADOS CON LA INVESTIGACIÓN

5.1. Presentación y análisis de indicadores del sector educación y salud

1.- Indicadores del sector educación

El indicador del PBI pasó de 2.6% en el 2000 a 2.9% en el año 2012. Aun cuando parece que el gasto aumenta en relación al gasto público total. Para el año 2000, el gasto en educación, como proporción del gasto total, era 16.9%; pero, para el año 2012 descendió a 13.5%.

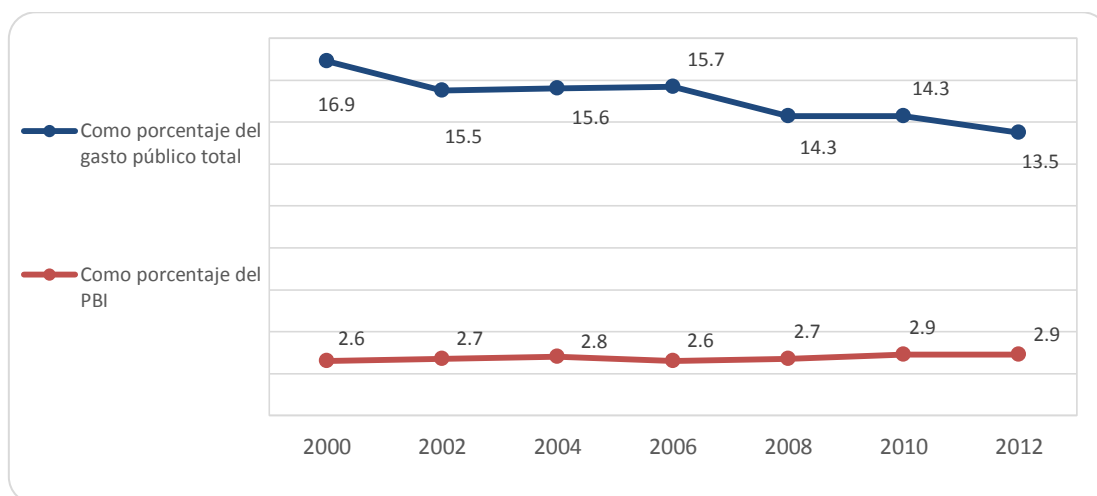


Figura 2. Porcentaje del gasto en educación expresado en PBI y gasto público total, periodo 2000-2012.

Fuente: Recuperado de Jopen, Gómez, y Olivera (2014, p. 16).

Nota: Datos recopilados del Sistema Integrado de Administración Financiera del Sector Público (SIAF-SP) del Ministerio de Economía y Finanzas, y Censo Escolar del MINEDU- Unidad de Estadística educativa (datos de matrícula). ESCALE-MINEDU (2014)

En la figura 3, se observa que el gasto por estudiante en Educación Básica, tanto en el nivel inicial, como la primaria y secundaria han tenido un aumento constante. En el nivel

secundario aumentó en 310%, en el nivel primario fue de 343% y finalmente en inicial fue 348%.

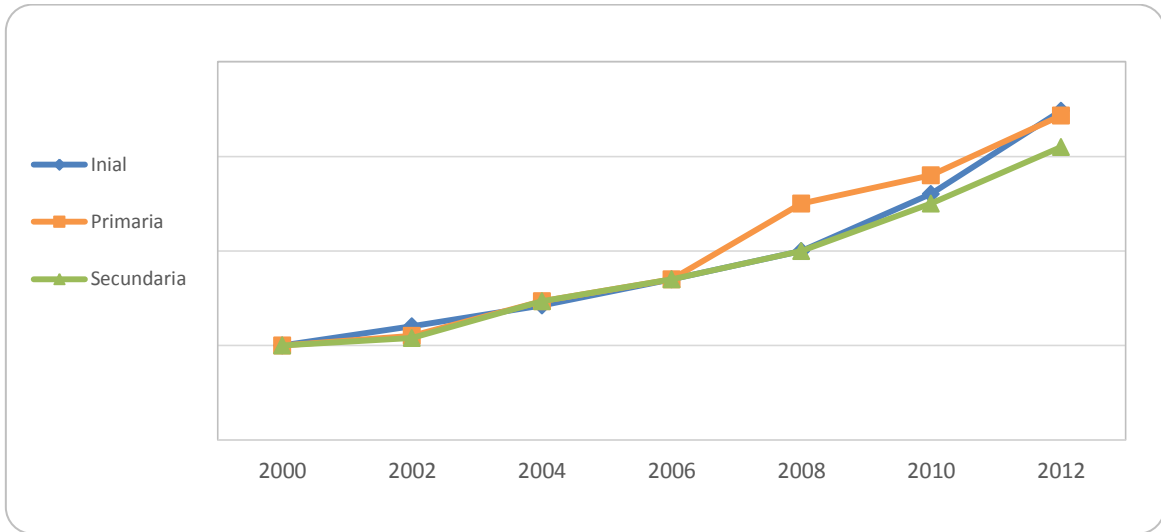


Figura 3. Gasto público por estudiante de Educación Básica, periodo 2000-2012.

Fuente: Recuperado de Jopen, Gómez, y Olivera (2014, p.18).

Nota: Datos recopilados del Sistema Integrado de Administración Financiera del Sector Publico (SIAF-SP) del Ministerio de Economía y Finanzas, y Censo Escolar del MINEDU- Unidad de Estadística educativa (datos de matrícula). ESCALE-MINEDU (2014)

Entre los años 2007 al 2012, se dio un incremento de cobertura en inicial, de 58.6% a 74.6%, mientras que en el nivel secundaria durante 2002 y 2012 fue de 70.5% a 80.7%.

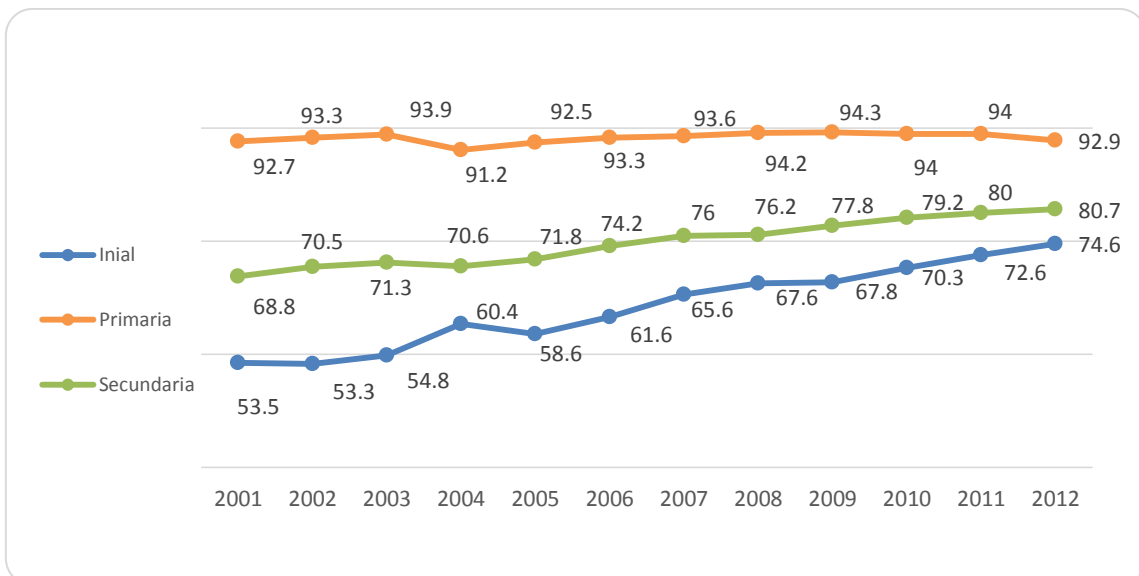


Figura 4. Perú: Tasa de cobertura en Educación Básica, periodo 2001-2012.

Fuente: Recuperado de Jopen, Gómez, y Olivera (2014, p.22).

Nota: Se considera al número de estudiantes que asisten al nivel inicial, primario o secundario que se encuentran en el grupo de edades que corresponde al nivel de enseñanza, expresado en porcentaje de la población total. Se utilizó la base de ENAHO del INEI. ESCALE-MINEDU (2014)

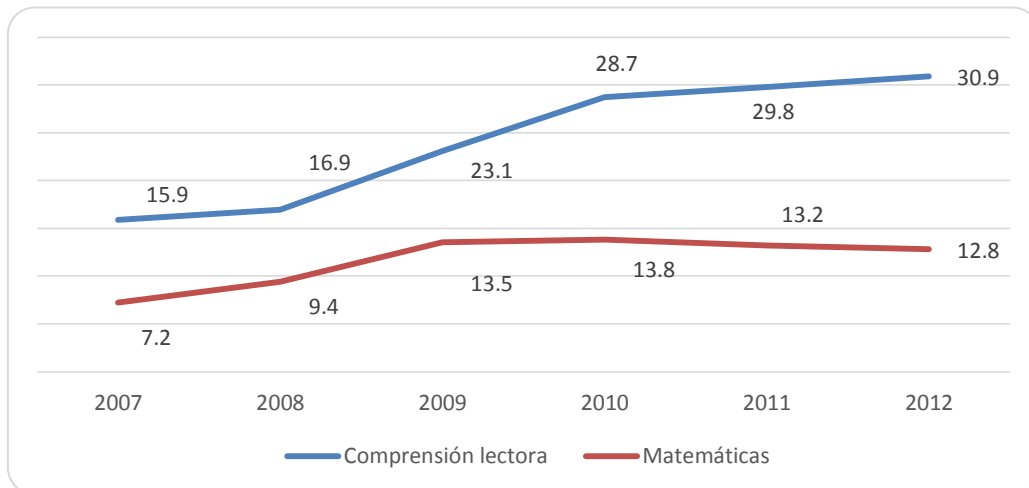


Figura 5. Logro educativo de alumnos de 2do en la Evaluación Censal de Estudiantes (ECE) (Porcentaje de alumnos que logran los aprendizajes del grado- Nivel 2), periodo 2007-2012.

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas (MEF).

Nota: Porcentaje de estudiantes del segundo grado de primaria (EBR) que alcanzaron los objetivos de aprendizaje esperados en la competencia de comprensión lectora o en el área de matemática, de acuerdo a la estructura curricular vigente.

En la figura 6, se muestra que la tasa neta de matriculación ha experimentado un gran avance, pasando de 58% en 2000 a 84% en 2014, reduciendo significativamente la brecha con la OCDE, donde el nivel se situó en 91% en 2014.

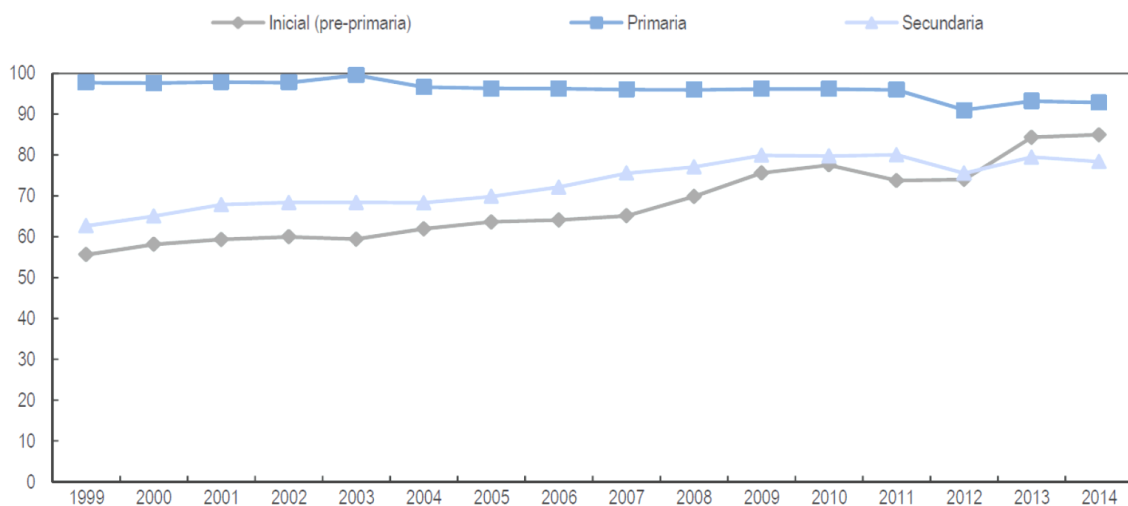


Figura 6. Tasa netas de matrícula por nivel educativo, periodo 2000-2014 (%).

Fuente: OCDE (2016, P.09).

Nota: Datos de UNESCO International Statistic (UIS).

En la figura 7, se muestra los alumnos con atraso escolar han pasado de representar el 17.5% del total en el 2004, a solo el 6.5% el 2015. Mientras que para el caso de secundaria, pasaron de 20.8% a 11.2% en el mismo período.

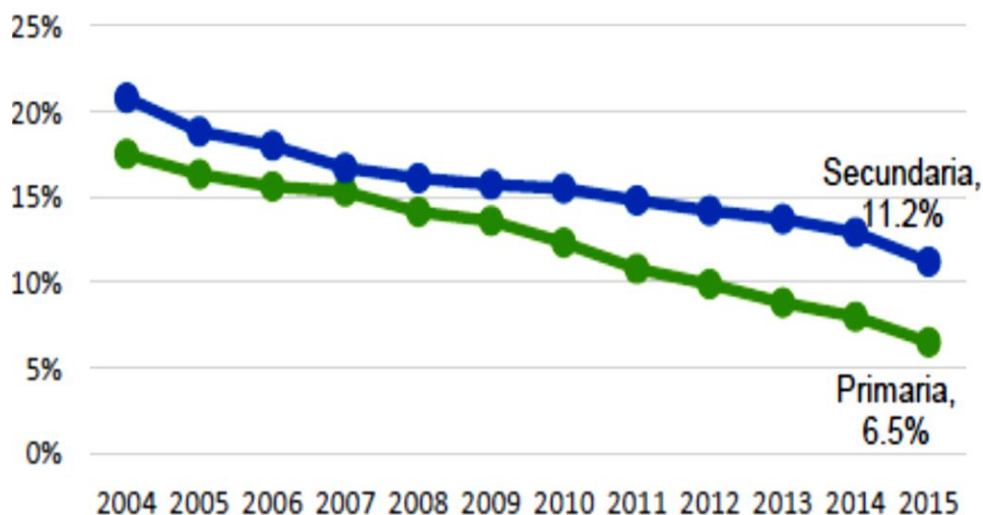


Figura 7. Alumnos con atraso escolar (Porcentaje de la matrícula inicial), periodo 2004-2015 (%).

Fuente: Ministerio de Educación (2008, p.01).

Nota: Datos del Censo Escolar, MINEDU.

Según la figura 8, se observa que para el caso de primaria (grupo de edades entre 12-14), la tasa de culminación de Educación pasó de 72.4% en 2001 a 86.4% en 2015, mientras que

para el grupo de edades entre 15-19 se incrementó de 90.4% a 97.6% en el mismo período de tiempo.

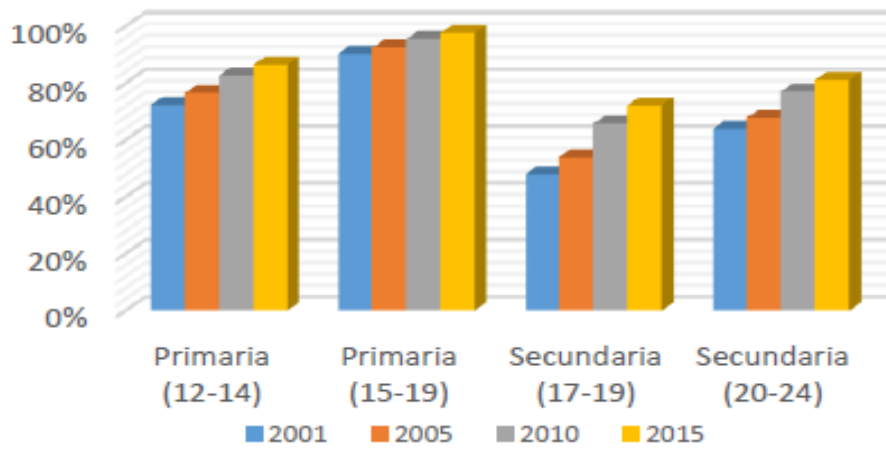


Figura 8. Tasa de culminación de Educación Básica, periodo 2001-2015 (%)

Fuente: Ministerio de Educación (2008, p.02).

