

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

PARTICIPACIÓN DE LOS EQUIPOS DE SALUD EN EL  
PLAN NACIONAL DE ESCUELAS SALUDABLES

TESIS

Presentada a la Dirección de la  
Escuela de Trabajo Social  
de la Universidad de San Carlos de Guatemala

por

EDITH MAGALY ZEA HIDALGO

Al conferírsele el Título de  
TRABAJADORA SOCIAL

En el Grado Académico de  
LICENCIADA

Guatemala, agosto de 2000

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR: Ing. Agr. Efraín Medina Guerra  
SECRETARIO: Dr. Mynor René Cordón y Cordón

AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

DIRECTORA: Licda. Gloria Rebeca Morán Mérida

CONSEJO ACADEMICO  
REPRESENTANTES DOCENTES

Licenciada	Cármén Mejía Giordano
Licenciada	Aída Ofelia Pérez Duque
Licenciada	Carolina de la Rosa de Martínez
Licenciada	Amparo Meléndez López
Licenciada	Blanca Mercedes Aroche

CONSEJO ACADEMICO  
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Trabajadora Social	Eugenia Amely Werner
Maestra de Educación Primaria	Damaris Girón
Secretaria Comercial	Alicia Catalina Herrera
Bachiller	Elsa Leticia Donis
Bachiller	Edgar Moisés Godínez
Bachiller	Federico Alvarado

TRIBUNAL EXAMINADOR

Directora :	Licda. Gloria Rebeca Morán Mérida
Coordinadora –IIETS-	Licda. Elizabeth Florián
Tutora Revisora:	Licda. Miriam Maldonado
Coordinadora del Area de Formación Profesional Específica:	Licda. Elsa Arenales de Franco

“Los autores serán responsables de las opiniones y criterios expresados en sus obras”, Artículo N° 11, Reglamento del Consejo Editorial de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

## ACTO QUE DEDICO

A DIOS

Fuente de eterna sabiduría

A MI MADRE

Vicenta Catalina Hidalgo

Por su apoyo incondicional en el recorrido de toda mi vida

A MI ESPOSO

Gustavo Adolfo Castillo Rodríguez

Con profundo amor por su apoyo y comprensión

A MIS HIJAS E HIJO

Krista, Lilibeth y Joshua

Con inmenso amor y como un ejemplo de perseverancia

A MIS HERMANAS Y HERMANO

Anita, Nydia, Jeannette y Rocael

Con humildad y mucho cariño comparto este triunfo

A MIS SOBRINAS Y SOBRINOS

Con mucho cariño, porque siempre alcancen las metas que se han trazado

A LA NIÑEZ GUATEMALTECA

Para que en un futuro no muy lejano sea reconocido su protagonismo

## **AGRADECIMIENTO**

### **A MIS MADRINAS DE GRADUACIÓN:**

Licda. Emma Estrada de Salazar, gracias por compartir sus conocimientos y el trabajo incondicional por la niñez guatemalteca.

Dra. Nancy Pezzarossi de Calderón, gracias por compartir su mística salubrista y haber sido una maestra y compañera en el trabajo.

### **A MI TUTORA – REVISORA:**

Licda. Miriam Maldonado, gracias por su orientación, apoyo y motivación en el trabajo de todo el proceso de elaboración de Tesis.

### **A LA DIRECTORA DE AREA:**

Dra. Sandra Cabrera de Moraga, por el apoyo brindado durante su gestión administrativa, como Directora del Area de Salud Guatemala Norte, en la aprobación para el desarrollo de la investigación.

### **A LOS DISTRITOS DE SALUD:**

Santa Elena III, Zona 3 y Fraijanes, en especial a los Equipos de Salud, gracias por su colaboración en la investigación y un reconocimiento especial, ya que pese a todas las limitaciones trabajan con los niños y niñas en las escuelas.

### **A JOSE LUIS CASTILLO:**

Un agradecimiento especial por su entusiasmo demostrado y el apoyo logístico en la elaboración del informe de investigación.

## **SIGLO XXI..... qué nos traes?**

Porque a los niños nos gustaría...

- Que dejes atrás el cansancio, el tedio y la locura  
que vengas cargado de ternura,
- Que inundes de paz a las familias y a los pueblos,  
que nos escuches y respetes  
y no te escondas detrás de declaraciones de derechos,
- Que llegues con sandalias de amistad,  
que vacíes las prisiones y las cambies  
por trabajo y alegría de hogar,
- Que por favor no traigas armas,  
ya que somos capaces  
de construir un mundo nuevo  
en plenitud de amor.

Esto queremos los niños  
y así lo quiere Dios.

(Tomado del Encuentro de “Propuestas de  
Políticas de Infancia hacia el Siglo XXI”  
Colombia, 1997)

# INDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	i
CAPITULO 1	
LA SALUD PUBLICA Y LA ASISTENCIA SOCIAL	1
1.1. Situación de la Población y la Niñez	1
1.2. Políticas de Salud	2
1.3. Estrategias Generales del Plan Nacional de Salud 2000-2004	2
1.4. Organización del Nivel Ejecutor del Sistema de Atención Integral de Servicios de Salud	4
1.4.1. Dirección de Areas de Salud	4
1.4.2. Distritos Municipales de Salud	4
1.4.3. Niveles de Atención en Salud	5
1.4.4. Red de Establecimientos del Sistema Integral de Atención en Salud	6
1.5. Planes de Salud	7
1.5.1. Plan Nacional de Escuelas Saludables	7
CAPITULO 2	
SALUD, EDUCACIÓN Y NIÑEZ	12
2.1. Situación de la Niñez en el Campo de la Salud	12
2.2. Situación de la Niñez en el Campo de la Educación	14
2.3. Antecedentes y Aportes de la Convención y los Derechos del Niño	16
2.4. Derechos y Paradigmas de la Niñez	18
2.4.1. Paradigma de la Protección	18
2.4.2. Paradigma de la Protección Integral	19
2.4.3. Paradigma de la Promoción del Protagonismo Infantil	20

CAPITULO 3	
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	21
3.1. Análisis del Plan Nacional de Escuelas Saludables	22
3.2. Concepción de Niñez en los Planes Elaborados por los Equipos de Salud	24
3.3. Análisis de la Participación de los Equipos en las Actividades Escolares	28
3.3.1. Planificación	28
3.3.2. Ejecución	30
3.4. Participación de los y las Escolares en las Actividades de Salud	31
CAPITULO 4	
PROPUESTA PARA LA INTERVENCIÓN DE LOS EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS DE SALUD, EN EL PLAN NACIONAL DE ESCUELA SALUDABLES, DESDE EL PROTAGONISMO INFANTIL	33
4.1. Fundamento Teórico y Metodológico	33
4.1. 1. Protagonismo Infantil y Políticas Sociales	33
4.1.1.1 Organización de los Niños y las Niñas	37
4.1.1.2. Participación de los Niños y las Niñas	38
4.1.1.3. Expresión de los Niños y las Niñas	40
4.2. Acciones para Redefinir la Relación Adulto-Niño-Niña	42
4.3. Estrategias	43
CONCLUSIONES	45
RECOMENDACIONES	47
BIBLIOGRAFÍA	49



# INTRODUCCIÓN

El presente informe de investigación titulado: **Participación de los Equipos de Salud en el Plan Nacional de Escuelas Saludables**, analiza la estructura organizativa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, sus políticas, estrategias y principalmente el Plan Nacional de Escuelas Saludables, el cual es ejecutado en forma conjunta con el Ministerio de Educación.

Los resultados de la investigación de campo, al contrastarla con la teoría existente sobre protagonismo infantil, permitió establecer la conceptualización teórica y práctica que los integrantes de los equipos de salud y el Plan Nacional de Escuelas Saludables, tienen acerca de la niñez.

Lo anterior proporcionó elementos para elaborar una propuesta para los equipos de salud en el Plan Nacional de Escuelas Saludables, desde la perspectiva del protagonismo infantil.

Para realizar esta investigación se tomó como muestra a los equipos de salud de los Distritos Municipales de Salud de: Santa Elena III, zona 3 y Fraijanes; constituidos por las siguientes disciplinas: Médico, Odontólogo, Trabajadora Social, Psicólogo, Enfermera e Inspector de Saneamiento Ambiental.

Los objetivos planteados para esta investigación fueron:

## **Objetivos Generales:**

1. Conocer el Plan Nacional de Escuelas Saludables elaborado en los Distritos de Salud, para analizar la participación de los y las escolares en su implementación.
2. Analizar la participación de los integrantes del equipo de salud en el Plan Nacional de Escuelas Saludables, para establecer el proceso de trabajo en los proyectos escolares.

## **Objetivos Específicos:**

1. Analizar los proyectos del Plan Nacional de Escuelas Saludables que realizan los Distritos de Salud, para conocer la concepción de niñez en la etapa de planificación.
2. Definir la participación de los equipos de salud en el Plan Nacional de Escuelas Saludables, para definir los logros y limitaciones en el desarrollo de los proyectos.

3. Describir la metodología que utiliza cada una de las disciplinas que integran el equipo de salud, en la ejecución de actividades de los proyectos para establecer la participación de la niñez.
4. Analizar e interpretar los datos obtenidos en la investigación en base al marco teórico, para enriquecer la teoría existente sobre protagonismo infantil.
5. Elaborar una propuesta de intervención de los equipos de salud, en el Plan Nacional de Escuelas Saludables para promover el protagonismo infantil.

En el proceso de investigación los objetivos sirvieron de guía. El alcance de éstos no se pueden medir cuantitativamente, pero si se puede decir que los elementos importantes de cada uno, se plasman en el análisis de los capítulos que componen esta investigación y no precisamente para explicar si se alcanzaron o no, sino para dar coherencia y unidad al presente informe.

Las hipótesis elaboradas para su aprobación o refutación a través de los métodos, técnicas e instrumentos que más adelante se detallan son:

### **Hipótesis General**

1. El enfoque conceptual y práctico de niñez que predomina en el Plan Nacional de Escuelas saludables, es el objeto de protección, lo que no permite generar un proceso de protagonismo infantil.

### **Hipótesis Específicas**

1. En los proyectos del Plan Nacional de Escuelas Saludables elaborados por los equipos de salud del Area Norte, definen a la niñez como al objeto de sus actividades de salud y no como sujetos de su propio desarrollo.
2. En la ejecución de los Proyectos del Plan Nacional de Escuelas Saludables, no promueven el protagonismo infantil, lo que limita el desarrollo de la niñez en el campo de la salud.

El proceso de investigación permitió aprobar las hipótesis elaboradas, por las razones que se plantean a continuación: En el análisis e interpretación del Plan Nacional de Escuelas Saludables, las planificaciones locales de los Distritos de Salud y las entrevistas realizadas a los integrantes de los equipos de salud; permitió concluir, que a nivel teórico y práctico la concepción de niñez se constituye en el niño/a objeto de actividades, lo que limita que las actividades escolares de salud que se impulsan, no promuevan el Protagonismo Infantil.

Para presentar el informe, se dividió en 4 capítulos, los cuales incluyen los siguientes contenidos:

**Capítulo 1:** Detalla la estructura organizativa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, las Políticas de salud, estrategias, los niveles de atención, la red de servicios de salud, los planes de salud, especialmente el Plan Nacional de Escuelas Saludables.

**Capítulo 2:** Presenta el análisis de la situación de la niñez en el campo de la salud y la educación; también incluye los antecedentes de la Convención de los derechos del niño y los paradigmas conceptuales y prácticos de niñez.

**Capítulo 3:** En este capítulo se analiza e interpreta los resultados de la investigación de campo realizada en los Distritos Municipales de Salud.

**Capítulo 4:** Se presenta una propuesta para la intervención de los equipos de salud en el Plan Nacional de Escuelas Saludables, desde el protagonismo infantil.

Por último se incluye las conclusiones, recomendaciones y bibliografía utilizada en la investigación.

Para realizar la investigación, se utilizaron los siguientes procedimientos lógicos: abstracción, concreción, inducción, deducción, análisis y síntesis.

Para recopilar la información se hizo uso de técnicas de investigación bibliográfica y de investigación de campo.

Las técnicas utilizadas para la investigación de campo fueron: el análisis de documentos; ya que se analizó el Plan Nacional de Escuelas Saludables y las planificaciones locales de los tres Distritos de Salud. Asimismo se realizó entrevista a los integrantes de los equipos de salud.

Los instrumentos que permitieron recopilar la información de cada técnica fueron: fichas, guías para el análisis de documentos y guía de entrevista estructurada.

Al leer este informe de tesis, se espera que sea un motivo para la reflexión y análisis del trabajo y relación que se tiene con los niños y niñas en la sociedad guatemalteca.

# CAPITULO 1

## LA SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

### 1.1. SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN Y LA NIÑEZ

Guatemala está localizada en el istmo centroamericano y tiene una extensión de 108,889 kilómetros cuadrados. Para fines político administrativos esta organizada en “330 municipios, pertenecientes a 22 departamentos. El 62% de la población es rural y vive en 19,000 pequeñas comunidades dispersas, de menores de 2000 habitantes cada una.” 1/

“ La estructura sociodemográfica del país es piramidal, con predominio de la población joven, siendo la edad media de 17 años. La población menor de cuatro años constituye el 17%, y la menor de 18 años el 51.6%. Esta característica plantea demandas para la estructura y distribución de servicios gubernamentales derivadas de las necesidades educativas, recreativas y de atención en salud propios de dicho grupo etáreo.” 2/

La referencia de la problemática de la salud a la estructura social es innegable, toda vez que casi no existe otro indicador que refleje sintéticamente el nivel de desarrollo alcanzado por una sociedad, como el estado de salud.

