



Las escuelas promotoras de la salud en México, a 20 años de su implementación

Título: Escaleras
Autor: Juan Fernando Ospina - Fotógrafo
Medellín, 2016

Tonatiuh Cabrera-Franco¹ 

¹ Doctorado en Ciencias Políticas y Sociales. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. México. tonatiuh00@gmail.com

Volumen 43, 2025

DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e360597>

Recibido: 24/04/2025
Aprobado: 23/09/2025
Publicado: 20/10/2025

Cita:

Cabrera-Franco T. Las escuelas promotoras de la salud en México, a 20 años de su implementación. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2025;43:e360597. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e360597>

Resumen

Uno de los ejes del proyecto global de promoción de la salud ha sido el de los llamados “espacios saludables”, que buscan establecer entornos físicos y sociales que favorezcan la salud, teniendo como una de sus principales ejecuciones a las escuelas promotoras de la salud, las cuales han sido impulsadas desde 1995 a nivel mundial, pero que no fueron definidas con claridad sino hasta el año 2022. En estos 30 años, el programa de escuelas promotoras de la salud ha sido ejecutado en diferentes partes del mundo con formas y resultados heterogéneos, pero poco se ha detenido en analizar qué se ha entendido por ellas. Para contribuir al debate sobre lo que se ha entendido y ejecutado como tal, en este trabajo se identifican los principales criterios que en 20 años de implementación de las escuelas promotoras de la salud en México han estructurado la ejecución del programa y la certificación de escuelas, basados en cuatro ejes generales o “líneas de acción”, que se han ido adaptando y tecnificando con el paso del tiempo, y han establecido una forma específica y concreta de entender lo que son dichas escuelas en un país diverso y multicultural.

-----*Palabras clave:* escuelas promotoras de salud, promoción de la salud.



Check for updates



© Universidad de Antioquia

Esta obra se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Health-promoting school in México, after 20 years of implementation

Abstract

One of the core components of the global health promotion project has been the development of so-called “healthy spaces”, which aim to create physical and social environments that foster health. A key initiative within this framework has been the health promoting schools, which have been promoted globally since 1995, although a clear definition of the concept was not established until 2022. Over the past 30 years, the program has been implemented in various parts of the world in diverse ways and with heterogeneous results, yet little attention has been given to analyzing what has actually been understood by them. In order to contribute to the debate on how has been interpreted this paper identifies the main criteria that have structured the implementation of the program in Mexico over 20 years, based on four general pillars that have been adapted and refined over time, establishing a specific and concrete understanding of what it means to be an Health Promoting School in a diverse and multicultural country.

-----*Keywords:* health-promoting schools, health promotion

As escolas promotoras da saúde no México, a 20 anos de sua implementação

Resumo

Um dos projetos do projeto global de promoção da saúde foi o dos chamados “espaços saludáveis”, que buscam estabelecer ambientes físicos e sociais que favoreçam a saúde, tendo como uma de suas principais execuções as escolas promotoras da saúde, as quais foram impulsionadas desde 1995 em nível mundial, mas não foi definido com clareza até o ano de 2022. Nestes 30 anos, o programa de escolas promotoras de saúde foi executado em diferentes partes do mundo com formas e resultados heterogêneos, mas pouco foi determinado ao analisar o que foi entendido por eles. Para contribuir para o debate sobre o que foi entendido e executado como tal, neste trabalho foram identificados os principais critérios que em 20 anos de implementação das escolas promotoras de saúde no México estruturaram a execução do programa e a certificação das escolas, com base em quatro exemplos gerais ou “linhas de ação”, que foram adaptados e tecnicando-se com o passo do tempo, e foi estabelecida uma forma específica e concreta de entender o que são ditas escolas em um país diverso e multicultural.

-----Palabras clave: escolas promotoras de saúde, promoção da saúde.

Introducción

Una *política pública* puede entenderse como un “conjunto (secuencia sistema) de acciones, estructuradas de modo intencional y causal, en tanto se orientan a realizar determinados objetivos considerados de valor para la sociedad” [1, p. 15]. Las políticas públicas se componen de una serie de instrumentos que, al formar un sistema o plan de acción interdependiente, buscan disminuir o resolver las causas de los problemas públicos existentes.

En México, uno de los instrumentos de la política de promoción de la salud (PS) escolar es el Programa Escuela y Salud (PEyS). Este lleva más de 20 años de implementación en el país, durante los cuales ha sido modificado, presupuestado y ejecutado durante los diferentes Gobiernos, y que, respondiendo a la Global School Health Initiative (GSHI), tiene como principal indicador la certificación de las escuelas como promotoras de la salud. Sin embargo, los criterios que establecen que una escuela sea considerada promotora de la salud no han sido consensados ni analizados, por lo que el objetivo de este ensayo fue identificar los principales criterios que en 20 años de implementación de las escuelas promotoras de la salud (EPS) en México han estructurado la ejecución del programa y la certificación de escuelas.