Nota: Datos de ENAHO.

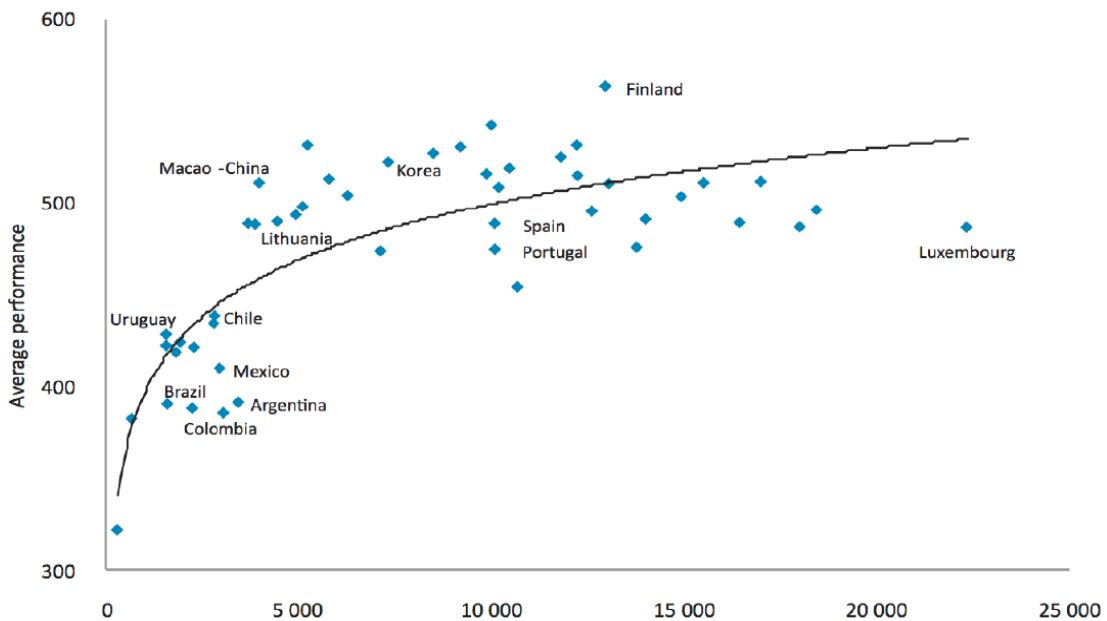


Figura 9. Gasto público en educación medido en USD y rendimiento en PISA, año 2006

Fuente: UNESCO (2014, p. 29).

Nota: El rendimiento se mide por el promedio de país en la escala de ciencias de la prueba PISA del 2006.

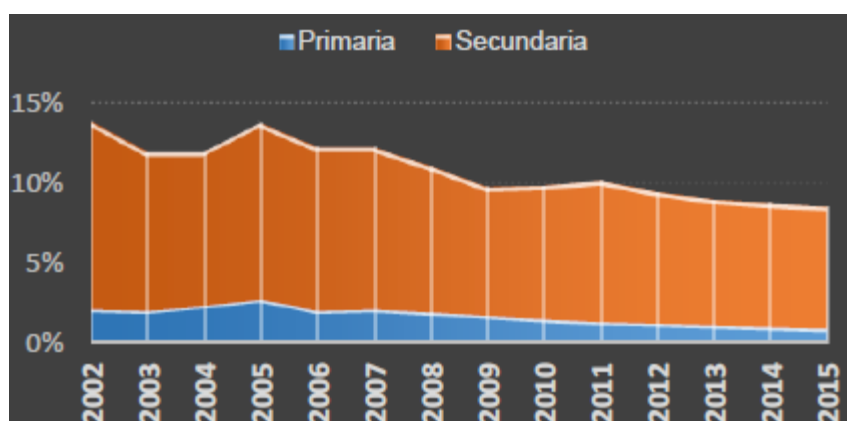


Figura 10. Tasa de deserción acumulada en primaria y secundaria, periodo 2002-2015

Fuente: Ministerio de Educación (2008, p.02).

Nota: Datos recuperados de ENAHO.

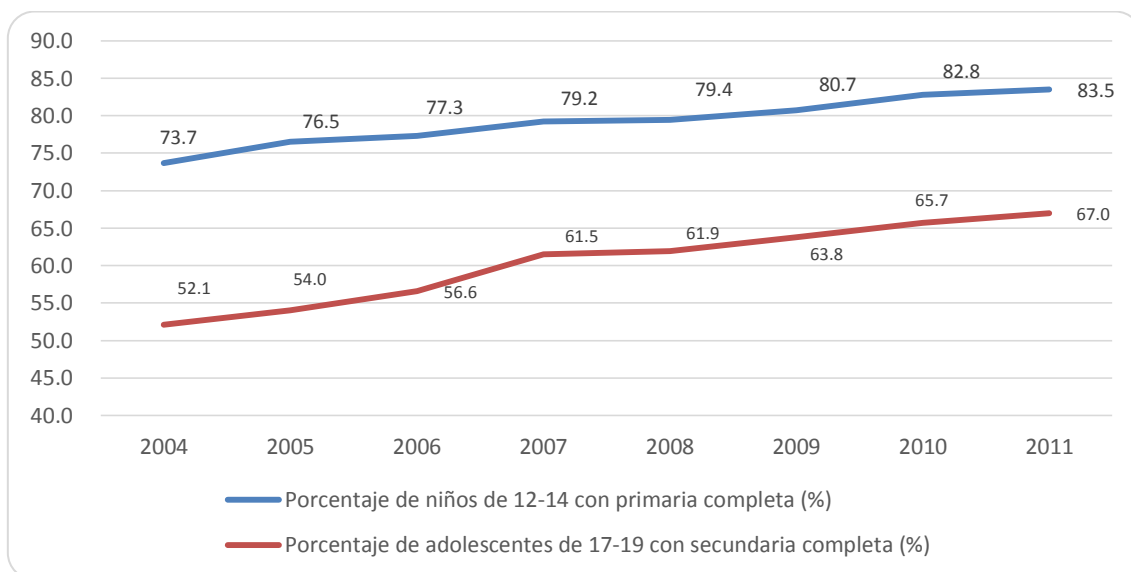


Figura 11. Porcentaje de alumnos con primaria y secundaria completa, periodo 2004-2011

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas.

Nota: Datos recuperados de MINEDU.

2.- Indicadores de salud de la población escolar

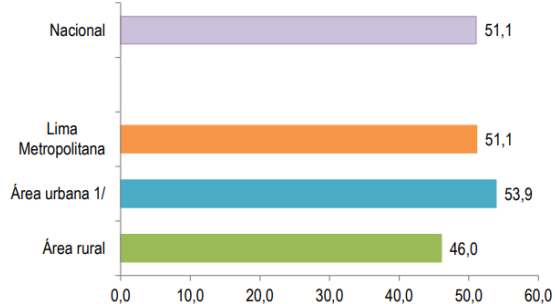
Tabla 1.

*Población menor de 18 años de edad con algún problema de salud, por ámbito geográfico.
Perú 2004-2017*

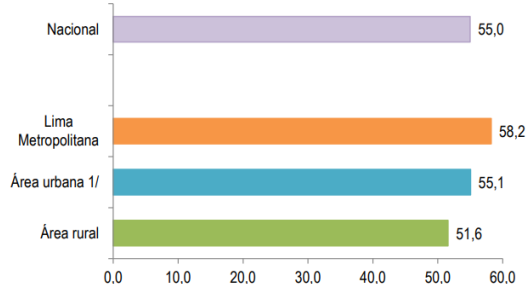
Año/Trimestre	Nacional		Lima Metropolitana		Área Urbana		Área rural	
	Algún Problema de salud/	No presento problema de salud	Algún Problema de salud/	No presento problema de salud	Algún Problema de salud/	No presento problema de salud	Algún Problema de salud/	No presento problema de salud
Indicadores Anuales								
2004	47.3	52.7	42.7	57.3	51.7	48.3	45.8	54.2
2005	45.8	54.2	36.6	63.4	51.7	48.3	45.5	54.5
2006	48.5	51.5	42.9	57.1	53.6	46.4	46.8	53.2
2007	52.5	47.5	49.1	50.9	56.9	43.1	49.7	50.3
2008	53	47	48.1	51.9	57.8	42.2	50.9	49.1
2009	52.5	47.5	51.9	48.1	54.8	45.2	50.2	49.8
2010	54.5	45.5	55.8	44.2	58.1	41.9	48.8	51.2
2011	53.7	46.3	53.3	46.7	57.5	42.5	49.1	50.9
2012	54	46	52.2	4.8	57.9	42.1	50.1	49.9
2013	51	49	48.6	51.4	54.6	45.4	47.9	52.1
2014	51.3	48.7	48.3	51.7	53.8	46.2	50.1	49.9
2015	49.3	50.7	43.3	56.7	52.9	47.1	49.1	50.9
2016	50.6	49.7	46.3	53.7	54.3	45.7	48.6	51.4
2017	49.9	50.1	48.9	51.1	52.4	47.6	46.8	53.2

Fuente: INEI. Estado de la Niñez y Adolescencia. INFORME TÉCNICO N° 3 Setiembre 2018.

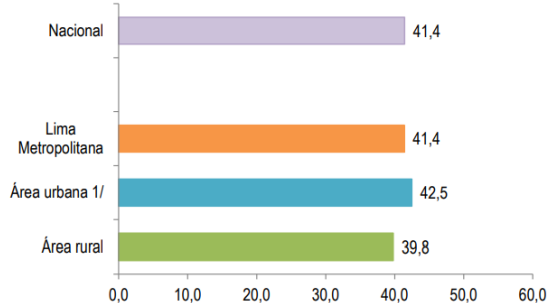
Trimestre: Julio-Agosto-Setiembre 2017 P/
(Porcentaje)



Trimestre: Octubre-Noviembre-Diciembre 2017 P/
(Porcentaje)



Trimestre: Enero-Febrero-Marzo 2018 P/
(Porcentaje)



Trimestre: Abril-Mayo-Junio 2018 P/
(Porcentaje)

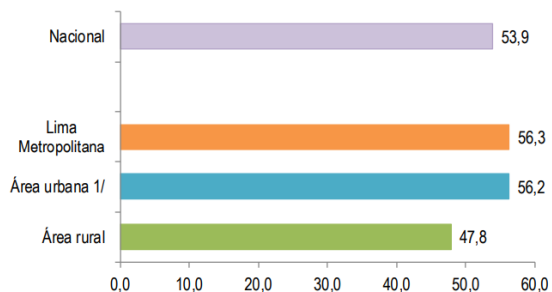


Figura 12. Población menor de 18 años de edad con algún problema de salud, según ámbito geográfico, por trimestres (En Porcentaje).

Fuentes: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

Estado de la Niñez y Adolescencia. INFORME TÉCNICO N° 4 Diciembre 2017.

Estado de la Niñez y Adolescencia. INFORME TÉCNICO N° 1 Marzo 2018.

Estado de la Niñez y Adolescencia. INFORME TÉCNICO N° 2 Junio 2018.

Estado de la Niñez y Adolescencia. INFORME TÉCNICO N° 3 Setiembre 2018.

Tabla 2.

Hogares con niñas, niños y adolescentes beneficiarios de programas alimentarios, por ámbito geográfico 2004-2017 (Porcentaje respecto del total de hogares de cada ámbito geográfico)

Año/Trimestre	Total	Lima Metropolitana	Área Urbana	Área Rural
Indicadores Anuales				
2004	48.3	33.7	38.3	74.4
2005	46	29.7	35	74.8
2006	46.1	28.7	36.2	74
2007	44.9	27.7	36.7	74
2008	42.7	27.8	35	70.6
2009	41.7	27.4	33.6	69.9
2010	42.9	27.9	35.1	70.9
2011	41.3	26.7	32.8	69
2012	40	26.9	30.8	68.9
2013	39.4	25.6	32.2	66
2014	39.8	22.8	34.7	66.6
2015	45	21.6	42.8	73.7
2016	50.9	26.6	50.7	76.5
2017	52.9	30.6	52.7	76.4

Fuente: INEI. Estado de la Niñez y Adolescencia. INFORME TÉCNICO N° 3 Setiembre 2018.

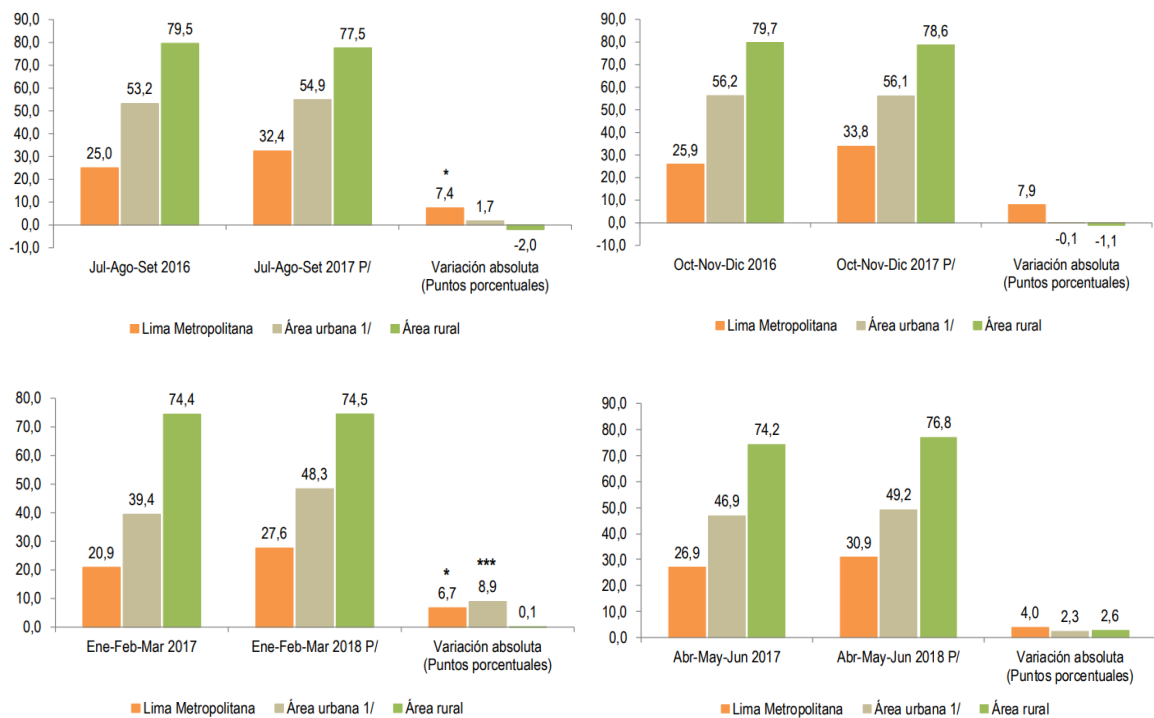


Figura 13. Hogares con niñas, niños y adolescentes beneficiarios de programas alimentarios, según ámbito geográfico, por trimestres (Porcentaje respecto del total de hogares de cada ámbito geográfico).

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

Estado de la Niñez y Adolescencia. INFORME TÉCNICO N° 4 Diciembre 2017.

Estado de la Niñez y Adolescencia. INFORME TÉCNICO N° 1 Marzo 2018.

Estado de la Niñez y Adolescencia. INFORME TÉCNICO N° 2 Junio 2018.

Estado de la Niñez y Adolescencia. INFORME TÉCNICO N° 3 Setiembre 2018.

