

Implementación de la estrategia escuela saludable. Una alianza intersectorial

Luz Mery Cárdenas Cárdenas¹
Carmen Constanza Suárez Cárdenas²
Nancy Aurora Agudelo Cely³

Resumen

Objetivo. Evaluar la implementación de la estrategia Escuela Saludable en una Institución de Educación Primaria de la zona rural de Nuevo Colón (Boyacá) en Colombia. **Metodología.** Estudio de caso único con dos fases; una diagnóstica y una de intervención. En la fase diagnóstica se hizo un estudio descriptivo de corte transversal para determinar la situación de salud de los escolares y se complementó la situación encontrada con un autodiagnóstico comunitario. La fase de intervención se enmarcó en dos campos de acción: con los miembros de la comunidad educativa y desde una perspectiva intersectorial e interinstitucional. **Resultados.** Se identificaron problemas del medio ambiente relacionados con las condiciones locativas de la Institución, y situaciones desfavorables en los escolares tanto a nivel familiar como individual. Se buscaron alternativas de solución a la problemática encontrada, a través de la participación comunitaria, la educación en salud y la construcción de alianzas entre comunidad educativa, sector salud, educación y autoridades municipales. **Conclusión.** La estrategia Escuela Saludable contribuyó al mejoramiento de la calidad de vida y desarrollo humano de los escolares.

Palabras clave: promoción de la salud; salud escolar; ambiente; participación comunitaria.

Implementation of healthy school strategies. An intersector alliance

Abstract

Objective. To evaluate the implementation of healthy school strategies in a primary school institution in the rural area of Nuevo Colon (Boyacá) in Colombia. **Methodology.** Unique case study with two stages, a diagnostic one and an intervention one. In the diagnostic stage a cross sectional descriptive study was performed to determine scholars health status, the situation found was supplemented with a community self diagnosis. The intervention stage was framed into two fields of action: with the educational community members and form the inter sector and inter institution perspective. **Results.** Environment problems related with

- 1 Enfermera, joven Investigadora del grupo de Investigación Municipio Saludable. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Colombia. email: merlu_85@hotmail.com
- 2 Enfermera, Semillero de Investigación del grupo de Investigación Municipio Saludable. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Colombia. email: divaeres1985@hotmail.com
- 3 Enfermera, Magíster en Salud Familiar. Coordinadora del Grupo de Investigación Municipio Saludable y profesora de la Escuela de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Colombia. email: nancy1agudelo@yahoo.es

Subvenciones: Este artículo producto de la investigación *Hacia la Construcción de la Estrategia de Escuela Saludable en el Colegio de Educación Básica Gonzalo Suárez Rendón, Vereda Tejar Abajo, Municipio Nuevo Colón, en el año 2008*. Fecha de inicio: septiembre de 2007, fecha de finalización: agosto de 2008). Este trabajo fue subvencionado por las autoras.

Conflicto de intereses: ninguno a declarar.

Fecha de recibido: 18 de junio de 2009.

Fecha de aprobado: 28 de septiembre de 2010.

Cómo citar este artículo: Cárdenas LM, Suárez C, Agudelo N. Implementación de la estrategia escuela saludable: una alianza intersectorial. Invest Educ Enferm 2010;28(3): 428-34.

the location of the institutions and unfavorable situations in the scholars, both at the familiar and individual level were identified. Alternative solutions to the problems searched through community participation, health education and building alliances between the educational community, health field, education and municipal authorities. **Conclusion.** Healthy school strategies contributed to the improvement of scholars' quality of life and human development.

Key words: health promotion; school health; environment; consumer participation.

