

## **La Escuela como entorno para promover la salud: experiencia latinoamericana**

Autoras:

**Mg. Blanca Patricia Mantilla Uribe.** Directora Instituto PROINAPSA de la Universidad Industrial de Santander. Líder del grupo de investigación PROINAPSA UIS.

**Dra. Alba Yaneth Rincón Méndez.** Investigadora y profesional de proyectos del Instituto PROINAPSA de la Universidad Industrial de Santander.

**Mg. Jacqueline Hernández Sánchez.** Investigadora y profesional de proyectos del Instituto PROINAPSA de la Universidad Industrial de Santander.

### **Introducción**

El presente capítulo sobre la escuela como entorno para promover la salud, integra aspectos conceptuales e históricos, así como el análisis de las tendencias teóricas y prácticas de la promoción de la salud en el entorno escolar (PSE) en Latinoamérica. Así mismo, presenta las evidencias de su efectividad, lo que funciona o no según los reportes de diversas publicaciones científicas y de experiencias de los diferentes países. Otro apartado de este capítulo se dedica al trabajo realizado por las redes nacionales y la Red Latinoamericana.

Su contenido se basa en diferentes referencias bibliográficas, tales como artículos de revisiones sistemáticas y narrativas, y en la experiencia acumulada por el Instituto Proinapsa de la Universidad Industrial de Santander (Proinapsa-UIS), de Colombia, en relación con la promoción de la salud en el ámbito escolar. Así, este escrito sucinto permite tener un panorama general sobre el concepto de PSE y sus desarrollos en Latinoamérica.

## **1. Promoción de la salud en y desde las escuelas: una mirada histórica desde Latinoamérica**

La promoción de la salud en el ámbito escolar es un concepto derivado del planteamiento de promoción de la salud realizado en la Carta de Ottawa<sup>1</sup>, este enfoque conceptual está basado en el postulado que la salud se construye en el marco de la vida cotidiana en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo, por tal razón las instituciones educativas se constituyen en un espacio propicio para el aprendizaje de nuevas formas de pensar, sentir y actuar frente a la salud y la vida en toda la comunidad educativa.

En la actualidad nadie discute el posicionamiento que tiene la escuela como entorno para aportar a una vida saludable de las comunidades educativas, pero especialmente de niñas, niños y adolescentes. Existe una estrecha relación entre los sectores salud y educación, que se formalizó en 1996 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) promulgó la Iniciativa Mundial de Salud Escolar<sup>2</sup>. A partir de ese momento se inició un trabajo en las diferentes regiones de la OMS y en algunos países del mundo, que buscaba no sólo precisar lo que significa promover la salud en el ámbito escolar (PSE), sino también establecer cómo hacerlo realidad en la práctica<sup>3,4</sup>.

Una de las definiciones más divulgadas es la propuesta por la OMS, quien asume que una escuela como promotora de la salud “se caracteriza por ser un centro que refuerza continuamente sus recursos como entorno saludable para vivir, aprender y trabajar”<sup>5</sup>; posteriormente, esta definición fue ampliada por la OPS cuando refiere: “las escuelas promotoras de la salud son las que cuentan con un edificio seguro y confortable, con agua potable e instalaciones sanitarias adecuadas y una atmósfera psicológica positiva para el aprendizaje, que fomentan el desarrollo humano saludable y las relaciones humanas constructivas y armónicas, y que promuevan aptitudes y actitudes positivas hacia la salud”<sup>3</sup>.

En la Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud en las Américas<sup>6</sup>, se describen las características de un entorno escolar que promueve la salud, a saber:

- Implementa políticas que apoyan la dignidad, el bienestar individual y colectivo y ofrece múltiples oportunidades de crecimiento y desarrollo para toda la comunidad educativa.
- Implementa estrategias que fomentan y apoyan el aprendizaje y la salud, utilizando para ello todos los medios y recursos disponibles, involucrando personal del sector salud y educación, así como líderes de la comunidad en el desarrollo de actividades escolares planificadas.
- Involucra a toda la comunidad educativa en la toma de decisiones y en la ejecución de intervenciones para la promoción del aprendizaje y la realización de proyectos comunitarios de promoción de la salud.
- Tiene un plan de trabajo para el mejoramiento del ambiente físico y psicosocial en el ámbito escolar y sus alrededores.
- Implementa acciones para evaluar y mejorar la salud de la comunidad educativa y trabaja por asegurar el acceso a nutrición, actividad física, consejería, servicios de salud y de referencia.
- Ofrece entrenamiento relevante y efectivo, así como material educativo a docentes y estudiantes.
- Tiene un comité local de educación y salud en el que participan activamente diferentes organizaciones.