Los indicadores de la salud de los guatemaltecos y las guatemaltecas, al igual que los indicadores educativos, se comparan desfavorablemente con los otros países latinoamericanos, especialmente los referentes a la mortalidad infantil, esperanza de vida al nacer, alfabetismo disponibilidad de agua potable y número de médicos por habitantes. Los indicadores de salud han mejorado, aunque en forma lenta y desigual.

“Diversos estudios han mostrado que, en la medida en la que se reducen los ingresos de las familias urbano marginales, los principales gastos son destinados al alimento y el transporte. Al verse reducida la capacidad adquisitiva, empiezan a sacrificarse los satisfactores como la vivienda, el vestido y la educación. Posteriormente se sacrifican otros satisfactores como la alimentación, con el consecuente deterioro del estado nutricional y de la salud de las familias.” 3/

---

1/ Pro Convención Sobre los Derechos de la Niñez, **Entre el Olvido y la Esperanza**, Guatemala, 1977, Pág. 3

2/ IBID Pág. 4

3/ IBID Pág. 44

En el marco de esta situación, es necesario detallar aspectos del rector de la salud pública en Guatemala. La Salud Pública y Asistencia Social está bajo la conducción del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, este Ministerio “fue creado en 1945; nació como una respuesta lógica a la inspiración íntima a todo un pueblo, de disfrutar plenamente de su derecho a la salud, aspiración que tiene suficiente fundamentación filosófica y legal, en la Constitución de la República y el Código de Salud.” 4/

## **1.2. Políticas de Salud**

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, tiene como políticas de salud del año 2000 – 2004, las siguientes:

- “Salud Integral de los grupos familiares.
- Salud de los pueblos mayas, garífuna y xinca, con énfasis en la mujer.
- Salud de la población emigrante.
- Desarrollo y fortalecimiento de la salud integral a otros grupos.
- Ampliación de la cobertura de los servicios básicos de salud con calidad y sostenibilidad.
- Desarrollo del saneamiento básico y del ambiente.
- Acceso a medicamentos esenciales y medicina tradicional.
- Desarrollo estratégico del recurso humano.
- Desarrollo, desconcentración y descentralización institucional.
- Coordinación intra e intersectorial.
- Mejoramiento y optimización de la cooperación externa.
- Desarrollo del financiamiento del sector salud. “ 5/

## **1.3. Estrategias Generales del Plan Nacional de Salud 2000 - 2004**

Las políticas de salud se operativizan a través de planes, programas y proyectos, y estos se ejecutan en el marco de las estrategias siguientes:

---

4/ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, **Información General**, Guatemala, 1984, Pág. 3

5/ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, **Plan Nacional de Salud 2000 – 2004**, Guatemala, 2000, Pág. 7

- “Descentralización con participación social y comunitaria: Participación de todas las fuerzas vivas del país, tanto a nivel nacional como local, para lograr un efectivo desarrollo del nivel de salud de toda la población guatemalteca.
- Aplicación de los preceptos de la estrategia de atención primaria en salud en todos los niveles de atención.
- Aplicación de los principios de ética, equidad, eficiencia, calidad total y sostenibilidad social, técnica y financiera.” 6/

Al analizar las políticas de salud, se puede señalar que éstas, son decisiones y acciones que toman desde la estructura de poder, sin tomar en cuenta las necesidades, el sentir y saber del sector de la población que se ve afectada positiva o negativamente por estas acciones.

Lo que interesa resaltar es que han sido formuladas con participación restringida; con un proceso tradicional. Sin embargo, al analizar cada una de las políticas estrategias del Plan Nacional de Salud 2000 – 2004, se destacan algunas que incluyen dentro de las líneas de acción o áreas programáticas a los niños, niñas, adolescentes y la participación de la sociedad civil en la salud:

- **Política número uno:** Atención integral a niños, niñas y adolescentes.
- **Política número cuatro:** Implica la promoción de los estilos de vida saludable.
- **Política número nueve:** Plantea dentro de sus líneas de acción la promoción de la organización y participación comunitaria en la fiscalización social de la administración pública.
- **Estrategia número uno:** Abre la posibilidad de la participación de la sociedad civil en el desarrollo del nivel de salud.
- **Estrategia número tres:** En la aplicación de principios, plantea que se requiere dirigir prioritariamente los recursos estatales a los grupos de población que más lo necesiten; entre estos grupos se encuentran los niños, niñas y adolescentes.

En la actual coyuntura que vive Guatemala, es necesario que estas políticas de salud se lleven a la práctica, tomando en cuenta los lineamientos de las estrategias planteadas, ya que se están dando espacios de democratización y respeto a la organización y participación de

---

6/ IBID, Pág. 6

diversos sectores sociales; entre estos los niños, niñas y adolescentes que son sujetos sociales de derecho.

En la construcción de las políticas de salud, el carácter público se lo da la marcada y efectiva participación de la sociedad organizada, debe existir una estrecha relación con las instancias gubernamentales encargadas de su aprobación y ejecución. No se trata de que el Estado renuncie a sus responsabilidades, ni cargar a la organización social con funciones que no le competen, sino de compartir responsabilidades sin que ninguno deje de asumir la responsabilidad ciudadana a la que está llamado dentro de la política pública y dentro de ésta la de salud.

En este sentido, la sociedad debe asumir que en la satisfacción de necesidades básicas, en este caso, la salud, la responsabilidad es de todos, y no sólo de un sector o de un grupo.

La participación ciudadana garantizará la fiscalización social de los servicios públicos y la demanda en la formulación de políticas públicas.

## **1.4. Organización del Nivel Ejecutor del Sistema de Atención Integral de Servicios de Salud**

### **1.4.1. Dirección de Areas de Salud**

“ La unidad técnico-administrativa de las Areas de Salud es la Dirección de Area de Salud, dependencia que planifica, programa, conduce, dirige, coordina, supervisa, monitorea y evalúa las acciones de salud a este nivel. Está subordinada jerárquicamente a la Dirección General del Sistema de Atención en Salud y es responsable de la gerencia de los Distritos Municipales de Salud que integran el Area de Salud respectiva.” 7/

### **1.4.2. Distritos Municipales de Salud**

“Los Distritos Municipales de Salud comprenden el conjunto de establecimientos del primero y segundo nivel de atención en salud ubicados en la circunscripción territorial que le es propia. Existen tantos Distritos Municipales de Salud como Municipios de la República, sólo casos especiales en que atendiendo a necesidades de los servicios de salud se podrán considerar y establecer otras adscripciones territoriales, bajo la responsabilidad coordina,

---

7/ Diario de Centro América, 18 de junio de 1,999, número 79, Guatemala, Pág. 13

supervisa, monitorea y evalúa las acciones de salud en el nivel municipal del Despacho Ministerial. “ 8/

“Cada Distrito Municipal de Salud está dirigido por un Coordinador Municipal de Salud y constituye la dependencia técnico administrativa que planifica, programa, conduce, dirige y depende jerárquicamente de la Dirección del Area de Salud.” 9/

Hasta el 6 de abril del año 2000, el departamento de Guatemala, estaba dividido en 3 Areas de Salud: Area de Salud Guatemala Norte, Area de Salud Guatemala Sur, Area de Salud de Amatitlán; pero a partir de esta fecha, según acuerdo Ministerial 805-2000, las tres Areas de Salud se integraron en una sola, denominada Area de Salud Guatemala.

## **Niveles de Atención en Salud**

“Los niveles de atención en salud son el conjunto de recursos físicos, materiales, humanos y tecnológicos organizados de acuerdo a criterios poblacionales, territoriales, de capacidad de resolución de riesgo para la atención de la salud de grupos específicos.” 10/

Los niveles de atención en salud se clasifican de la siguiente forma:

**I Nivel de Atención:** Constituye el primer contacto con la red de servicios de salud, a través de los establecimientos y acciones comunitarias contempladas en el conjunto de servicios básicos de salud.

**II Nivel de Atención:** Desarrolla con relación a la población y al ambiente, un conjunto de servicios ampliados de salud dirigidos a solucionar la problemática de las personas referidas por el primer nivel de atención o aquellas que por demanda espontánea y urgencias acuden a los establecimientos.

**III Nivel de Atención:** Desarrolla con relación a la población y el ambiente, servicios de salud de alta complejidad dirigidos a la solución de los problemas de las personas que son referidas por el I y II nivel de atención, o aquellas que por demanda espontánea o por razones de urgencia acudan a este nivel.

---

8/ En el caso del Municipio de Guatemala, éste está dividido en 10 Distritos Municipales de Salud, para cubrir a las 21 zonas de la ciudad.

9/ Diario de Centro América, Op. Cit. Pág. 14

10/ IBID, Pág. 11



### **1.4.3. Red de Establecimientos del Sistema Integral de Atención en Salud**

La red de establecimientos de salud es el conjunto de establecimientos institucionales y comunitarios prestados de servicios de salud, articulados funcionalmente entre sí y con perfiles y responsabilidades diferentes de acuerdo a su capacidad de resolución. Cada uno de ellos desarrolla programas, servicios y acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de salud, dirigidas a las personas y el ambiente. En cada ámbito territorial las redes de establecimientos de salud constituyen la base organizativa y funcional del desarrollo del Sistema Integral de Atención en Salud.

Los tipos de establecimientos institucionales y comunitarios de salud son los siguientes: Centros Comunitarios de Salud, Puestos de Salud, Centros de Salud y Hospitales.

De los establecimientos de salud mencionados, se detalla a continuación algunos aspectos de operación y funcionamiento de los Centros de Salud, ya que en este nivel de atención se realizó la investigación.

“Los Centros de Salud tipo B son establecimientos de servicios de salud del segundo nivel de atención, ubicado en el ámbito municipal y generalmente en las cabeceras municipales y ciudades de importancia; brindan servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación dirigidos a las personas y acciones al ambiente, tiene un área de influencia comprendida entre cinco y diez mil habitantes; coordina y articula la prestación de servicios de salud de los establecimientos de menor categoría ubicados en su área de influencia.

Los recursos humanos básicos son el Médico general, el Odontólogo, Psicólogo, la Enfermera Graduada, el Auxiliar de Enfermería, el Técnico de Salud, el Inspector de Saneamiento Ambiental y otros técnicos de salud que se requieran según normas.” 11/

En relación al recurso humano, los equipos de salud son multidisciplinarios debido a que la intervención en el campo de la salud debe ser integral, psico bio social; y los servicios que se deben de brindar a las personas y al ambiente, no pueden ser prestados por una sola disciplina.

Cada uno de los integrantes de las disciplinas del equipo de salud, tienen un grado de intervención de acuerdo a su especialidad.

---

11/ IBID, Pág. 13

## **1.5. Planes de Salud**

Dentro de los planes de salud del Ministerio de Salud, está el PLAN NACIONAL DE ESCUELAS SALUDABLES; es importante mencionar que hasta 1,998 escuelas saludables era un programa; en 1,999 se publicó la segunda edición en donde pasó a ser un plan. En esta edición sólo cambiaron de nombre a algunos proyectos.

### **1.5.1. Plan Nacional de Escuelas Saludables**

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en coordinación con el Ministerio de Educación, han aunado esfuerzos para diseñar el Plan Nacional de Escuelas Saludables, el que está dirigido a las/os niños/as que asistan a los centros de Educación Pre-primaria y Primaria, a nivel nacional.

La iniciativa de salud escolar ha venido desarrollándose desde mediados de la década de 1980. Este movimiento ha tomado fuerza, considerando que la escuela constituye un entorno sumamente eficaz para mejorar la salud de los escolares, sus familias y su comunidad; ya que esta se constituye en un medio de apoyo a los derechos fundamentales como son la educación y la salud.

“Asimismo está ampliamente comprobado que la capacidad de aprendizaje de los niños y las niñas está influenciada por sus condiciones de salud y estado nutricional. El plan Escuelas Saludables persigue el desarrollo de estilos de vida saludables individual y colectiva, esto se puede lograr por medio de la participación consciente y organizada de la comunidad educativa ( alumnos, padres, madres y personal responsable de la educación ) y de todos los sectores encaminados a evitar situaciones de riesgo con acciones eminentemente preventivas.” 12/

2

### **Escuela Saludable**

“Es un centro educativo donde todos los alumnos/as gozan de condiciones adecuadas para lograr un armonioso desarrollo biológico, psicológico y social, es un ambiente de bienestar institucional comunal, desarrollando estilos de vida saludable, el cual es compartido

---

12/ Ministerio de Educación – Ministerio de Salud, **Plan Nacional de Escuelas Saludables**, Guatemala, 1999, Pág. 1

con los/as maestros/as, las familias, el personal de la escuela y la comunidad”. 13/

## **Objetivos**

### **Generales**

- “Mejorar la educación integral del alumnado del Sistema Educativo Formal, desarrollando conocimientos, actitudes y prácticas favorables en Salud y Nutrición que contribuyan a mejorar la calidad de vida, la de sus familias y comunidad.
- Crear en la escuela las condiciones sociales y ambientales que faciliten la promoción de la salud de los niños y niñas.