Implementação da estratégia escola saudável. Uma aliança inter-setorial

■ Resumen ■

Objetivo. Avaliar a implementação da estratégia Escola Saudável numa Instituição de Educação Primária da zona rural de Novo Colón (Boyacá) em Colômbia. **Metodologia.** Estudo de caso único com duas fases; uma diagnóstica e uma de intervenção. Na fase diagnóstica se fez um estudo descritivo de corte transversal para determinar a situação de saúde dos escolares e se complementou a situação encontrada com um auto-diagnóstico comunitário. A fase de intervenção se emoldurou em dois campos de ação: com os membros da comunidade educativa e desde uma perspectiva inter-setorial e interinstitucional. **Resultados.** Identificaram-se problemas do médio ambiente relacionados com as condições locativas da Instituição, e situações desfavoráveis nos escolares tanto a nível familiar como individual. Procuraram-se alternativas de solução à problemática encontrada, através da participação comunitária, a educação em saúde e a construção de alianças entre comunidade educativa, setor saúde, educação e autoridades municipais. **Conclusão.** A estratégia Escola Saudável contribuiu ao melhoramento da qualidade de vida e desenvolvimento humano dos escolares.

Palavras chave: promoção da saúde; saúde escolar; meio ambiente; participação comunitária.

Introducción

La estrategia Escuela Saludable se deriva de la Carta de Otawa de 1986 donde se plantea que “la salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo”.¹ Esta estrategia responde a una problemática mundial, departamental y local; según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) es preocupante la supervivencia infantil, especialmente en países en desarrollo; para el año 2002 en estos países se registró una tasa promedio de mortalidad de menores de cinco años de 158 muertes por cada mil nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados esta tasa fue de 7 por cada mil nacidos vivos.²

En el Departamento de Boyacá (Colombia) el incremento en los índices de desnutrición es relevante: según el Boletín Epidemiológico de Boyacá³ en el periodo transcurrido entre los años 2000 y 2005 la desnutrición crónica pasó del 15.2% al

23.3%, la desnutrición aguda se incrementó de 0.8% a 2.2% y la desnutrición global aumentó de 6.5% a 12.2%. Incrementos porcentuales en materia de desnutrición que ponen en riesgo la salud de los habitantes, en especial la salud infantil.

En el municipio de Nuevo Colón prevalecen enfermedades como la infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda, siendo los escolares uno de los grupos etarios afectados,⁴ situación que demuestra la necesidad de acciones efectivas orientadas a la prevención de ésta problemática de importantes magnitudes a nivel local. Desde esta perspectiva, la implementación de la estrategia Escuela Saludable en una institución de básica primaria a nivel rural buscó contribuir con la salud de los escolares, a través de la identificación de las condiciones del medio ambiente escolar, la situación de salud de los estudiantes y la búsqueda de alternativas de mejoramiento, basadas en los

lineamientos de Promoción de la Salud, y que fueron discutidas con los representantes de los sectores Salud y Educación del Municipio.

El objetivo de este estudio fue evaluar la implementación de la estrategia Escuela Saludable en una institución de educación primaria de la zona rural de Nuevo Colón (Boyacá), a través de los lineamientos de Promoción de la Salud, durante el año 2008.

Metodología

En cumplimiento con las consideraciones éticas en investigación⁵ se obtuvo el consentimiento informado de los padres o tutor responsable de cada escolar. Se realizó un estudio de caso único,⁶ la unidad de análisis fue una institución de básica primaria de la zona rural de Nuevo Colón (Boyacá). La investigación se llevó a cabo por medio de dos fases: una diagnóstica y otra de intervención, las que se pasan a describir a continuación.

Fase diagnóstica. Se realizó a través de la observación, un estudio descriptivo de corte transversal y un autodiagnóstico comunitario. Para la primera parte se utilizó una guía de observación⁷ que permitió identificar las condiciones del medio ambiente de la Institución relacionadas con el agua de consumo humano, manejo de basuras, estado de las instalaciones locativas y riesgo de accidentalidad.