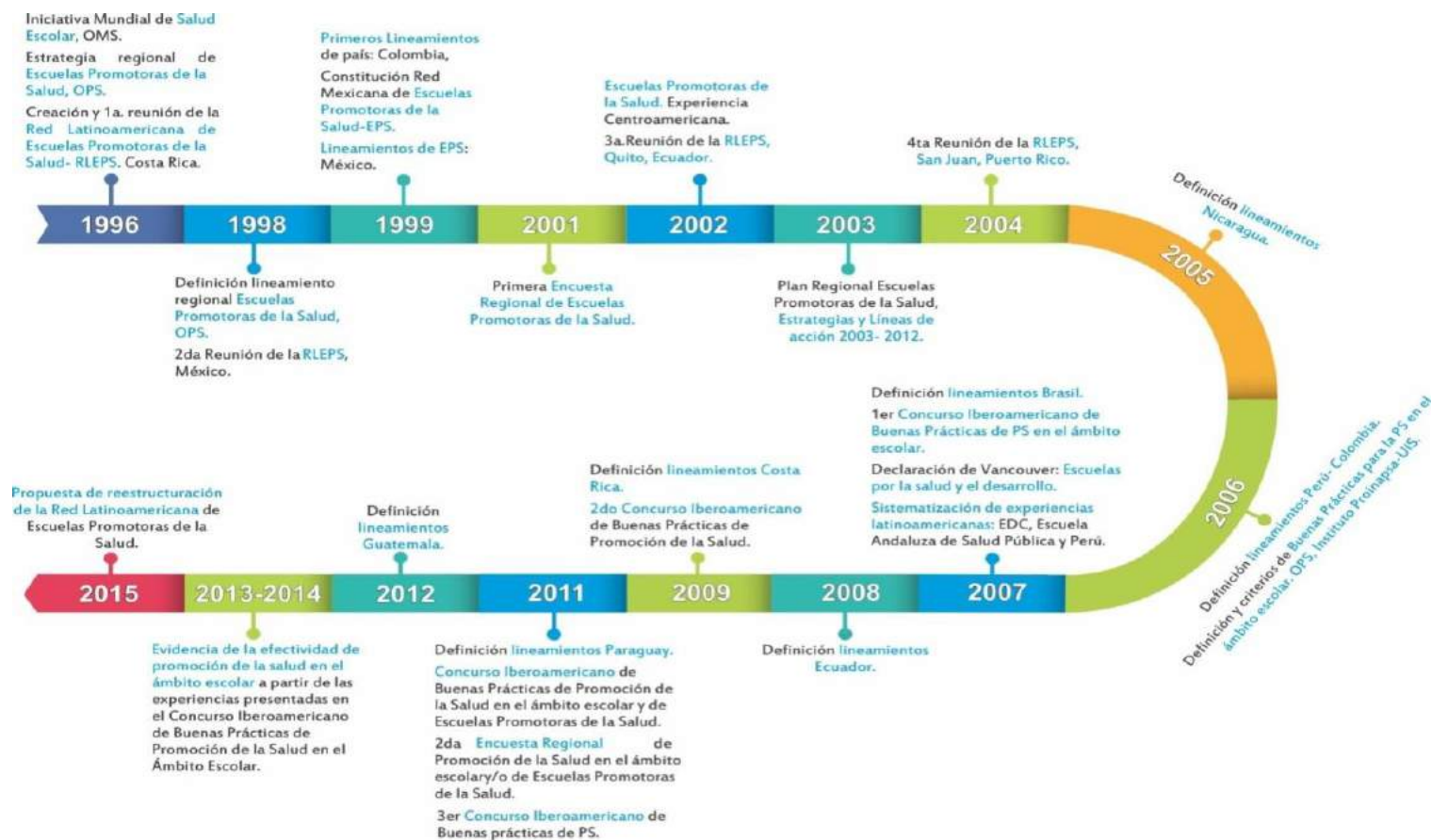
Como se puede observar en relación con la promoción de la salud en la escuela, desde los inicios de esta, los acercamientos conceptuales estuvieron dirigidos a la implementación de las cinco estrategias de la promoción de la salud en general, promulgadas en Ottawa<sup>1</sup>, para ser aplicadas al entorno educativo, por tanto, esta visión está muy dirigida a lo que “debe hacer y tener” la institución educativa para que adquiriera la categoría de saludable; no obstante, falta definirla más desde la dimensión de lo que “deber ser” como entorno protector y favorecedor de la salud y del desarrollo humano.

## **2. Desarrollos de la Promoción de la Salud en el entorno escolar y de las escuelas promotoras de la salud en Latinoamérica**

En más de dos décadas en distintos países de América Latina se ha acumulado teoría y experiencia en la implementación de la promoción de la salud en el ámbito escolar y de la estrategia Escuelas Promotoras de la Salud, mediante la revisión de publicaciones de literaturas gris y científicas, como las descritas en el libro resultado de una investigación, titulado: “Promoción de la salud en la escuela: mirada al ayer y retos del futuro para Latinoamérica”<sup>7</sup>; en este texto se presentan los principales caminos recorridos en esta región.

La revisión narrativa de la literatura gris realizada en el citado libro<sup>7</sup>, deja ver que la promulgación de la Iniciativa Mundial de Salud Escolar por OMS en 1996 y su adaptación para la región de las Américas realizada por la OPS, dio origen a un movimiento de experiencias en cada uno de los países de Latinoamérica, basadas en el enfoque teórico propuesto en los documentos mencionados. Posteriormente, los países promulgaron los lineamientos de políticas en Escuelas Promotoras de la Salud con unas adaptaciones particulares y que denominaron de formas diferentes, así: Escuelas Amigas y Saludables en Centroamérica; Escuelas Saludables en países del área Andina; Salud en la Escuela en Brasil y Escuelas Promotoras de la Salud en el resto de los países de Latinoamérica.

En la Figura 1, tomada de Mantilla et al<sup>7</sup>, se observan los principales hitos de la PSE, extraídos de 45 documentos de la literatura gris en Latinoamérica: 31 de lineamientos internacionales y nacionales, 14 documentos de experiencias subregionales o nacionales.



**Figura 1.** Línea de tiempo de eventos sobre PSE

Fuente: Mantilla *et al*, 2020. Promoción de la salud en la escuela: mirada al ayer y retos del futuro para Latinoamérica

Adicionalmente, al revisar los hallazgos de artículos publicados por diversos autores entre 2013 y 2019<sup>8-11</sup>, que fueron producto de revisiones sistemáticas y narrativas sobre las características y los alcances de intervenciones de PSE reportadas en América Latina, se destacan los siguientes aspectos:

- La mayoría de las investigaciones destacan la importancia del estudio de la eficacia y se enfocan especialmente al método cuantitativo<sup>9,10</sup>. No obstante, sí se identifican cambios a partir de las intervenciones de PSE<sup>8</sup>.
- Las intervenciones estudiadas se centran en la detección y reducción de alguna enfermedad específica, sin tener en cuenta el concepto ni las líneas de acción de promoción de la salud contenidas en la Carta de Ottawa<sup>8,9</sup>. Aunque en la revisión realizada por Hernández et al<sup>11</sup> se encontró que, “si bien se mencionan perspectivas amplias de la promoción de la salud en el ámbito escolar las intervenciones están enmarcadas en el modelo biomédico, con enfoque de riesgo y con incipiente participación del sector educación” (p. 156).
- Es escasa la visión amplia de la salud, lo que conlleva a determinar los enfoques y las formas como se realizan las acciones en el ámbito escolar que la promueven. Aunque, “existe una visión de la escuela como lugar propicio para el cuidado de la salud de los escolares, el trabajo intersectorial, desarrollo de políticas, conocimientos y ambientes, así como una relación con la educación para el autocuidado y el fomento de estilos de vida” (p.156)<sup>10</sup>.

En resumen, las revisiones mencionadas<sup>7-11</sup> permitieron identificar las tendencias teóricas que se incluyen en la Tabla 1.

Tabla 1. Tendencias teóricas de la PSE en Latinoamérica 1996-2017

<b>Tendencias teóricas</b>
La PSE y las escuelas promotoras de la salud ligadas con los componentes de promoción de la salud de Ottawa.
PSE entendida como educación para el autocuidado y el fomento de estilos de vida.
Visión de las escuelas como lugar propicio para el cuidado de la salud y mejorar los aprendizajes de los escolares.
PSE con base en evidencias de efectividad de buenas prácticas.
Escuelas promotoras de la salud orientada al trabajo intersectorial, desarrollo de políticas,

---

### Tendencias teóricas

---

conocimientos y ambientes.