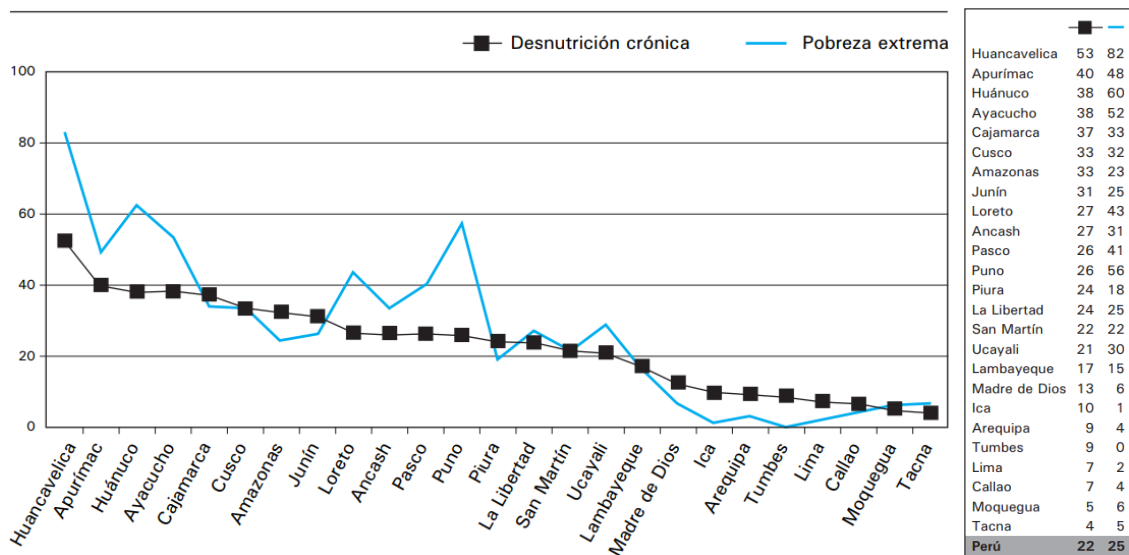


Figura 14. Desnutrición crónica y pobreza extrema en los niños de 6 a 9 años de edad. Perú 2008. (En porcentaje)

Fuente: UNICEF – INEI. Estado de la Niñez en el Perú 2008.

Nota: Elaboración en base a información de anemia de MONIN 2004 (INS-CENAN) y de pobreza de la ENAHO 2006 (INEI).

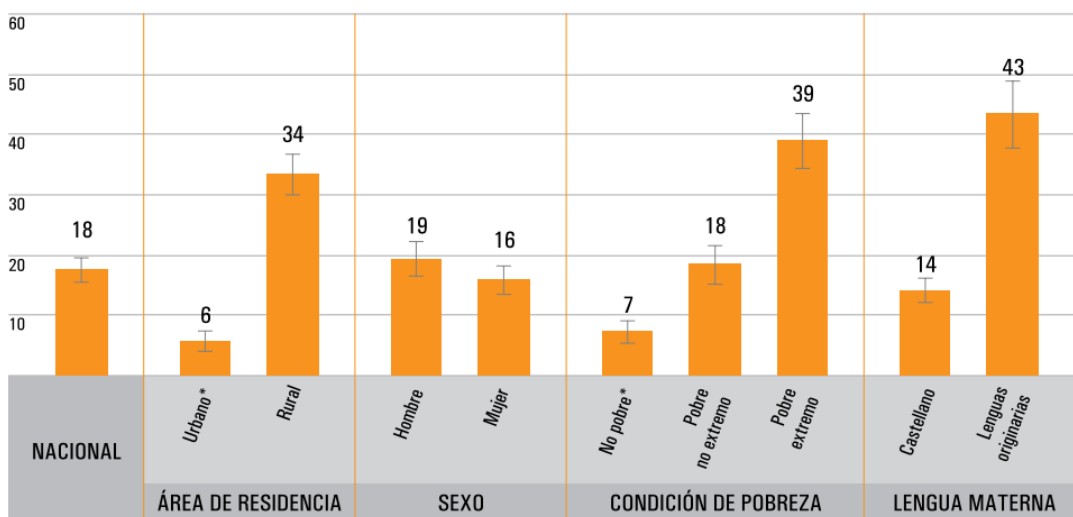


Figura 15. Desnutrición crónica en los niños y niñas de 6 a 11 años por área de residencia, sexo, pobreza y lengua materna (En porcentaje)

Fuente: UNICEF – INEI. Estado de la Niñez en el Perú 2011

Nota: Elaboración en base a la ENAHO 2008, INEI.

Tabla 3.

Adolescentes de 10 a 19 años con déficit de peso y sobre peso. Perú 2004 (En porcentaje)

	Déficit de peso	Peso normal	Sobrepeso
Adolescentes			
Urbano	4*	82	15
Rural	4	88	8
Nacional	4	85	11
Mujeres			
Urbano	2*	82	16
Rural	3*	89	8
Nacional	3*	86	12
Hombres			
Urbano	5*	81	14
Rural	5*	87	8
Nacional	5	85	11

Fuente: UNICEF – INEI. Estado de la Niñez en el Perú 2008.

Nota: Elaboración en base a MONIN 2004 del CENAN.

Tabla 4.

Adolescentes de 15 a 19 años con déficit de peso y sobrepeso. Perú 2008 (En porcentaje)

	Déficit de peso	Normal	Sobrepeso
Área de residencia			
Urbano	3*	81	16
Rural	5*	89	7*
Sexo			
Hombre	5*	84	11*
Mujer	3*	84	13*
Condición de pobreza			
No pobre	3*	81	16
Pobre no extremo	5*	87	8*
Pobre extremo	6*	89	6*
Nacional	4*	84	12

Fuente: UNICEF – INEI. Estado de la Niñez en el Perú 2011.

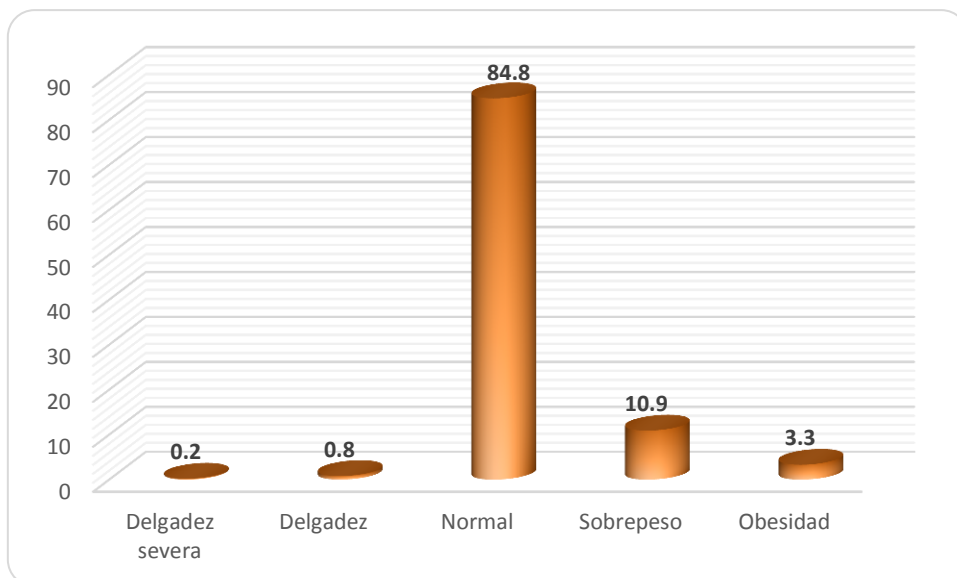


Figura 16. Estado nutricional de adolescentes de 10 a 19 años de edad. Perú 2010 (En porcentaje)

Fuente: MINSA Estado Nutricional en el Perú 2011

Nota: INS - Componente Nutricional ENAHO-CENAN Julio 2009 -Junio 2010 Perú

Tabla 5.

Estado nutricional de la población de 10-19 años de edad por ámbito urbano/rural y sexo, Perú 2012-2013.

Estado nutricional	Ámbito			Sexo	
	Nacional	Urbano	Rural	Varones	Mujeres
Delgadez	1.4	1.4	1.2	1.9	0.8
Normal	74.5	69.1	86.8	74.2	74.9
Sobrepeso	17.5	20.5	10.6	16.1	19
Obesidad	6.7	9.1	1.3	7.9	5.4
Sobrepeso+obesidad	24.2	29.6	11.9	24	24.4

Fuente: MINSA. Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú. 2017

Nota: Instituto Nacional de Salud. Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional. Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida: 2012-2013.

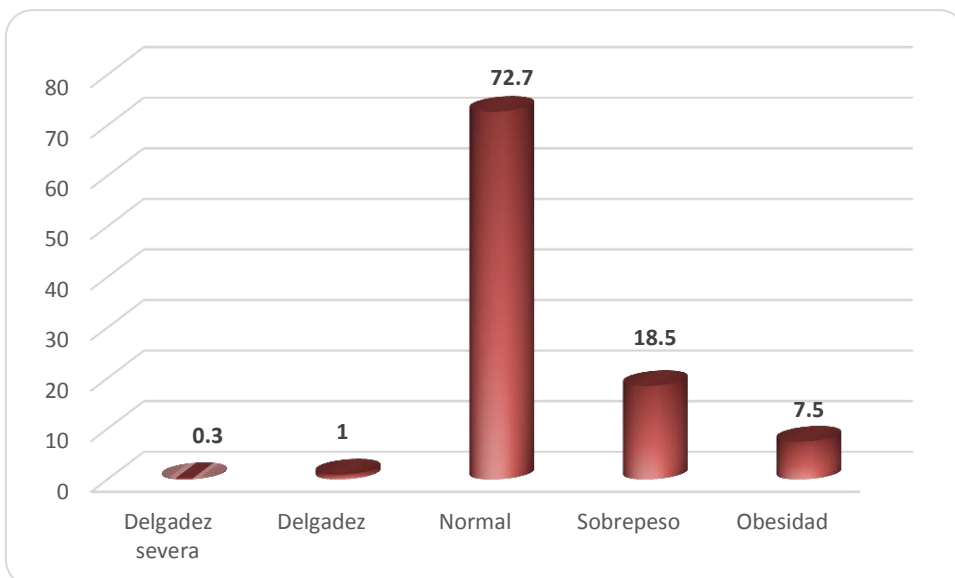


Figura 17. Distribución porcentual del estado nutricional en adolescentes. Perú 2013 - 2014

Fuente: MINSA. Estado nutricional por etapas de vida en la población peruana; 2013-2014. 2015

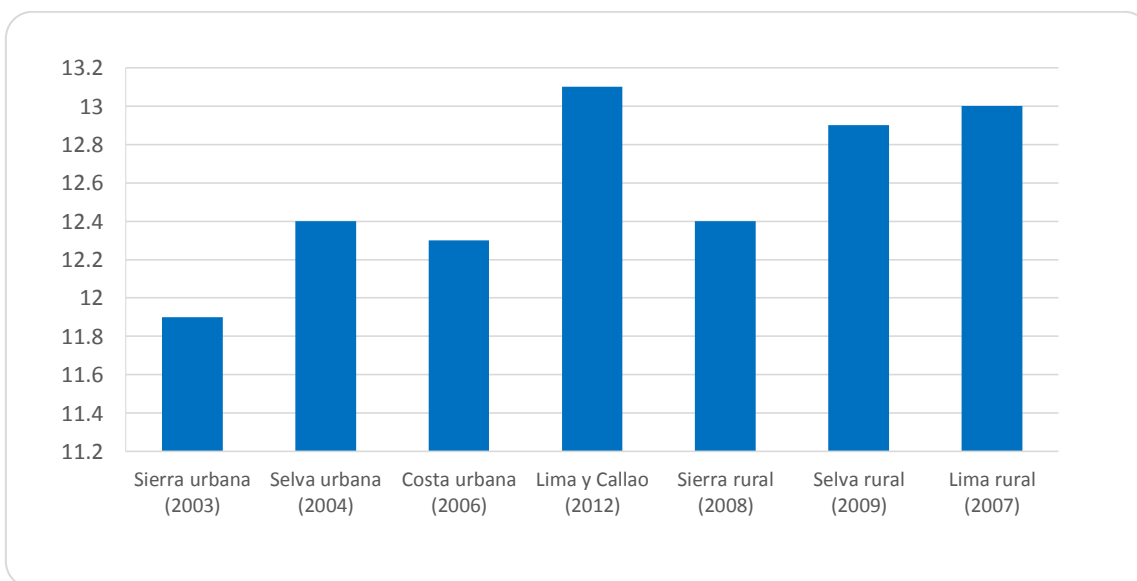


Figura 18. Edad promedio de inicio de consumo de alcohol de los adolescentes, por regiones naturales y ámbitos urbano/rural

Fuente: MINSA. Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú. 2017

Nota: Instituto Nacional de Salud Mental. Anales de Salud Mental. Estudios epidemiológicos de Salud Mental.

Tabla 6.

Principales indicadores de consumo de drogas en la población escolar de secundaria residente en ciudades de 30,000 y más habitantes, Perú 2012.

Drogas	Prevalencia de consumo			Incidencia de consumo (+)	Edad promedio de inicio
	Vida	Año	Mes		
Drogas legales	40.5	23.3	12.3
Alcohol	37.2	19.7	9.3	11.6	13.3
Tabaco	22.3	12.8	7.4	6.1	13.3
Drogas ilegales	8.1	3.8	2.1
Marihuana	4.3	2.2	1.4	1.5	14.3
Cocaína	1	0.9	0.7	0.7	14.2
PBC	19	0.9	0.7	0.4	14
Inhalantes	2.5	1.2	0.5	0.7	12.4
Éxtasis	1.6	1	0.7	0.6	14.3
Otras drogas (**)	0.6	0.5	0.2	13.2
Drogas Médicas	5.5	3.2	1.9
Tranquilizantes	4	2.3	1.3	1.3	12.9
Estimulantes	2.4	1.5	1	0.8	12.9

Fuente: MINSA. Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú. 2017

Nota: DEVIDA. Observatorio Peruano de Drogas. IV Estudio Nacional de prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2012.

Prevalencia de consumo: Vida (consumo alguna vez en su vida)

Año (consumo en el último año)

Mes (consumo en el último mes)

3.- Indicadores de Escuelas Promotoras de la Salud

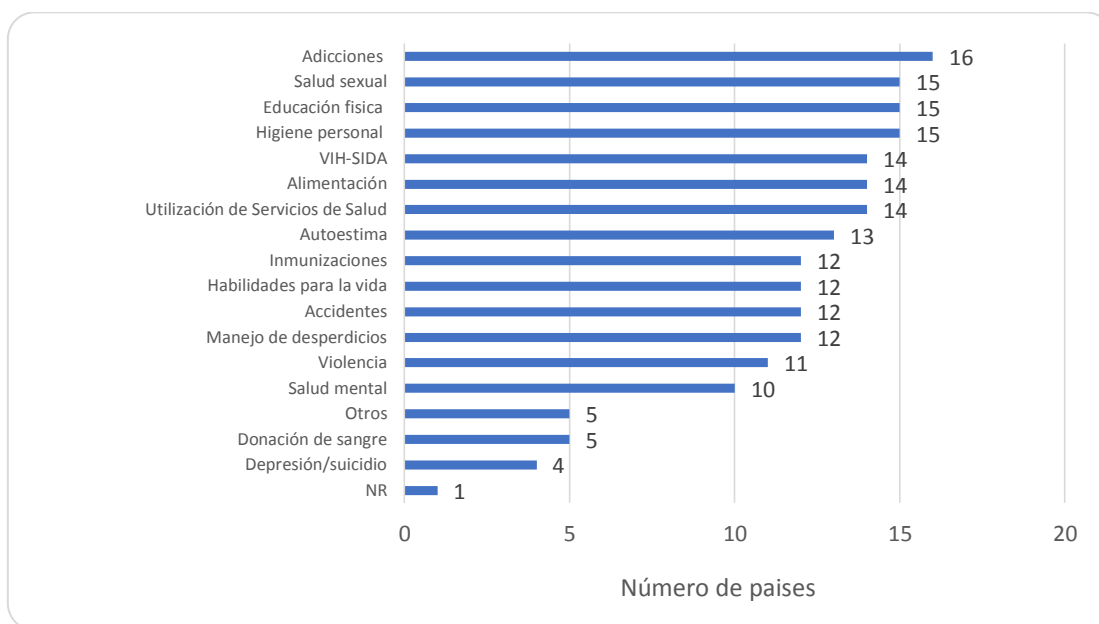


Figura 19. Temas abordados en la enseñanza de la educación para la salud a nivel curricular 2005

Fuente: Organización Panamericana de la Salud

Nota: Total de países evaluados son 17, y son los siguientes: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú y Uruguay.