El estudio descriptivo de corte transversal determinó la situación de salud de los escolares tomando el total de estudiantes matriculados en la Institución Educativa (38 escolares). Se utilizó una ficha biopsicosocial diseñada y autorizada por Antolínez y Chaparro,⁷ que contemplaba aspectos relacionados con la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, maltrato infantil, hábitos personales, vivienda, estado nutricional, agudeza visual y salud oral. La información recolectada se compiló en una base de datos elaborada en el programa Excel 2007, que se sometió a doble verificación y se analizó de manera univa-

riada con la ayuda del programa Epi Info versión 6.045.

También se llevó a cabo un autodiagnóstico comunitario mediante una matriz cuantitativa de identificación y priorización de problemas de salud y medio ambiente⁸ diligenciada de forma grupal por la comunidad educativa. Esta matriz evaluó los problemas de salud y del medio ambiente por medio de la calificación de los criterios magnitud del problema, gravedad del daño, percepción social, factibilidad de intervención, interés local y alternativas de solución, los que se puntuaron de 1 a 5 (mayor). La sumatoria de los puntajes de los criterios señaló aquellos problemas prioritarios que afectaban a mayor número de escolares, producían más incapacidades, preocupaban más a la comunidad educativa y tenían mayor posibilidad de intervención. También, la comunidad educativa identificó alternativas de solución y el sector responsable de las mismas.

Fase de intervención. Fue diseñada con el fin de mejorar las condiciones del medio ambiente de la Institución y la situación de salud de los escolares, a través de las líneas de acción para la Promoción de la Salud retomadas en los lineamientos de entornos saludables propuestos por el Ministerio de la Protección Social.⁹ La intervención se enmarcó en dos campos de acción: una con los miembros de la comunidad educativa y la otra orientada hacia el trabajo intersectorial e interinstitucional.

Resultados

Fase diagnóstica. Se identificaron problemas del medio ambiente en la Institución y situaciones desfavorables en los escolares, tanto a nivel familiar como individual. Como problemas del medio ambiente se halló falta de agua para consumo humano debido a fallas del sistema de acueducto veredal, disposición final de las basuras a cielo abierto, presencia de aguas residuales, goteras en los techos, grietas en las paredes, deterioro de los espacios deportivos y de recreación e inexistencia de barandas y banda antideslizante en escaleras.

Con respecto a las características generales relacionadas con la vivienda: el piso era de tierra en

el 31.6% de los casas, se utilizaba leña o carbón como material de combustión en el 64.0% de las viviendas y en el 28.9% hay hacinamiento.

En cuanto a la situación de los escolares, se estudiaron 38 escolares (19 niños y 19 niñas), la edad promedio fue de 8.3 ± 2.4 años (edad mínima 8 años y máxima 12 años); 5.2% de los alumnos no se encontraban afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud; 94.7% de los niños manifestaron ser maltratados por parte de sus padres, -siendo un mismo niño víctima de dos o más formas de maltrato-, donde la agresión verbal y los golpes con objetos fueron los de mayor frecuencia. A nivel individual se identificó que del total de los estudiantes, 63.2% se cepillaban los dientes menos de tres veces al día, 44.7% se bañaban el cuerpo cada tercer día y la mitad aseguó consumir alcohol (guarapo y cerveza).

Todos los escolares refirieron que en las dos últimas semanas presentaron problemas de salud como dolor de cabeza, gripa, diarrea, dolor de estómago, vómito y alergias en la piel. Además, 21.0% de ellos presentaron problemas relacionados con la salud oral.

De otra parte, 28.9% de los niños presentaron malnutrición; de éstos, 27.2% con desnutrición global, 18.2% con desnutrición crónica, 27.2% en riesgo de desnutrición y 27.2% tenía sobrepeso. Se encontró agudeza visual disminuida en el 59.4% de los estudiantes. El rendimiento académico fue adecuado en el 60.0% de los niños con agudeza visual normal versus el 31.8% en los que tenían agudeza visual, esta diferencia fue significativa al 10% ($p=0.08$)

El autodiagnóstico comunitario permitió corroborar problemas de salud como gripa, dolor de estómago y diarrea, además, la comunidad educativa priorizó como problemas del medio ambiente en la Institución; malos olores y falta de computadores y libros. En esta fase se señalaron las alternativas de solución con enfoque de tipo preventivo y manejo intersectorial con el fin de mejorar la situación de salud y las condiciones del medio ambiente encontradas; las cuales se relacionaron principalmente con medidas higiénicas, prácticas de autocuidado y gestión ante la Administración

Municipal para el arreglo de la planta física de la Institución.