Este ensayo se basó en un estudio de corte cualitativo que tuvo como principal herramienta el análisis de fuentes documentales primarias de carácter oficial y acceso público que reglamenten o hayan reglamentado al hoy llamado PEyS. Los documentos fueron codificados por indización humana, a partir de criterios textuales según características sintácticas, semánticas o programáticas, y criterios extratextuales, vinculando el corpus textual con el medio social y los parámetros teóricos [2]. Las variables seleccionadas fueron tomadas de los componentes y estrategias de la GSHI y la Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud para la región de América Latina y el Caribe.

El proyecto global de las escuelas como espacios promotores de la salud deriva de la institucionalización de la PS como práctica relevante a nivel mundial, que tiene como antecedente el informe Lalonde de 1974 [3] y la estrategia de atención primaria a la salud de 1978 [4], promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Con ello, en 1986 se celebró la Primera Conferencia Internacional sobre PS en Ottawa [5], en la que la OMS institucionalizó a la PS como práctica internacional y estableció las acciones clave a llevar a cabo (formular políticas públicas saludables, crear entornos

propicios para la salud, desarrollar aptitudes personales, fortalecer la acción comunitaria y reorientar los servicios de salud). La Segunda Conferencia Internacional sobre PS, llevada a cabo en Adelaide en 1988 [6], se centró en las políticas públicas, mientras la Tercera, de 1991, celebrada en Sundsvall [7], tuvo como tema los entornos propicios para la salud, que refiere a los aspectos físicos y sociales del medio que nos rodea, y de los cuales deriva el proyecto de las EPS.

Pero es hasta 1995 cuando la OMS le da forma al proyecto de las EPS con la GSHI [8], un plan general de carácter global que buscó incidir en la forma de promover la salud en las escuelas y que tiene como meta “incrementar el número de escuelas que puedan ser realmente llamadas Escuelas Promotoras de la Salud” [8, p. 2]. Para lograrlo, la iniciativa global estableció cuatro estrategias: 1) el mejoramiento de los programas de salud escolar (enfocado en el entorno físico, la educación para que los alumnos obtengan herramientas de salud para la vida y servicio de atención médica y prevención de enfermedades); 2) la creación de redes de EPS; 3) el fortalecimiento de las capacidades nacionales para implementar el programa (a partir del apoyo de la OMS); y 4) la investigación para mejorar los programas de salud escolar (enfocados en las capacidades nacionales, la certificación de escuelas y el monitoreo del estado de salud de escolares y maestros). Sin embargo, no se establecieron indicadores o parámetros mínimos para considerar a una escuela como promotora de la salud.

En ese mismo año de 1995, la oficina regional para América de la OMS, la Organización Panamericana de la Salud, lanzó la Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud, con el propósito de “fortalecer y actualizar la capacidad de los países de la Región de Latinoamérica y el Caribe en el área de salud escolar” [9, p. 1]. Un año después se conformó la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud, de la cual México fue miembro desde su origen, y que tiene como misión “promover y facilitar la interrelación entre los países miembros, para compartir experiencias y avanzar conjuntamente desde la planeación hasta la evaluación de las escuelas promotoras de la salud” [10, p. 4].

En 2003, tras la III Reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud y la Reunión de Expertos en Salud Escolar, se presentaron las estrategias y las líneas de acción de la iniciativa regional [11], las cuales concordaron con la iniciativa global y sus cuatro estrategias, pero que siguió sin definir criterios para la certificación de escuelas.

En 2018, la OMS y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura buscaron relanzar la iniciativa, con el fin de “hacer que todas las escuelas sean promotoras de la salud” [12, p. 11], con la publicación de tres volúmenes [12-14], en los que se

establecieron pautas e indicadores, una guía de aplicación y se reseñaron los casos de 8 países. De estos documentos se puede señalar que se buscó redefinir las 4 estrategias de la GSHI en 8 pautas con sus indicadores, que se siguen orientando a planes de estudios, entornos físicos y servicios de salud, pero ahora incorporan los entornos socioemocionales, y definen a la EPS como “aquella que constantemente mejora sus capacidades para construir un entorno saludable en el cual vivir, aprender y trabajar” [12, p. 9]. De los casos reseñados, se identifican heterogeneidades en la nomenclatura, con diferentes grados y maneras de implementación, y aunque encuentran un interés en las EPS, se señalan barreras para implementarlas.

En México, pese a que se tienen registros de intervenciones en materia de salud en las escuelas desde hace más de 200 años [15], es a partir de finales de la década de los ochenta y principios de los noventa del siglo pasado que se inicia el proceso de reorientación de las acciones en materia de salud en las escuelas desde la perspectiva de la PS de la OMS, primero con la “Base de Coordinación para la Formulación, Desarrollo y Ejecución del Programa Nacional de Promoción y Cuidado de la Salud de los Educandos del Sistema Educativo Nacional” en 1989, y segundo, con la Norma Oficial Mexicana para el Fomento de la Salud del Escolar, de 1994 [16].