Escuelas promotoras de la salud como estrategia para el desarrollo humano sostenible.

---

- “La tendencia en cuanto a prácticas en PSE es a actuar en los estilos de vida desde el sector salud con enfoque biologicista e higienista” (p.156)<sup>10</sup>. Quizás, en esta tendencia tuvo una marcada influencia el compromiso con el que nacieron las escuelas promotoras de la salud en la región, desde lo planteado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), quien promovió programas y acciones para favorecer la formación de las futuras generaciones de jóvenes, con el objetivo de proporcionarles conocimientos, habilidades y competencias necesarias para la promoción y el mantenimiento de su salud, siendo esta actitud extensa a su familia y comunidad<sup>12</sup>. A continuación, en la Tabla 2 se listan dichas prácticas, extraídas de las revisiones mencionadas<sup>7-11</sup>.

Tabla 2. Tendencias prácticas de la PSE en Latinoamérica 1996-2017

---

### Tendencias prácticas

---

La PSE es actuar en los estilos de vida, prevención de problemas y necesidades de salud desde el sector salud con enfoque biologicista e higienista.

Existen lineamientos de cada país que influyen la práctica de la PSE y de las Escuelas Promotoras de la Salud.

Actuar frente a situaciones prioritarias desde un enfoque intersectorial y de participación.

EPS basadas en el rol preeminente del sector educación.

PSE con base en buenas prácticas.

Evaluación de la PSE orientada al diagnóstico y resultados, muy poco a la medición integral.

---

Todo lo anterior da cuenta de las brechas entre la teoría y la práctica de la promoción de la salud en el ámbito escolar en Latinoamérica, tanto en los encargados de la formulación de las políticas y lineamientos en los ministerios de salud y educación, en los niveles subnacionales y en los municipios, así como su puesta en marcha en las instituciones educativas. También en la comunidad de investigadores persisten brechas y confusiones entre la promoción de la salud, la educación para la salud y el fomento de los estilos de vida con un enfoque centrado en el rol del sector salud, con escasa participación de las personas

docentes; además, de la fuerte tendencia a realizar evaluación orientándola a la medición inicial y final de situaciones específicas en la escuela y muy poco a la medición integral de la promoción de la salud en el ámbito escolar con sus diferentes componentes.

### **3. Buenas prácticas: lo que funciona y no funciona en PSE en Latinoamérica**

La necesidad de identificar lo que funciona o no funciona en promoción de la salud, ha dado origen a una búsqueda permanente de lo que se ha denominado evidencias de efectividad de promoción de la salud. Sobre este aspecto, se hace referencia en diversas conferencias internacionales<sup>13-15</sup>, así como en trabajos de recopilación y revisión crítica de evidencias científicas<sup>16,17</sup> y recomendaciones para los gobiernos asociadas a la evaluación de la promoción de la salud, la necesidad de alianzas y trabajo permanente entre investigadores y centros académicos<sup>18</sup>, con el fin de identificar lo que funciona y no funciona en este campo.

Según la Oficina de Evaluación de Tecnología (OTA) de los Estados Unidos, “la efectividad es la probabilidad de que individuos de una población definida obtengan un beneficio de la aplicación de una tecnología en salud a un problema determinado en condiciones normales de uso -no controladas” (p.63)<sup>19</sup>.

Para Chumpitaz-Durand<sup>20</sup>, la efectividad referida a escuelas saludables es la capacidad de producir cambios favorables en las condiciones de una comunidad educativa, como consecuencia de la aplicación de este enfoque. Una evaluación de efectividad permite analizar si los resultados esperados efectivamente se han logrado, tanto en el proceso de implementación de la estrategia, como en la determinación de sus resultados.

Además, Rychetnik *et al*<sup>21</sup> al referirse a criterios para la evaluación de intervenciones de salud pública, consideran que la evidencia debe dar luces sobre el éxito o fracaso de una intervención y cuando se encuentre que un programa o proyecto no fue efectivo, la evidencia debe ayudar a reconocer las causas, entre ellas, si éste no estuvo bien diseñado o falló en su implementación.



Lo anterior supone que la recopilación de evidencias sobre efectividad en promoción de la salud permite identificar lo que funciona o no funciona en un contexto determinado. En este sentido, la evidencia de la efectividad de promoción de la salud en el ámbito escolar puede referirse a una serie de pruebas que demuestran que las intervenciones funcionan según para lo que fueron creadas, en condiciones reales y en contextos particulares, generando transformaciones en las instituciones educativas. Estas pruebas varían de un contexto a otro, al igual que los cambios intermedios o finales producidos, y requieren de procesos rigurosos de recopilación y estudio, teniendo en cuenta el enfoque amplio de PSE.

Al respecto, se conoce la existencia de una guía metodológica para fortalecer el trabajo en las Escuelas Promotoras de la Salud, respecto a investigación, sistematización y evaluación de la efectividad de la promoción de la salud<sup>22</sup>.

En 2006, la revisión realizada por Stewart-Brown proporcionó amplia información sobre la existencia de pruebas sobre cómo la promoción de la salud en la escuela puede mejorar la salud o contribuir a prevenir enfermedades. Así mismo, mostró que un programa de este tipo puede ser efectivo dependiendo de las condiciones en las que se desarrolla, y que algunos que resultan efectivos para una situación particular, no necesariamente lo son para otras<sup>23</sup>. Este estudio identificó prácticas que sí funcionan, como: que se trate de programas complejos que abordan aspectos multifactoriales y plantean acciones que incorporan más de 3 ejes de promoción de la salud y que sean programas de larga duración, lo cual tiene relación con características de la Estrategia de Escuelas Promotoras de la Salud.

Lo anterior ha servido como base para identificar lo que funciona o no en promoción de la salud en el ámbito escolar. En la Reunión Técnica de Promoción de la Salud en el ámbito escolar, que dio origen a la Declaración de Vancouver en el año 2007, se presentaron los componentes centrales de un programa escolar efectivo enfatizando en que es necesario promulgar criterios basados en evidencias que muestren efectividad. Este mismo año, la Organización Panamericana de la Salud y el Instituto Proinapsa de la Universidad Industrial de Santander promulgaron el concepto de buenas prácticas en promoción de la salud en el

ámbito escolar con base en la revisión de documentos de distintos países de Europa y Norteamérica en donde por más de dos décadas se había acumulado evidencia valiosa sobre la promoción de la salud en el ámbito escolar y la implementación de la estrategia Escuelas Promotoras de la Salud, así como las características asociadas con la efectividad de las mismas.