Indicador: Frecuencia de los contenidos curriculares de Educación para la Salud en los niveles primario, EGB, secundario.

Otros: Salud ambiental, concepto de salud, derechos del niño, género, salud bucal, ciudadanía y democracia.

NR: (No responde) República Dominicana.

Observación: Las categorías salud mental, depresión y suicidio y donación de sangre resultan expresiones poco utilizadas a nivel curricular y posiblemente su abordaje sea de modo indirecto, dentro de otros temas.

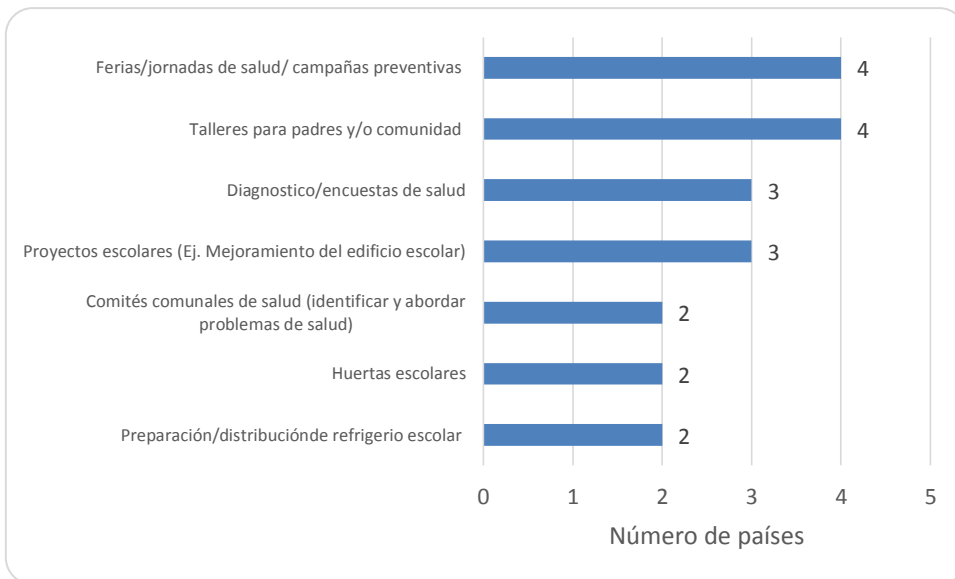


Figura 20. Tipo de servicios o programas que la EPS realiza de modo más frecuente con la comunidad 2005

Fuente: Organización Panamericana de la Salud

Nota: Cantidad de países: 9 (Argentina, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Honduras, México, Paraguay, Perú, Uruguay).

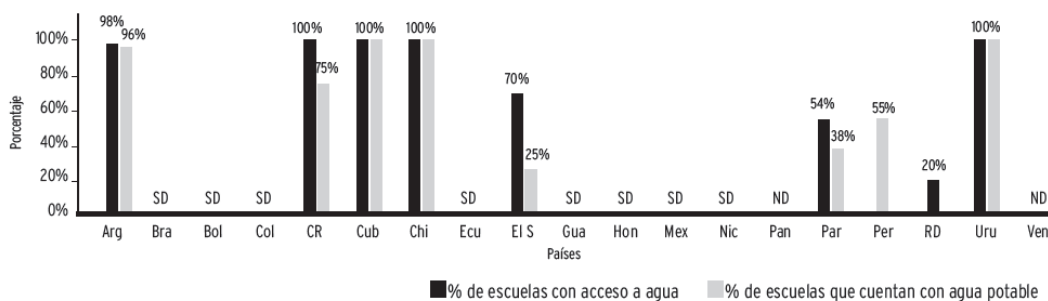


Figura 21. Porcentaje de escuelas con acceso a agua y a agua potable 2005.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud

Nota: ND: No Disponible (Corresponde a los países que han sido convocados a participar del estudio pero que no han participado). No se cuenta con información disponible y no se consideraron para el análisis de los datos.

5.2. El desarrollo histórico del tema de la salud en el currículo educativo peruano de educación básica regular

Según el análisis que realizaron Ramos y Choque (2007), en el texto titulado “*La educación como determinante social de la salud en el Perú*”, identificaron que los temas de salud fueron incorporados en el currículo educativo a partir de los años 80. En ese entonces el Ministerio de Salud contaba con un área de Educación para la Salud, y en coordinación con el Ministerio de Educación, lograron incorporar contenidos de salud en el currículo de la educación básica. Siendo los primeros temas relacionados con la prevención de enfermedades: la higiene, la prevención de la tuberculosis y la vacunación infantil.

Pero ¿desde cuándo se fue incluyendo el tema de salud en la educación peruana? ¿Cómo fue evolucionando su desarrollo desde los inicios de la República? ¿Qué aportes se fueron dando desde el gobierno, la sociedad civil? En esta sección describiremos el desarrollo histórico que tuvo el tema de la salud en la educación peruana.

5.2.1. El tema de la salud en la educación peruana: Los inicios de la República

5.2.1.1. La educación a inicios de la República: De 1821 a 1900

En 1823, se promulgó la primera constitución en el periodo republicano, donde se puso interés por la educación pública, dictando normas para formular planes generales para la educación, se dictaminó que la instrucción es una necesidad común, que garantizaba la instrucción primaria gratuita para todos los ciudadanos (Hidalgo et al., 2018).

En el año 1833, se creó el Departamento de Instrucción, además, se incrementó el número de planteles, y se consolidó la educación primaria. En 1840, en el segundo gobierno de Gamarra, se fundó la Dirección de Educación Primaria, que iba hacer la institución encargada de preparar los planes y programas, así como determinar un método único de enseñanza (Hidalgo et al., 2018).

En esa época, los niveles educativos estaban definidos por: la educación primaria y superior (Hidalgo et al., 2018).

- La educación primaria o elemental que fueron denominadas “Escuelas Lancasterianas”, que eran escuelas gratuitas, sin embargo se marginaba a las castas.
- La educación superior, básicamente se impartía en las universidades y colegios mayores. Hay que señalar que para recibir el título la instrucción académica no era

muy larga. Además, en los colegios mayores, se impartía enseñanzas de tipo universitaria en los campos de filosofía, derecho y medicina.

Las universidades que funcionaban eran cinco: San Marcos en Lima, San Cristóbal de Huamanga en Ayacucho, San Antonio Abad en Cusco, Santo Tomás y Santa Rosa de Trujillo y San Agustín de Arequipa. Y entre los colegios mayores, funcionaba el de San Carlos, San Fernando y el Independencia (Hidalgo et al., 2018).

En 1840, también se fundó el Colegio Guadalupe, durante el gobierno de Domingo Elías. En 1842, viajó al país desde España un joven médico que realizaría una fundamental reforma en la educación escolar, introduciendo nuevas asignaturas como: Historia Antigua, Media y Moderna, Historia General de América y particularmente del Perú, Literatura, Economía Política, Estadística e Historia Natural, y elevando la calidad de las lecciones y renovando la metodología (Hidalgo et al., 2018).

También enseñó en el Convictorio de San Carlos (Geografía y Literatura) y en el Colegio de Medicina (Filosofía, Higiene, Historia Natural y Medicina Legal).

Fue en el Gobierno de Ramón Castilla, que la educación peruana tuvo un apoyo decisivo para la enseñanza y su organización administrativa a través de la promulgación del Reglamento de Instrucción del año 1850, así se puso fin a la desorganización administrativa y pedagógica imperante (Hidalgo et al., 2018).

La educación se dividió en pública y privada, comprendió tres niveles: primaria, secundaria y superior.

- La educación primaria, se dictaría en escuelas, en dos ciclos primero y segundo orden.
- La educación secundaria, se dictaría en los colegios, menores y mayores.
- La educación superior, se dictaría en los colegios mayores y universidades

En el segundo gobierno de Castilla (1855), apoyado por liberales como Sebastián Lorente, mantuvo la educación en tres niveles: Popular, impartida en las escuelas; la Media, en los colegios y la Especial impartida en las universidades, escuelas e institutos profesionales, en esta época se buscó que la educación sea integral y con perfeccionamiento “moral, intelectual, estético y físico” (Hidalgo et al., 2018).

En 1876, durante el Gobierno del Presidente Manuel Pardo, promulgó el Reglamento General de Instrucción, entre sus principales reglas están:

- Mantener en tres niveles la educación: Primaria, Media y Superior.
- Normar las características de los edificios escolares.
- Creación de bibliotecas populares
- Se crearon cuatro nuevos institutos superiores especiales: Escuela de Ingenieros Civiles y de Minas, Escuela Superior de Agricultura, Escuela Naval y Escuela de Artillería y Estado Mayor (Hidalgo et al., 2018).

En 1895, el presidente Nicolás de Piérola, formuló el Proyecto de Ley Orgánica de Instrucción, que fue promulgado por el Presidente Romaña en 1901, siendo lo más relevante, la ampliación de la duración de la educación secundaria a seis años, y se declaró la “enseñanza libre”, es decir se brinda la posibilidad que cualquier persona con condiciones de moralidad y capacidad suficiente podía abrir al público un establecimiento de enseñanza, con internado o sin él (Hidalgo et al., 2018).

5.2.1.2. El movimiento Higienista del siglo XIX y El Catecismo de Higiene.

A mediados del siglo XIX aparece un nuevo movimiento denominado higienista en Europa, en el Perú el promotor y podríamos señalar el precursor de la Educación para la Salud fue el médico español Sebastián Lorente, quien fue el primero en promover la salud en las escuelas peruanas publicando un pequeño libro al que denominó “Catecismo de Higiene”, que tuvo múltiples ediciones.

Este movimiento denominado higienismo, surgió como movimiento médico social en la primera mitad del siglo XIX en Inglaterra, como respuesta a diferentes enfermedades y epidemias que habían aumentado por la expansión de las ciudades. Aunado, a la pobreza, el hacinamiento, las pésimas condiciones de abastecimiento de agua, la disposición de excretas, y los hábitos de las personas (Salaverry, 2017).

Por esa época recién se habría graduado como médico, Robert Koch (1867), quien años más tarde describiría el agente causal de la tuberculosis (1882), además Louis Pasteur comenzaba a con sus primeros trabajos.

En el Perú, Hipólito Unanue, incorpora a la higiene como una de las asignaturas al “Quadro Sinóptico” (1808). En este documento se definían las asignaturas que deberían dictarse en el Real Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando. Para Unanue, la higiene, era parte de la Medicina Teórica, que comprendía tres disciplinas: Zoonomía, Patología y Psicología. Sin embargo, durante la presidencia del General Santa Cruz se emitió un Estatuto que cambió el plan de estudios y eliminó la asignatura de Higiene. En 1840, se restituyó nuevamente el curso de Higiene junto a la asignatura de Fisiología (Salaverry, 2017).

En 1843, ya en el mandato de Cayetano Heredia se modifica nuevamente el plan de estudios, manteniéndose el curso de Fisiología e Higiene. Durante este periodo se incorpora Sebastián Lorente como uno de los docentes, dictando los cursos de Historia Natural, Medicina Legal y Fisiología e Higiene.

En 1855 se creó la Facultad de Medicina, y al año siguiente se creó formalmente la cátedra de Física Médica e Higiene, siendo Rafael Benavides el responsable de asumirla.

En 1876, ya bajo la influencia de Sebastián Lorente, se estableció un nuevo reglamento, donde se mantuvo la Higiene como cátedra de Física Médica e Higiene. En 1893, se incluyó la asignatura de Higiene Pública y Privada, pero ubicada en el séptimo año de estudios, en los planes de estudios anteriores esta fue dictada en los primeros años. Esto es debido, a que cambió la idea de que el miasma era la causa de las enfermedades por la del contagio a través de microorganismo, y cambiando a la higiene como la explicación del origen de la enfermedad que ahora ayudaba como medio para combatir las fiebres u otras enfermedades epidémicas (Salaverry, 2017).

El Catecismo de Higiene

En 1867, Lorente publica la primera edición de este libro, que fue titulado “Catecismo de higiene para las escuelas de instrucción primaria”. Este libro tuvo varias ediciones, y estaba organizado en secciones, y cada sección está compuesto por “apotegmas”² numerados, en total 96. Además de una sección de preguntas. En la tabla 7, se observa un ejemplo de los apotegmas de cada sección y su respectiva pregunta (Salaverry, 2017).

² Apoteagma, es un dicho breve y sentencioso, que incluye un contenido moral que pretende aleccionar.

Tabla 7

Selección de apotegmas del Catecismo de higiene de Sebastián Lorente

Sección	Inciso/número del apotegma en la edición original	Pregunta
Condiciones personales	1. La higiene nos enseña a conservar la salud. El que observa las reglas de la higiene, goza de mejor salud, está menos expuesto a enfermar y puede vivir más largo tiempo.	¿Para qué sirve la higiene?
Atmósfera	15. Deben evitarse los vientos que vienen de lugares impuros, como cementerios y pantanos, que soplan con mucha fuerza, que son muy destemplados o traen mucho polvo.	¿Qué vientos deben evitarse?
Climas	23. En el Perú se necesitan muchas precauciones para aclimatarse en la montaña, algunos menos para cambiar la sierra por la costa y solo cuidados en los primeros días al pasar de la costa a la sierra.	¿Qué precauciones exigen los diferentes climas del Perú?
Habitaciones	28. Los cimientos y paredes deben estar calculados para resistir en los casos comunes a terremotos e incendios. Las habitaciones deben ser de anchura moderada, y las ventanas de buena disposición para que entre la luz, se renueve el aire y no se reciban vientos insalubres.	¿Qué disposición deben tener las casas?
Vestidos	37. Debe tenerse especial cuidado de la cama, que es nuestro vestido durante el sueño y mientras yacemos enfermos. No ha de ser demasiado blanda, ni muy abrigada; las sábanas han de estar muy limpias, la cabecera un poco levantada, los colchones sin partes salientes, ni duras; y todo debe airearse diariamente y renovarse con la frecuencia necesaria.	¿Qué cuidado se ha de tener en la cama?
Baños	38. El uso de los baños es de gran importancia para la salud, porque conservan la limpieza del cuerpo, le fortifican y pueden hacerle más ágil.	¿Cuál es la importancia de los baños?
Cosméticos	45. La limpieza de los dientes debe conservarse con polvos, opiatas o líquidos que no ataquen el esmalte.	¿Cómo debe conservarse la limpieza de los dientes?
Excreciones	46. Debe cuidarse de las excreciones propias del cuerpo; porque siendo excesivas, debilitan y cuando se perturban, pueden causarse graves enfermedades.	¿Qué cuidado se ha de tener de las excreciones?
Alimentos	62. Además de la moderación en los alimentos es necesario no tomarlos después de agitaciones violentas de cuerpo o de espíritu, masticarlos bien, y no turbar la digestión con baños fríos, ejercicios violentos o cualquier otro exceso.	¿Cuáles son las principales precauciones antes y después de la comida?
Bebidas	66. El aguardiente de uva, el de caña, el de frutas y otros que se consiguen por la destilación, tiene una actividad peligrosa; por lo que solo en muy limitada cantidad y en casos bien determinados, dejan de causar mucho daño.	¿Con qué precauciones pueden usarse las bebidas destiladas?
Ejercicio	71. La gimnástica que regulariza el ejercicio, debe formar parte de la educación, para que el cuerpo se desarrolle bien y se impidan los malos efectos de los trabajos intelectuales excesivos.	¿Cuál es la importancia de la gimnasia?
Percepciones	75. Cuando no llega a ser muy perjudicial, es por lo común inútil el uso habitual del tabaco, la coca y el opio que, si bien procuran cierta distracción y pueden tener ventajas excepcionales, nos imponen necesidades facticias cada día más imperiosas y conducen a abusos muy nocivos.	¿Por qué debe evitarse el uso habitual del tabaco, la coca y el opio?
Preservativos	83. Es una falta de humanidad y de previsión despreciar la vacuna que preserva del terrible azote de las viruelas.	¿Qué aprecio debe hacerse de la vacuna?