### **Específicos**

- Promover la participación de los sectores salud y educación en actividades que permitan mejorar las condiciones de salud de los escolares, su familia y la comunidad.
- Propiciar la participación de los diferentes sectores y organizados para el desarrollo de proyectos que conduzcan a alcanzar Escuelas Saludables.” 14/

## **Organización**

Según Acuerdo Gubernativo N° 551-93 del 6 de octubre de 1,993, la Presidencia de la República acordó crear la Comisión de Coordinación Biministerial entre los Ministerios de Educación y Salud. Instancias responsables de la coordinación de todos los planes, programas y proyectos que tengan relación con la salud y seguridad alimentaria del escolar.

## **Responsables**

Por el Ministerio de Salud: el Programa Nacional de Materno Infantil, y por el Ministerio de Educación: el Sistema de Mejoramiento de Recursos Humanos y Adecuación Curricular (SIMAC), 15/ quienes deben proporcionar el apoyo técnico normativo y velar por el cumplimiento del Plan Escuelas Saludables a nivel nacional.

Para la operativización de las actividades, involucran autoridades de ambos Ministerios, dependiendo de cada nivel del esquema de organización, los niveles son: departamental, municipal y local.

---

13/ IBID, Pág. 3

14/ IBID, Págs. 3,4

15/ El Programa Materno Infantil y SIMAC son dependencias de los Ministerios de Salud y Educación.

### ➤ **Area de Trabajo**

El plan pretende cubrir al total de la población escolar del nivel primario y pre primario a nivel nacional, por lo que serán considerados todos los establecimientos públicos en una primera etapa, para luego sistematizar estos procesos a los establecimientos privados y posteriormente al nivel de educación media en la república de Guatemala.

### ➤ **Duración**

Tiempo indefinido, durante el año escolar se ejecutarán las actividades en forma intensiva.

### ➤ **Estrategias**

- **Investigación Diagnóstica**

Para la planificación de las actividades se realizará una investigación diagnóstica o estudio situacional, el cual estará orientado principalmente a generar sobre la situación de Salud de los escolares y el ambiente en que se desenvuelven, así como los factores de riesgo a los que se puedan exponer dadas las circunstancias y condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales.

- **Coordinación**

Las actividades estarán coordinadas entre los sectores de salud y educación del país, por las comisiones designadas en los diferentes niveles involucrando a otras organizaciones gubernamentales y a organizaciones no gubernamentales.

- **Promoción**

Para la implementación de las acciones que conlleva el Plan Nacional de Escuelas Saludables, es necesario generar el proceso de información, educación y comunicación continua para sensibilizar y dar a conocer la importancia de las mismas, motivando la participación activa de los alumnos, alumnas, maestros, maestras, entidades públicas y privadas.

- **Capacitación**

La estrategia de capacitación es básica para asegurar el éxito del Plan Escuelas Saludables, tiene como finalidad que todas las personas involucradas en salud y educación generen acciones que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de los alumnos, alumnas, familia y comunidad.

En el proceso de capacitación se contempla el proceso de capacitación permanente, éste consiste en una sucesión de actividades educativas, basadas en una planificación participativa; para su desarrollo sugieren dos tácticas operativas:

**Círculos de calidad:** es un grupo que identifica necesidades de aprendizaje e intereses de los involucrados en las actividades de escuelas saludables, consiste en un auto-aprendizaje, dirigida por guías de aprendizaje, los círculos de calidad se desarrollan en 3 grupos: nivel departamental, nivel municipal y nivel local.

**Educación a distancia:** esta consistirá en unidades de auto aprendizaje, que podrán desarrollar individualmente y en forma grupal, combinada con encuentros presénciales, partiendo del seguimiento lógico que comprende la investigación, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

- **Gobierno Escolar**

Es una organización de los alumnos y alumnas para participar activa y conscientemente en el desarrollo de las diferentes actividades de la escuela; desempeña un papel importante en la formación de los estudiantes en el desarrollo y fortalecimiento de su autoestima, liderazgo, creatividad y de su capacidad para opinar y respetar la opinión de sus compañeras y compañeros dentro de un ambiente de auténtica democracia.

Esta organización también puede apoyar en la investigación diagnóstica, participando en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de salud y educación.

- **Metodología**

La metodología que se aplica es la de diagnóstico situacional en cada escuela con la participación de los involucrados, el cual proporcionará información para elaborar un plan de actividades en donde se definan los compromisos de los participantes, disponibilidad de recursos, tiempo y otros.

Para la implementación de las acciones requiere de organización social, la que se puede dar en los siguientes niveles: organización interna, organización interinstitucional y organización de comisiones.

- **Proyectos**

- Proyecto escuelas saludables.
- Proyecto de vacunación y salud bucal.
- Proyecto de seguridad alimentaria y nutricional – agudeza visual y auditiva.

- Proyecto de educación en higiene y salud ambiental – vectores y zoonosis -
- Proyecto de accidentes y primeros auxilios.
- Proyecto de educación sexual y salud mental.

## CAPITULO 2

### SALUD, EDUCACIÓN Y NIÑEZ

#### 2.1. Situación de la Niñez en el Campo de la Salud

La salud, tanto individual como colectiva, es resultado de las complejas interacciones entre los procesos biológicos, ecológicos, culturales, económicos y sociales que se dan en la sociedad, o sea, “ es el producto de las interrelaciones que se establecen entre [ el ser humano] y el ambiente social y natural en que vive.

La salud no es sólo producto de las condicionantes genéticas biológicas, sino, también un resultado de las relaciones sociales predominantes, así, se puede decir, que es determinado por un proceso histórico del cual ella es una de las manifestaciones.

La situación de salud de los diferentes conjuntos sociales, es una de las maneras a través de las cuales se expresan los procesos más generales que caracterizan una sociedad. Por lo tanto, está determinada por la estructura y dinámica de la sociedad, por el grado de desarrollo de las fuerzas productivas y de sus relaciones sociales, por el modelo económico y la forma en que éste inserte en el sistema económico internacional, por la organización particular del Estado y de las relaciones políticas que la caracterizan, en un momento dado de su historia.” 16/

Además, la salud depende de las condiciones naturales donde la sociedad se desarrolla: clima, suelo, ubicación características geográficas y de los recursos naturales disponibles.

“ Salud no es equilibrio, es tensión y conflicto en busca de mejores condiciones de vida, es una tentativa permanente de alcanzar niveles superiores de bienestar. En consecuencia no es posible definir teóricamente un nivel aceptable de salud, ya que cada grupo y cada individuo adopta, dentro de su dominio, aquel que mejor se ajusta a sus aspiraciones y para Guatemala, la situación de salud, debe necesariamente ser comprendida en el seno mismo de las posibilidades reales y concretas.” 17/

Para Guatemala, la situación de salud, debe necesariamente ser comprendida en el seno

---

16/ Organización Panamericana de la Salud, **Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud**, Washington, 1996, Pág. 6

17/ IBID

mismo de la estructura social y de las condicionantes naturales.

La salud de los guatemaltecos se caracteriza por sus condiciones higiénicas inadecuadas, mala nutrición bajo nivel educativo y, sobre todo, a un limitado acceso a los servicios de salud.

El modelo de atención en salud en Guatemala es, en términos generales, de tipo biologista y clínico / curativo. A ello debe sumársele una falta de capacidad gerencial en las instancias decisorias institucionales, lo que conduce a programas o proyectos de salud preponderantemente curativos y desvinculados de la realidad social de la mayoría de los guatemaltecos.

En cuanto a la niñez, según OPS, durante 1990 se registraron en el país 335,825 nacimientos, de los cuales sólo el 40%, recibió atención prenatal; de estos nacimientos únicamente el 28% ocurrió en un hospital.

“En 1990, de cada 100 nacimientos, 14 niños y niñas presentaban bajo peso al nacer, mientras que 36 de cada 100 niños y niñas menores de 5 años padecían de desnutrición aguda..... Los problemas nutricionales de mayor envergadura son la baja ingesta proteico calórica, deficiencia de vitamina A, deficiencias de yodo y hierro entre los niños y niñas.” 18/

En relación a la mortalidad infantil, “ a pesar que los indicadores se han ido reduciendo en los últimos años en Guatemala, aún se consideran altos en relación a los observados en otros países de América Latina.

Para 1994 la tasa de mortalidad infantil fue de alrededor de 55 por mil nacidos vivos, en otras palabras, 55 niños de cada 1000 que nacen vivos morirían antes de cumplir un año de edad. Dicha tasa de morbilidad se incrementa a 76.2 por mil nacidos vivos si se refiere a los grupos mayenses.” 19/

Para 1994, según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la mortalidad de la población se debe en más del 64% a enfermedades infecciosas, nutricionales y perinatales.

Las principales causas de mortalidad infantil son enfermedades diarreicas (30%), infecciones respiratorias agudas (23%), enfermedades perinatales (20%) y desnutrición (4%). Es decir, casi el 80% de las muertes de los niños y niñas guatemaltecas son prevenibles.

---

18/ Pro Convención sobre los Derechos de la Niñez, Op. Cit., Pág. 50

19/ IBID, Pág. 52



“Ante el agravamiento de los problemas sanitarios por las limitaciones de la infraestructura y los efectos de las medidas neoliberales, el gobierno se ha visto obligado a iniciar un proceso de descentralización de los servicios públicos de salud, y a implementar un sistema de distribución de medicamentos genéricos a precios reducidos.

Si quiere seguir avanzando tendrá que cumplir con los compromisos de los acuerdos de paz en este tema: a) incrementar el gasto público en salud en un 50%, b) reducir la mortalidad materna e infantil en 50%, c) darle énfasis al gasto en salud preventiva, e) mantener la erradicación de la poliomielitis y f) erradicar el sarampión.” 20/

Garantizar el derecho a la salud curativa y preventiva de los/as guatemaltecos /as, especialmente de la niñez y la juventud, asegurándoles mejores expectativas que contribuyan al desarrollo de sus capacidades intelectuales, a elevar su nivel productivo y a mejorar sus relaciones sociales.

La salud repercute en la educación, una niñez saludable tiene un buen rendimiento escolar y se prepara mejor para enfrentar la vida y sus problemas. Por el contrario, una mala atención sanitaria a los/as niños/as provoca ausentismo y bajo rendimiento escolar, perpetuación de la desnutrición y dudosas expectativas de desarrollo psico bio social.

Lo anterior indica la estrecha relación que debe existir entre salud y educación, ya que la niñez para tener un alto grado de desarrollo integral debe gozar de salud y paralelamente la satisfacción de otras necesidades, entre ellas la educación.

Los diferentes sectores que están obligados a intervenir en la satisfacción de necesidades en la sociedad, deben actuar entrelazados por el bienestar común de la población, principalmente el de la niñez.

## **2.2. Situación de la Niñez en el Campo de la Educación**

Para analizar la situación de la niñez en el campo de la educación es importante analizar las políticas del Ministerio de Educación dentro del plan de gobierno 1996 – 2000; las políticas diseñadas son:

- “Ampliación de cobertura.
- Reforma educativa.

---

20/ Pro Niño y Niña Centroamericano, **Políticas Públicas y Niñez**, Guatemala, 1998, Pág. 11

- Participación comunitaria
- Mejoramiento de la calidad de la educación.
- Modernización institucional.
- Ampliación de la cobertura de la educación extraescolar.
- Fortalecer los programas de alfabetización y post alfabetización.
- Optimizar la cooperación y coordinación.
- Contribuir a la consolidación de la paz.” 21/

A pesar que las políticas de educación abren la posibilidad a un cambio en el sistema educativo, como lo plantea principalmente las políticas de: reforma educativa, participación comunitaria y mejoramiento de la calidad de la educación en la práctica no se lleva ya que actualmente el sistema educativo guatemalteco no puede atender a la mayoría de la población infanto juvenil en edad escolar.

Esta deficiencia se debe principalmente a la visión neoliberal que tiene el grupo en el poder. Descuida premeditadamente la inversión pública en este sector, contribuyendo así al deterioro y desprestigio de la educación pública.

“Las deficiencias de este sistema educativo, métodos ortodoxos, contenidos curriculares caducos y desfasados, concentración urbana de los servicios educativos, baja cobertura, entre otras; son parte de un mecanismo de dominio y control de la sociedad que, además, acentúa y reproduce las desigualdades sociales.

Puede entenderse al sistema educativo como una de las palancas de la estructura de poder, que proyecta sus estrategias en la sociedad y en la población desde la infancia.

Otro de los problemas medulares del sistema educativo nacional es que no tiene la capacidad de retención y promoción de los educandos inscritos. A parte de que los métodos de enseñanza son desmotivadores por memorísticos, represivos y sexistas, también hay factores de orden socioeconómico que inciden en el grado de deserción, ausentismo y repitencia escolar.” 22/

“Las tasas de cobertura escolar no son totales y solamente abarcan el 32.8% en el nivel pre primario, 84.3% en la educación primaria, 31.2% en el ciclo básico, y 13.4% para el nivel

---

21/ Ministerio de Educación: Plan Nacional de Educación 1996-2000, Guatemala, 1999, Págs. 2-4

22/ Pro Convención sobre los Derechos del Niño, Op. Cit., Pág. 61

medio diversificado.