Las buenas prácticas de promoción de la salud en el ámbito escolar se definieron como: “toda experiencia que se guía por principios, objetivos y procedimientos apropiados o pautas aconsejables que se adecuan a una determinada perspectiva normativa o a un parámetro consensuado, así como también toda experiencia que ha arrojado resultados positivos, demostrando su eficacia y utilidad en un contexto concreto”<sup>24</sup>. En otros términos, se hace referencia a aquellas prácticas que mejor funcionan y posibilitan la efectividad de la promoción de la salud en el ámbito escolar. Estos son:

- Desarrollar procesos que se prolonguen en el tiempo.
- Involucrar a toda la comunidad educativa.
- Responder a las necesidades del estudiantado.
- Crear entornos saludables.
- Establecer mecanismos efectivos de colaboración o alianzas.
- Tener relación directa con los objetivos de la escuela.
- Incluir variedad de componentes.
- Implementar servicios de salud articulados con la escuela.
- Destinar recursos suficientes para fortalecer las capacidades de la propia institución educativa.

Esta alianza entre la Organización Panamericana de la Salud y el Instituto Proinapsa facilitó la realización de tres concursos Iberoamericanos de Buenas Prácticas en Promoción de la Salud en el Ámbito Escolar entre 2007 y 2011. La sistematización de las experiencias presentadas permitió: identificar las tendencias respecto a la implementación de los criterios de buenas prácticas, establecer cuáles se desarrollan con mayor frecuencia en las instituciones educativas, construir las relaciones de las escuelas con otros sectores y comprender mejor hacia donde se inclinan las acciones de las escuelas en el marco de la

promoción de la salud<sup>25</sup>. En total se revisaron 304 experiencias de diversos países de Iberoamérica. Los países con mayor número de experiencias presentadas durante los tres concursos fueron: Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Cuba, entre otros. Se identificó que, de las 304 experiencias presentadas, el 58% cumplió con más de 5 buenas prácticas.

En 2017 se realizó el Concurso de Experiencias Significativas en Promoción de la Salud en la Región de las Américas<sup>26</sup>, cuyo propósito fue reconocer y difundir prácticas e iniciativas destacadas y experiencias significativas a nivel de promoción de la salud, realizadas en los ámbitos de municipios, escuelas e instituciones de educación superior en la región de las Américas. En este concurso participaron 464 experiencias provenientes principalmente de 22 países, donde los más representativos en orden de mención fueron: Brasil, Colombia, Chile, México, Argentina, Cuba, Uruguay y Perú, siendo consistente con lo presentado en las versiones anteriores del concurso.

Del total de experiencias que se presentaron, 85 eran del ámbito escolar. Para fines del presente capítulo se revisaron 42 experiencias a la luz de las buenas prácticas. El 54% de estas cumple con por lo menos siete de las nueve buenas prácticas en promoción de la salud en el ámbito escolar. A continuación, se muestra una tabla comparativa de los resultados obtenidos en 2007 y 2017 (Tabla 3).

Tabla 3. Buenas prácticas en promoción de la salud en el ámbito escolar

Buenas prácticas	Experiencias que cumplen con buenas prácticas	
	2007-2011	2017
	%	%
Desarrollar procesos que se prolonguen en el tiempo.	71,1	66,6
Involucrar a toda la comunidad educativa.	66,7	54
Responder a las necesidades del estudiantado.	65,6	79
Crear entornos saludables.	61,1	55
Establecer mecanismos efectivos de colaboración o alianzas.	60	67
Tener relación directa con los objetivos de la escuela.	52,2	90
Incluir variedad de componentes.	45,6	73

Implementar servicios de salud articulados con la escuela.	32,2	36
Destinar recursos suficientes para fortalecer las capacidades de la propia institución educativa.	30	43

---

Fuente: Concursos Iberoamericanos versiones 2007-2011 y 2017

Como se puede observar, algunas buenas prácticas aumentaron en 2017, siendo relevante que las acciones realizadas responden cada vez en mayor porcentaje a las necesidades del estudiando, y se conectan con los objetivos de la escuela. Además, se incluyen en mayor medida los componentes de promoción de la salud y existe una mejor disposición de recursos para estos fines.

Se identificó además que la educación para la salud con enfoque integral o de desarrollo de actitudes personales, es la práctica que más se trabaja en las instituciones educativas, seguido del eje de ambientes propicios para la salud. El componente con menos adelantos, según lo observado, corresponde al de políticas saludables.

Así mismo, las escuelas han mejorado la capacidad para la creación de alianzas y los mecanismos efectivos de colaboración, lo cual también se ve reflejado en un ligero aumento en el porcentaje de experiencias que han implementado servicios de salud articulados con la escuela. Por otro parte, algunas buenas prácticas disminuyeron en su aplicación, como: involucrar a toda la comunidad educativa; trabajar en la creación de entornos saludables y mantenerse en el tiempo. Si bien no es un cambio significativo, es importante tenerlo en cuenta en próximas revisiones.

Un aspecto importante identificado en las experiencias revisadas del concurso de 2017 es el origen o la entidad que impulsa la experiencia, dado que la mayoría surgió del interés por la proyección social, de investigación en universidades o como parte de las responsabilidades del ámbito municipal, encontrando que sólo el 23% surgió por iniciativa de la propia institución educativa, lo cual es importante fortalecer para el desarrollo de autonomía de las escuelas.

La revisión de experiencias presentadas en los concursos antes mencionados, a la luz de las buenas prácticas, ha sido fundamental para determinar si estas experiencias consideradas significativas realmente pueden ser efectivas en su labor de mejorar la salud y la vida de los escolares. Lo encontrado en la revisión de experiencias, concuerda con lo expuesto en un documento producido por la Organización Panamericana de la Salud en 2018<sup>27</sup>, en donde se afirma que existe una gran variedad de evidencias sobre la efectividad del enfoque de escuelas promotoras de salud, señalando que en diversos estudios se da cuenta de enfoques holísticos de promoción de la salud en la institución educativa para abordar temas de salud, destacando que los programas son efectivos en la medida que son complejos abordando diferentes dimensiones de la vida escolar, siendo intervenciones que se prolongaron en el tiempo y abordaron varios ejes de promoción de la salud; es relevante decir que estas afirmaciones se sustentan en estudios sobre evidencia de la efectividad ampliamente difundidos y conocidos en el mundo.

En el caso de Colombia, entre 2012 y 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social-MSPS en convenio con el Instituto Proinapsa-UIS y en acuerdo con el Ministerio de Educación Nacional-MEN, realizó una concertación para la implementación articulada de la Estrategia Escuelas Saludables (como se denomina en el país), liderada por el sector salud y la Estrategia para la Promoción de Estilos de Vida Saludables, liderada por el MEN.