Fuente: Tomado de "Higienismo en el Perú del Siglo XIX. Sebastián Lorente y el Catecismo de Higiene" de Salaverry, O. (2017).

El catecismo de Lorente, es conservador respecto al tema religioso, ya que incluye el carácter moral y religión. Para Lorente está “convencido del carácter indudable de sus ideas higienistas para beneficio de la población estos apotegmas y preceptos adquieren el mismo nivel de “verdad revelada”, en este caso por la ciencia” (p. 141).

La salud pública fue un tema que generó debate entre la población, y que no se agotó, reactualizando en varias circunstancias.

Hay que señalar que el “Catecismo de Higiene” de Lorente no tuvo continuidad, sin embargo fue el primer esfuerzo que se hacía para mejorar la salud pública, pensando en perfeccionar al ciudadano peruano de fines del siglo XIX.

Salaverry (2017) realiza una reflexión sobre el tema, señalando que:

El Catecismo debe recaer en el tema de cómo se ha continuado desde el Estado, y específicamente desde el sector Salud, la tarea de promover en la población condiciones y comportamientos higiénicos. Hace ya muchos años que la visión constructivista de la educación nos ha alejado de instrumentos como el catecismo de higiene, y los resultados que obtenemos cuestionan el éxito de los actuales esfuerzos: los hábitos higiénicos ya no son un objetivo central de la formación escolar, esta labor se ha delegado al sector Salud (p. 143)

Este sector, la salud, que debe ser la heredera del legado dejado por Lorente y su generación, no tiene una política definida, además que se encuentra a la voluntad de las diferentes gestiones.

Salaverry (2017) añade:

Existen jóvenes que deben ser instruidos en salud sexual y reproductiva, pero los índices de embarazo adolescente nos señalan el fracaso de la comunicación, probablemente porque los códigos y medios usados no corresponden a la subcultura juvenil urbana y a la rural en forma diferenciada. Similar análisis se puede realizar a los recientes brotes y posibles epidemias de enfermedades como el dengue, la chikungunya y el zika; todas ellas, para ser controladas, necesitarían un cambio de comportamiento higiénico de los integrantes de la comunidad, pero los resultados,

incluso con resistencia activa a las medidas desplegadas por el sector Salud, también evidencian una falla en la comunicación (p. 143).

5.2.1.3. La educación peruana: De 1901 a 1950

Empezando el siglo XX, se instaló el Gobierno de José Pardo (1904-1908), quien consideró a la educación como un elemento fundamental para el mejoramiento del ciudadano e indispensable para todo programa de gobierno constructivo. Bajo ese precepto, se consideró urgente la reforma total de la educación y un incremento preferente de la primaria, porque según Pardo, si no se atendían las deficiencias en los primeros años de educación podrían traer consecuencias para los otros grados (Hidalgo et al., 2018).

Pardo, fue el primer presidente que realizó la primera reforma educativa de envergadura, organizando lo pre existente y elaborando lineamientos para su desarrollo en el futuro. A su vez Pardo, consideró que si se resolvía los problemas en la educación elemental, es decir la educación primaria, esto contribuiría a mejorar significativamente la vida de la población. Estableció la gratuidad y obligatoriedad de la misma, que incluía el reparto gratuito de material de enseñanza. Además, establece la gratuidad de las escuelas técnicas y ocupacionales nocturnas. Para la ejecución de estas reformas, tuvo el apoyo de pedagogos franceses, belgas y especialmente alemanes. En un discurso de clausura universitaria, el manifestó “la prosperidad, la fuerza, el porvenir en suma de la Republica, requieren que el Estado desarrolle totalmente la educación nacional” (Hidalgo et al., 2018).

León Trahtemberg (2010) ha desarrollado la historia de la educación en el Perú refiriendo algunos periodos de presidentes del Perú relacionados con la educación, hasta antes de 1920 se describió que:

Fue el gobierno de José Pardo (1904-8) el que se delineó y puso en práctica una primera reforma educativa de envergadura que ordenó y organizó lo pre existente y le dio un norte para los desarrollos futuros. Impulsó la educación primaria (dividida en dos ciclos de dos y tres años) procurando universalizarla, estableciendo la gratuidad y obligatoriedad de la misma, incluyendo el reparto gratuito de material de enseñanza. También estableció la gratuidad de las escuelas técnicas y ocupacionales nocturnas, recuperando las experiencias de las escuelas de Artes y Oficios pre existentes hasta 1902. Además le dio un particular impulso a la educación privada.

Todo esto se hizo con el apoyo de pedagogos franceses, belgas y especialmente alemanes (s.p.)

Para los profesores estableció en 1905 la carrera magisterial (...). Más adelante en 1919 se reformó la universidad (a imitación de la reforma universitaria cordobesa de Argentina en 1918) estableciendo entre otras cosas la autonomía universitaria y el cogobierno de estudiantes, graduados y profesores, la libertad de cátedra y la remoción de catedráticos que perdieran vigencia (Trahtemberg, 2010, s.p.).

Así también, en la misma revista se ha indicado que:

Con Leguía se estableció una primaria común gratuita y obligatoria (dos ciclos de dos y tres años) y otra profesional (...). En 1921 los pedagogos de la misión pedagógica de EE.UU. asumieron la Dirección General y las Direcciones Regionales del Ministerio de Educación (...). Los profesores de la época, asociados en diversos gremios de preceptores, directores, normalistas y maestros de segunda enseñanza, se sumaban a las causas políticas y a la defensa de las clases medias (...) Por ello Leguía centralizó al máximo el disperso sistema educativo y le otorgó poderes excepcionales a la inspección escolar cuya tendencia a la fiscalización y sometimiento magisterial se siente hasta nuestros días (Trahtemberg, 2010, s.p.).

Ahora bien, antes de 1950 destacó los gobiernos de Prado así como el de Bustamante y Rivero, al respecto Trahtemberg ha detallado lo siguiente:

En los años 1940's el gobierno de Prado le dio un gran impulso la educación técnica y normal y además estableció la educación infantil para niños de 4 a 7 años, la primaria común gratuita y obligatoria de 6 años, la secundaria común de cinco años con ingreso a la opción técnica, normal o artística al cabo del 3ero de secundaria y la superior (...) En 1944 estableció el convenio para el "Servicio Cooperativo Peruano Norteamericano" para orientación vocacional y perfeccionamiento de docentes con becas en EE.UU., el cual se mantuvo vigente hasta 1962.

En 1945 Bustamante y Rivero estableció la gratuidad de la secundaria para los alumnos egresados de las escuelas fiscales, lo que trajo el inicio de la expansión de la secundaria aunque sin contar con los profesores e instalaciones

adecuadas. Esta fue una época de transición demográfica del campo a la ciudad, de grandes migraciones alimentadas por la escuela urbana y mestiza (Trahtemberg, 2010, s.p.).

5.2.1.4. La educación peruana: De 1951 a 2000

Es de precisar que a partir de 1940 comienzan las grandes migraciones del campo a la ciudad, ello implicó que las familias campesinas, muchos de ellos analfabetos migren a la ciudad; sin embargo el periodo a partir de 1951 es también de vital importancia:

León Trahtemberg, ha señalado conforme se lee que:

Para atender la creciente demanda de educación secundaria gratuita en 1950 el gobierno de Odría aprobó su “Plan Nacional de la Educación” por el que se crearon 55 Grandes Unidades Escolares para hombres o mujeres que comprendían los últimos dos años de primaria y la secundaria común y técnica (...) Odría además creó colegios secundarios militares con alumnos internados egresados del 3er año de secundaria común. Para ampliar la cobertura también impulsó la educación privada laica, parroquial y de congregaciones. Se formalizó la educación especial para niños con problemas de aprendizaje y se incentivó la educación infantil para niños de 4 a 6 años (...)

En 1958 con Prado se abrieron las opciones de “ciencias” y “letras” para el alta secundaria y en 1962 creó el SENATI para responder a las crecientes necesidades de formación de técnicos (...)

El gobierno de Belaunde (1963-8) estableció la gratuidad de toda la enseñanza estatal, todo lo cual fue aparejado con el crecimiento del presupuesto para la educación (que llegó al 26.5% del presupuesto equivalente al 5% del PBI).

En el año 1972, durante el gobierno de Velasco, la educación fue una cuestión política y económica-social, esto debería comprometer la participación de la comunidad relacionándola con el desarrollo y el trabajo y planteaba que no podría haber un cambio económico, social y cultural del país si no se reformaba su educación, además, la educación no podría transformarse si no había cambios en las bases económicas y sociales. Sin embargo, la falta de recursos y la excesiva

demanda educativa no pudo cubrir la nueva infraestructura sino un recorte de la jornada escolar, aumentando los turnos escolares y el número de estudiantes por profesor.

En el segundo gobierno de Belaunde, que fue el retorno a un gobierno democrático, las propuestas del gobierno velasquistas fueron desactivadas, volviendo al esquema educativo anterior de dos niveles como la primaria y la secundaria. También se promulgó la Ley del Profesorado (24029).

Durante el Gobierno de Alan García (1985/90) sus ministros de educación Grover Pango y Mercedes Cabanillas hicieron un esfuerzo de consulta nacional y elaboración de un “Proyecto Educativo Nacional” que reflejara las necesidades de la educación peruana (...)

En 1990 asumió el gobierno el Presidente Alberto Fujimori, que había ofertado en la campaña electoral enfatizar la honradez, tecnología y trabajo (...)

En su primer quinquenio de gobierno, el gobierno se dedicó fundamentalmente a mejorar e incrementar la infraestructura y a revalorizar la educación pública gratuita incluyendo en ella los alimentos, el seguro escolar, el reparto de cuadernillos escolares gratuitos y ocasionalmente la instalación de computadoras, así como la capacitación masiva de profesores (Trahtemberg, 2010, s.p.).

5.2.1.4.1. La promoción de la salud: sus inicios y evolución

En 1941, el Dr. Henry Sigerist, médico salubrista e historiador suizo fue el primer profesional en utilizar el término de promoción de la salud, y fue para referirse “a las acciones basadas en la educación sanitaria y a las actividades del Estado, para mejorar las condiciones de vida. El estableció cuatro funciones de la medicina: a) la promoción de la salud, b) prevención de la enfermedad, c) la restauración de los enfermos y la rehabilitación (Salvador, 2015).

Además, Sigerist propuso un programa de salud que consistió en cuatro lineamientos:

- Educación libre para toda la población, que incluye la educación para la salud,
- Mejores condiciones de trabajo y de vida para la gente,

- Mejores medios de recreación y descanso
- Un sistema de instituciones de salud y personal médico y personal accesible para todo el mundo, responsable de la salud de la población y listo para restaurar la salud cuando la prevención ha fallado.

Y se le considera el precursor de las escuelas saludables cuando señalo que: “La escuela es una de las instituciones más importantes de la salud pública” (Salvador, 2015).

En 1978, se suscribió la Declaración de Alma Ata, realizada en Kazajistán como parte de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, organizada por la OMS/OPS y UNICEF donde se estableció como lema “Salud para todos en el año 2000”. En ese evento se expresó la necesidad de la toma de acciones por parte de los gobiernos, trabajadores de la salud y la comunidad internacional con la finalidad de proteger y promover el modelo de atención primaria de salud para la población mundial (Crovetto & Vio, 2009).

En la Declaración de Alma Ata, se hizo énfasis en la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS).

Luego, en 1986, se realizó, en Ottawa, Canadá, la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud llamada “Iniciativa en pro de una nueva acción de salud pública”. En este evento, se analizaron los avances alcanzados desde la Declaración de Alma Ata, poniéndose énfasis en renovar la concepción de salud pública, desde el concepto de promoción basado en el autocuidado y la acción intersectorial en salud (Crovetto & Vio, 2009).

En esta conferencia se señaló que la promoción de la salud que: “es una responsabilidad no solo del sector salud y se planteó que es parte del bienestar de la población, involucrar a todos los sectores”, y para que se logre ese objetivo “se requiere de la elaboración de una política pública sana, la creación de ambientes saludables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de las aptitudes personales, la reorientación de los servicios de salud y el compromiso a favor de la promoción de salud de quienes la promueven” (Crovetto & Vio, 2009, p. 34). A partir de ese momento la salud se debería percibir no como un objetivo sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana.

En 1991, se celebró en la ciudad de Sundsvall (Suecia), la Tercera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, y la que centro básicamente en “promover el concepto de vida saludable y la creación de ambientes favorables para la salud, reflejadas en la Declaración de Sundsvall” (Crovetto & Vio, 2009, p. 34).

En 1992, se realizó la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, en Santa Fe de Bogotá y se adopta la Declaración de Promoción de la Salud en América Latina. En ese evento se buscó garantizar el bienestar general como propósito fundamental del desarrollo. Asimismo, se exhortó a renovar el compromiso con la solidaridad y la equidad en la salud, deplorar la violencia, así como apelar a la voluntad política para modificar las condiciones sociales con el objeto de que la marginalidad, la desigualdad, el abuso y el daño ambiental sean inadmisibles (Crovetto & Vio, 2009).

En 1994, se realizó en Francia, el Seminario Internacional sobre Políticas, Estrategias y Estructuras Nacionales de Promoción de Salud, los acuerdos más resaltantes fueron la movilización de recursos y apoyo a la Promoción de la Salud, y dar las condiciones para políticas, estructuras y roles, es decir incorporar el tema político-estructural (Crovetto & Vio, 2009).

En 1997, se realizó en Yakarta, Indonesia, la Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, titulada “Nueva era, nuevos actores; adaptar la promoción de la salud al siglo XXI”, fue la primera vez que se organizó en un país en desarrollo. Los acuerdos alcanzados fueron en relación, a reconsiderar los factores determinantes de la salud y señalar los obstáculos y las estrategias necesarias para resolver las dificultades de promoción de la salud en el siglo XXI, se reiteró el compromiso de la Carta de Ottawa, haciendo énfasis en la participación social en el ámbito comunitario y las capacidades de las personas para promoción de la salud. De este evento surgió la Declaración de Yakarta (Crovetto & Vio, 2009).

En 1998, luego de la LI Asamblea Mundial de la Salud, se suscribió la resolución sobre Promoción de la Salud, los puntos acordados fueron los siguientes: a) promover la responsabilidad social para la salud; b) incrementar la inversión para el desarrollo de la salud; c) consolidar y expandir la “corresponsabilidad en salud”; d) incrementar la

capacidad comunitaria y empoderar al individuo en materia de salud; e) fortalecer las consideraciones de los requerimientos en salud y promoción en todas las políticas, y f) adoptar un enfoque basado en evidencia para las políticas de promoción de la salud y sus prácticas, utilizando metodologías cuantitativas y cualitativas (Crovetto & Vio, 2009).

En esta Asamblea, también se invocó a las instituciones de índole gubernamental, no gubernamental, privadas, donantes y comunidad internacional que apoyen la implementación de las estrategias y se establezca una red global en apoyo a la promoción de salud, asimismo, se instó al desarrollo de espacios saludables y a la implementación de estrategias de promoción, con prioridad en los grupos vulnerables (Crovetto & Vio, 2009).