Las tasas de promoción registran un 67.3% para pre primaria, 74.5% en primaria, 44.8% para el ciclo básico y 59.8% para el nivel medio diversificado. La deserción escolar es de 9.5% en pre primaria, 8.2% en la primaria, 4.7% en el ciclo básico y 3.3% en el nivel medio diversificado. La inscripción e incorporación de la niñas a la escuela primaria es menor que la de los niños; sin embargo, repiten y desertan menos.” 23/

A lo anterior hay que agregar que la mayoría de los/as maestros/as, tienen una formación deficiente, producto también del sistema educativo que los prepara, lo cual redundo negativamente en la educación que reciben los/as niños, niñas y jóvenes guatemaltecos /as.

Los maestros/as son mal pagados, reciben salarios muy bajos en comparación a la responsabilidad y las tareas que desempeñan, gran parte de ellos /as trabajan en condiciones precarias y su labor no es reconocida socialmente.

“La situación educativa de la niñez y la juventud guatemalteca ....exigen que la sociedad y el Estado de Guatemala [hagan] esfuerzos significativos y urgentes para mejorar y subir la calidad de todas las áreas de la educación nacional.

Por tal razón, es indispensable que se cumplan los compromisos mínimos incluidos en los acuerdos de paz: a) aumentar en 50% el gasto público en educación, b) reducir al 30% el analfabetismo actual, c) permitir que todos /as los/as niños/as tengan acceso a por lo menos tres años de escolaridad primaria, y d) llevar a cabo la reforma educativa que de manera especial beneficiaría a la niñez y juventud indígenas.” 24/

### **2.3. Antecedentes y Aportes de la Convención de los Derechos del Niño**

El horizonte global de la Convención sobre los Derechos del Niño se inscribe en los aportes de la Revolución burguesa del siglo XVIII y su desarrollo a lo largo de los últimos 200 años en materia de derechos humanos, democracia y ciudadanía.

“La Convención sobre los Derechos del Niño fue aprobada por unanimidad en la Asamblea de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989 y ratificada por el Gobierno de Guatemala en 1990; las fecha de aprobación de la Convención coincide con la celebración

---

23/ Pro Niño y Niña Centroamericano, Op. Cit., Pág. 10

24/ IBID

de los 30 años de la Declaración de los Derechos del Niño, suscrita en 1959.” 25/

Para fines de la presente investigación es necesario analizar algunas ideas de la Convención sobre los Derechos del Niño; sobre todo en lo referente a que los niños y niñas son sujetos de derechos y con derechos fundamentales y obligatorios.

Para iniciar, en ningún lugar de la Convención emplea la expresión “ sujetos de derecho”, al referirse al niño /a podemos inferir que de eso se aborda en el artículo 5 cuando reconoce que el niño – niñas tiene derecho a ejercer derechos.

“Pero no es artículo que puede sobreentenderse que el niño /a es un sujeto de derechos, sino del hecho mismo de una convención que ha logrado el record de ratificaciones de Estados y cuyo espíritu indica con evidencia que el niño – niña es sujeto de derechos” 26/

Pero también, en el artículo 3 donde el enunciado del “interés superior del niño /a” es un principio, un criterio y un fundamento en el ejercicio no sólo en administración de justicia frente al niño /a, sino en la relación social, educativa, profesional en general; o a nivel interpersonal como colectivo, constituye sin lugar a dudas un trascendente principio reconocido en la Convención.

No menos significativo y de grandes implicaciones prácticas es el derecho a la opinión y a la asociación. Se trata no sólo de permitir que opinen o de reconocer que deben opinar, sino fundamentalmente que su opinión de hacerse valer, es decir, debe pesar cuando se trata de decidir en materia que les concierne, no tener voz, es no tener existencia social. La Convención apunta a que se le devuelva al niño-niña el derecho a su existencia social, a su voz como portadora de su opinión, de su manera de ver y de sentir las cosas.

Lo que hace superior el interés de la niñez, es que ninguna de las cosas que constituye un bien, un valor, un derecho para la niñez, es privativo de los niños y niñas. Todos ellos nos entroncan con los intereses, necesidades, aspiraciones, derechos del conjunto de la humanidad.

Esto lejos de quitarle especificidad a los derechos de la niñez, los torna aún más significativos, toda vez que los reconoce como portadores de los intereses de la sociedad, del conjunto de los seres humanos.

Para concluir, los principios señalados en la Convención como el interés superior, sobrevivencia, desarrollo, no discriminación y participación, abre la posibilidad a una

---

25/ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, **Convención sobre los Derechos del Niño**, Guatemala, Pág. 4

26/ Alejandro Cussiánovich, **Jóvenes y Niños Trabajadores, Sujetos Sociales**, Lima-Perú, 1997, Pág. 39

concepción técnica y práctica más amplia, completa e integral y postula el principio del protagonismo protagonismo, como inherente a su condición de personas, en el plano individual y del conjunto de niñez como fenómeno social.

## **2.4. Derechos y Paradigmas de la Niñez**

La crisis socioeconómica y sus efectos en el país, tiene en la niñez una de sus expresiones más críticas y difíciles de afrontar por los diferentes sectores de la sociedad.

Como señala Jaime Jesús Pérez “la situación de la infancia ha trascendido el debate especializado. Ha llegado a la opinión pública y se han incorporado en el discurso político: declaraciones, discursos, planes de gobierno, programas de trabajo; reconocimientos a la niñez como el sector más débil y desprotegido de la sociedad, así como la necesidad de priorizar su atención.” 27/

“No fue casual la celeridad de los gobiernos de la región en ratificar la Convención sobre los Derechos del Niño, en comparación con otros del primer mundo. Tampoco, la fácil adhesión a compromisos como los que señala el Plan de la Cumbre Mundial a favor de la Infancia.” 28/

Pero la aplicación de los programas de ajuste para salir de las crisis, tienen prioridades que no guardan coherencia con el interés superior del niño /a señalados en la Convención

Para una mejor comprensión de lo expuesto, se definirá tres paradigmas conceptuales y prácticos de niñez.

### **2.4.1. Paradigma de la Protección**

Se puede considerar, que el paradigma conceptual y práctico que ha dominado la historia cultural y social de la niñez en el mundo occidental, es el de la protección; en el cual los Estados tienen la obligación de proteger a la niñez; pero en la práctica sólo se ha considerado al niño /a como objeto social, bajo la figura de ciudadano del futuro, es asumido socialmente sin presente.

Es decir, como objeto pasivo de protección y cuidado, beneficiario de políticas y

---

27/ Jaime Jesús Pérez, **el Niño como Sujeto Social de Derechos**, s/p, s/ f, Pág. 3

28/ IBID

programas dirigidos hacia él, a la espera del futuro que lo convierte formalmente en ciudadano.

El trasfondo ideológico es el de la peligrosidad, desconfianza y rechazo de la sociedad a la infancia, la que también justifica la llamada doctrina de la situación irregular, el concepto del niño /a como menor, de este enfoque se nutre el correccionalismo y la educación que forma “buenos subditos”.

Esta cultura de la peligrosidad y de la situación irregular en el campo jurídico, configuran un paradigma pedagógico y social de importantes implicaciones en las prácticas educativas, en la atención social, en los roles asignados a instituciones como la escuela y las instituciones para “menores”.

El paradigma entonces de la peligrosidad se ha justificado también en una representación de la niñez considerada débil, inmadura e incapaz jurídica y socialmente. Se puede decir que se trata de un paradigma construido desde las carencias, desde las necesidades, entendidas éstas como negación y privación más que como aspiraciones.

#### **2.4.2. Paradigma de la Protección Integral**

“Con la convención sobre los Derechos del Niño aprobada en 1989, se recoge un paradigma que durante las últimas cinco décadas venía abriéndose camino. Desde lo doctrinal y práctico, se trata de la protección integral que considera al niño /a como personas, como sujetos de derechos y que celebra y anuncia el principio del interés superior del niño /a como criterio máximo de garantía del ejercicio de sus derechos. Este paradigma de la protección integral, su eje ideológico es el respeto a los derechos del niño /a.” <sup>29/</sup>

Este paradigma reconoce la protección integral para todos los niños y niñas con todos sus derechos y que los faculta a ejercer entre otros, el derecho a la opinión y a la asociación en una sociedad de derechos y deberes.

Pero también es cierto que este paradigma, privilegia a la niñez de 0-5 años y la misma convención define que niño es el menor de 18 años; asimismo no ve a la niñez como fenómeno social; tiende a la individualización de cada niño /a y no enfatiza la actoría social de

---

<sup>29/</sup> Alejandro Cussiánovich, Op. Cit., Pág. 59

la niñez.

Otro aspecto a considerar en este paradigma, es el respeto a los derechos y a una mayor exigencia y compromiso para su aplicación, son insuficientes al no considerar en forma realista el contexto donde viven los niños /as y su práctica actual.

Efectivamente, la conciencia predominante frente a la insuficiente difusión de la Convención, asume que los Derechos del niño /a son limitados para la satisfacción de sus necesidades básicas, como: salud, educación, alimentación, vivienda y concentra la responsabilidad de su aplicación al Estado.

En el fondo, las visiones mayoritarias esconden el paternalismo y verticalismo de los adultos, que castran las potencialidades del niño /a y desconocen la responsabilidad del conjunto de la sociedad en la promoción y defensa de sus derechos.

### **2.4.3. Paradigma de la Promoción del Protagonismo Infantil**

El paradigma del niño /a como sujeto social de derechos, busca el reconocimiento de la participación activa de éste, frente a su realidad, de su capacidad para contribuir en el desarrollo propio, en el de su familia y en el de su comunidad. Y lo incorpora en la construcción de la aplicabilidad de la Convención como auténtico protagonista del cambio y desarrollo.

Va más allá de la idea de sujeto de derechos, porque considera que sólo en la medida en que el niño y niña vaya desarrollándose como sujeto social podrá irse afirmando como sujeto de derechos, dentro de un proceso continuo, enriquecido fundamentalmente por la relación con su medio.

Coloca a niños/as, adolescentes y adultos como sujetos sociales, en igualdad de condiciones. Por supuesto considerando sus propias particularidades y grados de desarrollo. Es decir, no asume a la niñez como la preparación para la vida, sino como la vida misma.

Esta postura redefine el concepto tradicional y más moderno de la prevención, de protección y de participación, construye el paradigma de la promoción del protagonismo integral de los niños, niñas y adolescentes.

## **CAPITULO 3**

### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación de campo se realizó con los integrantes de los equipos de salud de tres Distritos Municipales de Salud, localizados en: Santa Elena III zona 18, Zona 3 y en el Municipio de Fraijanes; los tres pertenecientes al Area de Salud Guatemala. 30/

Las hipótesis planteadas para realizar la investigación fueron:

Hipótesis General.

1. El enfoque conceptual y práctico de niñez que predomina en el Plan Nacional de Escuelas Saludables, es el de objeto de protección, lo que no permite generar un proceso de protagonismo infantil.

Hipótesis Específicas:

1. En los proyectos del Plan Nacional de Escuelas Saludables elaborados por los equipos de salud del Area Norte, definen a la niñez como al objeto de sus actividades de salud y no como sujetos de su propio desarrollo.
2. En la ejecución de los Proyectos del Plan Nacional de Escuelas Saludables, no promueven el protagonismo infantil, lo que limita el desarrollo de la niñez en el campo de la salud.

Para comprobar las hipótesis, se hizo uso de la técnica de la entrevista y de la técnica de Análisis de documentos. Utilizando como instrumentos: guía de entrevista estructurada y guía de análisis de documentos.

El resultado de la investigación se presenta en este capítulo, basando el análisis e interpretación de los datos cualitativos y cuantitativos recopilados, con el marco teórico de los capítulos 1 y 2.

En la investigación, se estableció que los equipos de salud no conocían el Plan Nacional de Escuelas Saludables, debido a que el Area de Salud Guatemala Norte hasta el año pasado no la había socializado.

Aunque este plan no se conociera en los Distritos de Salud, es importante mencionar

---

30/ Según Acuerdo Ministerial 805-2000, a partir de abril, las 3 Areas de Salud que atendían el Departamento de Guatemala se unificaron en un sola.



que Escuelas Saludables se viene desarrollando desde la década de los 80; aunque no con el enfoque que el plan propone.

**TABLA N° 1**  
**COMPARACIÓN ENTRE LOS PROYECTOS DEL PLAN NACIONAL DE ESCUELAS SALUDABLES Y LO PLANIFICADO Y EJECUTADO POR LOS DISTRITOS DE SALUD**

<b>Proyectos</b>	<b>Planificación</b>	<b>Ejecución</b>
Escuelas Saludables	No se planifica	No se ejecuta
Vacunación y salud bucal	Si se planifica	Si se ejecuta
Seguridad alimentaria y nutricional agudeza visual y auditiva	Se planifica parcialmente	Se ejecuta parcialmente
Educación en higiene y salud ambiental -vectores y zoonosis-	Si se planifica	Se ejecuta parcialmente
Accidentes y primeros auxilios	Si se planifica	Se ejecuta parcialmente
Educación sexual y salud mental	Si se planifica	Si se ejecuta

Fuente: Investigación de campo, agosto 1999

La tabla N° 1, reafirma el hecho de que, aunque en los Distritos de Salud no conocen el Plan Nacional de Escuelas Saludables, es innegable que los Equipos de Salud planifican y ejecutan las acciones que contemplan los proyectos de dicho plan.