Pero es hasta el año 2000 que, con un nuevo Gobierno federal y un nuevo secretario de salud, Julio Frenk, que venía de trabajar en la OMS como director ejecutivo encargado de pruebas científicas e información para las políticas de dicha institución, se impulsaron diferentes

proyectos de la organización en el país, entre los que se encontraba el de las EPS, que fue nombrado en un inicio Programa Intersectorial de Educación Saludable (PIES) [17], para después convertirse en el PEyS.

Y aunque a nivel internacional la estrategia de las EPS lleva 30 años, apenas hace 3 años se establecieron indicadores dicotómicos (presencia-ausencia) [12] para determinar qué se espera de una EPS, encontrando no obstante que, en la realidad, en los países analizados por la OMS [14], aún existe una distancia entre lo establecido y lo implementado en cada sistema. En este contexto, en México, donde hace más de 20 años se ha implementado la estrategia con distintas modificaciones, no han sido analizados los criterios que establecen que una escuela sea considerada como promotora de la salud.

El Programa Intersectorial de Educación Saludable, 2000-2006

El PIES comenzó con el reconocimiento de las escuelas que cumplían con las metas de su programa escolar de educación saludable, lo que era la certificación de escuelas como promotoras de la salud, y que se convirtió en el principal indicador del programa. Sin embargo, desde la perspectiva de la descentralización, el PIES solo estableció cuatro ejes, que llamó “líneas de acción”, que se muestran en la Tabla 1, que cada entidad federativa o jurisdicción sanitaria tenía libertad en su ejecución.* Los tres primeros ejes correspondían a los objetivos de la estrategia 1 de la iniciativa global: entornos físicos, educación y servicio de salud [8]; el cuarto, participación social, fue recuperado del contexto latinoamericano

Tabla 1. Líneas de acción del Programa Intersectorial de Educación Saludable

Línea de acción	Actividades
Educación para la salud	Actualización de docentes, contenidos y planes y programas; y capacitación de personal de salud, docente y padres de familia
Prevención, detección y referencia de casos	Diagnóstico y prevención de infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda y trastorno por déficit de atención; de enfermedades bucal, postural, visual, auditiva y sexual; de accidentes, adicciones, y vacunación
Promoción de ambientes escolares saludables	Higiene de inmuebles, entornos y alimentos; manejo adecuado de excretas y basura; control de fauna y reforestación
Participación social	Promoción de relaciones armónicas e impulso a la participación de universidades, fundaciones, instituciones y organismos privados con las escuelas

Fuente: elaboración propia, con base en [17].

* En México, las jurisdicciones sanitarias son unidades técnico-administrativas que cuentan con recursos propios y facultades para conducir las políticas y los programas de salud en el área geográfica asignada

desde las primeras reuniones de educación saludable, y formaba parte de la Norma Oficial Mexicana para el Fomento de la Salud del Escolar de 1994 [16].

El proceso de certificación del PIES comenzaba con el izamiento de bandera blanca (que se obtenía al haber cumplido con el 50 % de los objetivos de su “programa escolar de educación saludable”) y seguía con la certificación de la escuela como saludables y seguras (al haber cumplido con el 80 % de los objetivos de su programa). Sin embargo, no se mencionaban las características del programa escolar de educación saludable, que bajo la lógica de la descentralización eran a criterio de cada entidad o jurisdicción con base en los cuatro ejes. Para el periodo 2002-2006 se estableció la meta de certificar al 50 % de las escuelas participantes, buscando atender a 11,7 millones de escolares.

Programa Escuela y Salud, 2007-2012

En 2006 se replanteó el PIES, mediante un programa de acción específico para el periodo 2007-2012, cambiándole el nombre a PEyS, que abarcó también los niveles medio y superior de educación. El PEyS se convirtió en uno de los 31 programas de acción específicos en materia de salud pública que tenían a nivel federal la Secretaría de Salud, el cual está presupuestado en el Ramo 33 (aportación federal para la salud a las entidades) y el Ramo 12.[†]

Como puede verse en la Tabla 2, el programa retomó los cuatro ejes del PIES que entonces llamaron “estrategias”, haciendo únicamente cambios denominativos, como pasar de “educación para obtener herramientas de salud para la vida” [8], como lo enuncia la GSHI, que en el PIES nombraban “Educación para la salud” [17], a denominarlo “Desarrollo de competencias en la comunidad escolar” [18]. Adicionalmente, el PEyS puso como centro del programa a la certificación como meta e indicador, pero sin establecer criterios por cumplir ni procedimientos. Pese a lo anterior, siguió el izamiento de bandera blanca y la certificación con el 80 % de las