Fase de intervención. A través de la gestión por parte de las investigadoras, la participación en reuniones con padres de familia, docentes y sectores del Municipio, entre ellos Salud, Educación, Planeación y Alcaldía Municipal, se organizó a la comunidad educativa y se establecieron acciones intersectoriales para el arreglo de la red de acueducto veredal. Se realizaron 13 talleres educativos con los escolares, padres y/o madres de familia y docentes. Los talleres desarrollados con los escolares comprendieron temas de autocuidado corporal, buen trato, cuidado del medio ambiente y habilidades para la vida (asertividad, autoestima, manejo de conflictos y resolución pacífica de problemas). Con los padres de familia y profesores de la Institución se abordaron las temáticas de buen trato, solución pacífica de conflictos, autocuidado corporal, alimentación adecuada, higiene en la manipulación de alimentos y manejo de enfermedades prevalentes de la infancia.

También, como parte de la misma intervención se conformó el grupo dinamizador de la estrategia Escuela Saludable, constituido por representantes de los sectores Salud, Educación y Administrativo del municipio, un representante del Sistema de Información de Beneficiarios y un representante de la Asociación de Padres de Familia de la Institución.

La Administración Municipal facilitó la dotación de libros y computadores, además se hizo mejoramiento de la planta física de la Institución, -canalización de aguas residuales, y arreglo de techos y paredes-, también se logró la afiliación de los dos niños que faltaban al Sistema General de Seguridad Social en Salud, y se vinculó a los escolares con algún tipo de alteración nutricional o de la salud oral a los servicios del Centro de Salud del municipio; Por último se realizó la valoración visual de los estudiantes por parte de optómetra y se conformó una red contra el maltrato infantil.

Discusión

Este estudio tuvo como fin implementar la estrategia Escuela Saludable en una institución de

educación primaria de la zona rural de Nuevo Colón (Boyacá) a través de los lineamientos de Promoción de la Salud.^{1,9} Su relevancia radica en la necesidad de éste tipo de estrategias que velen por la calidad de vida y el máximo bienestar de los niños como población vulnerable.

De forma general, los hallazgos de esta investigación permiten evidenciar la existencia de condiciones locativas inadecuadas en la Institución Educativa y la presencia de algunos factores de riesgo familiares e individuales para la salud de los escolares, hallazgos que fueron abordados durante el proceso de intervención.

Las condiciones locativas inadecuadas representan factores de riesgo para accidentalidad y alteran el desarrollo integral de los escolares, situación relevante al considerar a la escuela como el entorno donde el niño continúa su proceso de socialización a través de estrategias que implican la utilización de espacios para el aprendizaje y la recreación. Se suma a lo anterior, la deficiencia de material didáctico identificada a través del autodiagnóstico comunitario, Mizala¹⁰ y otros argumentan que las condiciones de infraestructura, servicios públicos y la disponibilidad de material didáctico guardan relación con el rendimiento escolar, por lo tanto, se configuran en situaciones a tener en cuenta dentro de una institución educativa como mecanismos que promuevan un ambiente adecuado y saludable para los estudiantes.

El maltrato infantil manifestado por los escolares refleja una problemática social; en Colombia para el año 2007 se reportaron 13 913 casos de maltrato infantil,¹¹ para este mismo año el departamento de Boyacá ocupó el sexto lugar en el país en los índices de violencia intrafamiliar con una tasa de 309 casos por cada 100 000 habitantes.¹¹ Diferentes autores¹²⁻¹⁴ han encontrado asociación entre la exposición a violencia intrafamiliar y la adopción de conductas agresivas por parte de los niños, lo que genera perpetuación de la violencia a través de las diferentes generaciones y en los distintos espacios de la vida cotidiana.¹⁵ Estas conductas de maltrato infantil, como mecanismo para la crianza, requieren un proceso de desaprendizaje que implique la adopción de nuevas alternativas que permitan educar a los

niños/as por medio de la resolución pacífica de conflictos y de esta manera romper la cadena de maltrato entre las diferentes generaciones.