Sólo el proyecto que lleva el mismo nombre, Escuelas Saludables no se ha tomado en consideración, pues éste contiene la capacitación a maestros/as, personal de salud; la provisión de materiales para la aplicación de plan en las aulas y educar a los escolares en la práctica de estilos de vida.

### **3.1. Análisis del Plan Nacional de Escuelas Saludables**

El análisis del Plan Nacional de Escuelas Saludables, se realizará tomando únicamente el contenido de éste, ya que el Plan no se ha implementado en los Distritos de Salud objeto de investigación y se desconoce los resultados en otras Areas de Salud.

Como se mencionó en el capítulo 1, Escuelas Saludables fue elaborado a un inicio, como un programa, pero a finales del año 1999 cuando se publicó la segunda edición, éste pasó a ser un Plan Nacional. En cuanto a su contenido y su estructura no hubo cambios

sustanciales, lo que cambio fue sólo el nombre y el nombre de alguno de los proyectos. Este plan sigue manteniendo características de programa.

Al analizar el contenido del Plan Nacional de Escuelas Saludables, se puede señalar algunos aspectos, tales como: El niño-niña en edad escolar es considerado como “ una unidad psico – bio – social, lo que amerita considerar los tres aspectos básicos, la salud física, la salud mental y la salud social.” 31/

Asimismo los objetivos tienden a lograr escuelas saludables con la participación de diversos sectores, pero no se involucra al niño –niña edad escolar a su familia y comunidad en el logro de tales objetivos.

Una de las estrategias para la planificación e implementación, es la capacitación a través de círculos de calidad, la cual se va desarrollando en tres niveles, siguiendo un orden jerárquico, pero los alumnos y alumnas no participan en este proceso tan importante.

Los alumnos y alumnas tienen participación dentro de la organización inter institucional para la elaboración del diagnóstico situacional de la escuela, pero no define la forma de participación.

Otra estrategia es la denominada Gobierno Escolar “organización de los alumnos y alumnas para participar activa y conscientemente en el desarrollo de las diferentes actividades de la escuela....” 32/

A esta organización le asignan una serie de actividades a desarrollar con sus compañeros y compañeras, pero no establece el por qué y el cómo de las actividades.

Pero lo que más llama la atención, es que en la organización interna y externa que plantea el Plan de Escuelas Saludables, el Gobierno Escolar no queda incluido como grupo; aunque los alumnos y alumnas si aparecen representados en la organización de adultos, con representantes en el nivel interinstitucional.

El Gobierno Escolar, es trasladar aparentemente una cuota de poder y participación, pero no existe el ejercicio de éste dentro del sistema organizativo planteado.

Tomando lo analizado en el concepto de niño-niña, objetivos y estrategias, se puede indicar que la concepción de niñez que está planteado en el Plan Nacional de Escuelas Saludables es el de niño-niña objeto de atención, donde las acciones que se realicen es para

---

31/ Ministerio de Salud – Ministerio de Educación, Op. Cit., Pág.2

32/ IBID, Pág. 15

beneficiar a la niñez, sin considerar que ellos y ellas son parte de la escuela y comunidad con participación y expresión.

Aunque, si bien es cierto hay aspectos donde se conceptúa a la niñez como sujeto de derechos, pero no especifican los lineamientos para que ellos puedan ejercer tales derechos y formen parte en el proceso de planificación, organización e implementación del Plan.

### **3.2. Concepción de Niñez en los Planes Elaborados por los Equipos de Salud**

En la investigación de campo realizada en los tres Distritos de Salud: Santa Elena, zona 3 y Fraijanes, se analizó la planificación local de Escuelas Saludables y se entrevistó a los integrantes de los equipos de salud que participan en la planificación y/o ejecución de actividades de Escuelas Saludables.

Los equipos de salud de los Distritos de Salud deben estar conformados por las siguientes profesionales: Médico, Odontólogo, Trabajadora Social, Psicóloga, Enfermera e Inspector de Saneamiento Ambiental, no todos los Distritos de Salud objeto de investigación cuentan con toda las disciplinas mencionadas y otros aunque cuenten con todo el recurso humano, sólo algunos integrantes participan en Escuelas Saludables, como se puede observar en el siguiente cuadro.

#### **CUADRO N° 1**

#### **INTEGRANTES DE LOS EQUIPOS DE SALUD QUE PARTICIPAN EN ESCUELAS SALUDABLES SEGÚN DISTRITOS DE SALUD.**

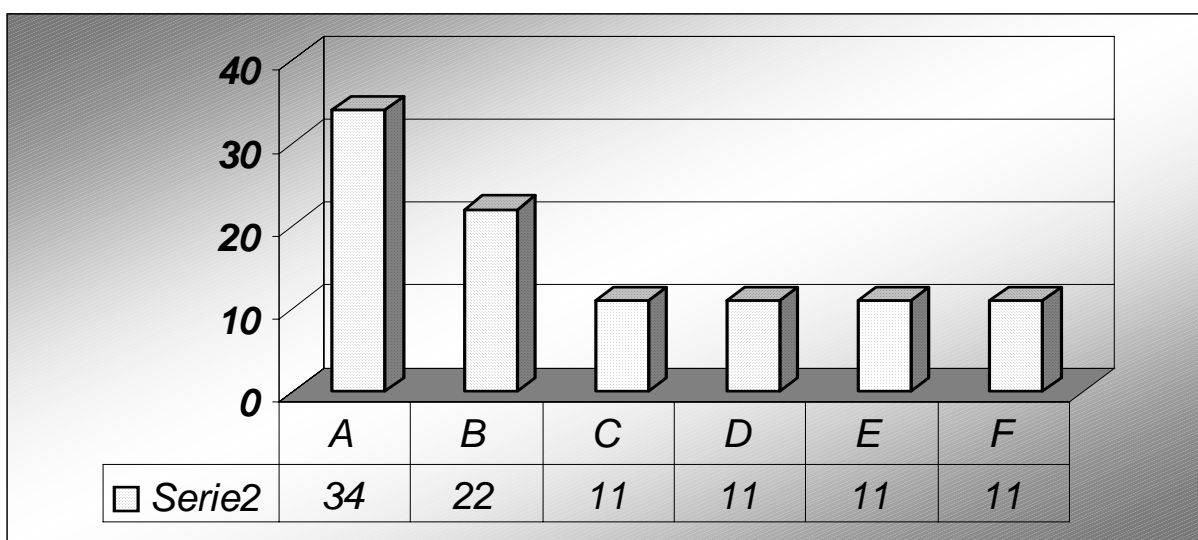
<b>Distrito de Salud</b>	<b>Disciplinas</b>					
Santa Elena		Odontólogo	Trabajadora Social			
Zona 3	Médico	Odontólogo	Trabajadora Social	Psicólogo	Enfermero	Inspector de Saneamiento Ambiental
Fraijanes			Trabajadora Social		Enfermera	

Fuente: Investigación de campo, agosto 1999

El Distrito de Salud de la zona 3, es el único que involucra a todas las disciplinas en la ejecución de actividades de Escuelas Saludables. Los otros dos Distritos de Salud con el único recurso humano que no cuentan es con Psicología, lo que indica que las otras disciplinas no se involucran en este plan (al momento de la investigación de campo en Santa Elena III, el equipo no contaba dentro de sus integrantes con la Enfermera Profesional).

Para completar el cuadro anterior, se presenta una gráfica para visualizar a las profesiones entrevistadas y el porcentaje que representa cada una en relación al total de entrevistadas.

**GRAFICA N° 1**  
**PROFESIONALES ENTREVISTADOS**



Fuente: Investigación de campo, agosto 1999

**Referencia:**

A = Trabajadora Social	3
B = Odontólogo	2
C = Médico	1
D = Psicólogo	1
E = Enfermera	1
F = Inspector de Saneamiento Ambiental	1
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>

En cuanto a la concepción de niñez, a continuación se hace una comparación entre la concepción que tienen las planificaciones locales de Escuelas Saludables de los Distritos de Salud y la concepción particular de cada uno de los integrantes del equipo de salud entrevistados.

En las planificaciones locales de Escuelas Saludables de los tres Distritos investigados, los objetivos propuestos, se dirigen principalmente a considerar a la niñez como al objeto de sus actividades de salud en las escuelas; porque asignan un papel pasivo a la niñez, como receptores de salud.

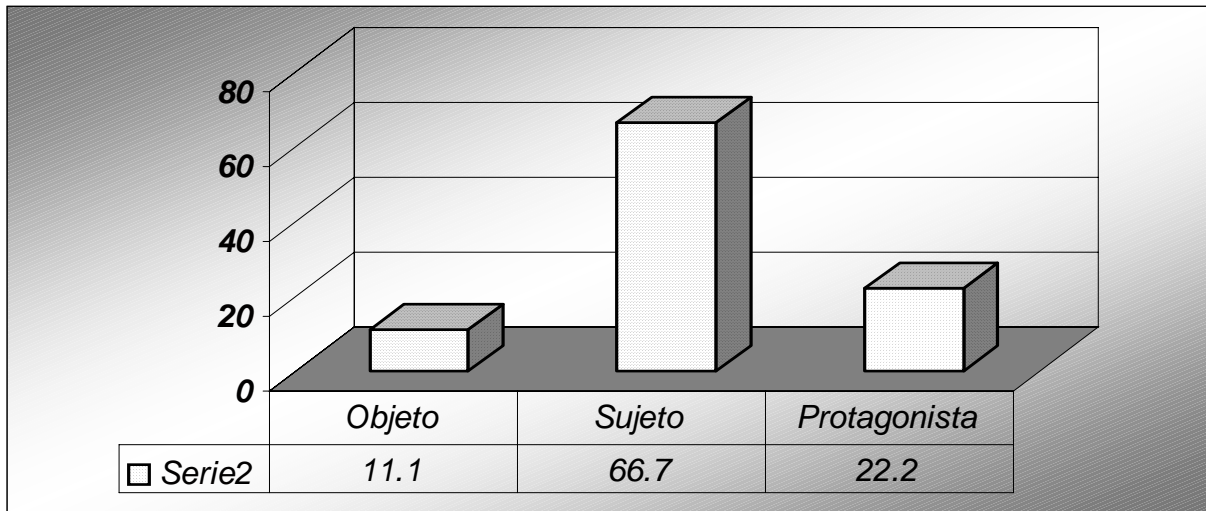
Al hacer la comparación con las respuestas que dieron cada uno de los integrante de los equipos de salud, sobre su concepción de niñez, se observan los siguientes datos en el cuadro 2 y la gráfica N° 1.

**CUADRO N° 2**  
**ENFOQUE CONCEPTUAL DE NIÑEZ**  
**POR LOS INTEGRANTES DE LOS EQUIPOS DE SALUD**

<b>Concepto</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Objeto de actividades	1	11.1
Sujeto de Derecho	6	66.7
Protagonistas	2	22.2
<b>TOTALES</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

Fuente: Investigación de campo, agosto 1999

**GRAFICA N° 2**  
**ENFOQUE CONCEPTUAL DE NIÑEZ**  
**POR LOS INTEGRANTES DE LOS EQUIPOS DE SALUD**



Fuente: Investigación de campo, agosto 1999

Tanto en el cuadro como en la gráfica, se observa que la opinión de los integrantes de los equipos de salud sobre niñez, recae en la variable sujetos de derecho con un 66.7% y sólo el 11.1% conceptualizan a la niñez como objeto de actividades.

Si estos datos los comparamos con el análisis realizado de las planificaciones locales de escuelas saludables, se concluye que no existe coincidencia alguna. Ya que en las planificaciones se concibe a la niñez como objeto de actividades y en la opinión particular de cada integrante de los equipo de salud, el mayor porcentaje coincide en que los niños y niñas son sujetos de derecho.

Lo anterior se reafirma en la práctica, a través de los beneficios que reciben los alumnos y alumnas en las escuelas.

Los tres Distritos de Salud coinciden que los servicios que brindan a las escuelas son: vacunación, desparasitación, aplicación de flúor, educación en salud, salud preventiva y atención individual. En menor medida aparece el auto cuidado de la salud, socialización de los alumnos y desarrollo de la habilidad para hablar en público.

Los servicios que prestan a los alumnos en las escuelas, reafirma que existe relación plena entre lo que se planifica y la práctica, al considerar a la niñez como al objeto de las

actividades de salud en las escuelas; aunque personalmente los integrantes de los equipos de salud conciben a la niñez de manera distinta.

### **3.3. Análisis de la Participación de los Equipos de Salud en las Actividades Escolares**

La participación de los equipos de salud se analiza desde la planificación y ejecución de actividades, se tomaron estas dos etapas, ya que se consideran las más importantes dentro del proceso de intervención profesional.

#### **3.3.1. Planificación**

Al analizar los instrumentos de planificación de cada uno de los Distritos de Salud, se estableció que los integrantes de los equipos de salud por Distrito que participan en su elaboración son los mismos que aparecen el cuadro número uno.

Unificando las tres planificaciones, se define a grandes rasgos las funciones que desempeña cada integrante del equipo de salud, dentro de Escuelas Saludables.