Tabla 2. Estrategias del Programa de acción específico 2007-2012 Escuela y Salud

Estrategia	Acciones
Desarrollo de competencias sobre salud en la comunidad escolar	Elaboración de materiales educativos, realización de talleres, incorporación de contenidos a libros de texto gratuitos sobre salud
Modificar determinantes favorables para la salud	Disposición de agua potable y alimentos saludables, saneamiento básico, actividad física y seguridad
Acceso de los escolares a los servicios públicos de salud	Realización de valoraciones clínicas, remisión de los alumnos, capacitación en el uso de la <i>Cartilla nacional de salud</i> , capacitación de los docentes para la realización de somatometría, orientación y consejería
Fortalecer el vínculo sectorial y la articulación de la comunidad escolar	Regionalización de la operatividad, fortalecimiento de los consejos escolares de participación, realización de talleres comunitarios, convocatoria a la Red Mexicana de Municipios Saludables

Fuente: elaboración propia, con base en [18].

“acciones comprometidas”, lo que quiere decir que hasta entonces no se establecieron criterios mínimos por cumplir, sino compromisos por plantel. Con ello, en el año 2013 se reportaron 10 630 escuelas certificadas.

El *Manual para el maestro* del PEyS [19] estableció las acciones mínimas que se esperaban con base en los cuatro ejes. En el primero, desarrollo de competencias, se buscó abordar contenidos y orientación para modificar determinantes de la salud (alimentación, actividad física, higiene, sexualidad, adicciones, violencia y accidentes); el segundo, acceso a servicios, se dirigió a realizar detecciones, referencias y actualización de la *Car-*

tilla nacional de salud el tercero, entornos favorables, se centró en el saneamiento del plantel, disponibilidad de agua, ventilación y relaciones armónicas, y el cuarto, participación social, se enfocó en vincular a la escuela con la comunidad y otras instituciones.

En esta segunda etapa, tras el cambio de PIES a PEyS, el programa toma forma y se especifican labores y objetivos por eje, pero no se establecieron criterios para la certificación, indicadores o definiciones de lo que es una escuela con bandera blanca o certificada, y se deja a libre interpretación de cada entidad, jurisdic-

† “Ramo” se refiere a los recursos que el Gobierno federal transfiere a los estados o municipios como complementos para la ejecución de diferentes rubros específicos y que se identifican de forma numérica para su asignación.

ción o equipo certificador lo que se quisiera “comrometer” a realizar.

Manual Operativo del Programa Escuela y Salud, 2012-2018

En 2012 se presentó el “Manual Operativo del Programa de Acción Específico (PAE): Escuela y Salud” [20],

el cual estaba orientado “a la certificación de Escuelas Promotoras de la Salud, de acuerdo a la iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud” [20, p. 7]. Como puede verse en la Tabla 3, en este manual se siguió trabajando con los mismos cuatro ejes de acción, aunque nuevamente se hicieron cambios denominativos; por ejemplo, el componente educativo entonces se llamó “Educación para la salud y desarrollo de competencias” [20], y a cada eje se le asignó un número determinado de

Tabla 3. Criterios de certificación en el Manual Operativo del Programa Escuela y Salud, 20212-2018

Eje de acción	Criterios	Descripción de los criterios a certificar
1. Participación social	3	1. Plan de acción basado en los cuatro ejes 2. Cédula de incorporación al programa, firmada por ambos sectores 3. Consejo Escolar de Participación 4. Manual de salud para docentes y material educativo sobre determinantes de la salud 5. Docentes capacitados en determinantes para la prevención y promoción de la salud 6. Docentes capacitados en cartillas nacionales de salud 7. Escolares capacitados en determinantes de la salud 8. Escolares capacitados en cartillas nacionales de salud 9. Madres y padres capacitados sobre determinantes de la salud 10. Revisión de cartillas nacionales de salud dos veces al año 11. Escolares con <i>Cartilla nacional de salud</i> activa 12. Escolares con esquemas completos de vacunación 13. Escolares con vigilancia nutricional 14. Valoraciones clínicas para infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda 15. Valoraciones clínicas para problemas visuales, auditivos y déficit de atención 16. 30 minutos diarios de actividad física 17. Alimentos de baja densidad energética 18. Agua para el consumo 19. Manejo de basura 20. Mantenimiento del plantel 21. Acceso físico a discapacitados 22. Actividades artísticas y de reflexión
2. Educación para la salud y desarrollo de competencias	6	
3. Acceso a los servicios de salud	6	
4. Creación de entornos favorables	7	

Fuente: elaboración propia, con base en [20].

criterios por cumplir, teniendo 22 en total, con lo cual se comenzó la tecnificación del proceso de certificación a partir del establecimiento de criterios y descriptores.

