

Escuelas
del Bicentenario

ESCUELAS DEL BICENTENARIO

ÁREA DE SALUD

DOCUMENTO BASE



ESCUELAS DEL BICENTENARIO

Coordinación General

Silvina Gvirtz

Coordinación Ejecutiva

Romina Campopiano

Coordinación Área de Documentación

Angela Oría

Verónica Di gregorio

Área de Gestión

Silvina Gvirtz • Alfredo Vota • Romina Campopiano
Damián Zagdanski • Magdalena Soloaga • Florencia Buide • Juan Pablo Urrutia

Área de Salud

Alejandro Wilner • Elena Boschi • Claudio Freda

Área de Lengua

María Elena Cuter • Cinthia Kuperman • Laura Bongiovanni
Diana Grunfeld • Claudia Petrone • Jimena Dib
Mirta Torres • Andrea Fernández

Área de Matemática

Horacio Itzcovich • María Mónica Becerril • Beatríz Ressa de Moreno
Andrea Novembre • Alejandro Rossetti • Mónica Urquiza • Analía Crippa

Área de Ciencias Naturales

Melina Furman - María Eugenia Podestá - Mariela Collo - Carolina de la Fuente -
Milena Winograd - Verónica Seara - Ana Sargorodschi - Pablo Salomón

Puentes Culturales

Ana Siro • Javier Maidana • Martín Broide
Priscila Migale • Alejandro Gómez Ferrero

Área de Evaluación

Verónica Parreño
Verónica Di Gregorio

1.	FUNDAMENTACIÓN	4
2.	OBJETIVOS	8
2.1.	Objetivo General	9
2.2.	Objetivos Específicos	9
3.	DISPOSITIVO GENERAL DE TRABAJO	10
4.	RESULTADOS ESPERADOS	15
5.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18

1. FUNDAMENTACIÓN

1. FUNDAMENTACIÓN

El abordaje del Área de Salud del Proyecto Escuelas del Bicentenario se fundamenta en el concepto de Salud Integral; así se entiende a la salud en toda su complejidad y determinada socialmente, consecuentemente se propone un abordaje multisectorial y transdisciplinario. En ese sentido se asume a la escuela como un espacio de articulación de las políticas sociales en general y de las iniciativas vinculadas con la promoción de la salud en particular.

El asumir a la escuela como un espacio de articulación de la política social es constitutivo en la ideología del Área, y esto se sustenta en variados fundamentos. Sin dudas el hecho de que la escolarización en el país es masiva, hace que la mayoría de las niñas y los niños en edad escolar se encuentren en esta institución, por lo que cualquier política o programa dirigida a la infancia debe considerar a la escuela como un territorio prioritario; asimismo asumiendo a la salud como integral, no basta con que las políticas y los programas del sector salud sean los que se implementen, sino que es necesario pensar en el campo de la salud, donde abrevan diferentes iniciativas que deben articularse en la escuela. Por otro lado, el hecho de pensar la institución como un espacio de articulación “quita” a los docentes la responsabilidad de vincular las diferentes iniciativas que se implementan, sino que cada una de ellas debe pensarse como parte de una red, de un gestalt que necesariamente debe articularse con otras ofertas que la potencian y que a su vez, sean potenciadas por ella.

Este enfoque permite superar el abordaje tradicional de los programas de salud escolar que se caracterizaron por “implantar” prácticas del sector salud en las escuelas, desarrollando acciones puntuales, como inmunizaciones, desparasitación, screening de salud y talleres o clases con profesionales de la salud. Siguiendo con esta lógica, los docentes se hicieron cargo de algunas de estas funciones, controlando carnés de vacunación, detectando enfermedades y haciendo derivación de casos, produciéndose muchas veces una sobrecarga laboral y el cumplimiento de funciones para las que no estaban necesariamente capacitados ni motivados.