- Médico /a: Examen general a los alumnos y alumnas y educación en salud.
- Odontólogo /a: Evaluación odontológica, fluorización, extracciones de piezas dentales, capacitación a maestros/as y educación en salud bucal a los alumnos.
- Trabajadora Social: Coordinación, supervisión, organización, educación en salud a los alumnos/as, capacitación a maestros/as, orientación a padres y madres de familia.
- Psicólogo /a: Atención de casos, capacitación a maestros/as y referencia.
- Enfermera: Educación en salud, evaluación de peso y talla, vacunación, tamizaje visual y desparasitación.
- Inspector de Saneamiento Ambiental: Educación ambiental, monitoreo de la calidad del agua en los establecimientos educativos.

Los servicios que planifican para los y las escolares están en congruencia con las actividades propias de cada disciplina, estos son: vacunación, fluorización, educación en salud, desparasitación, evaluación médica y odontológica, atención psicológica, extracciones de piezas dentales, organización de voluntarios escolares de salud.

Lo anterior, indica que al planificar los servicios a prestar, los alumnos y alumnas, actúan sólo como receptores de las actividades de los integrantes de los equipos de salud, no

toman en consideración la participación de los niños y niñas en el proceso de la atención en salud a excepción de la organización de voluntarios escolares de salud.

En este análisis, es importante destacar la participación multidisciplinaria en actividades escolares, ya que la problemática de salud por su complejidad debe ser abordada en forma integral; aunque no todos los Distritos de Salud cuenta con todas las disciplinas en sus equipos.

Las técnicas que se planifiquen para la ejecución de actividades, constituye un elemento para analizar, ya que con éstas se involucra a los alumnos y alumnas en las actividades de salud en las escuelas.

El cuadro siguiente muestra las técnicas que utilizan los equipos de salud de los Distritos de Salud en las escuelas.

**TABLA N° 2**  
**TÉCNICAS APLICADAS POR LOS EQUIPOS DE SALUD**

<b>Distrito de Salud</b>	<b>Técnicas</b>
Santa Elena III	Reunión, charlas, atención individual, sociodramas
Zona 3	Reunión, charlas, atención individual, sociodramas, juegos
Fraijanes	Reunión, charlas, atención individual

Fuente: investigación de campo, agosto 1999

Este cuadro muestra que los tres Distritos de Salud planifican la utilización de técnicas tradicionales para el trabajo con la niñez: reuniones, charlas y atención individual; donde usualmente el adulto es quien dirige la actividad y los alumnos y alumnas no juegan un papel activo en la ejecución de actividades.

Sólo un Distrito de Salud, utiliza el juego para trabajar con los niños y niñas, siendo el juego el medio que posibilita la participación sin medir cualidades individuales, situada al margen de la cotidianidad y desprovista de todo interés material, desarrollando reglas establecidas a partir del grupo mismo en su desarrollo y que los participantes son capaces de controlar y respetar.



### **3.3.2. Ejecución**

En la ejecución de actividades, un aspecto importante es la coordinación; esta estrategia permite involucrar a los diferentes actores en el proceso, porque se comparten responsabilidades, se utilizan en forma racional los recursos y se evita la duplicidad de esfuerzos.

De los 9 integrantes que conforman los tres equipos de salud investigados, sólo 5 de ellos involucra a los alumnos y alumnas en la coordinación de actividades, lo cual repercute en la participación de los niños y niñas, porque no tienen la opción de opinar respecto a sus intereses y necesidades de salud. La coordinación se enlaza más con autoridades educativas, como Directores, Directoras, Supervisores y Supervisoras de Educación, dejando también con poca participación a las madres y padres de familia.

En cuanto a los logros alcanzados por los equipos de salud, indudablemente éstos, se vinculan con la producción de servicios y no con procesos participación de los alumnos y alumnas en la salud integral; debido a que los logros mencionados son: vacunación, fluorización, disminución de caries, mejoramiento de la higiene, detección de causas más frecuentes de morbilidad, desparasitación; y menos proporción: mejorar relaciones interpersonales, sensibilización de los maestros, maestras y alumnos multiplicadores de actividades de salud en la escuela y comunidad.

En este proceso, también es necesario mencionar que los equipos de salud han tenido muchas limitaciones para llevar a cabo el trabajo con las escuelas; los más significativos son: la falta de recursos materiales (material educativo, equipo audiovisual, medicamentos, transporte); falta de recurso humano, ya que dos de los tres Distritos investigados no cuentan con todo el equipo de salud y no a todos les interesa el trabajo con niños y niñas.

Otro factor limitante fue la falta de un coordinador de Escuelas Saludables cuando todavía existía el Area de Salud Guatemala Norte, lo que repercutió en la coordinación de actividades y la no socialización del Plan Nacional de Escuelas Saludables.

Definitivamente las limitaciones existentes, afectan la calidad de los servicios y la participación del personal de salud en las actividades escolares. Además el recurso humano no tiene la capacitación y/o actualización para llevar a cabo un trabajo que promueva el protagonismo de los niños y las niñas en las escuelas en materia de salud y educación.

### 3.4. Participación de los y las Escolares en las Actividades de Salud

Los integrantes de los equipos de salud en las escuelas tienen diferente modalidad para trabajar en forma individual y grupal con los alumnos y alumnas, algunos de ellos combinan dos o más modalidades. A continuación se presenta un cuadro para ver la modalidad de trabajo con los alumnos y alumnas.

**CUADRO N° 3**  
**MODALIDADES DE TRABAJO QUE UTILIZAN LOS**  
**INTEGRANTES DE LOS EQUIPOS DE SALUD EN LAS ESCUELAS**

Modalidades	N°	%
Secciones, individual	4	44.4
Secciones, grados, representantes de grado	2	22.2
Grado	1	11.1
Sección, representantes de sección, representantes de escuela	1	11.1
Grado, individual	1	11.1
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

Fuente: trabajo de campo, agosto 1999

El detalle cuantitativo del cuadro, muestra que la tendencia de los integrantes de los equipos de salud es trabajar con los alumnos y alumnas en forma grupal, esto es un avance importante, ya que permite mayor participación, al menos en la obtención de un servicio de salud.

En cuanto al trabajo individual, también hay una tendencia significativa de 44.4% de los integrantes de los equipos de salud a utilizar esta modalidad y se relaciona con el tipo de servicio que brindan como vacuna, aplicación de flúor, atención odontológica, atención psicológica y atención médica.

Aun cuando el trabajo que se realiza en las escuelas va dirigido a una población significativa, proporcionando una variedad de servicios, al analizar los instrumentos de la planificación de los Distritos de Salud, se encontró que los alumnos y alumnas no tienen ninguna participación en la etapa de planificación, ellos y ellas están considerados como los beneficiarios, como los receptores finales de los servicios de salud; no se les considera como

sujetos sociales de derecho, donde pueden participar en la satisfacción de sus necesidades de salud y aprovechar ese fin para promover espacios de protagonismo infantil.

Contrariamente cuando se entrevistó a los integrantes de los equipos de salud en cuanto a ¿cuál era la participación de los alumnas y alumnos en la planificación?, el 33% respondió: que participan en proponer actividades de salud; y con los grupos organizados de promotores escolares en la planificación de actividades que ellos y ellas realizan en sus escuelas.

En cuanto a la ejecución de actividades, los alumnos y alumnas tienen mayor participación que en la etapa de planificación, como se muestra en el siguiente cuadro.

**CUADRO N° 4**  
**PARTICIPACIÓN DE LOS ALUMNOS Y ALUMNAS**  
**EN LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE SALUD ESCOLAR**

<b>Variables</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
En apoyo al equipo de salud	3	33.3
Receptores de beneficios	3	33.3
Multiplicadores de actividades	2	22.2
Iniciadores de actividades	1	11.1
<b>TOTAL</b>	9	100

Fuente: investigación de campo: agosto 1999

Si se suman las dos primeras variables, vemos que el 66% de alumnos y alumnas juegan papel en la etapa de ejecución, pero sin darles un papel protagónico. La participación está supeditada a la labor de los adultos, quienes son los que planifican, coordinan y deciden que se hace o que no se hace; además lo que los niños y niñas, según su criterio pueden y deben hacer.

Las últimas dos variables que suman 33.3%. presenta formas de participación tendientes a que los alumnos y alumnas realicen actividades con un poco de más iniciativa y creatividad, aunque siempre con la supervisión de los adultos.

## CAPITULO 4

### **PROPUESTA PARA LA INTERVENCIÓN DE LOS EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS DE SALUD, EN EL PLAN NACIONAL DE ESCUELAS SALUDABLES, DESDE EL PROTAGONISMO INFANTIL**

La propuesta que se plantea en este capítulo, se realiza de acuerdo al esquema del Plan Nacional de Escuelas Saludables, los aportes que se brindan es para introducir formas y contenidos que permitan propiciar espacios de protagonismo infantil.

Por lo anterior esta propuesta de intervención va encaminada a enriquecer el plan, no ha sustituirlo, los aspectos que se incluyen son: Fundamento teórico y metodológico, acciones para redefinir la relación adulto – niño – niña y estrategias.

#### **4.1. Fundamento Teórico y Metodológico**

##### **4.1.1. Protagonismo Infantil y las Políticas Sociales**

Antes de hacer una relación entre Protagonismo Infantil y Políticas Sociales, es necesario conceptuar estos términos.

Desde el punto de vista etimológico la palabra protagonismo viene de “Protos-Prota: este prefijo griego sugiere, según los casos, la idea de adelante, antes de, primero, por delante, a favor de, e incluso en vez de.

Gonimos viene de Gonos o de Goneuo, y significa: fecundo, productivo, generativo, entonces protagonismo viene, en esta vertiente, de juntar prota + gonimos.” <sup>33/</sup>

Entonces el PROTAGONISMO INFANTIL “ se manifiesta cuando el niño o niña se comprende como sujeto social y se siente capaz de participar y transformar la realidad. Según esta definición el protagonismo infantil no es simplemente una expresión de la naturaleza del niño /a, sino implica que el niño /a tiene una autovisión de un ser humano que puede opinar que tiene conocimiento y conciencia de sus derechos y que tiene suficiente autoestima para articularse.

Es decir el niño /a protagonista ya no siente solamente como objeto de medidas y

---

<sup>33/</sup> Alejandro Cussíanovich, Op. Cit., Pág. 15

decisiones de otros, de adultos, de autoridades, este niño /a, tiene una interpretación de su vida y de su futuro.” 34/

“Protagonismo infantil es el proceso mediante el cual se pretende que niños, niñas y adolescentes, desempeñen el papel principal en su propio desarrollo y el de su comunidad, para alcanzar la realización plena de sus derechos atendiendo a su interés superior. Es decir hacer práctica la visión de niñez como sujeto social de derechos y por lo tanto se debe dar una redefinición de roles en los distintos componentes de la sociedad: autoridades, familia, sectores no organizados, sociedad civil, entidades, etc.” 35/

“Es el proceso mediante el cual, niños, niñas y jóvenes se involucran como actores activos de su propio desarrollo en el que se enfatiza la vigencia y ejercicio de sus derechos y asumen el rol de sujeto social en su contexto inmediato.” 36/

De las tres definiciones presentadas, se destacan los siguientes aspectos:

- Se comprenden como sujetos sociales y asumen ese rol.
- Capaces de participar y transformar su realidad.
- Desempeñar el papel principal en su propio desarrollo.
- Alcanzan la realización plena de sus derechos.

En cuanto a las políticas sociales, si bien es cierto que en sus orígenes fueron impulsadas con enfoque de caridad, en su devenir sólo es posible entenderlas como derechos, dentro de un Estado que garantiza el cumplimiento de los mismos para todos.

“Las políticas sociales de Estado se caracterizan por se un conjunto de programas que tienen como objetivo la satisfacción de las necesidades básicas . Buscan que todas las personas estén incluidas en los frutos del desarrollo...” 37/

Pero las políticas sociales no es sólo una cuestión del Estado “... sino es un campo en el cual toda la sociedad tiene el compromiso de participar, a través de una mayor interrelación Entre organizaciones civiles, religiosas, comunidades, organismos no gubernamentales y

---

34/ **Protagonismo Infantil**, s/autor, s/país, s/fecha, Pág. 23

35/ Angel Gaytan, Alianza para el Desarrollo Juvenil Comunitario, **Protagonismo Infantil**, Guatemala, 1998  
Pág. 4

36/ Angel Gaytanl, **Yo Puedo Participar, Organizarme y Expresar lo que Siento y Pienso**, Guatemala, 1998  
Pág. 1

37/ Pro Niña y Niño Centroamericanos, Op. Cit. Pág. 25

empresas privadas.” 38/

Por lo tanto la política social se conecta a lo colectivo, en la medida en que se vincule a una perspectiva integral de los fenómenos sociales. Esto supone, superar la visión sectorial; y que de la sociedad civil de signos de protagonismo en la proposición de medios que den respuesta a su problemática.

La participación de la sociedad civil da posibilidad de incidir para una mayor exigibilidad. Además de proponer, puede presionar al Estado y gobierno para que implementen políticas públicas destinadas a atender las necesidades de la población, especialmente de aquella que ha sido marginada, incluyendo a los niños, niñas y jóvenes.

“Las políticas públicas destinadas a los niños, niñas y jóvenes deben respetar los derechos a pensar, hacer, expresarse libremente y tener voz en las cuestiones que les afectan sus propias vidas y las de sus comunidades.

Deben promover una vida digna en todo sentido, con salud, educación, deporte, recreación, cultura, y protegerles contra todo tipo de abusos en la familia, la escuela, el trabajo y en la comunidad.