Puntualizando los criterios y descriptores por eje, se dejó en claro cuándo una escuela podía ser certifi-

cada, ya que con de 11 a 17 criterios cumplidos (del 50 al 79 %) se reconocía a la escuela con un “izamiento de bandera blanca” y con de 18 a 22 (80 % o más) se le daba la certificación con vigencia de tres años. En ese sexenio, se buscó llegar a 64 000 planteles certificados para cumplir con el indicador 3 (certificación de escue-

las) en materia de PS y determinantes sociales, establecido para el sexenio 2012-2018 [21].

Manual para la Certificación de Escuelas Promotoras de la Salud 2.0, 2018-2024

Con la epidemia de COVID-19, es hasta el año 2022 que el nuevo Gobierno federal presentó su “Programa de Acción Específico Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud” [22], que se tradujo en la publicación, en el año 2022, del “Manual para la Certificación de Escuelas Promotoras de la Salud 2.0” [23], el cual modificó los criterios de certificación. Articulado en los

mismos cuatro ejes, se reducen a 19 los criterios, pero se tecifica el proceso, al solicitar evidencias, establecer procesos y definir indicadores por criterio. Además, en esta ocasión se diferenció a las escuelas rurales de las urbanas, pidiendo menos criterios cumplidos a las primeras, y estableciendo tres etapas que indican el grado de avance por eje.

Como puede verse en la Tabla 4, el primer eje, participación de la acción comunitaria, se compone de cinco criterios. Este eje es al que antes se le llamó “participación social”, y se enfoca en incorporar a la escuela al programa, tener un plan de acción para la certificación, un diagnóstico de salud escolar, un consejo escolar y supervisión del avance y cumplimiento.

El segundo eje, desarrollo de competencias en salud, es el relativo a educación, con cinco criterios a eva-

Tabla 4. Criterios de certificación de escuelas del “Manual para la Certificación de Escuelas Promotoras de la Salud 2.0”, 2022

Eje	Criterios	Tipo de escuela	Etapa y número de criterios
1. Participación de la acción comunitaria	1. Plan de acción para la certificación 2. Incorporación de la escuela al programa 3. Consejo Escolar de Participación Social 4. Diagnóstico de salud escolar 5. Supervisión del cumplimiento	Urbana	Etapa I: 12 Etapa II: 17 Etapa III: 19
2. Desarrollo de competencias en salud	6. Docentes capacitados 7. Escolares capacitados 8. Madres, padres y tutores capacitados 9. Talleres de apoyo con temas de salud 10. Materiales educativos con temas de salud	Rural	Etapa I: 8 Etapa II: 12 Etapa III: 15
3. Manejo de riesgos personales	11. Vigilancia nutricional, valoraciones de salud y revisión de la <i>Cartilla nacional de salud</i> 12. Esquemas completos de vacunación		
4. Trabajo con otros sectores	13. Fomento a la actividad física 14. Oferta de alimentos y bebidas 15. Disponibilidad de agua para el consumo humano 16. Adecuado manejo de basura 17. Mantenimiento del plantel 18. Actividades escolares de impacto a la comunidad 19. Acceso físico de persona con discapacidad		

Fuente: elaboración propia, con base en [23].

luar. El eje busca capacitar docentes, alumnos y padres de familia, y tener materias y materiales sobre temas de salud en las escuelas.

El tercer eje, manejo de riesgos personales, antes llamado “acceso a servicios de salud”, se compone de dos criterios, uno de auscultación médica y el segundo de verificación de esquemas de vacunación.

El cuarto eje, trabajo con otros sectores, es el relativo a entornos, con siete criterios que buscan tener una

escuela con adecuada oferta alimenticia, disponibilidad de agua, adecuado manejo de basura, infraestructura para personas con discapacidad, áreas para actividad física y mantenimiento general del plantel.

En una escuela urbana se está en la etapa I con 12 criterios cumplidos; en la II, con 17, y en la III, con 19, mientras que en una rural se está, en la I, con 8; en la II, con 12, y en la III, con 15. Una escuela se considera

certificada a partir de la etapa I, y ahora se reduce la vigencia de la certificación, pasando de 3 a 2 años.

El manual describe las acciones, las evidencias y los procesos a realizar por criterio, e incluso proporciona formatos para el desarrollo de ciertas actividades, con lo que se estandariza aquello que se espera de una escuela saludable.

Aunque estas nuevas directrices llevan más de dos años publicadas, su implementación se topó con el regreso a la presencialidad escolar tras el cierre por COVID-19 y los retos en materia organizativa y de salud que esto significó, un cambio de Gobierno a nivel federal a finales de 2024, y un nuevo proyecto de salud escolar [24] a inicios de 2025, que no se vinculó con el PEyS.