Así, los programas tradicionales de salud escolar, fortalecieron el abordaje biomédico de la salud, relegando a la escuela a un papel pasivo en las acciones sanitarias de y para su comunidad, orientadas básicamente hacia la atención de la enfermedad y a la asimilación de contenidos y metodologías que no le son ni le fueron propias, sin considerar las necesidades y características particulares del contexto escolar. La gestión resultaba fragmentada y evidenciaba desarticulación intra e intersectorial; los contenidos de salud eran externos y extracurriculares, aislados del contexto particular de cada escuela; los docentes asumían una sobrecarga de actividades, sin contar con competencias definidas y el apoyo político/institucional a estas acciones era escaso o inexistente. Desde lo operativo, la implementación de estos programas sufría - habitualmente - discontinuidades, redundando en un reducido impacto sobre la salud de las niñas y los niños en edad escolar.

Teniendo en cuenta estos procesos y coherentemente con la definición de salud que asume la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, plantea que *“El concepto de salud integral de la niña y el niño en edad escolar va mucho más allá de la simple transmisión de conocimientos sanitarios, consiste más bien en la interrelación de una serie de componentes que, coordinados, tienen efectos complementarios y sinérgicos; por un lado promueven conductas y estilos de vida saludables y por otro previenen y tratan las conductas de riesgo para la salud. Parte de una visión amplia y positiva del concepto de salud considerándola como bienestar, aborda los problemas de salud desde la interrelación de sus causas, de los factores que la producen y que influyen en la salud, dentro del contexto individual, del medio ambiente y de las condiciones de vida”* (OPS 1996).

La definición de la OPS propone una mirada más amplia de los procesos promotores de salud y enfermedad, que permite dar cuenta de las prevalencias que se identifican en las niñas y los niños en edad escolar y en la población en general, aquellos problemas de salud que hacen a las condiciones de vida, a los modos culturales y sociales en que se desarrolla la vida cotidiana, la alimentación y las relaciones sociales.

A partir de estos conceptos enunciados por la OPS, el Área define los siguientes ejes estratégicos y vertebradores del trabajo en el marco del Proyecto:

- Gestión democrática y participativa.
- Fundamentación en características y necesidades de cada escuela.
- Continuidad y sustentabilidad en el tiempo.
- Salud, desde un enfoque social y complejo, orientado hacia un proceso integral e integrador.

Estos ejes contextualizan la totalidad de las acciones que se realizan en el área. Son líneas ideológicas que significan y otorgan sentido a cada una de las prácticas implementadas. Definen que se asume a la salud integral como un producto social y democráticamente construido, que da cuenta de las particularidades de cada espacio social local, contemplando a los actores sociales locales como constructores y participantes de las iniciativas. Esto permite que los logros alcanzados - tanto en términos de procesos como de resultados - puedan ser sustentables y continuos en el tiempo, más allá de la implementación del Proyecto. Así se define como acción estratégica del Área la constitución de redes que integran diferentes disciplinas y sectores, con el objetivo de concretar el concepto de salud integral y de la escuela como territorio de articulación de la política social.

Las acciones del Área de salud, en consonancia con la estrategia de Escuelas Promotoras de Salud de la OPS, se organizan en torno a los siguientes componentes:

- a) Educación para la Salud con Enfoque Integral.
- b) Desarrollo de Entornos y Ambientes Saludables.
- c) Servicios de Atención Integral en Salud y Alimentación articulados con la Escuela.
- d) Participación Social y Comunitaria.

a) Educación para la salud con enfoque integral.

Este componente asume la educación para la salud desde un enfoque integral, así se propone desarrollar un proceso individual, social y cultural tendiente a generar conocimientos y habilidades para asumir y mantener condiciones saludables de vida. En este sentido la escuela aspira a ser promotora integral de la salud, a través del desarrollo transversal de contenidos de salud en las prácticas escolares, utilizando una metodología democrática y participativa donde diferentes actores aportan sus concepciones del proceso salud - enfermedad, tanto en términos de abordajes individuales y colectivos respecto de su determinación, promoción y recuperación.

b) Desarrollo de entornos y ambientes saludables.