Fruto de este proceso, se construyó la “Guía para la acción conjunta de escuelas saludables y estilos de vida saludables”; también se diseñó el Sistema de Seguimiento y Evaluación de la Gestión Intersectorial –SISEGI<sup>28</sup>, y se sistematizaron experiencias significativas de gestión intersectorial, permitiendo así identificar lo que funciona o no funciona con relación al trabajo intersectorial, en el marco de la Estrategia Escuelas Saludables.

En total, 30 departamentos y 36 municipios con secretarías de educación certificadas introdujeron información en el SISEGI; se revisaron 26 experiencias de gestión intersectorial en escuelas saludables y se sistematizaron 5 de ellas. Los resultados del SISEGI y la sistematización de experiencias se analizaron por separado, y posteriormente, se hizo un análisis comparativo y complementario de resultados, que permitió identificar

aspectos como: significado de la gestión intersectorial; nivel de gestión intersectorial; factores facilitadores de la gestión intersectorial; factores críticos de la gestión intersectorial; y herramientas de gestión intersectorial.

Según lo anterior, la gestión intersectorial “ha sido interpretada de diversas formas, por tanto, es un concepto polisémico que está determinado por el contexto y las prácticas de cada uno de los actores participantes en los procesos”<sup>29</sup>.

El nivel de gestión intersectorial se valoró teniendo en cuenta los criterios propuestos por Solar *et al*<sup>30</sup>, quienes se basaron en el trabajo de Stead y Meijers<sup>31</sup> para establecer cuatro niveles de intersectorialidad; estos son: información, el cual corresponde a una relación unidireccional en la que se pasa información de un sector a otro; cooperación, en donde se establece formalidad en las relaciones de trabajo; coordinación, que implica que haya un financiamiento común, planificación de agendas y presupuestos de manera conjunta; e integración, que requiere formulación, financiación, ejecución y evaluación conjunta de políticas o programas en función de un objetivo social común.

De los 30 departamentos y 36 municipios, 80% y 70%, respectivamente, se ubicaron en un nivel de gestión intersectorial de información, que permite ver la necesidad de ahondar en la gestión intersectorial, dado que, aun cuando se sabe que esta es fundamental en la promoción de la salud y que se requiere para hacer realidad la Estrategia Escuelas Saludables, apenas se encuentra en el nivel más básico de su desarrollo.

Dentro de los aspectos que funcionan como factores facilitadores, de la gestión intersectorial se identificaron<sup>28,29</sup>:

- Que existan espacios de gestión que ya están consolidados desde los cuales es posible impulsar la estrategia.
- Que los equipos de trabajo una vez son conformados, se capaciten de forma permanente, con el fin de desarrollar competencias que les permitan hacer un mejor trabajo con otros sectores.

- La existencia de voluntad política de tomadores de decisiones y técnicos, así como en la asignación de recursos.
- El desarrollo de pensamiento intersectorial en líderes, tomadores de decisiones y equipos técnicos.
- La participación ciudadana y comunitaria y la existencia de normas nacionales, departamentales o locales que exigen y respaldan el trabajo intersectorial.
- La búsqueda de puntos de interés común entre los sectores y el reconocimiento de la gestión intersectorial como un instrumento para mejorar las acciones desarrolladas en conjunto por varios sectores.

Por otro lado, los factores críticos o que dificultan el trabajo intersectorial identificados fueron<sup>28,29</sup>:

- Tipo de contratación del talento humano, especialmente en el sector salud en donde hay una alta rotación, lo cual dificulta la apropiación de procesos y formas de trabajo.
- Tradición de planeación sectorial, que se traduce en dificultad para encontrar puntos de interés común y formas articuladas de trabajo.
- Relaciones de poder y liderazgo, que impiden el trabajo intersectorial por temor a la pérdida del liderazgo tradicionalmente conferido a un solo sector.
- Ausencia de mecanismos de seguimiento y evaluación de los procesos.
- Escaso análisis de situaciones de salud e identificación de prioridades por los equipos intersectoriales.

Fruto del trabajo de la revisión de experiencias significativas y de la trayectoria del Instituto Proinapsa-UIS, se identificaron algunas herramientas que facilitan la gestión intersectorial. Estas herramientas se definieron como: “instrumentos, metodologías, decisiones políticas y técnicas que facilitan el trabajo conjunto entre dos sectores para actuar sobre situaciones que afectan la salud y la vida de niñas, niños y adolescentes en el entorno escolar”<sup>32</sup>. A continuación, se mencionan algunas de ellas<sup>32</sup>:

- Abogacía para el posicionamiento del trabajo intersectorial en escenarios políticos y de tomadores de decisiones.

- Vinculación efectiva y permanente a la comunidad como socia de la gestión intersectorial.
- Acuerdos de voluntades que permitan alcanzar objetivos.
- Inclusión en los planes de desarrollo de la gestión intersectorial para la implementación de la estrategia.
- Sistema de seguimiento y evaluación que permita la recolección oportuna, constante y sistemática de información para mejorar la gestión intersectorial.

#### **4. Redes y trabajo en red. Descripción, contacto y cómo ha funcionado**

La importancia de las redes y el trabajo en red para la difusión, implementación y construcción de aprendizajes alrededor de la promoción de la salud en el ámbito escolar es ampliamente conocida. Una revisión de los antecedentes sobre las redes de promoción de la salud en el ámbito escolar permite reconocer su rol fundamental en el desarrollo de la estrategia: igualmente, la identificación de los avances y los retrocesos en el funcionamiento de las redes es una oportunidad para establecer nuevas formas de trabajo que las fortalezcan en su accionar para la PSE.

El concepto de red está conectado con la creación de relaciones donde se interactúa para construir significaciones, desarrollar la creatividad, la comprensión y la innovación<sup>33</sup>. Por tanto, el trabajo en red es “una estrategia vinculatoria, de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas, que deciden asociar voluntaria y concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes” (p. 2). Este nuevo paradigma surge después de la Segunda Guerra Mundial, cuando “emerge una racionalidad diferente donde el pensamiento complejo abre la inclusión de la historicidad, el valor de los afectos, de las percepciones” (p. 1).