Reflexión final

Son pocos los trabajos que han abordado la implementación del programa EPS a nivel mundial. Ya se mencionó que, en el ámbito internacional, la OMS [14] señala una heterogeneidad en la forma de nombrarlo e implementarlo; desde España [25,26] se han analizado diferentes subprogramas en las escuelas que forman parte de la Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de la Salud; en Sudáfrica [27] se ha implementado la investigación-acción participativa en escuelas para la PS, y en México y América Latina hay diferentes trabajos que abordan la educación sexual [28], o en materia alimentaria [29], pero no se encontraron trabajos que analicen lo que hace que una escuela pueda ser considerada como promotora de la salud.

Los trabajos arriba señalados, salvo el de la OMS, que explora sobre todo la cobertura del programa a nivel mundial, se han concentrado en mirar intervenciones específicas acerca de problemas puntuales en el marco de las EPS, pero no observan la implementación de todo el programa, la certificación de escuelas o la definición de lo que es una EPS. En el caso de México, en el año 2008 se realizó la Encuesta Nacional de Salud Escolar [30] que, financiada por el fideicomiso del PIES, buscó conocer los principales problemas de salud en escolares, pero no evaluó los resultados del programa que llevaba ya siete años implementado en el país.

Por tanto, en este trabajo se buscó aportar una contextualización histórica basada en la revisión documental de fuentes primarias del caso mexicano y sus ejes y criterios de certificación, los cuales han orientado su ejecución en los 20 años que llevan implementadas las EPS en el país, encontrando en términos generales que estos se han adaptado más al momento político y los cambios de Gobierno, que al epidemiológico. En todos los programas, el primer eje, el educativo, se ha centrado en ofrecer capacitaciones y materiales en los que más que abordar a los determinantes de la salud, se ocupa de la prevención de enfermedades y sus factores de riesgo. El segundo, el acceso a los servicios, se ha reducido a la

detección, la referencia y la actualización de esquemas de vacunación, sin mirar al conocimiento, la apropiación y el uso real del sistema. El tercero, los entornos, se ha concentrado en espacios limpios, oferta alimentaria saludable, acceso a personas con discapacidad y fomento a la actividad física, sin buscar cambios reales que posibiliten la actividad a lo largo del día, la educación nutrimental crítica o la corresponsabilidad en la limpieza del entorno total. Y el cuarto, participación social, más que mirar a la corresponsabilidad entre sectores, se ha reducido al trámite burocrático del aval de la autoridad sanitaria y escolar para incorporarse al programa.

Estos han sido los ejes que han estructurado la implementación del programa y la certificación de escuelas en México, pero que el primigenio PIES solo mencionaba, sin definirlos ni establecer criterios o indicadores, pero sí porcentajes para el izamiento de bandera blanca o la certificación. De cualquier manera, en este primer periodo se certificaron algunas escuelas.

En un segundo periodo se cambió el nombre al programa y se abundó sobre sus ejes y acciones; pero, aunque aquel colocó como meta a la certificación, tan solo mencionó la necesidad de definir criterios sin establecerlos. De igual manera, durante este periodo también se certificaron algunas escuelas.

El tercer periodo se concentró en establecer acciones y responsabilidades por nivel y enunciar criterios de certificación, que si bien no explicaba, los exponía de manera clara como presentes o ausentes. Con ello quedó claro cuándo se cumplía con el 50 u 80 % de los criterios, con lo que se comenzó la verdadera definición de lo que era “operativamente” una EPS en México.

En el último periodo se redujo el número de criterio, pero se fue más allá de la presencia/ausencia y se definió lo que se esperaba de cada uno, estableciendo procesos, formatos, cédulas y evidencias, estandarizando resultados por criterio.

Cabe mencionar que en todos los periodos se realizó un monitoreo, pero este únicamente fue de proceso, dando cuenta de escuelas incorporadas o certificadas, materiales entregados, docentes capacitados, alumnos referidos, entre otros, pero sin observar cambios reales en la salud de los escolares.

En más de 20 años no se ha logrado definir con claridad lo que es en México una escuela promotora de la salud, y tan solo se han establecido cuatro grandes ejes de incidencia, con cierto número de criterios por eje, que se buscan corroborar con, por ejemplo, la participación comunitaria, al tener una cédula de incorporación firmada y avalada por el sector educativo y salud; la educación en salud, que se puede cumplir vía listas o fotografías de materiales impresos o digitales con los que cuente la escuela; el acceso a servicios de salud, que se puede comprobar con la aplicación a los alumnos de un cuestionario estandarizado; y los entornos, que se toman

como favorables en uno de sus criterios, si la escuela cuenta con bebederos, garrafones o jarras con agua el día que vaya a supervisar el personal de salud.