Este componente incluye dos dimensiones. La del entorno físico, donde se promueven las condiciones mínimas de seguridad y saneamiento como servicios sanitarios adecuados, provisión de agua potable y segura, espacios limpios, higiénicos y estructuralmente adecuados y protección ecológica del ambiente. La segunda dimensión es la de la promoción de entornos psicosociales saludables y seguros, que influyan en el bienestar de los estudiantes y el personal docente, que promuevan las relaciones interpersonales saludables a partir del desarrollo y la construcción colectiva de los derechos ciudadanos, el incentivo de actitudes protectoras y la inclusión de todos y todas.

c) Servicios de atención integral en salud y alimentación articulados con la escuela.

Se propicia la atención oportuna, adecuada y proactiva que permita detectar y prevenir integralmente los problemas de salud. El vínculo entre la escuela y los servicios de salud y alimentación promueve factores protectores para la salud, previene factores de riesgo y favorece la vigilancia periódica y oportuna del estado nutricional de las niñas y los niños en edad escolar, de docentes y en la comunidad. Este componente se operacionaliza a través de actividades educativas orientadas a la asunción de modalidades saludables de vida y al desarrollo de conciencia sanitaria, así como las vinculadas con el relevamiento periódico de las condiciones sanitarias de las niñas y los niños.

Se promueve que las escuelas logren articularse con los servicios de salud pública y de alimentación de referencia, teniendo en cuenta que estos servicios se estructuran con una lógica de responsabilidad territorial. Se asume que esta propuesta es sustentable ya que asume la forma en que se estructuran los sistemas y servicios y contempla las formas organizacionales de las distintas jurisdicciones; aún cuando se concreta heterogéneamente de acuerdo al nivel de desarrollo de los sistemas de salud y educación jurisdiccionales.

d) Participación Social y Comunitaria.

Este es un componente fundamental a la hora de pensar la gestión democrática y sustentable. Se propone a la participación social y comunitaria como un fundamento de la concepción de salud integral, entendiendo que la intersectorialidad, la pluralidad de voces y el trabajo en redes alrededor de la escuela favorece la producción de respuestas oportunas y equitativas a las necesidades locales. En este contexto se convoca a las diferentes instituciones y organizaciones públicas y privadas y se articulan diferentes áreas sociales alrededor de las niñas y los niños en edad escolar.

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL:

Mejorar las condiciones de salud integral de las niñas y los niños en edad escolar, contribuyendo de esta manera al desarrollo infantil y a la puesta en acto de sus potencialidades y expectativas de vida.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Promover la conceptualización de la salud como integral y la implementación de acciones tendientes a su desarrollo a través de redes que integren actores de diferentes disciplinas y sectores en cada una de las jurisdicciones.
2. Promover espacios escolares promotores de salud a través del desarrollo colectivo de entornos social y físicamente saludables.
3. Establecer vínculos sustentables entre las escuelas y los sistemas locales de salud que viabilicen el diagnóstico y la atención oportuna de problemas prevalentes de salud en las niñas y los niños en edad escolar.

3. DISPOSITIVO GENERAL DE TRABAJO

3. DISPOSITIVO GENERAL DE TRABAJO

El Área de Salud del Proyecto privilegia el desarrollo local de las acciones, y en razón de esto organiza su estructura con un dispositivo central acotado, que integra funciones de gestión y articulación con las demás áreas del Proyecto, con organismos nacionales, provinciales, municipales y de la sociedad civil y con los coordinaciones locales del Proyecto en cada una de las jurisdicciones. El equipo central es quien define las líneas estratégicas que se implementan en cada una de las jurisdicciones, siempre teniendo en cuenta cada una de las realidades locales, ya que se entiende que ésta es la base de la sustentabilidad del dispositivo.