En el 2000, se realizó en México, la Quinta Conferencia Internacional de Promoción de Salud, denominado “Promoción de la Salud hacia una mayor equidad”. Los objetivos de esta conferencia estuvieron referidos a poner énfasis en la promoción de la salud en las políticas, los programas y proyectos de salud y calidad de vida, donde se promuevan los Planes Nacionales de Promoción de la Salud. Además, se invocó a apoyar la investigación con la finalidad de conocer prioridades y la movilización de recursos financieros y operacionales para elaborar, aplicar, vigilar y evaluar los planes de acción nacionales. Asimismo, se buscó fortalecer las redes nacionales e internacionales que promuevan la salud (Crovetto & Vio, 2009).

En 2005, en la ciudad de Bangkok (Tailandia), se desarrolló la Sexta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud: “Los determinantes de la salud en relación con las políticas y las alianzas para la acción sanitaria”. Esta conferencia estuvo orientada a reducir las desigualdades en materia de salud en el mundo mediante el fomento de la salud, reforzando los temas de equidad y condiciones socio-económicas, género, situación laboral, vivienda, relacionados con la salud (Crovetto & Vio, 2009).

En 2009, se realizó en la ciudad de Nairobi (Kenia), la Séptima Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, en este evento se tuvo como precedentes los importantes debates sobre los determinantes de salud. Además, se presentaron documentos relacionados con el compromiso global para usar el potencial no explotado de promoción en salud (Coronel & Marzo, 2017).

En 2013, se realizó la Octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, en la ciudad de Helsinki (Finlandia), titulada “Salud en todas las políticas”, cuyos objetivos fueron “impulsar nuevos enfoques y capacidades de apoyo a la estrategia, y sus participantes evidenciaron la necesidad de integrar la salud en el proceso político, a la vez que se garantiza el cumplimiento de otros objetivos de gobierno, y de influir en factores no sanitarios, pero muy vinculados con la salud, como la pobreza, el acceso al agua y al saneamiento, la seguridad y el desarrollo social y económico sostenibles” (Coronel & Marzo, 2017, p. 928).

En 2016, se celebró la Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud en la ciudad de Shanghai (China), titulada “La promoción de salud en los objetivos de desarrollo sostenibles” cuyo objetivo fue dar a conocer los vínculos cruciales existentes entre la promoción de la salud y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. La importancia de esta conferencia fue básicamente promover la salud ya que es fundamental para el logro de los Objetivos para el Desarrollo Sostenible, en ella se estableció el nuevo rumbo para los próximos 15 años y servir de inspiración a los gobiernos nacionales, dirigentes municipales, y otras partes interesadas (Coronel & Marzo, 2017).

En la Tabla 8, se presenta un resumen de los eventos internacionales en relación a la promoción de la salud.

Tabla 8.

Resumen reuniones internacionales en Promoción de la Salud 1978 - 2005

Año	Lugar de la Conferencia / Evento	Tema
1978	Alma Ata	Atención Primaria de Salud
1986	Ottawa, Canadá	Promoción de Salud (Conceptos)
1988	Adelaida, Australia	Políticas públicas favorables a la Promoción de Salud
1991	Sundsvall, Suecia	Crear ambientes favorables para la Promoción de Salud
1992	Santa Fe, Bogotá / Conferencia Internacional de Promoción de la Salud	Declaración de Promoción de la Salud en América Latina
1994	Paris, Francia: Seminario Internacional sobre las Políticas, Estrategias y Estructuras Nacionales de Promoción de la Salud	Incorporación de lo político-estructural en la Promoción de Salud
1997	Yakarta, República de Indonesia	“Nueva era, nuevos aires”; incorpora al sector privado a la Promoción de Salud

1998	LI Asamblea Mundial de la Salud / Resolución sobre la Promoción de la Salud	Hace un llamado a la comunidad internacional a implementar y apoyar las acciones en Promoción de Salud
2000	Santa Fe, México	Se establecen Planes Nacionales de Promoción de Salud para los países de América Latina
2005	Bangkok, Tailandia	Determinantes de la salud en las alianzas para la acción sanitaria: disminución desigualdades en el mundo globalizado
2009	Nairobi, Kenia	La llamada a la acción de Nairobi para cerrar la brecha de implementación en promoción de la salud
2013	Helsinki, Finlandia	La salud en todas las políticas
2016	Shanghai, China	Promover la salud en los Objetivos de Desarrollo Sostenible” y el eslogan “Salud para todos y todos para la Salud

Fuente: Tomado de “Antecedentes internacionales y nacionales de la promoción de la salud en Chile: Lecciones aprendidas y proyecciones futuras” de Crovetto, M., Vio, F (2009) /

5.2.1.4.2. La inclusión del tema de salud en el contenido curricular de la educación básica regular

Según Ramos y Choque (2007), la incorporación de los tópicos en salud en el currículo escolar fue en los años 80 (Entre el Gobierno de Arquitecto Fernando Belaunde y Dr. Alan García). Durante ese periodo, el Ministerio de Salud tenía un área de Educación Para la Salud, y en coordinación con el Ministerio de Educación, se incorporó contenidos de salud el currículo educativo. Estos temas estaban relacionados básicamente, con la prevención de enfermedades: la higiene, la prevención de la tuberculosis y la vacunación infantil.

En la década de los 90, el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud, suscribieron un convenio para incorporar al currículo educativo otros temas como: contenidos en prevención de enfermedades, referidos a salud sexual y reproductiva (Ramos y Choque, 2007).

5.2.1.4.3. Las escuelas promotoras de la salud en el Perú

A iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), nació el proyecto sobre Escuelas Promotoras de la Salud, con el objetivo de integrar las políticas sobre la

promoción de la salud en el sector escolar. Permitiendo la coordinación y ejecución de políticas públicas de salud y educación, y a la vez constituir un factor de convocatoria para todos los sectores involucrados incluyendo la sociedad civil con la finalidad de promover el desarrollo humano de la comunidad (Ministerio de Educación y Ministerio de la Salud, 2002)

La promoción de la salud en las instituciones educativas, permitirá que las autoridades, las escuelas, la comunidad y los servicios locales de salud “potencien la capacidad de desarrollar conocimientos, actitudes y prácticas de promoción, que actúen sobre los determinantes de la salud,... así como prevenir los factores y condiciones de riesgo en las nuevas generaciones” (Ministerio de Educación [MINEDU] y Ministerio de la Salud [MINSAL], 2002, p. 9)

Las Escuelas Promotoras de la Salud, buscaron asegurar el derecho a la salud y la educación de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en el Perú.

En el Perú, las primeras iniciativas relacionadas con la salud fueron desarrolladas por la Asociación Kallpa, en el año 1988. Ellos, realizaron un diagnóstico de los alumnos de los centros educativos de la zona sur de Lima, encontrando que no existía una relación entre el sector salud y el sector educación. Con una currícula no ajustada a la realidad, y observándose que las enfermedades más comunes podían ser previsibles y atendidas en las instituciones educativas. Ante esta realidad, se diseñó una estrategia de intervención para resolver los problemas de salud en la escuela (MINEDU y MINSAL, 2002).

En 1994, esta experiencia se extendió a los departamentos de Cusco, Ayacucho e Iquitos, adaptando el modelo a las escuelas urbanas y rurales (MINEDU y MINSAL, 2002).

En 1997, se realizan unos cambios a la estrategia inicial, promoviendo el empoderamiento de las escuelas desde un enfoque de gestión participativa, que asegure la transferencia y sostenibilidad de la intervención. En esta ocasión, los Ministerios de Salud y Ministerio de Educación, adoptan medidas normativas que deberían favorecer la inclusión de las estrategias a las escuelas (MINEDU y MINSAL, 2002).

En 1999, este modelo de intervención se denominó “Escuelas Promotoras de la Salud”, y que estaba enfocado bajo los lineamientos de la OMS/OPS. En paralelo, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) fue impulsando las denominadas “Escuelas Amigas”, cuyas actividades estaban relacionadas en promover el accionar escolar, permitiendo la participación equitativa de la niña, poniendo énfasis en la comunicación oral y la resolución de problemas (MINEDU y MINSA, 2002).

En el 2001, se instaló la Comisión Multisectorial de Escuelas Promotoras de Salud, complementando con la firma de un convenio entre el Ministerio de Salud y Ministerio de Educación. En esos años, ambos ministerios definen un marco normativo para desarrollar una estrategia de promoción de la salud a nivel local, departamental y nacional (MINEDU y MINSA, 2002).

5.2.1.5. La educación peruana: De 2001 a la actualidad

5.2.1.5.1. La promoción de la salud en el contenido curricular de la educación básica regular

A inicios de este nuevo siglo, específicamente en el año 2002, por primera vez, se incorporaba en el currículo educativo peruano contenidos con un enfoque de promoción de la salud, siendo el tema principal la generación de estilos de vida saludable en la población (Ramos y Choque, 2007).

Cabe señalar, que en el año 2005, el Ministerio de Educación aprobó el Diseño Curricular Nacional de Educación Básica Regular – Proceso de Articulación, el cual contenía tópicos relacionados a la educación para la salud para los niveles de educación inicial, primaria y secundaria.

En Educación inicial, Ramos y Choque (2007), observaron que los contenidos estaban enfocados a temas de relación consigo mismo y con el medio natural y social. Estos contenidos fueron los siguientes:

- Alimentación
- Higiene
- Cuidado personal
- Hábitos de limpieza
- Cuidado del medio ambiente

- Descanso
- Prevención de accidentes
- Reconocimiento de lugares que le brindan seguridad
- Vinculación con la familia
- Comunicación de sentimientos
- Afectividad
- Hora de tutoría semanal

En Educación primaria, estos mismos autores observaron que las competencias que debería alcanzar los estudiantes fueron: reconocerse como persona, valorar sus características biológicas, psicomotoras, intelectuales, afectivas y sociales, comunicarse con claridad y originalidad, controlar y ajustar las acciones de su cuerpo practicando hábitos de prevención y cuidado de su salud integral en relación con el ambiente. Los contenidos tenían que ser desarrollados en el área de ciencia y ambiente y esto son:

- Virus y bacterias y su relación con las enfermedades
- Enfermedades que afectan los órganos de los sentidos
- Prevención de enfermedades
- Nutrición y vida saludable: obesidad, anorexia y bulimia
- Asistencia médica en el mejoramiento de la calidad de vida
- Efectos del consumo de drogas y tóxicos
- Cambios físicos en las personas
- Salud reproductiva
- Uso responsable de los medicamentos
- Importancia de la medicina tradicional
- Biología básica
- Hábitos de higiene
- Conservación de la salud
- Enfermedades más comunes que se dan en la escuela y la comunidad
- Características del cuerpo humano
- Clasificación de los alimentos: formadores, energéticos y reguladores
- Aspectos afectivos
- La familia
- Educación física
- Hora de tutoría semanal (Ramos y Choque, 2007)

En Educación secundaria, Ramos y Choque (2007), observaron que las competencias que debían alcanzar los estudiantes estaban relacionadas con: el reconocimiento como persona en pleno proceso de cambios biológicos y psicológico, afianzar su identidad y su autoestima, afirmar sus intereses y aspiraciones de orden personal, familiar y social, actuar con coherencia a partir de una sólida escala de valores, y valorar y practicar un estilo de vida saludable y responsables, con alternativas de solución a los problema ambientales que afectan a la comunidad local, nacional y hasta mundial.

Los contenidos tenían que ser desarrollados en el área de ciencia, tecnología y sociedad, estos fueron:

- Promoción de la salud
- Estilos de vida saludables
- Higiene
- Medidas de seguridad y prevención de accidentes
- Niveles de organización de la materia vida
- Los alimentos
- Nutrición, clases y funciones de nutrición
- Seguridad alimentaria e higiene ambiental
- Prevención de enfermedades relacionadas con las funciones orgánicas
- Factores sociales que repercuten en la salud mental
- Medidas preventivas
- Salud sexual y reproductiva
- Medidas preventivas contra las infecciones de transmisión sexual, con énfasis en el VIH
- Trastornos del sistema inmunológico
- Uso de antibióticos y drogas en la recuperación del estado de salud
- Uso de plantas medicinales en la conservación del estado de salud
- Microorganismos, salud e industria
- Seguridad e higiene ambiental
- Cuidado del medio ambiente
- El agua como recurso fundamental para la vida
- Hábitos de consumo responsable en la sociedad
- Cambios de temperatura en el ser humano

- Efectos de las radiaciones solares en la salud
- Hora de tutoría semanal

En síntesis, ya son más de 30 años que se vienen desarrollando contenidos en temas de salud en el currículo educativo escolar, siendo en las primeras décadas temas con contenido preventivo y más recientemente con un enfoque orientado a la promoción de la salud.

5.2.1.5.2. La Promoción de Quioscos y Comedores Escolares Saludables

Una de las últimas iniciativas del Gobierno Peruano en favor de la promoción de la salud en las escuelas es la aprobación de la Directiva Sanitaria para la Promoción de Quioscos y Comedores Escolares Saludables en las Instituciones Educativas con la finalidad de contribuir con la salud integral de la comunidad educativa en nuestro país, especialmente en los niños y niñas como adolescentes, poniendo énfasis en las conductas y prácticas de alimentación saludable previniendo el sobrepeso y la obesidad (Ministerio de Salud, 2015).

Entre los objetivos específicos, de esta directiva, es buscar promover el expendio de alimentos saludables en los quioscos y comedores escolares de las instituciones educativas del país. Asimismo, busca promover la calidad sanitaria e inocuidad de los alimentos que se elaboran y expenden en los quioscos y comedores escolares, además que las instituciones educativas del país desarrollen estrategias de alimentación saludables (Ministerio de Salud, 2015).

5.3. Justificación de la relación estrecha entre salud y educación especialmente para el desarrollo integral de nuestro país

El tema de la salud en el escenario educativo peruano, ha tenido distintos desarrollos o intervenciones a lo largo del periodo republicano. Desde el Catecismo de Higiene del Dr. Sebastián Lorente, quien fue el primero en desarrollar un documento formal donde se delineaba los hábitos que deberían adquirir las personas, comenzando por los escolares de nivel primario, pasando por la inclusión del tema de salud en el currículo escolar en los años 80, hasta la actualidad con la promoción de quioscos y comedores escolares con el fin de contribuir con la salud integral de las niñas, niños y adolescentes, y promocionar las conductas y prácticas alimentarias saludables en las instituciones educativas del país.

Una institución educativa junto con la familia, juegan un papel muy importante para desarrollar la conducta y los valores de los niños y adolescentes. En ese sentido, las escuelas desarrollan una tarea esencial, ya que brindan los conocimientos bases, para que puedan desenvolverse en este mundo tan cambiante. No obstante este desenvolvimiento, depende en gran medida de su estado de salud.

Según Riquelme (2006), existe la suficiente evidencia que la mala salud inhibe el aprendizaje. Este autor añade que “hay estudios que indican una relación entre la mala salud y el rendimiento escolar de los estudiantes, las conductas orientadas a la educación (asistencia al centro, disciplina, actividades extraescolares) y las actitudes de los estudiantes” (p. 186).

Hay estudios que señalan, que las intervenciones de promoción de la salud en las instituciones educativas son eficaces cuando transmiten conocimiento, desarrollan habilidades y apoyan la toma de decisiones que se traducen en una conducta positiva orientada a la salud (Riquelme, 2006)

Otro autor como Ruiz et al (2003), señala que la evaluación de resultados de la promoción de la salud, a nivel intermedio, se miden en tres aspectos: estilos y condiciones de vida saludables, servicios de salud eficaces y entornos saludables, estos están basados sobre los determinantes de la salud.

Por otro lado, la conferencia realizada en la ciudad de Ottawa, Canadá, en el año 1986, fue el punto de partida para la promoción de la salud a nivel internacional, en ese evento, se firmó la carta donde se definía la promoción de la salud como: “El proceso que proporciona a las personas los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud, mejorando así su salud” (Riquelme, 2006, 185).