Uno de los grandes debates sobre los entornos saludables es cuándo considerarlos como tales. ¿En qué momento una ciudad, un centro de trabajo o una escuela pueden ser denominados realmente como “saludables”? Si bien la limpieza, la oferta alimentaria, la accesibilidad o la disponibilidad de agua para el consumo humano podrían ser puntos ineludibles, queda claro que la simple presencia de estos elementos no hará de las comunidades que las transitan, frecuentan o habitan poblaciones saludables, ya que se requieren cambios mayores, profundos y estructurales para hacer de los entornos unos realmente propicios para la salud.

Si bien una limitación de este trabajo fue el haberse basado únicamente en la revisión documental, este fue un primer paso para abordar de manera empírica una realidad poco explorada y de la cual no se identificaron trabajos sobre su implementación en el país, y aunque los datos del monitoreo del programa se han presentado [21,22], estos únicamente han dado cuenta del número de escuelas certificadas, sin mirar los obstáculos políticos, económicos, sociales o culturales que enfrentan escuelas o equipos certificadores, ni lo resultados reales en materia de salud en los niños.

Por lo anterior, este trabajo únicamente permitió explorar de manera histórica y descriptiva los ejes que han estructurado el programa de EPS en México, que implementado desde el sector salud, tomó como meta e indicador a la certificación, que por muchos años se dio sin criterios o criterios ambiguos, pero que abre la puerta para abordar y profundizar en la investigación de las EPS en México y otras partes del mundo en diferentes áreas, como la implementación y sus retos generales o de algún eje en particular; las barreras institucionales que enfrenta el programa; la comparación de criterios de certificación y definiciones entre países; y la determinación del punto de corte para denominar a una escuela como “promotora de la salud”, entre muchos otros temas.

Para una reconfiguración del programa se debería comenzar por definir con claridad qué se entiende por una EPS, para establecer qué se espera de ellas y determinar ejes y criterios claros. También es necesaria una evaluación de resultados tras los más de 20 años de implementación del programa, donde no solo se vean procesos, sino que además se comiencen a observar los resultados en la población escolar, y determinar con claridad que la PS escolar no se hace solo para prevenir enfermedades, sino igualmente para mejorar la salud mediante, entre otras cosas, el cambio y el entendimiento de los determinantes sociales y comerciales de la salud, la apropiación y el uso real del sistema de atención médica, el fomento a la actividad a lo largo del día y la vinculación real de los recintos escolares con la comunidad.

Pese a todo, para cumplir con metas de proceso, dar cuenta de acciones dictadas desde organismos supranacionales y justificar un programa presupuestado, México ha tecnicado su proceso de certificación, al establecer criterios concretos y evidencias tangibles, pero no ha buscado cambios reales en las escuelas que reconozcan las desigualdades, las necesidades por planteles o la diversidad social y cultural, y tan solo le ha pedido menos criterios por cumplir a quienes menos tienen. Cabría preguntarse entonces si eso es suficiente para nombrar a una escuela como “promotora de la salud” y formar nuevas generaciones de niñas y niños saludables.

Declaración de fuente de financiación

No hubo fuente de financiación.

Declaración de conflictos de intereses

El autor declara no tener conflictos de interés.

Declaración de responsabilidad

El autor declara tener toda la responsabilidad por los puntos de vista expresados en el texto. No existe responsabilidad por la institución de filiación del autor.

Declaración de contribución por autores

El autor participó en el concepto y diseño del estudio, análisis e interpretación de datos, redacción del manuscrito y aprobación final

Referencias

1. Aguilar Villanueva L. Marco para el análisis de las políticas públicas. En: Aguilar Villanueva L. Políticas públicas. México: Fundación Rafael Preciado; 2006. pp. 11-33.
2. Galeano ME. Estrategias de investigación social cualitativa. El giro en la mirada. Medellín: La Carreta; 2014.
3. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa, ON: Minister of Supply and Services Canada [internet]; 1974 [citado 2025 ene. 25]. Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>.
4. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud [internet]. 2012 [citado 2025 ene. 25]. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dm/documents/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
5. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud [internet]. 1989 [citado 2025 ene. 25]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>
6. Organización Mundial de la Salud. Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Declaración de Adelaida: Políticas públicas para la salud [internet]; 1988 [citado 2025