En este sentido una tarea importante que desarrolla el equipo central es la de la selección y formación de los coordinadores locales, así se busca un perfil profesional que lo defina como un actor con capacidad de integración en la conducción de equipos de trabajo, con conocimientos importantes de salud - tanto desde lo individual como desde lo poblacional -, y con capacidades para la negociación con actores políticos, técnicos y de organizaciones escolares, de salud y comunitarias. No resulta imprescindible que los coordinadores locales sean médicos, pero sí que su trayectoria y conocimientos de la salud pública y la gestión sanitaria sean importantes. Por otro lado, el equipo central capacita al coordinador local en estas competencias requeridas, a través de encuentros, comunicación y monitoreo permanente, bibliografía específica, acciones compartidas en el territorio, etc.

Los coordinadores locales son contratados por el Proyecto y su función es desplegar e implementar los cuatro componentes del Área, con énfasis en la actividad estratégica de conformar redes intersectoriales promotoras de salud integral. El área de salud se implementa en Chaco, Tucumán, Corrientes (Capital y Gdor. Virasoro), Pilar, Campana y Santa Cruz. En Santa Cruz y en Gdor. Virasoro el Proyecto no contrata en forma directa Coordinadores Locales sino que articula con contrapartes oficiales del sistema de salud.

Las gestiones tendientes a la constitución de redes permiten visualizar más claramente el dispositivo de trabajo del Área de Salud del Proyecto. El equipo central realiza las gestiones político - técnicas que viabilizan las autorizaciones institucionales para la articulación. Desde el nivel central se realizan también acciones de capacitación, por ejemplo, para el despliegue del relevamiento de salud a cargo de las redes locales. Concretadas estas acciones, el coordinador local funciona como articulador operativo de la red, motivando en forma permanente los encuentros, identificando los intereses de cada uno de los actores, generando procesos de negociación que fortalezcan la nueva organización, estimulando acciones integrales en las escuelas que integran el Proyecto, acompañando las actividades que se implementan en el terreno e identificando las necesidades de formalización necesarias.

A modo de ejemplo, y teniendo en cuenta que se trata de una línea estratégica para la implementación de las acciones del Área, se presenta a continuación una tabla que detalla las redes constituidas hasta el momento. A fin de ilustrar la lógica de trabajo que se viene desarrollando, se enumeran las redes a través de las cuales se implementan las acciones. Es a partir de ellas que se corporiza el concepto de salud integral y el dispositivo que permite que las acciones del Área trasciendan al sector salud para intervenir en el campo de la salud.

TABLA Nº 1: REDES INTERSECTORIALES POR JURISDICCIÓN			
JURISDICCIÓN	INTEGRANTES DE LA RED INTERSECTORIAL		
Campana	Ejecutivo Municipal	Dirección de Educación	
		Dirección de Deportes	
		Dirección de Cultura	
		Secretaría de Salud	
		Plan MAS VIDA	
	Universidad Nacional de Luján (Carrera de Trabajo Social)		
	Red de Adolescencia		
	Instituto de Formación Docente Nº 15 (Tecnatura de Psicopedagogía)		
Pilar	Centros de Salud		
	Universidad Austral (Móvil Sanitario)		
Corrientes (Capital)	Ministerio de Salud Pública	Centro de Salud Nº 2	
		Hospital de Niños "Juan Pablo II"	
		Dirección de APS	
		Dirección General de Promoción y Protección de la Salud	
	Ministerio de Educación	Departamento de Odontología Escolar	
		Instituto Superior de Música	
		Instituto Hellen Keller	
	Universidad Nacional del Noreste	Facultad de Medicina	
Universidad de la Cuenca del Plata	Licenciatura de Enfermería		
	Facultad de Psicología		
Gdor. Virasoro	Sistema Municipal de Salud		
	Ministerio de Salud Pública (Hospital Dr. Susini)		
	Tecnatura de Trabajo Social		
	Universidad Barceló (Facultad de Medicina)		
	Servicio Médico del "Establecimiento Las Marías"		
Chaco	Ministerio de Salud Pública	Red de atención	
		Programa "Ver para Crecer"	
	Ministerio de Educación	Dirección de Educación Física	
		Programa de Huertas Escolares	
	INTA (Programa PROHUERTA)		
Santa Cruz	Sistema Provincial de Salud		
	Municipalidad de Caleta Olivia (Secretaría de Desarrollo Humano)		
	Universidad Nacional de la Patagonia Austral (Secretaría de Extensión Universitaria)		
Tucumán	Sistema Provincial de Salud (SIPROSA) / Ministerio de Salud Pública		
	Ministerio de Educación		
	Ministerio de Desarrollo Social		
	Universidad Nacional de Tucumán	Facultad de Educación Física	
		Facultad de Medicina	
		Facultad de Filosofía y Letras	
		Programa de Extensión Universitaria (PUEDES)	
		Instituto de Formación Docente Campero (Carrera de Fonoaudiología)	
		Instituto JIM (Técnicos en Nutrición)	
		INTA (Programa Prohuerta)	
		INTI (Programa ABC)	
	Programa de Médicos Comunitarios (Ministerio de Salud de la Nación)		