En el marco del trabajo en red para la promoción de la salud en el ámbito escolar en Latinoamérica, se formalizó en 1996<sup>34</sup> con la constitución de la RLEPS (Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud) donde inicialmente participaron 10 países (Costa Rica, Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala,



México y Panamá). Posteriormente, se llevaron a cabo reuniones que fueron determinando los acentos sobre temáticas y líneas de acción importantes para contribuir en el logro de sus metas (Tabla 4). Infortunadamente, luego de 2014 no se han llevado a cabo nuevas reuniones, situación que ha debilitado el trabajo en red en PSE. No obstante, en la actualidad se valora y reconoce la importancia de reactivar la RLEPS<sup>7</sup>.

Tabla 4. Reuniones de la RLEPS

<b>Año</b>	<b>País sede</b>	<b>Reunión</b>	<b>Logro más importante</b>
1996	Costa Rica	Primera reunión de la RLEPS	Creación de la RLEPS
1998	México	II Reunión de la RLEPS	Acuerdos para el impulso de las EPS y de la RLEPS
2002	Ecuador	III Reunión de la RLEPS	Se propusieron cambios en la estructura de la RLEPS, así como la necesidad de definir las funciones y responsabilidades en esta.
2002	Estados Unidos	Reunión de expertos en salud escolar en OPS en Washington	Se realizó la revisión, discusión y se dieron aportes en la construcción del plan para el “Fortalecimiento de la Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud. Estrategias y Líneas de Acción 2003-2012”
2004	Puerto Rico	IV Reunión de la RLEPS	Se compartieron propuestas gubernamentales y no gubernamentales, y de otros sectores diferentes de salud y educación; se constituyeron comités de trabajo sobre temas específicos de interés prioritario para la RLEPS y las Escuelas Promotoras de la Salud en los países de la región. En esta reunión se constituyeron 7 comités.
2007	Brasil	Reunión Técnica Iberoamericana de Salud y Educación, organizada por la OPS/OMS, el gobierno de Brasil y el Convenio Andrés Bello	Se hizo un análisis de la necesidad de fortalecer la alianza salud y educación para contribuir al desarrollo humano, también se trabajó en cómo fortalecer la Iniciativa de Escuelas Promotoras de la Salud en el marco de los Determinantes Sociales de la Salud y de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), como un mecanismo para reducir

			las inequidades.
2010	Cuba	Reunión Técnica Regional de Promoción de la Salud en el Ámbito Escolar, organizada por la OPS/OMS, los Ministerios de Salud y Educación de Cuba, con el apoyo del Centro Colaborador, Instituto Proinapsa-UIS	Durante la reunión se identificaron líneas de trabajo prioritarias, para el bienio 2010-2011, sobre promoción de la salud en el ámbito escolar en la región de las Américas.
2011	Panamá	Reunión técnica para el desarrollo de Indicadores de Redes para Escuelas Promotoras de la Salud	Se debatieron temas como: importancia de las redes y tipos de redes; resultados del registro regional de redes de EPS aplicado en la región durante 2009 y 2010; criterios regionales para la acreditación y certificación de Escuelas Promotoras de la Salud; otras estrategias de promoción de la salud en el ámbito escolar en la región (FRESH, WASH); desarrollo de procesos de formación en promoción de la salud en el ámbito escolar a través de la modalidad virtual. Se consolidaron cinco grupos de trabajo
2014	Cuba	“Reunión extraordinaria de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud-RLEPS”	En esta se acordó la reestructuración de la RLEPS, y se hicieron acuerdos en este sentido.

---

Fuente: construida a partir del documento Propuesta de estructuración de la RLEPS de Mantilla y Rincón, 2015.

En el contexto de la promoción de la salud en el ámbito escolar, Mantilla y Rincón<sup>35</sup> propusieron el siguiente concepto de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud-RLEP:

Es una red de cooperación descentralizada, constituida por Organismos de Naciones Unidas, redes nacionales de Escuelas Promotoras de la Salud, organismos gubernamentales de salud, educación y otros sectores, organismos no gubernamentales, representantes de la sociedad civil, y la academia en particular, centros de formación de maestras y maestros, entre otros que

contribuye al fortalecimiento de la Promoción de la Salud en el ámbito escolar y la estrategia Escuelas Promotoras de la Salud, desde un enfoque holístico que aporta al desarrollo humano, la transformación de los determinantes sociales de la salud que afectan a las comunidades educativas, mediante acciones de formación, investigación, abogacía, sistematización y documentación de experiencias significativas.

Se plantea además como objetivo de la RLEPS: “contribuir al trabajo dinámico de las redes nacionales de promoción de la salud en el ámbito escolar y de Escuelas Promotoras de la Salud que la conforman, a través cuatro líneas de acción: formación, investigación, abogacía y socialización y documentación”. El objetivo anterior es un avance importante del planteado en la creación de la RLEPS, cuando se estableció que esta red tenía como propósito:

Facilitar el intercambio de conocimientos y experiencias entre distintos sectores, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, agencias de cooperación internacional, miembros de la comunidad educativa y otros aliados estratégicos comprometidos con la promoción de la salud y la educación para la salud en el ámbito escolar, la disminución de inequidades en salud y educación, el mejoramiento de la calidad de la educación y las oportunidades de desarrollo integral de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en las Américas”<sup>34</sup>.

Como logros de la RLEPS, en el documento de Mantilla y Rincón<sup>35</sup> se identificaron los siguientes:

- Fortalecimiento del trabajo intersectorial e interinstitucional a nivel de los países especialmente entre salud y educación; así como la incorporación de otros sectores y actores convergentes con la promoción de la salud en el ámbito escolar provenientes de entidades gubernamentales y no gubernamentales, instituciones académicas, agencias de Naciones Unidas, entre otros.
- Fortalecimiento del trabajo al interior de la RLEPS a través de la constitución de comités de trabajo sobre temas de interés prioritario para el trabajo

en red, que faciliten el trabajo en el nivel nacional, provincial y municipal al interior de los países.

- Construcción del plan para el Fortalecimiento de la Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud. Estrategias y Líneas de Acción 2003-2012, que ha sido el documento base para el fortalecimiento de la Iniciativa de Escuelas Promotoras de la Salud en los países de la región y de varios proyectos y programas que movilizaron recursos para este plan.
- Identificación de líneas de trabajo prioritarias, en la región de las Américas: políticas; construir evidencia y experiencia; fortalecer los procesos de implementación; mitigar las desventajas sociales y económicas, promoviendo la equidad y mejorar las alianzas intersectoriales e interagenciales.
- Consolidación de cinco grupos para continuar afianzando este trabajo en temáticas prioritarias: políticas, gestión y alianzas; marco conceptual y evidencias; formación de recursos humanos; indicadores y redes; comunicación y página web con el fin de continuar fortaleciendo el trabajo de la RLEPS y de la Estrategia Escuelas Promotoras de la Salud.
- Establecimiento de acuerdos importantes sobre los principios, los ejes transversales y las líneas de acción para la reestructuración de la RLPES, que están detenidos en este momento.