Las políticas públicas deben ir acompañadas del incentivo al respeto de las personas por su condición étnica y de género. Deben visualizar a la niñez y la juventud como presente y futuro del caudal humano que es capaz de intervenir hoy y construir mañana los proceso de cambio.” 39/

Al hablar de las políticas sociales, vemos que ésta es competencia de la sociedad civil, del Estado y el gobierno central en forma conjunta y que éstas deben tener como centro a la niñez y la juventud.

La promoción, implementación y desarrollo de políticas públicas para la niñez y juventud deben de partir del contexto legal planteado por la Convención sobre los Derechos del Niño, la Constitución de la República y otros Convenios Internacionales en materia de niñez, ratificados por el Estado guatemalteco. De la misma manera, deben sustentarse en estudios realistas y objetivos de la situación actual de los niños, niñas y jóvenes considerados como grupos meta.

---

38/ Instituto de Formación para Educadores para Jóvenes Adolescentes y Niños Trabajadores de América Latina y el Caribe; **Niños Trabajadores, Protagonismo y Actoría Social**, Lima Perú, 1998, Pág.102

39/ Pro Niño y Nina Centroamericanos, Op. Cit., Pág. 14

Según Save the Children U.K. las políticas deben:

- Asegurar que su impacto sea previsible y beneficioso.
- Apoyarse en información y datos focalizados en la niñez.
- Adoptar un enfoque integral que comprenda la gama de necesidades del niño /a.
- Beneficiar a todos los grupos de edad.
- Tomar la Convención como su marco ético y reconocer que:
  - Todo /a niño /a tiene derechos.
  - Los niños y las niñas tienen igual valor que los adultos como seres humanos.
  - El interés superior del niño /a debe ser una consideración primordial.
  - Se debe dar importancia a la opinión de los niños y las niñas.

“Los/as niños/as son ciudadanos /as con derechos que deben ser respetados, [se estará], construyendo un mejor presente y un futuro que promueve el desarrollo no sólo de la infancia, sino de sus familias y de la localidad.

Esto implica reconocer y promover que se ejerza su legítimo derecho a la vida, a la salud, a la educación de calidad, a un trata con afecto y respeto, a escuchar su voz y a que se organicen, a respeta y a promover su cultura y el derecho a jugar.

[¿ Y para qué hacerlo?], para construir planes, programas y acciones locales con nuestras propias metas y objetivos, pero en correspondencia con los planes nacionales.

Para concretar los postulados que encierra la Constitución, la Convención sobre los Derechos del Niño /a y el Código de la Niñez y la Juventud. Cada una de ellas cuenta con un marco ético y jurídico que permite desde la localidad participar en la elaboración de diversos planes y acciones por los derechos del niño y la niña.” 40/

En la construcción de una política social desde el nivel local; los niños, niñas y adolescentes son sujetos importantes, por eso su participación es vital. Ellos tienen capacidades para pensar y proponer, siendo fundamental que tengan un espacio para su participación.

Retomando la parte introductoria de la definición de Protagonismo Infantil y para completar la parte teórico metodológico de la propuesta, es necesario ampliar este tema, exponiendo que el Protagonismo Infantil tienes tres fuentes que son: Organización,

---

40/ IBID, Pág. 41

Participación y Expresión; éstas deben darse de manera simultánea y ninguna de ellas es prerrequisito para que se impulse la otra. Separarlas en la práctica, es desintegrar la concepción de Protagonismo Infantil y lo complejo del proceso. Para fines de comprensión se desarrolla por separado cada una de las tres fuentes.

#### **4.1.1.1. Organización de los Niños y las Niñas**

“Es un proceso de articulación de niñas, niños y adolescentes a título individual y/o de grupo con la finalidad de ejercer y hacer valer sus propios derechos de acuerdo a su interés superior.” <sup>41/</sup>

La organización infantil y juvenil en su fase inicial debe ser inducida democráticamente por los educadores. Lo que ocurre, es que al principio de su participación no tienen conocimientos mínimos necesarios sobre organización comunitaria y social; pero paulatinamente, los niños y niñas van tomando control de la organización, comienzan a fijar sus objetivos organizacionales y la forma de conducirla.

Junto a la organización infantil, se debe ir conformando y/o fortaleciendo la organización de adultos que han de acompañar ( no manejar ) y apoyar ( no sustituir) este proceso.

En la organización; la capacitación, la formación y seguimiento son necesarios para mantener con vida formas organizativas primarias. Y este seguimiento no es genérico y abstracto, sino concreto y sistemático. Debe darse mediante actividades permanentes de formación que permitan el crecimiento general de la conciencia que va a ser la fuente principal de la motivación para participar en organización con estos fines.

Las organización debe ser lúdica, flexible, funcional, definida, reglamentada, democrática y regenerativa.

“La organización infantil, de acuerdo a su territorialidad puede ser:

- **Local:** escuela, iglesia, cuadra, barrio, etc
- **Comunitaria:** aldea, cantón, caserío, colonia.
- **Municipal, departamental, nacional, internacional**

Por el contexto en el que se da, puede ser: **campesina, familiar, laboral, cultural,**

---

<sup>41/</sup> Angel Gaytan, Protagonismo Infantil, Op. Cit, Pág. 6



religiosa, deportiva, etc.” 42/

#### 4.1.1.2. Participación de los Niños y las Niñas

“Es el proceso tendiente a incrementar la cuota de poder de la niñez organizada en su relación con los adultos.” 43/

La participación no obligatoriamente es ejercicio de protagonismo. Pero no se puede hablar de protagonismo sin participación. Hay formas de participación que son apenas formas de estar presente, de formar parte, o de ejecutar lo que otros han decidido. Algunos llaman a esto participación pasiva, otros entienden por participación activa “ aquella en la que se tiene iniciativa en el diseño, ejecución, evaluación y control de una cuestión dada. Es esta participación la que nos acerca a lo que podríamos llamar una participación protagónica o al ejercicio de protagonismo que siempre es un ejercicio de poder.” 44/

Existen elementos que permiten ir implementando un proceso que lleve a los niveles más altos de participación posible, aunque un grupo no se integra para hacer un recorrido de cero a diez. “Puede comenzar en niveles muy altos de participación, intermedios, bajos y crecer, aumentar sus niveles de acción, o también retroceder hasta autoaniquilarse sino se cuida el proceso.

Por eso hay que ser reiterativos en el sentido de recordar que los elementos que aquí se esquematizan es solamente con fines didácticos de comprensión, pero en última instancia lo que va a determinar el nivel de éxito de un proceso particular es la flexibilidad, dinamismo, creatividad y objetividad que las y los técnicos de cada programa sean capaces de desarrollar.” 45/

Los parámetros que a continuación se desarrollan, no están encaminados a romper la relación con los adultos sino a establecer nuevas relaciones de acción y participación dentro de la sociedad construida por los adultos, de manera ideal, en permanente relación y de acuerdo con ellos, siendo éstos:

---

42/ IBID

43/ IBID, Pág. 16

44/ Alejandro Cussiánovich, Op. Cit., Pág. 19

45/ Angel Gaytan, **Protagonismo Infantil**, Op. Cit., Pág. 2

- **Adultocracia:** es cuando el poder y autoridad por parte del adulto involucrado son absolutos. Hay ocasiones en que es necesario pasar por él, porque es el mecanismo al que están habituados y el cambio de actitud no puede ser tan drástico, pero es un punto de partida que hay que aprovechar para selección, formación y promoción de posibles líderes.
- **Señalización:** es cuando el o los adultos definen la agenda y toman decisiones sobre el funcionamiento de la organización conjuntamente con un pequeño grupo, generalmente la Junta Directiva, sobre el que tiene una influencia total.
- **Consulta:** es cuando los facilitadores idean los parámetros de comportamiento, los planes, las opciones, la iniciativa, etc. para luego trasladar la idea a la organización infantil, mediante mecanismos de consulta en que los niños, niñas y adolescentes son tratados, consciente o inconscientemente, como potenciales consumidores de las ideas de los adultos. El flujo de información suele ser de una sola vía, lo que induce a una aceptación de ipso, sin que ni siquiera exista la necesidad de establecer mecanismos de negociación.

En esta etapa, los sujetos miembros de la organización, todavía no tienen conocimiento y control sobre sus recursos, lo que se convierte en un impedimento objetivo para ejercer el poder que le corresponde y por consiguiente para poner en acción sus propias ideas.

- **Representación:** un número seleccionado de miembros de la organización prácticamente van asumiendo la representación de los demás porque tienen más tiempo o han tenido la oportunidad de trabajar más de cerca y más frecuentemente con el facilitador. La responsabilidad es confusa.
- **Participación:** niños, niñas y adolescentes definen su agenda, su plan de trabajo, sus actividades, asumen una responsabilidad compartida con el personal, determinan responsabilidades individuales, implementan y evalúan su plan. En este momento es importante redefinir el papel y la participación del adulto en el proceso.
- **Autodirección y autogestión:** niñas, niños y adolescentes dirigen su organización, ejecutan sus actividades y se proponen nuevas acciones sin la ayuda de los educadores o facilitadores.

En este momento tienen control completo y efectivo sobre sus propios recursos, sus propias posibilidades y potencialidades posibilidades y potencialidades.

Definen la agenda, deciden sus actividades, implementan acciones, controlan sus recursos, establecen políticas y estrategias, etc. Y junto al poder que adquieren van aparejando el ejercicio de la responsabilidad de hacer prevalecer los intereses de la organización y del sector niñez en última instancia, por sobre los intereses particulares de grupo o de persona.

#### **4.1.1.3. Expresión de los Niños y Niñas**

“ Es el proceso social que permite la manifestación de la existencia, el pensar y el sentir de niñas, niños y adolescentes como sujetos en una sociedad, en correspondencia con su interés superior.” 46/

La expresión es auténtica por naturaleza, pero en el proceso de crecimiento, desarrollo y formación del ser humano, en las condiciones actuales de la sociedad tiende a ser lo menos por la acción deformante de la educación, que está bajo el control del adulto y la influencia de los medios de comunicación, las conveniencias familiares frente al entorno social, el paradigma histórico de que el adulto siempre tiene la razón frene al niño – niña, creencias religiosas que fomentan la sumisión y la obediencia sin contenido, patrones culturales de autoridad, estratificación histórica de la sociedad, etc.

“El resultado es, por lo general, el mismo en la mayoría de los casos: personas calladas, con miedo a expresar lo que sienten y piensan, condicionadas a decir lo que los demás quieren oír, con baja autoestima, con sentimientos de culpa por sentir o pensar diferente, con mecanismos acentuados de autorepresión, con angustia por temor a que se descubran sus verdaderos sentimientos, pensamientos y otras características por el estilo.

Pero el problema no es que existan esos factores o que la educación y la formación sea responsabilidad fundamentalmente adulta. El problema está en que teniendo todos esos recursos existentes, no estén haciendo esfuerzos por ponerlos al servicio de la niñez y no en su contra, por educar realmente y no castrar, por liberar en vez de oprimir, por propiciar en vez de imponer, por fomentar la expresión auténtica en vez de condicionarla.” 47/

---

46/ IBID, Pág. 62

47/ IBID, Pág. 40

También debe propiciarse que los niños y las niñas y adolescentes de manera organizada construyan los espacios para expresarse y accedan a los mecanismos o instrumentos propicios para manifestar su pensar, sentir y existir; conforme van accediendo a tales recursos debe brindarse la capacitación técnica; estos pueden ser: teatro, títeres, música, dibujo, pintura, artesanía, danza, baile literatura, artes en general, voz, dicción, radio, televisión, video, cine, comunicación popular, periodismo, etc. Pero considerados siempre como lo que son, mecanismos propios de la expresión y no ésta en sí misma como a veces equivocadamente se toma.

Cada organización infantil conforma en el proceso mismo de su organización, participación y expresión; los tipo de opinión, raigambre y autenticidad; lo que permite establecer el nivel de desarrollo de la EXPRESIÓN INFANTIL, de acuerdo a los siguientes criterios, que se van dando en forma ascendente:

- **Sustitución:** es cuando la opinión, el contenido y la forma de la expresión infantil prácticamente no existen. Los adultos seleccionan contenidos. Los niños y niñas reproducen sin comprender.
- **Reproducción:** el facilitador dota de insumos y técnicas, con temáticas de interés para que ellos y ellas las reproduzcan, aunque tales opiniones estén influenciadas.
- **Interpretación:** es cuando el facilitador con amplio conocimiento y consciente de la importancia de la expresión infantil , intenta interpretarla, en base a la cual preparan actividades para que el grupo las haga suyas.
- **Adecuación:** es cuando el facilitador plantea, pero el grupo analiza, comprende, opina, profundiza el contenido y lo adecua a sus vivencias y experiencias particulares, y hace uso de recursos que tienen a su alcance y a su alrededor, incluyendo la elección de la técnica.
- **Expresión:** es cuando en base a la capacitación recibida en cuanto a sus derechos y su realidad, así como de formas, canales y vehículos de expresión, los miembros de la organización infantil y juvenil seleccionan, definen diseñan e implementan sus propias manifestaciones de sentimiento, pensamiento y existencia; incorporan su identidad y creatividad. Aquí son notorias la autenticidad y la raigambre, sus juicios integrales y propositivos.