Fuente: Elaboración Propia. Area de Salud Proyecto Escuelas del Bicentenario

Las redes generan diferentes actividades, todas funcionales al desarrollo de los cuatro ejes estratégicos y a la implementación de los cuatro componentes enunciados anteriormente. En todos los casos, participan de los relevamientos de salud de las niñas y niños de 1º, 4º y 6º grado en las escuelas incluidas en el Proyecto. Se integran trabajadores de la salud (médicos y no médicos), alumnos de tecnicaturas y universidades, organizaciones no gubernamentales, organizaciones gubernamentales, etc.

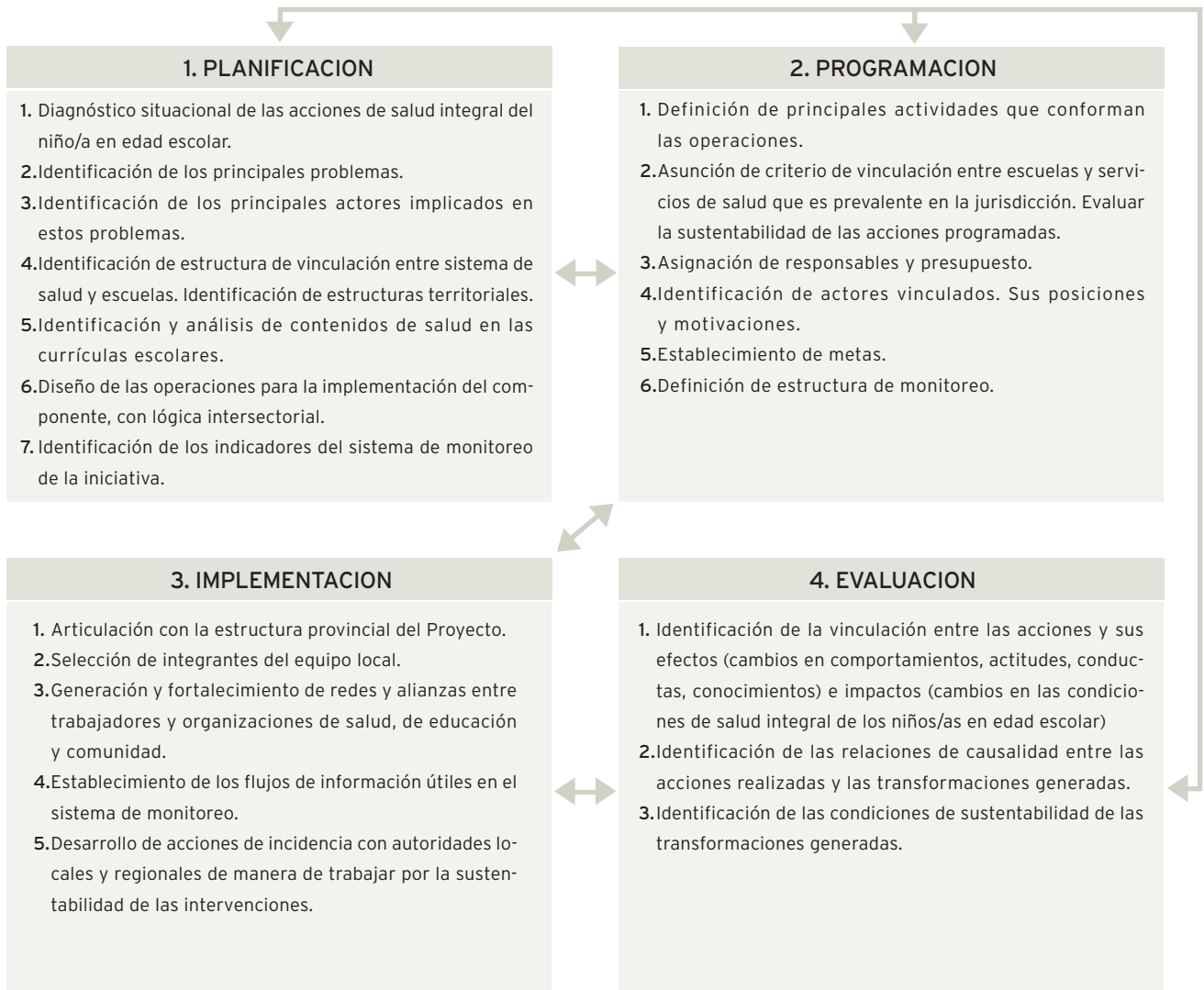
Se realizan también acciones de promoción y prevención en salud integral, que tal como se expresó oportunamente, dan lugar a intervenciones de diferentes sectores y disciplinas. Así en el caso de Tucumán y Corrientes (Capital), estas actividades constituyen las llamadas “Jornadas de Salud”, que se realizan periódicamente en cada una de las escuelas e integran a alumnos, docentes y padres en talleres sobre temas específicos de atención de la salud, actividades deportivas no competitivas (por ejemplo de miniatletismo), actividades artísticas, radios abiertas, entre otras. Un ejemplo de otro tipo de acciones desarrolladas en Campana es el de la Carrera de Trabajo Social (Universidad Nacional de Luján) que desarrolla un relevamiento social en los barrios donde se localizan las escuelas, con la finalidad de concretar una intervención coordinada con los demás actores para dar cuenta de los problemas prevalentes.

Una acción que merece ser destacada es la planificación de una evaluación de impacto de un alimento fortificado con hierro hemínico (galletitas fortificadas con hemoglobina bovina al 6%) en la Provincia de Tucumán. Esta iniciativa vincula a Escuelas del Bicentenario con el SIPROSA (Sistema Provincial de Salud), el Ministerio de Educación, el Ministerio de Desarrollo Social (ambos provinciales), el Instituto Nacional de Tecnología Industrial y la Universidad Nacional de Tucumán, y fue presentado al Ministerio de Ciencia y Tecnología de la Nación a fin de lograr su financiamiento. El proyecto permitirá evaluar la efectividad de este alimento funcional en el tratamiento de la anemia en escolares, problema de salud de alta prevalencia, que dificulta seriamente las capacidades de aprendizaje de las niñas y los niños.

La constitución de redes, acción central del área de Salud, se complementa con acciones de planificación y diagnóstico situacional, programación y por último evaluación, según se describe en el diagrama a continuación:

-
1. El relevamiento de salud tiene la finalidad de identificar datos epidemiológicos de salud que permitan caracterizar a la población de niñas y niños incluidos en el Proyecto. En este sentido se seleccionan 1º, 4º y 6º grado en base a un criterio técnico, ya que en 1º grado se genera el primer contacto del niño con la escuela, aquí se inicia su carrera escolar y es necesario poder identificar problemas de salud que puedan obstaculizar los aprendizajes así como controlar algunas acciones promocionales de salud fundamentales (por ejemplo el esquema de inmunizaciones). En 4º grado los niños experimentan un pico de crecimiento que debe ser controlado ya que, frecuentemente, permite identificar en forma precoz problemas de salud que no se habían expresado previamente. Finalmente en 6º grado el niño es preadolescente o adolescente, una etapa de la vida en que la población no demanda servicios de salud por lo que es muy importante poder tener un punto de partida que permita dar cuenta de eventuales problemas de salud a la vez que desarrollar acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Diagrama N° 1: Momentos para la implementación local del Area Salud del Proyecto Escuelas del Bicentenario



4. RESULTADOS ESPERADOS

4. RESULTADOS ESPERADOS

La mayoría de los resultados que se obtienen como consecuencia de la implementación de las acciones del Área de Salud, deben agruparse dentro de la categoría de las capacidades instaladas.

En este sentido, buena parte de las acciones que se implementan tienen como objetivo modificar modelos de atención o de funcionamiento de las organizaciones, a fin de generar abordajes más integrales. En un período, seguramente mayor al de la implementación del Proyecto, se espera lograr un cambio tanto en las prevalencias de los problemas de salud, como en los modos en que los colectivos sociales padecen los problemas de salud y sus consecuencias sobre hábitos culturales determinantes de estas situaciones, por ejemplo, la alimentación, la actividad física o el modo de interrelación social).

Se pueden definir como efectos inmediatos sobre la salud de las niñas y los niños, aquellos vinculados con el control de la cobertura de vacunación, los que refieren a detección de problemas de salud en el examen físico (problemas de agudeza visual, de audición, odontológicos, biomédicos) o incluso los relacionados con el acceso a programas sociales en aquellas redes que incluyan al área social. Asimismo, en caso que se viabilice la evaluación de impacto del alimento fortificado con hierro hemínico, se podría obtener un importante efecto sanitario inmediato y con alto impacto sobre la salud y la educación, como es la reducción de la prevalencia de la anemia en escolares, además de una fuerte recomendación de política pública.

En la tabla nº 2 presentamos los resultados esperados (referidos a capacidades organizacionales instaladas) para 2009 y 2010 organizados según componente del Área.

Tabla N° 2: Resultados esperados del área salud por componente.

COMPONENTE	OBJETIVO	RESULTADOS ESPERADOS	
		2009	2010
Educación para la salud con enfoque integral.	Constitución de redes de promoción de salud integral	1. 100% de las localizaciones del Proyecto con espacios promotores de red de salud. 2. 50% de las localizaciones con por lo menos 1 acción anual de la red de salud.	1. 100 % de las localizaciones con por lo menos 1 acción anual de la red de salud.
Desarrollo de entornos y ambientes saludables.	Generar espacios escolares promotores de salud.	1. 35 % de las localizaciones con iniciativas de mejora. 2. 15% de las localizaciones con propuestas de mejora.	1. 80 % de las localizaciones con iniciativas de mejora. 2. 30% de las localizaciones con propuesta de mejora.
Servicios de atención integral en salud y educación.	Establecer vínculos sostenibles entre los servicios de salud y educación.	1. 80 % de las escuelas bajo Proyecto (en localizaciones donde se implementa el Componente Salud) con relevamiento de salud en grados seleccionados. 2. 50% de los niños con "derivación protegida" implementada. 3. Por lo menos 1 localización implementa política pública de salud integral para los niños en edad escolar. 4. Por lo menos 1 localización en que los docentes incorporan contenidos de salud integral en sus acciones pedagógicas.	1. 100 % de las escuelas bajo Proyecto (en localizaciones donde se implementa el Componente Salud) con relevamiento de salud en grados seleccionados. 2. 80% de los niños con "derivación protegida" implementada. 3. Por lo menos 2 localizaciones implementan política pública de salud integral para los niños en edad escolar. 4. Por lo menos 2 localizaciones en que los docentes incorporan contenidos de salud integral en sus acciones pedagógicas.
Participación social y comunitaria.	Integrar a los actores de la comunidad a las acciones de salud integral de los niños en edad escolar.	1. Por lo menos 1 Red de Salud integra a Organizaciones de la Sociedad Civil. 2. Por lo menos 1 localización integra familias en sus acciones de salud integral. 3. Por lo menos 1 localización integra padres en la devolución de los datos del relevamiento de salud.	1. Por lo menos 2 Redes de Salud integran Organizaciones de la Sociedad Civil. 2. Por lo menos 2 localizaciones integran familias en sus acciones de salud integral. 3. Por lo menos 2 localizaciones integran padres en la devolución de los datos del relevamiento de salud.