La OMS por su parte, definió la promoción de la salud, de dos formas: Por un lado, “consiste en proporcionar a la población los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para la promoción y la protección de la salud”, y por otro lado, consiste “en contribuir a capacitar a los individuos para que participen activamente en definir sus necesidades y elaborar propuestas para conseguir unas determinadas metas en salud”. (Riquelme, 2006, p. 185).

Esto nos lleva a determinar, que los principales escenarios para la promoción de la salud son los centros de enseñanza y los servicios de salud (atención primaria).

Según Riquelme (2006), las intervenciones de promoción de la salud en las instituciones educativas son eficaces si transmiten conocimiento, desarrollan habilidades y apoyan la toma de decisiones

Una intervención en promoción de salud será más eficaz si se consideran los siguientes aspectos:

- Si están dirigidos a resultados cognitivos y sociales con un cambio de conducta.
- Si son de amplio alcance, que relación a la institución educativa con los organismos y sectores encargados de la salud.
- Cuando abarca varios años escolares, además de estar en concordancia con los cambios del desarrollo social y cognitivo de los niños y adolescentes.
- Cuando se presta atención al crear capacidades a través de la formación de los profesores y la provisión de recursos (Riquelme, 2006).

CAPÍTULO VI.

PROPUESTA EDUCATIVA

6.1. Introducción

Esta propuesta estará basada sobre el Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud, documento elaborado por el Ministerio de Salud según la Resolución Ministerial N° 720-2006/MINSA. En ese documento se desarrollan las bases teóricas y metodológicas para orientar las intervenciones de promoción de la salud.

Este modelo considera el desarrollo humano, que debe ser alcanzado para la promoción de la salud y trata de recuperar la integridad del ser humano, tomando como a la persona y su familia como el centro de la misión, respetando la realidad heterogénea del país.

Esta propuesta tomará en cuenta los ejes temáticos de la promoción de la salud, como:

- Alimentación y nutrición
- Higiene y ambiente
- Actividad física
- Salud sexual y reproductiva
- Habilidades para la vida
- Seguridad vial y cultura de tránsito
- Promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz

6.2. Objetivos y contenidos

6.2.1. Alimentación y nutrición

Objetivos generales

- Lograr conocimientos y hábitos alimentarios saludables.
- Prevención de trastornos de la conducta alimentaria.

Objetivos específicos

- Proporcionar la adopción de una alimentación equilibrada.
- Promover el desarrollo de conductas modelo por parte del profesorado en relación con la alimentación.
- Promover la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes que faciliten la adopción efectiva de unos hábitos de alimentación saludables.

6.2.2. Promoción de actividad física

Objetivos generales

- Promocionar un estilo de vida activo, dentro y fuera de la institución educativa, a través de la exploración y disfrute de las posibilidades motrices, de la relación con los demás y del ocio saludable.

Objetivos específicos

- Elaborar políticas orientada a la promoción de la actividad física continuada y placentera.
- Promocionar la realización de actividad física durante los recreos.
- Fomentar la práctica de actividad física mediante la realización de actividades complementarias, salidas escolares y/o actividades extraescolares.
- Ampliar el horario de uso de las instalaciones escolares para la práctica de ejercicio físico.
- Promocionar el desarrollo de conductas por parte del profesorado en relación con la actividad física.
- Proporcionar al alumnado un currículo que promueva la participación en actividades físicas y ayude a desarrollar conocimientos, actitudes, habilidades motoras y conductuales para adoptar y mantener un estilo de vida físicamente activo.
- Promover la motricidad en el aula mediante actividades de enseñanza-aprendizaje que requieran de movimiento corporal para su desarrollo.

6.2.3. Promoción de hábitos saludables e higiene

Objetivos generales

- Desarrollar hábitos higiénicos saludables.
- Promover una actitud responsable, saludable y positiva en relación con la sexualidad.
- Fomentar estilos de vida libres de tabaco, alcohol u otras drogas.

Objetivos específicos

- Promocionar la adopción de hábitos de higiene saludables, tanto en las actividades curriculares como en las extracurriculares.
- Promocionar un entorno favorecedor de actitudes saludables con relación a los aspectos sexuales y al consumo de sustancias, como tabaco, alcohol y droga.
- Integración en el currículo y aplicar en el aula los hábitos higiénicos saludables: limpieza (cuerpo y vestido), salud buco-dental, higiene postural, descanso y relajación.
- Integrar la educación sexual en el currículo de los diferentes niveles educativos.
- Incorporar al currículo escolar contenidos que ayuden a prevenir el uso de tabaco, alcohol y otras drogas entre el alumnado.
- Incluir en el currículo escolar contenidos que eduquen para evitar nuevas adicciones relacionadas a las nuevas tecnologías (video juegos, internet, chat, entre otros).

6.2.4. Seguridad y prevención de accidentes

Objetivos generales

- Promocionar la adopción de modelos de comportamiento y estilos de vida para incrementar la seguridad y prevención de lesiones no intencionadas o accidentes.

Objetivos específicos

- Promocionar el mantenimiento y control de la seguridad de la institución educativa.
- Garantizar protocolos de actuación ante accidentes.
- Promocionar la reducción de la incidencia de lesiones entre el alumnado.
- Reducir, prever y controlar posibles riesgos para fomentar la práctica de actividad física.
- Incorporar al currículo escolar contenidos que permitan adquirir conocimientos y las habilidades y la confianza para adoptar comportamientos seguros con uno mismo y con los demás.

6.2.5. Salud mental y emocional

Objetivos generales

- Impulsar un clima escolar de apoyo y respeto a los demás y aumentar las relaciones personales de los alumnos.
- Fomentar la autoestima y autocontrol emocional entre los alumnos.

- Reducir conductas agresivas entre los alumnos y desarrollar estrategias de mediación y negociación.

Objetivos específicos

- Fomentar actividades orientadas a potenciar en el alumnado un sentimiento de vinculación a la escuela.
- Promocionar un clima escolar interno en el que se impulse el respeto, apoyo y preocupación por las demás personas, considerando a toda la comunidad escolar.
- Fomentar actuaciones que fomenten la mediación y el diálogo para resolver los conflictos y que no se toleren las agresiones ni forma alguna de acoso.
- Establecer, explicitar y difundir entre todos los miembros de la comunidad educativa cuál es el sistema corrector del centro ante actitudes violentas o de acoso.
- Respalda la aplicación de un plan de acogida para nuevos integrantes (profesores y alumnos).
- Aplicar un protocolo para prevenir situaciones de estrés para el alumnado.
- Integrar al currículo escolar contenidos que fomenten el logro de conocimientos, habilidades y actitudes que permitan la mejora de la autoestima, el conocimiento de las propias capacidades y la aceptación de las propias limitaciones, el respeto a las diferencias entre personas (físicas, culturales, etc.) y el desarrollo de técnicas negociación.

6.3. Temporalización

El tiempo estimado para la implantación total de proyecto será de tres años. Muchos aspectos serán fáciles de conseguir, pero muchos se van necesitar realizar gestiones y búsqueda de recursos a medio y largo plazo. Se va a procesar a realizar por etapas.

6.4. Metodología

Se utilizará una metodología motivadora, activa y participativa, en las actuaciones dentro de la institución educativa y a la hora de impartir los contenidos educativos a nivel curricular.

Se tratará que la metodología sea abierta y flexible, teniendo en cuenta la diversidad del alumnado, atendiendo las necesidades de cada grupo, como las características de niños o niñas de variada procedencia y capacidad, o ritmo de aprendizaje.

CAPÍTULO VII.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La presente discusión se ha realizado desde dos perspectivas: Desde un desarrollo respecto a la presentación de los resultados que se halla en el capítulo V y también respecto al análisis de los resultados, descrito también en el mismo capítulo.

En relación a los indicadores de educación se advierte que en el año 2000 el porcentaje del PBI invertido en educación fue de 2,6; sin embargo, no ha sido una cifra perdurable, siendo el 2010 y 2012 los años en que el porcentaje llegó a 2,9. Advirtiéndose de esta manera que el Estado asumió mayor preocupación por invertir en educación.

En los últimos 10 años, el Perú ha pasado de gastar del 3% al 3,7% del PBI en educación. En el diario El Comercio se precisó que: “el Perú está en la cola de 20 países de Latinoamérica: invierte solo el 3,7% del PBI en educación. Esta cifra está muy por debajo de países como Bolivia (6,5%) y Brasil (6,1%), entre otros”³

Por otro lado, se advierte que la tasa de cobertura en educación básica del periodo 2001 al 2012 en el nivel primaria fue superior al nivel inicial y secundaria, y es que en el año 2001, el porcentaje de matriculados en secundaria pasó de 68.8% a 80.7% en el 2012; mientras que en el nivel inicial, se incrementó a 74.6%. Ello es materia de discusión porque son tres niveles de estudio; sin embargo, ha existido mayor tasa de cobertura en primaria hasta el año 2012, pero se ha visto que el nivel inicial inició con

³ Falen, J. y Fernández, L. (31 de agosto de 2017). *El Comercio*. Recuperado de <https://bit.ly/2qjUL18>

un porcentaje bajo como es de 53,5% pero fue ascendiendo en el año 2004 a 60.4% llegando incluso a picos de 74,6% en el año 2012.

Fue a partir de 1980 que recién se incorporó en el currículo educativo los temas de salud, siendo cuestionado ya que la construcción del currículo supone un análisis de lo que sucede en las escuelas y en las prácticas concretas, en este caso, relacionado a la salud. Ello debió incluso incorporarse desde antes, pero solo se limitó incluir con anterioridad un curso relacionado a la educación y salud llamado Niño y Salud, conforme Chamorro ha precisado

Hasta la reforma educativa de 1974, en el caso del Perú, estos temas de salud fueron incluidos en el curso de Niño y la Salud; posteriormente se trataron en la asignatura de Ciencias Naturales, y actualmente se encuentran en el área denominada Personal Social del currículo del nivel de educación primaria. Este enfoque tradicional, posteriormente, se constituyó en la base de la iniciativa de promoción de la salud en el ámbito escolar. Como vemos, la educación para la salud no es una práctica reciente, aunque sí ha variado su enfoque como consecuencia de los cambios paradigmáticos en relación a la salud: de un concepto de salud como no enfermedad hacia otro más global, que considera la salud como un todo dinámico de bienestar físico, psíquico y social (Chamorro, 2010 p.15)⁴.

Ahora bien, la educación ha tenido un rol importante durante la república del Perú, esto es, a partir de 1821.

Conforme se ha precisado en el análisis de los resultados en 1823 se promulgó la primera constitución en el periodo republicano, donde se puso interés por la educación pública si se hace un contraste con la actualidad, definitivamente ha logrado y sigue logrando equilibrar el acceso a la educación para todas las clases sociales; sin embargo, ello no resulta suficiente porque se trata de eliminar las brechas de calidad entre la educación pública y la privada así como entre la educación de provincias y la urbana, pues se trata de fomentar equidad en el acceso de oportunidades en educación.

⁴ Chamorro, Y. G. (2010, marzo). Educación para la salud en las organizaciones escolares. *Educación*. Recuperado de <https://bit.ly/2QSF7Wm>

Salaverry ha indicado también que a mediados del siglo XIX apareció el movimiento higienismo en Inglaterra, ello como respuesta a diferentes enfermedades. En ese sentido, Duran ha referido que el higienismo, no velaba únicamente por el bienestar individual, sino por el desarrollo y la estabilidad de la nación entera cuya base se sostenía en el cuerpo y los hábitos femeninos (p.125)⁵.

Así también, Salaverry ha indicado que en 1876 bajo la influencia de Sebastián Lorente, se estableció un nuevo reglamento, donde se mantuvo la Higiene como cátedra de Física Médica e Higiene. Discutir este punto es fundamental ya que Sebastián Lorente representa un tipo de docente liberal en el colegio Guadalupe, frente a la posición conservadora del clérigo Bartolomé Herrera en San Carlos.

Por otro lado en el Perú se ha intentado realizar reformas universitarias, al respecto Gonzales (p. 2013) ha precisado que: En el Perú, la Convención de 1916 discutió por primera vez toda clase de asuntos relacionados con la enseñanza, desde la escuela primaria hasta la universidad, incluidas cuestiones de orden político, religioso y económico inherentes a la educación⁶, Esto último es importante ya que la educación implica un factor vital para una excelente calidad de vida, y es que el educarse es un derecho, no obstante hasta la actualidad se siguen existiendo algunas personas que se plantean la duda acerca de la efectividad del sistema educativo.

Rivero (2013, p. 161) refirió en el capítulo “Los grandes problemas de la educación peruana, 1962”:⁷ Ha quedado así la dirección técnica de la educación en manos del ministro y de los funcionarios del ramo, designados generalmente por razones de política y no por tratarse de técnicos de reconocida idoneidad⁷. Esto último es cuestionado ya que hasta la actualidad se advierte ello.

⁵ Durán, M. (s.f.). Medicalización y disciplinamiento. La construcción higienista del espacio femenino, 1850-1920. Recuperado de <https://bit.ly/2OXXwUs>

⁶ Gonzales, O. (2013). *Nueva Escuela para una nueva nación*. Lima, Perú: Biblioteca Nacional del Perú.

⁷ Rivero, J. (2013). *Inventarios educativos y prolegómenos de reforma, 1956 – 1968*. Lima, Perú: Biblioteca Nacional del Perú.

Finalmente es oportuno tener presente los puntos doctrinarios que conformaron el programa de la Reforma Universitaria: Participación estudiantil, asistencia libre, docencia libre y periodicidad en la cátedra, renovación pedagógica, extensión universitaria y autonomía (Oliart, 2013, p.132)⁸.

Desde el punto de vista curricular, la educación para la salud implica un tratamiento transversal a aquellos problemas más significativos que afectan a la población infantil y adolescente, e inciden para ello en el diseño curricular nacional (Chamorro, 2010 p.17)

⁸ Oliart, (2013). *Educación en tiempos de cambio, 1968 – 1975*. Lima, Perú. Biblioteca Nacional del Perú.

CONCLUSIONES

1. Ha quedado demostrado que la salud siempre ha sido un tema fundamental y gravitante en la educación básica regular. En el escenario educativo peruano ha tenido una evolución favorable, con distintos desarrollos o intervenciones a lo largo del periodo republicano, desde el Catecismo de Higiene del Dr. Sebastián Lorente, a mediados del siglo XIX, quien fue el primero en desarrollar un documento formal donde se delineaba los hábitos que deberían adquirir las personas, comenzando por los escolares de nivel primario, pasando por la inclusión del tema de salud en el currículo escolar en los años 80, hasta la actualidad con la promoción de quioscos y comedores escolares con el fin de contribuir con la salud integral de las niñas, niños y adolescentes, y promocionar las conductas y prácticas alimentarias saludables en las instituciones educativas del país.
2. Entre los principales indicadores de educación, se ha observado que hubo una evolución favorable, donde el PBI en el sector educación paso de un 2.6% en el 2000 a 2.9% en el año 2012. Por su parte, el gasto en educación básica según niveles ha tenido un aumento constante, secundario aumentó en 310%, en el nivel primario fue de 343% y finalmente en inicial fue 348% entre el periodo 2000 al 2012. Además, la tasa de cobertura ha tenido un incremento en los distintos niveles, en el nivel inicial de 58.6% a 74.6% (2007 a 2012) y en el nivel secundaria fue de 70.5% a 80.7% (2002 a 2012). En cuanto a la tasa neta de matriculados ha experimentado un gran avance pasando de 58% en 2000 a 84% en 2014. La tasa de deserción acumulada en el periodo 2002 a 2015, en primaria (2.1% a 0.9%) y secundaria disminuyó (11.7% a 7.6%). El porcentaje de alumnos con primaria completa en el periodo 2004 a 2011 aumentó de 73.7% a 82.8%, y en el nivel secundario presentó el mismo comportamiento (52.1% a 67.0%). Entre los

principales indicadores de salud, se observó, que la población escolar que presentó algún problema de salud tuvo un comportamiento casi constante entre el 2004 a 2017 (47.3% y 49.9%). El porcentaje de hogares con niñas, niños y adolescentes beneficiarios de programas alimentarios vario entre 48.3% a 52.9% entre el 2004 a 2017. La tasa de desnutrición crónica se ha mantenido constante en los últimos 10 años con una tasa aproximada de 25%. Por último, el estado nutricional de la población de 10 a 19 años en el periodo 2012 a 2013 ha sido 74.5% con peso normal, 17.5% con sobrepeso y 30.9% con obesidad.