Adicionalmente, el hacinamiento en las viviendas del 28.9% de los escolares se encuentra por encima del promedio departamental, que es del 2.2% según el Censo de 2005.¹⁶ A esta situación se suma el alto número de familias que utilizan la leña y/o carbón como material de combustión y las viviendas con piso en tierra, factores de riesgo para las familias y en especial para los niños/as en la adquisición de alergias y enfermedades respiratorias agudas.

De otra parte, a nivel individual, hábitos personales inadecuados como el cepillado dental menos de tres veces al día en 24 escolares, que representaban el 63.2%, resulta similar a la proporción encontrada por Franco y otros¹⁷ donde la frecuencia del cepillado de dos a tres veces al día era del 76%. Este hallazgo cobra relevancia si se tiene en cuenta que los hábitos personales nacen en la familia y se refuerzan durante la edad escolar;¹⁸ de allí la importancia de enfocar estrategias educativas hacia este grupo poblacional con el fin de incentivar comportamientos saludables que perduren para toda la vida.

Llama la atención el consumo de guarapo y/o cerveza a temprana edad, comportamiento influenciado por costumbres familiares y práctica aceptada cultural y socialmente en las áreas rurales del departamento de Boyacá, donde el guarapo se convierte en la bebida de primera elección para calmar la sed en los días de trabajo. No obstante, el consumo de alcohol representa un riesgo para los estudiantes dados los efectos que tienen las bebidas alcohólicas en la salud. Lipman¹⁹ afirma que el alcohol genera una importante carga de enfermedad y se ha encontrado relacionado con el aumento de la mortalidad en hombres, a su vez, se considera el uso de bebidas alcohólicas como puerta de entrada al consumo de otras sustancias como cigarrillo y drogas ilegales,²⁰ que representan un serio problema de salud pública.

De otro lado, las alteraciones de salud frecuentes en los escolares pueden tener relación con hábitos inadecuados, estilos de vida y determinantes de

la salud de los niños/as y sus familias, tales como cocinar con leña, hacinamiento en los hogares, disposición final de las basuras a cielo abierto y presencia de aguas residuales en la Institución, siendo ésta relación objeto de investigación en futuros estudios.

El rendimiento escolar regular puede tener origen en problemas visuales, Arnaud²¹ en un estudio realizado con niños franceses encontró mayor proporción de bajo rendimiento académico en estudiantes con agudeza visual disminuida, situación hacia la cual se deben enfocar esfuerzos interinstitucionales que favorezcan la salud visual de los escolares y por ende su aprendizaje. La falta de computadores y libros identificada en el autodiagnóstico permitió evidenciar que los mismos escolares, padres de familia y profesores son conocedores de su propia realidad y por lo tanto de sus necesidades, de allí la importancia de tener en cuenta a la comunidad en este tipo de estudios.

Algunos problemas de salud y ambiente identificados en el autodiagnóstico guardan similitud con hallazgos encontrados por medio de esta misma metodología en el municipio de Duitama (Boyacá), donde problemas como infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda y presencia de aguas negras fueron identificados como prioritarios,²² lo cual refleja una problemática del Departamento relacionada con enfermedades prevenibles como causa de morbilidad y bajas coberturas de saneamiento básico.³