- **Proyección:** es cuando van más allá de lo aprendido. En su organización analizan, concluyen, elaboran, proponen y expresan contenidos que no emanan de la Convención ni de ningún otro tratado o manual, sino resultado de un conocimiento profundo y objetivo de su propia realidad y situación emocional.

## **4.2. Acciones para Redefinir la Relación Adulto – Niño – Niña**

Pro Niño y Niña Centroamericanos, en su libro titulado la Infancia y los Acuerdos de Paz plantea, que hay que promover la concepción de la niñez como sujeto social, reconocer que son parte integrante de la estructura social por lo que les corresponde ser también actores sociales.

Las luchas actuales por la democracia tienen que sobrepasar las ideas de que la democracia es privativa, solamente a los adultos como sujetos políticos, donde la niñez espera pasivamente que aquellos les preparen condiciones para ejercer sus derechos y responsabilidades sociales.

Como ya se mencionó el Protagonismo Infantil parte de que el niño-niña y adolescente son sujetos de derecho como toda persona humana. Es decir, sin discriminación respecto al adulto, a quienes se les debe asegurar las oportunidades que faciliten su desarrollo físico, psíquico, social, moral, espiritual, y cultural, condiciones de libertad y dignidad.

El trabajo con escolares que viene desarrollando los Distritos de Salud con la participación de los integrantes de los equipos multidisciplinarios y docentes, puede constituir un espacio que permita la participación genuina de los alumnos y alumnas en una nueva relación con los adultos.

Los obstáculos son innumerables desde la formulación de las políticas de salud y educación que se operativizan en planes y programas, y que corresponde a los equipos de salud y personal docente ejecutarlos; las limitaciones de recursos y la concepción generalizada de niñez como objeto social que los simboliza en receptores de beneficio de salud y educación entre otros.

El reto es grande, pero se debe iniciar a través de las actividades de salud que cotidianamente se realizan en las escuelas, con padres, madres, maestros, maestras, supervisoras, supervisores de educación y principalmente con los alumnos y alumnas, ya que

estas actividades pueden constituir espacios para la promoción del protagonismo infantil; las actividades que se proponen para redefinir la relación de adulto-niña-niño es:

- En materia de organización, este debe ser un espacio natural de encuentro entre niños y niñas, debe responder a su propia naturaleza alegre, festiva y recreativa que promuevan la organización
- La organización debe surgir desde los niños y niñas, no debe imponer estructuras rígidas, sino se debe prepararlos y prepararlas para que crezcan en niveles de participación.
- Bajo las alternativas anteriores, tampoco se debe caer e la improvisación e indefinición de actividades, sino por el contrario con los niños y niñas debe definirse funciones, propósitos y estrategias.
- La organización debe estar reglamentada a través de normas, que surjan del sentido de pertenencia de grupo. La disciplina debe de estar claramente definida y regulada, pero el poder debe manejarse en sentido horizontal entre adulto-niño-niña.
- En el funcionamiento de la organización y en la dirección, decisión y ejecución deben aplicarse mecanismos democráticos, pues esta práctica es la más didáctica de las formaciones políticas, cívicas y democráticas.
- Debe ser regenerativa, debe garantizar su crecimiento y las formas de sustitución oportuna de su dirigencia, para garantizar su sostenibilidad.
- Paulatinamente debe irse superando los parámetros de participación, pasar del adultocentrismo para llegar a largo plazo a niveles más profundos como la autodirección y autogestión.
- En la expresión infantil, de igual manera se debe ir superando niveles, pasar del nivel de consulta al de proyección.
- En las actividades planificadas en los diferentes niveles de organización se creen espacios y actitudes que permitan a los niños y niñas ser reconocidos como sujetos sociales de derecho.

### **4.3. Estrategias**

El Plan Nacional de Escuelas Saludables, constituye de por sí una valiosa estrategia para promover el Protagonismo Infantil; debido a que están involucrados instancias

Gubernamentales como, el Ministerio de Salud y Ministerio de Educación; así como también organizaciones no gubernamentales a nivel nacional.

Adicionalmente se sugieren alternativas para enriquecer las estrategias de este plan:

- El Plan de Escuelas Saludables debe proponerse objetivos concretos encaminados a promover el protagonismo infantil.
- Del plan debe derivarse un programa o proyecto que implique propiciar procesos de forma paulatina de organización, participación y expresión de los alumnos y alumnas en las escuelas.
- El Gobierno Escolar debe aparecer dentro de la estructura organizativa de coordinación del plan, pero no sólo en forma gráfica, sino que se defina su participación dentro de tal estructura.
- A mediano o largo plazo, conforme las experiencias se vayan obteniendo en materia de participación de la niñez, se le debe dar voz a los niños y niñas, para que opinen sobre sus necesidades, intereses y pueda reformularse el Plan Nacional de Escuelas Saludables.
- Una de las estrategias para la planificación e implementación de actividades que propone el Plan actualmente, es la formación de una comisión de salud escolar nacional /local, se sugiere que a esta comisión se involucre a organizaciones no gubernamentales que promueven el Protagonismo Infantil para sensibilizar y capacitar a los adultos involucrados en el proceso.
- Salud y educación tiene una innumerable cantidad de actividades que realizar, pero aplica pocas técnicas para motivar y desarrollar la expresión de los niños y niñas, se debe superar las clases magistrales y apoderarse de la actividad lúdica que muchas veces sólo requiere el recurso de la creatividad.
- Para la disciplina de Trabajo Social, que la participación en la actividad grupal con niños y niñas, debe realizarse con la metodología de Trabajo Social de Grupos, involucrando a niños y niñas en el proceso, y que éstos superen la etapa de formación y organización para llegar a la etapa de integración; pues a través de este proceso se promueve el protagonismo infantil.

## CONCLUSIONES

1. La estructura sociodemográfica de Guatemala, es piramidal, con predominio de la población infanto juvenil; esta característica plantea demandas para estructurar y distribuir los servicios gubernamentales derivadas de las necesidades educativas, recreativas y de salud, propias de estos grupos etáreos.
2. Las políticas de salud y educación, son decisiones y acciones que se toman desde la estructura de poder, sin tomar en cuenta las necesidades, el sentir y el saber de la población que se ve afectada positiva o negativamente por estas acciones.
3. El Plan Nacional de Escuelas Saludables, no se ha implementado en los Distritos de Salud, pero si vienen desarrollando desde hace varios años, actividades de salud en las escuelas.
4. El enfoque conceptual y práctico que predomina en el Plan Nacional de Escuelas Saludables y en las planificaciones locales de los Distritos de Salud, es el de niño/a objeto de actividades de salud.
5. La concepción de niñez, por parte de los equipos de salud es la de niño/a sujeto de derechos; pero en la práctica con los alumnos y alumnas se define al niño/a como al objeto de las actividades de salud, con un enfoque paternalista.
6. En la planificación de actividades a nivel escolar realizada por los equipos de salud, los alumnos y alumnas no tienen una participación definida.
7. En la ejecución de las actividades de salud los alumnos y alumnas actúan como receptores o beneficiarios de los servicios lo que no permite generar procesos de protagonismo infantil que promuevan su desarrollo integral.



8. Los equipos de salud utilizan una metodología tradicional, ya que los profesionales que los integran son los que deciden y dirigen las actividades; los alumnos y alumnas juegan un papel pasivo en la ejecución de actividades.
9. Los logros alcanzados por los equipos de salud, indudablemente se vinculan con la producción de servicios y no con procesos participativos de los alumnos y alumnas en la salud integral.
10. Las limitaciones de recursos, en el desarrollo de actividades de salud afectan la calidad de los servicios que se brindan a los alumnos y alumnas en las escuelas.
11. Las tres fuentes del protagonismo infantil: organización, participación y expresión deben darse en un proceso integrado.
12. En los Distritos de Salud investigados, sólo algunos profesionales, realizan las actividades de salud que son inherentes a su cargo; ya sea porque no existe el recurso humano o porque algunos profesionales no les interesa trabajar en salud escolar.
13. Las Trabajadoras Sociales de los tres Distritos de Salud, participan en las actividades escolares, debido a que poseen la formación académica para: investigar, planificar, coordinar, ejecutar y evaluar; en los niveles de intervención profesional: individual, grupal y comunitario.

## RECOMENDACIONES

1. Los Servicios Gubernamentales, deben ser estructurados y distribuidos tomando en cuenta las necesidades y el predominio de la población es la infanto juvenil.
2. Las políticas públicas de salud y educación es competencia de la sociedad civil, del Estado y su gobierno central en forma conjunta y deben tener como una de las prioridades en la agenda pública a la niñez y la juventud.
3. Que en los Distritos de Salud, donde todavía no se ha implementado el Plan Nacional de Escuelas Saludables, realice las gestiones necesarias para su implementación, ya que este plan puede constituirse en un medio para crear espacios de protagonismo infantil.
4. Que las actividades que realizan los integrantes de los equipos de salud, en las escuelas con alumnos y alumnas lleven implícito la promoción del protagonismo infantil.
5. Promover por parte de los equipos de salud, la participación de otros sectores de la sociedad para que se integren al Plan Nacional de Escuelas Saludables, sin excluir a los niños y niñas que son parte fundamental en la comunidad escolar.
6. Que los integrantes de los equipos de salud, mantengan una actitud de cambio para mejorar la relación adulto- niño-niña desde la perspectiva del protagonismo infantil; que permita a los alumnos y alumnas participar en actividades para su propio desarrollo, de su familia y comunidad.
7. Es necesario que los equipos de salud utilicen metodologías participativas, que permita a los alumnos y alumnas en un proceso democrático, tomar decisiones en relación a su salud integral.

8. Que los logros alcanzados en salud escolar, no se mida sólo por la producción de servicios, sino por la generación de procesos participativos de los alumnos y alumnas.
9. Que las autoridades técnicas y administrativas de las dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, faciliten el recurso humano y financiero para mejorar la calidad del Plan Nacional de Escuelas Saludables en todos los Distritos de Salud
10. Es importante que los equipos de salud, estén integrados por todas las disciplinas que intervienen en el sector salud, para promover la salud integral en las escuelas.
11. Por la formación académica de las Trabajadoras Sociales, es importante que en los Distritos de Salud, donde no exista esta profesional, se realicen las gestiones necesarias, para que se integren a los equipos de trabajo.
12. Que la propuesta realizada en el capítulo 4 de este informe, sea tomada en cuenta por los equipos de salud y por los coordinadores del Plan Nacional de Escuelas Saludables.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Alianza para el Desarrollo Juvenil Comunitario, **Documento de Reflexión N° 1**, Guatemala, 1996
2. Comisión Pro Convención sobre los Derechos de la Niñez, **Entre el Olvido y la Esperanza, La Niñez de Guatemala**, Editorial Higma Gala, Guatemala, 1997
3. Diario de Centro América, Número 79, Guatemala, 18 de junio de 1999
4. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, **La Participación de los Niños**, Ensayos Innocenti N° 4, Editorial Gente Nueva, Colombia, 1993
5. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, **Convención sobre los Derechos del Niño**, Guatemala, 1990
6. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, **Declaración sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño y Plan de Acción para la Aplicación de la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño en el Decenio de 1990**, Nueva York, 1990
7. Gaytan, Angel, **Protagonismo Infantil**, Litografía Foto Publicaciones, Guatemala, 1998
8. Gaytan, Angel, **Yo puedo Participar, Organizarme y Expresar lo que Siento y Pienso**, Litografía Mercagraf, Guatemala, 1998
9. Hochman, Elena y Maritza Montero, **Técnicas de Investigación Documental**, Editorial Trillas, México, 1979
10. Instituto de Formación para Educadores de Jóvenes-Adolescentes y Niños Trabajadores de América Latina y el Caribe, **Niños Trabajadores, Protagonismo y Actoría Social**, Lima Perú, 1997
11. Ministerio de Educación – Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, **Plan Nacional de Escuelas Saludables**, Guatemala, 1999
12. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, **Información General**, Guatemala, 1984
13. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, **Plan Nacional de Salud 2000-2004**, Guatemala, 2000

14. Morales L., Carlos, **Protagonismo Infantil, Sistematización de 6 experiencias**, Guatemala, 1997
15. Oficina Internacional Católica de la Infancia – Organización de Cooperación Internacional para proyectos de Desarrollo, **Enlace, Informaciones Relativas a la Evolución del Proyecto PODER CRECER**, Colombia, 1997
16. Organización Panamericana de la Salud, **Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud**, Washington D.C., 1992
17. Pardinás, Felipe, **Metodología y Técnicas de Investigación Social**, Editorial Siglo XXI, 16 edición, México, 1976
18. Pro Niño y Niña Centroamericano, **la Infancia y los Acuerdos de Paz**, Serie Acuerdos N° 1, Editorial Servi Prensa C.A., Guatemala, 1998
19. Pro Niño y Niña Centroamérica, **Participación y Democracia**, Serie Acuerdos N° 4, Editorial Servi Prensa C.A. Guatemala, 1998
20. Pro Niño y Niña Centroamérica, **Políticas Públicas y Niñez**, Editorial Servi Prensa C.A., Guatemala, 1998
21. Rojas Soriano, Raúl, **El Proceso de la Investigación Científica**, 3ra. Edición, Editorial Trillas, México, 1983
22. Rojas Soriano, Raúl, **Guía para Realizar Investigaciones Sociales**, 7ª. Edición, Editorial Trillas, México, 1983