3. La educación peruana desde el inicio del periodo republicano, tuvo un apoyo decisivo para la enseñanza y su organización administrativa a través de la promulgación del Reglamento de Instrucción del año 1850. La educación se dividió en pública y privada, comprendió tres niveles: primaria, secundaria y superior. Creándose bibliotecas populares. Entre 1901 a 1950, se realizó la primera reforma educativa de envergadura, organizando lo pre existente y elaborando lineamientos para su desarrollo en el futuro. Se estableció la gratuidad y obligatoriedad de la misma, que incluía el reparto gratuito de material de enseñanza. Para los profesores se estableció la carrera magisterial. Se estableció la educación infantil para niños de 4 a 7 años, la primaria común gratuita y obligatoria de 6 años, la secundaria común de cinco años con ingreso a la opción técnica, normal o artística. Entre 1950 a 2000. Para atender la creciente demanda de educación secundaria gratuita en 1950 el gobierno de Odría aprobó su “Plan Nacional de la Educación” por el que se crearon 55 Grandes Unidades Escolares para hombres o mujeres que comprendían los últimos dos años de primaria y la secundaria común y técnica. Se crearon los colegios secundarios militares, y se impulsó la educación privada laica, parroquial, y de congregaciones. Se formalizó la educación especial para niños. En 1962 se creó el SENATI. Se estableció la gratuidad de toda la enseñanza estatal. Se promulgó la Ley del Profesorado. Entre el segundo gobierno de Belaunde y el primero de Alan García (años 80s), se incorporó tópicos en salud en el currículo escolar. En los 90s, se mejoró e incrementó la infraestructura (incluyo alimentos, seguro escolar, reparto de cuadernillos escolares, instalación de computadoras y capacitación masiva de docentes).
4. En esta investigación lo analizamos desde el comienzo del periodo republicano, identificando que la incorporación del tema de la salud en el currículo escolar fue en los años 80 (Entre el Gobierno del Arquitecto Fernando Belaunde Terry y Dr. Alan García Pérez). Además, en el año 2002, por primera vez, se incorporó en el currículo educativo peruano contenidos con un enfoque de promoción de la salud, siendo el tema principal la generación de estilos de vida saludable en la población. En el año

2005, el Ministerio de Educación aprobó el Diseño Curricular Nacional de Educación Básica Regular – Proceso de Articulación, el cual contenía tópicos relacionados a la educación para la salud para los niveles de educación inicial, primaria y secundaria. En el 2015, se aprobó Directiva Sanitaria para la Promoción de Quioscos y Comedores Escolares Saludables en las Instituciones Educativa. A pesar de haber experimentado mejoramientos sustanciales en la salud y en la educación, aún persisten estructuras de desigualdad, que demuestran que aún hay temas pendientes que atender, que son multisectoriales. La promoción de la salud es un elemento esencial para lograr estilos de vida saludables, desde nuestra perspectiva el currículo escolar viene incorporando cada vez nuevos elementos, desde la Declaración de Ata, pasando por la carta de Ottawa hasta la Conferencia de Shanghai, se han ido perfeccionando las estrategias en ese sentido; sin embargo, aún hay aspectos por mejorar y que logren un impacto en el nivel de salud de la población.

5. Se elaboró una propuesta educativa basada en el Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud elaborado por el Ministerio de Salud (RM N° 720-2006/MINSA). Tomando en cuenta los siguientes ejes temáticos: a) alimentación y nutrición, b) higiene y ambiente, c) actividad física, d) salud sexual y reproductiva, d) habilidades para la vida, e) seguridad vial y cultura de tránsito, y f) promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz.

RECOMENDACIONES

1. El panorama para la educación y la salud es muy alentador, sin embargo, aun persisten problemas como la desnutrición crónica y la pobreza extrema en niños de 6 a 9 años, y se acrecienta cuando los diferenciamos por lugar de residencia, donde la población rural tiene mayores índices. No es suficiente mejorar los contenidos del currículo escolar. Es poner en práctica estilos de vida saludables, desde los profesores, los estudiantes, las autoridades educativas, los padres de familia y todo agente que forme parte de la comunidad educativa, de tal manera que sea incorporado en la estructura social de nuestra población.
2. Es necesario que se incremente el gasto público en educación, ya que, a pesar de los aumentos, aun el Perú esta rezagado en Latinoamérica, este incrementó en el presupuesto repercutiría en mejorar el desempeño de los alumnos en la educación básica regular.
3. Además, debe optimizarse el gasto, es decir gastarse bien. Y que este orientado a los menos favorecidos, población con pobreza extrema y de los sectores rurales del país. Se necesita que esta apuesta por la educación sea verdadera, más allá del crecimiento económico, especialmente porque las necesidades son grandes. La diferencia entre el gasto actual y las necesidades es muy grande y eso no es sostenible en el tiempo.
4. Capacitar periódicamente no solo en contenidos teóricos sino en contenidos metodológicos a los profesores y autoridades educativas, con el propósito de no tener cuestionamientos sobre algunos hábitos no saludables.

5. Es importante la participación de los padres de familia, en esta propuesta, ya que ellos forman parte de esta comunidad, esto conlleva a que también deberían ser capacitados.

REFERENCIAS

- Alayo, F. (9 de marzo de 2018). Currículo escolar: PJ obliga al MINEDU a suspender parcialmente enfoque de género. *El Comercio*. Recuperado de: <https://bit.ly/2DihIXm>
- Aquino, L. (2017). *Eficiencia del programa educativo de salud bucodental la conquista de la boca sana en la higiene oral de los niños del tercer grado de primaria de la I.E. virgen de las mercedes, Catacaos Piura 2017*. (Tesis de pregrado). Universidad César Vallejo, Piura, Perú.
- Bernal, C. (2010). *Metodología de la investigación*. Tercera edición. Colombia: Pearson Educación.
- Bruno Wong, C. (2015). *Evaluación de la pertinencia curricular del diseño del proyecto curricular institucional de una institución educativa primaria de lima metropolitana* (Tesis de maestría). Recuperado de: <https://bit.ly/2QMaj9n>
- Chamorro, Y. (2010). *Educación para la salud en el currículo escolar: La experiencia de la Institución Educativa 7059 "José Antonio Encinas Franco"*. Pamplona Alta. Distrito de San Juan de Miraflores-UGEL 01. (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Cetrángolo, O., Bertranou, F., Casanova, L., Casalí, P. (2013). *El Sistema de Salud del Perú: Situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva*. OIT/ Oficina de la OIT para los Países Andinos. Lima, Perú. Recuperado de: <https://bit.ly/2kFF80F>

- Condori, F. (2014). *Sensibilización a los estudiantes de las instituciones Educativas de EBR (Educación Básica Regular) para prevenir enfermedades Zoonóticas en la Ciudad de Juliaca*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional del Altiplano, Puno, Perú.
- Coronel, J., Marzo, N. (2017). La promoción de la salud: evolución y retos en América Latina. *Medisan* 21(7): 926-932. Recuperado de: <https://bit.ly/2RH2xPH>
- Crovetto, M., Vio, F. (2009). Antecedentes internacionales y nacionales de la promoción de la salud en Chile: Lecciones aprendidas y proyecciones futuras. *Rev Chil Nutr*: 36(1): 32-45.
- Cuenca, V. (2017). *Estrategias de enseñanza desde la promoción de la salud para el desarrollo de capacidades cognitivas de estilos de vida saludables en estudiantes de primaria* (Tesis de doctorado). Universidad San Martín de Porres, Lima, Perú.
- Domínguez, B. (2006). *Educación para la salud en el ámbito escolar*. AEPap Curso de Actualización Pediatría 2006. Madrid: Exlibris Ediciones. Recuperado de: <https://bit.ly/2QQDd8c>
- Espezúa, I. y Santa María, K. (2015). *Modelo curricular basado en competencias en el diseño de unidades de aprendizaje de una institución educativa secundaria de Chiclayo* (Tesis de maestría). Recuperado de: <https://bit.ly/2QRQ0ao>
- Gobierno de Navarra (2006). *Manual de Educación para la Salud*. Recuperado de: <https://bit.ly/2BuNrUo>
- Guadalupe, C., León, J., Rodríguez, J., Vargas, S. (2017). *Estado de la educación en el Perú: Análisis y perspectivas de la educación básica*. Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE)/Proyecto Fortalecimiento de la Gestión de la Educación en el Perú (FORGE).
- Hernández R., Fernández C., Baptista P. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F.: McGraw-Hill.

Hidalgo, G., Huamancayo, M., Rosas, M., Uriol, J. (2018). *Estudio sobre los efectos de la implementación de un plan de capacitación en el centro de educación básica especial Perú Holanda*. (Tesis de Maestría). Escuela de Postgrado. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Recuperado de: <https://bit.ly/2RED3IU>

Instituto Nacional de Salud (2018). *Guía del participante. Programa de entrenamiento en salud pública dirigido a personal del Servicio Militar Voluntario*. INS-MINSA. Recuperado de: <https://bit.ly/2T15I5c>

Ley 28044. Ley General de Educación. Aprobada en Julio 2003. Artículo 2.

Ley 28044. Ley General de Educación. Aprobada en Julio 2003. Artículo 9.

Ley 28044. Ley General de Educación. Aprobada en Julio 2003. Artículo 29.

Ley 28044. Ley General de Educación. Aprobada en Julio 2003. Artículo 31 y 32.

Ley 28044. Ley General de Educación. Aprobada en Julio 2003. Artículo 36.

Ministerio de Educación. (2016). *Currículo Nacional de la Educación Básica*. Recuperado de: <https://bit.ly/2IlGbkW>

Ministerio de Educación. (2014). *Marco Curricular Nacional. Propuesta para el diálogo (Segunda versión)*. Recuperado de: <https://bit.ly/2TPZ15V>

Ministerio de Educación. (2010). *Propuesta de metas educativas e indicadores al 2021*. Consejo Nacional de Educación - MINEDU. Recuperado de: <https://bit.ly/2ANTmGy>

Ministerio de Salud (2015). *Directiva sanitaria para la promoción de quioscos y comedores saludables en las instituciones educativas: Directiva sanitaria N° 063-MINSA/DGPS v.01*. Dirección General de Promoción de la Salud. Lima, Perú.

- Ministerio de Salud (2013). *Plan de Salud Escolar 2013-2013. Dirigido a estudiantes de educación básica regular y especial del ámbito del Programa Nacional de Alimentación Qali Warma*. Ministerio de Salud. Recuperado de: <https://bit.ly/2FusLSC>
- Ministerio de Educación, Ministerio de Salud (2002). *Red de Escuelas Promotoras de la Salud del Perú. Cuadernos de Promoción de la Salud N° 1*. Lima: Organización Panamericana de la Salud.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2011). *Guía de Gestión de la Estrategia Escuelas Saludables*. Recuperado de: <https://bit.ly/2RtJvzH>
- Ramos, M., Choque, R. (2007). *La educación como determinante social de la salud en el Perú*. Lima, Perú: Ministerio de Salud: Dirección General de Promoción de la Salud. Dirección Ejecutiva de Educación para la Salud; Organización Panamericana de la Salud.
- Restrepo, H., Málaga, H. (2001). *Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable*. Bogotá, Colombia. Editorial Médica Internacional Ltda. Recuperado de: <https://bit.ly/2VYt1hA>
- Riquelme, M. (2006). *Educación para la salud escolar*. AEPap Curso de Actualización Pediatría 2006. Madrid: Exlibris Ediciones. Recuperado de: <https://bit.ly/2QQDd8c>
- Salaverry, O. (2017). Higienismo en el Perú del Siglo XIX. Sebastián Lorente y el Catecismo de Higiene. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*; 34(1): 139-144.
- Salvador, N. (2015). *Influencia del Programa Preventivo Promocional en salud escolar y el desarrollo de capacidades en higiene personal en estudiantes*. (Tesis Doctoral). Instituto para la Calidad de la Educación. Universidad San Martín de Porres. Lima, Perú.
- Sánchez-Moreno, F. (2014). El Sistema Nacional de Salud en el Perú. *Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública*, 31(4), 747-753. Recuperado de: <https://bit.ly/2ASak6v>

- Seijas, T. (2015). Los lineamientos educativos y orientaciones pedagógicas para la educación sexual integral de los estudiantes de 5° de secundaria. *Revista Docentia et Investigatio*, 17(1), pp. 87-104. Recuperado de: <https://bit.ly/2QQDd8c>
- Suhrcke, M., de Paz Nieves, C. (2011). The impact of health and health behaviours on educational outcomes in highincome countries: a review of the evidence. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Recuperado de: <https://bit.ly/2iUeXp8>
- Trahtemberg, L. (2010). Evolución de la Educación Peruana en el Siglo XX. *Revista Copé de PetroPerú*. Recuperado de: <https://bit.ly/2FVZMni>
- Vargas, Z. (2009). La investigación aplicada: Una forma de conocer las realidades con evidencia científica. *Revista Educación*, 33(1), 155-165. Recuperado de: <https://bit.ly/2kGPpdP>

ANEXO

Anexo 1. Matriz de Consistencia

Problemas de investigación	Objetivos de la investigación	Supuestos de la investigación	Variables	Metodología de investigación
<p>Problema General ¿Cuál es el nivel de influencia que tiene la salud desde la perspectiva histórica como tema permanente y fundamental en la modalidad de educación básica regular en el periodo republicano?</p> <p>Problemas Específicos - ¿Cómo ha sido la evolución de los principales indicadores en salud y educación? - ¿Cómo ha sido el desarrollo de la educación peruana en la época republicana? - ¿Cuál ha sido el desarrollo histórico del tema de la salud en el currículo de la educación básica regular? - ¿Cuál es la propuesta educativa que incorpore un enfoque de interacción con la salud?</p>	<p>Objetivo General Realizar una evaluación desde la perspectiva histórica para establecer el nivel de influencia que tiene la salud como tema permanente y fundamental en la modalidad de educación básica regular en el periodo republicano.</p> <p>Objetivos Específicos - Analizar la evolución de los principales indicadores en salud y educación. - Analizar el desarrollo de la educación peruana en el periodo republicano. - Analizar el desarrollo histórico del tema de la salud en el currículo de la educación básica regular. - Elaborar una propuesta educativa incorporando un enfoque de interacción con la salud.</p>	<p>Supuesto General El nivel de influencia que tiene la salud como tema permanente y fundamental en la modalidad de educación básica regular en el periodo republicano es altamente gravitante.</p> <p>Supuestos Específicos - La evolución de los principales indicadores de salud y educación ha sido favorables. - El desarrollo de la educación peruana en la época republicana fue trascendental. - El desarrollo histórico del tema de la salud en el currículo de la educación básica regular fue favorable.</p>	<p>- Influencia de la salud</p> <p>- Modalidad de educación básica regular</p>	<p>Enfoque: Cualitativo, narrativo Tipo de investigación: Aplicada Nivel de investigación: Descriptivo Diseño: No experimental</p> <p>Muestra: La muestra estuvo conformada por los eventos históricos ocurridos en relación al tema de salud y educación durante el periodo republicano 1821 a 2018. Periodo 1: de 1821 a 1900, Periodo 2: De 1901 a 1950, Periodo 3: De 1951 a 2000, Periodo 4: De 2001 a 2018.</p> <p>Técnica: La técnica de recolección fue documental.</p> <p>Instrumento: No se hizo uso de instrumento de recolección, ya que los datos fueron registrados directamente en el trabajo</p>