## **5. Reflexiones finales**

Tanto en la literatura gris como en la literatura científica se identifica una brecha entre la teoría y la práctica de la PSE. Si bien las tendencias teóricas apuntan a una comprensión integral del concepto de promoción de la salud, las prácticas siguen enmarcadas en lo tradicional y en lo que el enfoque del modelo biomédico ha impuesto. En el mundo actual y para responder a las necesidades de los países, se requiere una visión renovada de la promoción de la salud, que abarque de manera amplia sus ejes de acción, que la ubique como un enfoque clave para responder a las exigencias actuales del desarrollo humano y sostenible, igualmente, para que se vislumbre como herramienta política que facilita a los gobiernos hacer realidad la salud y el bienestar en sus territorios.

La evidencia de efectividad en PSE es fundamental, así como la recopilación y la difusión de buenas prácticas, pues en la medida en que estas se apliquen, las acciones realizadas estarán en mayor concordancia con la esencia y el carácter integral e integrador de la promoción de la salud.

Un gran reto tiene relación con la puesta en marcha de formas efectivas de difusión, de intercambio de saberes y experiencias que permitan ampliar el conocimiento y actuar con base en evidencia. Para ello, es de vital importancia reactivar las redes de apoyo y aprendizaje, entre ellas la Red de Escuelas Promotoras de la Salud. Este trabajo en red es clave en este reto, dado que trasciende las fronteras y permite unir esfuerzos desde diversos lugares.

Hoy más que nunca el mundo requiere de personas e instituciones que hagan de la promoción de la salud la estrategia para mejorar la vida de las personas, especialmente de las generaciones jóvenes.

## 6. Glosario

**Factores críticos:** corresponden a todo aquello que siendo parte de la gestión ha tenido influencia negativa o ha impedido que se consolide y alcancen los objetivos o metas de la intersectorialidad<sup>29</sup>.

**Factores facilitadores:** son aquellos que, siendo parte de la gestión, han influido positivamente en el alcance de los procesos de la gestión intersectorial, sus objetivos y sus metas<sup>29</sup>.

**Gestión intersectorial:** desarrollo de acciones de mejora que faciliten la planeación, ejecución y evaluación de objetivos, metas y actividades de manera conjunta entre los sectores desde las cinco áreas operacionales de promoción de la salud en el ámbito escolar que conduzcan al mejoramiento de la salud y la calidad de la educación de niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edad escolar<sup>29</sup>.

**Evaluación en promoción de la salud:** La evaluación de la promoción de la salud es una valoración del grado en que las acciones de promoción de la salud alcanzan un resultado “estimado”<sup>36</sup>.

**Red:** si se asume el sinónimo de “cadena”, significa, “conjunto de personas que se enlazan una con otra por un motivo determinado”<sup>37</sup>.

**Tendencias prácticas:** propensión o inclinación hacia determinadas formas de llevar a cabo o de poner en práctica, en este caso, la promoción de la salud en el entorno escolar.

**Tendencias teóricas:** propensión o inclinación hacia determinados conceptos, en este caso, sobre la promoción de la salud en el entorno escolar.

**Trabajo en red:** según Jara<sup>38</sup>, “el trabajo en red implica una cultura y una visión de transformación y es expresión de ella. Por eso podemos hablar de la red como una cultura organizacional. Pero no sólo como noción general o teórica, sino como creación cotidiana que atraviesa tanto los espacios de existencia y trabajo institucionales, como los personales. en definitiva, el trabajo en red nos exigirá poner de nuestra parte lo mejor que tenemos, contribuyendo así a nuestro propio crecimiento como personas. de esta manera, podremos ser capaces de transformarnos a nosotros y nosotras mismas como personas, en la medida que estamos comprometidos en procesos transformadores de las relaciones sociales, económicas, políticas y culturales del contexto en el que nos ha tocado vivir.

### **Referencias bibliográficas**

1. Organización Mundial de la Salud, Salud y Bienestar Social Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Ottawa: OMS; 1986.
2. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud mediante las escuelas. Iniciativa mundial de salud escolar. Ginebra: OMS; 1996.

3. Organización Panamericana de la Salud. Escuelas Promotoras de la Salud; entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras. Washington D.C: OPS; 1998.
4. Organización Panamericana de la Salud. Escuelas Promotoras de la Salud. Modelo y guía para la acción. [Internet]. Washington: OPS; 1996. Disponible en: [http://www1.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/EPS\\_SILOS36.pdf](http://www1.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/EPS_SILOS36.pdf)
5. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud a través de la escuela. Informe de un Comité Experto de la OMS sobre Educación y Promoción de la Salud Integral en la Escuela, OMS, Serie de Informes Técnicos N°870 [Internet]. Ginebra: OMS; 1997. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42206>
6. Ippolito-Shepherd J, Cerqueira MT, Ortega DP. Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud en las Américas. *Promotion & Education*. 2005; 12(3–4): 220–229. doi: <https://doi.org/10.1177/10253823050120030139>
7. Mantilla BP, Hernández J, Rincón AY, Hakspiel MC, Oviedo P. Promoción de la salud en la escuela: mirada al ayer y retos del futuro para Latinoamérica. Bucaramanga, Colombia: Instituto PROINAPSA de la Universidad Industrial de Santander; 2020.
8. Monteiro Costa Afonso C, Lobato Tavares MF, LúciaLuiza V. Health-promoting schools in Latin America: A review of the period 1996-2009. *Rev Bras Promoç Saúde*, Fortaleza. 2015; 26(1):117-127.
9. Casemiro JP, Fonseca ABC da, Secco FVM. Promover saúdena escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. *Ciênc. saúdecoletiva*; 2014; 19(3):829-840. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.00442013>
10. Silva CDS, Bodstein RC de A.A theoretical framework on intersectoral practice in school health promotion. *Ciencia&SaudeColetiva*. 2016; 21(6):1777–88.
11. Hernández-Sánchez J, Oviedo-Cáceres MP, Rincón-Méndez AY, Hakspiel-Plata MC, Mantilla-Uribe BP. Tendencias teóricas y prácticas de la promoción de la salud en el ámbito escolar en Latinoamérica. *RevUnivIndSantanderSalud*. 2019; 51(2): 156-169. doi: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019007>