- ene. 25]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44391/9789243599724_spa.pdf
7. Organización Mundial de la Salud. III Conferencia Internacional sobre Promoción para la Salud. Declaración de Sundsvall: Entornos propicios para la salud [internet]. 1991 [citado 2025 ene. 25]. Disponible en: https://www.uv.mx/cendhiu/files/2018/02/4_declaracion_de_Sundsvall.pdf
 8. Jones JT. WHO's Global School Health Initiative. Organización Mundial de la Salud [internet]. 1998 [citado 2025 ene. 25] Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/63868>
 9. Ippolito-Shepherd J. Las escuelas promotoras de la salud en América Latina. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud; 2005.
 10. México, Secretaría de Salud. Escuelas Promotoras de la Salud en México. México: Secretaría de Salud; 2000.
 11. Ippolito-Shepherd J, Cerqueira M. T., Ortega D. P. Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud en las Américas. Promot Educ. 2005;12(3):220-9. DOI: <https://doi.org/10.1177/10253823050120030139>
 12. Organización Panamericana de la Salud. Hacer que todas las escuelas sean promotoras de la salud. Pautas e indicadores mundiales. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud; 2022. DOI: <https://doi.org/10.37774/9789275325308>
 13. Organización Panamericana de la Salud. Hacer que todas las escuelas sean promotoras de la salud. Guía de aplicación. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud; 2022. DOI: <https://doi.org/10.37774/9789275325308>
 14. World Health Organization and the United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization. Making every school a health-promoting school. Country case studies. Geneva: World Health Organization [internet]; 2022 [citado 2025 feb. 7]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341909/9789240025431-eng.pdf?sequence=1>
 15. Cabrera Franco T. Los contenidos de salud en la educación primaria en México, 1960-2023. Rev Iberoam Patrimônio Histórico-Educ. [internet]. 2023 [citado 2025 feb. 7]; 9:1-19, e023007. Disponible en: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/ridphe/article/view/18464/13058>
 16. Dirección General de Fomento de la Salud. Norma Oficial Mexicana para el Fomento de la Salud del Escolar [internet]. 1994. [citado 2025 feb. 7]. Disponible en: <https://www.ucol.mx/content/cms/13/file/NOM/009SSA23.pdf>
 17. México, Secretaría de Salud. Programa Intersectorial de Educación Saludable. Secretaría de Salud; 2002.
 18. México, Secretaría de Salud. Programa de acción específico 2007-2012 Escuela y Salud. Secretaría de Salud; 2008.
 19. México, Dirección General de Desarrollo de la Gestión e Innovación Educativa. Manual para el Maestro del Programa Escuela y Salud. Secretaría de Educación Pública; 2008.
 20. Dirección General de Promoción de la Salud. Manual Operativo Programa Escuela y Salud. Secretaría de Salud [internet]. 2012 [citado 2025 feb. 7]. Disponible en: http://promocion.salud.gob.mx/escuelas/descargables/Manual_Operativo_Programa_Escuela_y_Salud_FINAL.pdf
 21. México, Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico Promoción de la Salud y Determinantes Sociales 2013-2018. Secretaría de Salud [internet]; 2014 [citado 2025 feb. 20]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/dgps-nuestros-programas>
 22. México, Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud. Secretaría de Salud; 2022.
 23. Dirección General de Promoción de la Salud. Manual para la Certificación de Escuelas Promotoras de la Salud 2.0. Secretaría de Salud [internet]. 2022 [citado 2025 jul. 30]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/732702/Manual_de_certificacion_Escuela_Promotora_de_la_Salud_2.0.pdf
 24. Gobierno de México, Secretaría de Educación Pública. Vive saludable, vive feliz [internet]. 2025 [citado 2025 jul. 30]. Disponible en: <https://vidasaludable.gob.mx/>
 25. Sánchez B, Antón Solanas I, Gasch Gallén Á, et. al. Asociación entre hábitos de la vida diaria y rendimiento académico en una escuela promotora de salud de Aragón. RIDEC [internet]. 2021 [citado 2025 jul. 30]; 14(1):50-64. <https://investigacion.unirioja.es/documentos/61bc2f8fc736ea1d80d08d80>
 26. Asensio H My Jiménez Martín, PJ. Evaluación de la calidad del diseño de los programas de prevención de drogodependencias de la Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de la Salud que incluyen actividad físico-deportiva como recurso de intervención 2010-2016. Ágora para Educ Física El Deporte [internet]. 2022 [citado 2025 jul. 30]; 24:117-39. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/58059>
 27. Mathikithela M, Wood L. Youth participatory action research as a catalyst for health promotion in a rural South African school. Qual Res Educ. 2021;10(2):144-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.17583/qre.2021.7166>
 28. Moreno Vargas S, Santibañez Bravo MA. Educación sexual en América Latina: una revisión del estado del arte en Colombia, Chile, México y Uruguay. Rev Educ Las Américas. 2021;11(1):57-77. DOI: <https://doi.org/10.35811/rea.v11i1.145>
 29. Almeida-Perales C, Solano Hernández BI, et al. Educación para un entorno alimentario escolar saludable. El caso de una primaria en Zacatecas, México. Hacia Promoc Salud. 2022;27(1):176-87. DOI: <https://doi.org/10.17151/hpsal.2022.27.1.13>
 30. Shamah T (editora). Encuesta Nacional de Salud en Escolares 2008. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública [internet]; 2010 [citado 2025 jul. 30]. https://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/101202_ense.pdf