Fuente: Elaboración Propia. Area de Salud Proyecto Escuelas del Bicentenario

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

OPS/OMS

Iniciativa regional escuelas promotoras de la salud unidad de entornos saludables área de desarrollo sostenible y salud ambiental. Serie Promoción de la Salud No. 3., Washington D.C., EEUU, 2005

IVANOVIC D.

Características de los alumnos asociadas a su trayectoria escolar. (School-age children's characteristics associated to their school trajectory). En: Bellei C, Fiabiane F, editores. 12 años de escolaridad obligatoria. LOM -PIIE-UNICEF. 2003; p. 119-126. Santiago, Chile

IVANOVIC, D., ÁLVAREZ, M.L. Y TRUFFELLO

I. Conocimientos alimentarios y nutricionales de estudiantes que egresan de Educación Básica en el Area Metropolitana en Santiago, Chile. Arch. Latinoam. Nutr., 36:152-165.1986.

IVANOVIC D., BUITRÓN C.

"Nutritional Status, Birth Weight and Breast Feeding of Elementary First Grade Chilean Students". Nutr. Rep. Int. , 36:1347-1362. 1987.

IVANOVIC D.

Middleton S., Eds. Rendimiento escolar y estado nutricional. Universidad de Chile, INTA, Santiago, Chile.1988.

IVANOVIC D., IVANOVIC R., MIDDLETON S.

Rendimiento y deserción escolar: Un enfoque multicausal. Rendimiento escolar y estado nutricional. Universidad de Chile, INTA. Santiago, Chile 1988.

OPS/OMS

Country Health Profiles 1998. v. II - Selected Countries. Washington. DC. EEUU, July 1999.

OPS/OMS

Escuelas Promotoras de la Salud. Entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras. Comunicación para la Salud N° 13. Washigton DC, EEUU, 1998.

OPS/OMS

Escuelas Promotoras de Salud: Modelo y Guía para la acción. HSP/ Silos 35. Desarrollo y Fortalecimiento de Los Sistemas Locales de Salud. Washington D.C., EEUU, 1996.

OPS/OMS

Situación actual de la Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud en las Américas Las Escuelas Promotoras de la Salud en América Latina: Resultados de la Encuesta Regional. Washington D.C., EEUU, 2001

OPS/OMS

Protocolo de vigilancia epidemiológica y nutricional para los escolares. Bogotá, Colombia, 1999.

RESTREPO, H, MÁLAGA, H.

"Promoción de la Salud. Cómo construir vida saludable." Editorial Panamericana. 2002.

ROVIROSA, A.; BRITOS, S.

"Estudio sobre la alimentación de niños en edad escolar que concurren a comedores escolares en la provincia de Río Negro". CESNI 2003
<http://www.cesni.org.ar/sistema/archivos/59estudioescolares%20rio%20negro.pdf>

WHO

Healthy nutrition: An essential element of a health promoting school. WHO Information Series on School Health. Document four. Geneva. Switzerland, 1998.

WHO. OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION

First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. WHO/HPR/HEP/95.1.

USDHHS

CDC's Guidelines for School Health Programs. Promoting Lifelong Healthy Eating. CDC. US Department of Health and Human Services. Atlanta, USA, February 2000.

diseño tripla.com.ar