12. Ippolito-Shepherd J. Las escuelas Promotoras de la Salud en América Latina: Resultados de la primera encuesta regional. Washington: OPS; 2005.
13. Organización Mundial de la Salud. Carta 2a Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Recomendaciones de Adelaida. Adelaida: OMS; 1988.
14. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Yakarta. Sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. Yakarta: OMS; 1997.
15. Organización Mundial de la Salud. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Promoción de la salud: hacia una mayor equidad. Ciudad de México: OMS; 2000.
16. Dennis R. The question of evidence in health promotion, *HealthPromotInt.* 2000; 15 (4): 355–367. doi: <https://doi.org/10.1093/heapro/15.4.355>
17. International Union for Health Promotion and Education. The evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europa. Luxembourg: JouveComposition&Impression; 1999.
18. Organización Panamericana de la Salud. Foro de Promoción de la Salud en las Américas: Empoderando y Formando Alianzas para la Salud. Santiago de Chile: OPS; 2002.
19. De Salazar L. Efectividad en promoción de la salud y la salud pública. Cali: Universidad del Valle; 2009.
20. Chumpitaz-Durand RB. Evaluación de la efectividad de las escuelas promotoras de salud implementadas en Lima bajo el convenio marco cooperación técnica entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud. [Tesis doctoral]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Educación Unidad de Postgrado; 2015.
21. Rychetnik L, Frommer M, Hawe P, Shiell A. Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *JournalofEpidemiology&CommunityHealth.* 2002; 56(2): 119-127.
22. Organización Panamericana de la Salud. IV Reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud y Asamblea Constitutiva de la Red Puertorriqueña de Escuelas Promotoras de la Salud. San Juan de Puerto Rico: OPS; 2004.



23. Stewart-Brown S. What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.
24. Organización Panamericana de la Salud, Instituto Proinapsa-UIS. Documento buenas prácticas de promoción de la salud en el ámbito escolar. Concurso iberoamericano de buenas prácticas de promoción de la salud en el ámbito escolar y la Estrategia de Escuelas Promotoras de la Salud. [Internet]. Bucaramanga: UIS; 2007. Disponible en: <http://proinapsa.uis.edu.co/images/pdf/BuenasPracticasPSEEPS.pdf>
25. Mantilla, B.P. Evidencia de la efectividad de promoción de la salud en el entorno escolar desde Iberoamérica. Subplenaria de la efectividad de las redes y el enfoque de entornos saludables en Iberoamérica. 21ª. Conferencia Mundial de Promoción de la Salud-UIPES, Pattaya, Tailandia. 2013. Disponible en: <http://proinapsa.uis.edu.co/images/pdf/EfectividadPSEIberoamerica.pdf>
26. Organización Panamericana de la Salud. Concurso de Experiencias Significativas en Promoción de la Salud en la Región de las Américas. [Internet]. Washington: OPS; 2017. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=materiales-cientificos-tecnicos-ops-oms-9776&alias=45596-informe-general-concurso-experiencias-significativas-promocion-salud-americas-2017-596&Itemid=270&lang=en](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=materiales-cientificos-tecnicos-ops-oms-9776&alias=45596-informe-general-concurso-experiencias-significativas-promocion-salud-americas-2017-596&Itemid=270&lang=en)
27. Organización Panamericana de la Salud. Promover la salud en la escuela. ¿Cómo construir una escuela promotora de salud? Buenos Aires: OPS; 2018.
28. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto PROINAPSA-UIS. Informe de operativización del Sistema de Seguimiento y Evaluación para la Implementación Articulada de la Estrategia Escuelas Saludables y la Estrategia para la Promoción de Estilos de Vida Saludables. Bucaramanga: Ministerio de Salud y Protección Social e Instituto PROINAPSA-UIS (documento inédito); 2014.
29. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto PROINAPSA-UIS. Documento con la sistematización de las experiencias significativas de la gestión

intersectorial en la implementación articulada de Escuelas Saludable y Promoción de estilos de vida saludables en el entorno escolar. [Internet]. Bucaramanga: OPS e Instituto PROINAPSA-UIS:2014. Disponible en: [http://proinapsa.uis.edu.co/biblioteca/sistematizacion\\_experiencias\\_gestion\\_intersectorial\\_.pdf](http://proinapsa.uis.edu.co/biblioteca/sistematizacion_experiencias_gestion_intersectorial_.pdf)

30. Solar O, Valentine N, Rice M, Albrecht D. Moving forward to equity in health. What kind of intersectoral action is needed? An approach to an intersectoral typology. Partnership and intersectoral action. [Internet]. (26 de octubre de 2019). Disponible en:

<https://pediatricsociale.fondationdrjulien.org/wp-content/uploads/2015/08/8-Solar-et-al.-2009.pdf>

31. Stead D, Meijers E. Policy integration in practice: some experiences of integrating transport, land-use planning and environmental policies in local government. In 2004 Berlin Conference on the Human Dimensions of Global Environmental Change: Greening of Policies-Interlinkages and Policy Integration. 2004; 1-13.

32. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto PROINAPSA-UIS. Herramientas de gestión intersectorial para la implementación articulada de la Estrategia Escuelas Saludables y la Estrategia para la Promoción de Estilos de Vida Saludables. [Internet]. Bucaramanga: OPS e Instituto PROINAPSA-UIS, 2014. Disponible en:

[http://proinapsa.uis.edu.co/biblioteca/herramientas\\_gestion\\_intersectorial\\_.pdf](http://proinapsa.uis.edu.co/biblioteca/herramientas_gestion_intersectorial_.pdf)

33. Dabas E, Perrone N. Redes en salud. [Internet]. Córdoba, Argentina: Escuela de negocios FUNCER, Universidad Nacional de Córdoba; 1999. Disponible en:

<http://www.xiass.cat/wp-content/uploads/Redes-en-Salud-Dabas-Perrone.pdf>

34. Organización Panamericana de la Salud. Red de Promoción de la Salud escolar. Primera reunión y asamblea constitutiva. Documento inédito. San José: OPS, EDC; 1996.

35. Mantilla BP, Rincón AY. Propuesta de estructuración de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud- RLEPS. [Internet].

Bucaramanga: Instituto Proinapsa UIS; 2015. Disponible en:  
[http://proinapsa.uis.edu.co/images/pdf/Documento\\_Estructuracion\\_RLEPS.pdf](http://proinapsa.uis.edu.co/images/pdf/Documento_Estructuracion_RLEPS.pdf)

36. Organización Mundial de la Salud. Glosario de promoción de la salud. Washington: OMS; 1989.

37. Real Academia Española. Diccionario. RAE: Madrid, 2019.

38. Jara Holliday O. El trabajo en red: tejer complicidades y fortalezas [Internet]. Revista EAD. 2012. Disponible en:

<https://www.dvv-international.de/index.php?id=381&L=3>