Las alternativas para mejorar la situación de salud de los escolares y las condiciones del medio ambiente de la Institución, manifestadas por la comunidad educativa en el autodiagnóstico, integraron acciones personales, comunitarias, intersectoriales e interinstitucionales. Planteamiento que se relaciona con la Promoción de la Salud al reconocer que la salud no compete solamente al sector sanitario, sino que requiere un abordaje intersectorial, dado que ésta va más allá de la ausencia de enfermedad y se configura como el máximo bienestar en el cual confluyen determinantes sociales y económicos relacionados con alimentación, acceso a agua potable y saneamiento básico, educación, empleo, ecosistema estable y recursos sostenibles, requisitos para la salud establecidos en la Carta de Ottawa.¹

La fase de intervención integró actividades con enfoque individual, familiar y comunitario que permitieron mejorar las condiciones ambientales de la Institución y aportaron a la calidad de vida y desarrollo humano de los escolares. Se destaca que la intervención desde una perspectiva intersectorial e interinstitucional requiere a su vez de los principios de participación y empoderamiento comunitarios, educación en salud, políticas públicas saludables y la reorientación de los servicios de salud.¹ Finalmente, el presente estudio contribuyó al ejercicio del profesional de enfermería en el campo comunitario al reconocer que la salud de los escolares no sólo se aborda desde una perspectiva individual, sino que el significado de salud como bienestar requiere de intervenciones colectivas a través del trabajo mancomunado entre comunidad educativa, instituciones y sectores del Municipio.

En conclusión, la implementación de la estrategia Escuela Saludable como herramienta de Promoción de la Salud, contribuyó al mejoramiento de la calidad de vida y desarrollo humano de los escolares de la Institución, a través de la participación comunitaria, la educación en salud y la construcción de alianzas entre la comunidad educativa, el sector Salud, Educación y autoridades del municipio de Nuevo Colón (Boyacá).

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Carta de Ottawa de 1986. [Internet] [Consultado 26 Abril 2010]. Disponible en: <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsdepts/fulltext/conf1.pdf>
2. UNICEF. Comunicado de prensa: el mundo no logra cumplir su promesa de reducir la mortalidad de menores de cinco años [Internet]. [Consultado 02 Mayo 2006]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/media/media_24252.html.
3. Gobernación de Boyacá, Secretaría de Salud de Boyacá, Dirección de Salud Pública. Boletín Epidemiológico de Boyacá 2007: indicadores Básicos en Salud. Tunja: Secretaria de Salud de Boyacá; 2007. p.17.
4. ESE Centro de Salud de Nuevo Colón. Análisis Situacional del Municipio de Nuevo Colón. Nue-

- vo Colón: ESE Centro de Salud de Nuevo Colón; 2007. p. 26.
5. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993 [Internet] [Consultado 07 Octubre 2007]. Disponible en: http://www.ces.edu.co/Descargas/DocyNormas_NormasInvestigacion.pdf .
 6. Yin RK. Case Study Research: design and methods, applied social research methods Series. 6ª ed. Estados Unidos: Sage Publication Ltda; 2002. p. 13.
 7. Antolínez SM, Chaparro NY. Situación de Salud y Medio Ambiente e Implementación de la Estrategia “Escuela Saludable”, Vereda El Rosal, Municipio de Soracá. Año 2003. Tunja: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia; 2003.
 8. Secretaria de Salud de Boyacá. Plan de Atención Básica: su aplicación en el municipio. Tunja; Secretaria de Salud de Boyacá; 2001: p. 69
 9. Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Ambiente y Desarrollo Territorial. Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de las Estrategias Entornos Saludables: escuela saludable y vivienda saludable. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2006.
 10. Mizala A, Romaguera P, Reinaga T. Factores que inciden en el rendimiento escolar en Bolivia [Internet]. [Consultado 08 Junio 2010]. Disponible en: http://www.webmanager.cl/prontus_cea/cea_1999/site/asocfile/ASOCFILE120030402114425.pdf
 11. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Violencia intrafamiliar: Colombia, 2007. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2007.
 12. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Examining the intergenerational transmission of violence in a New Zealand birth cohort. *Child Abuse Negl.* 2006; 30(2):89-108.
 13. Delsol C, Margolin G. The role of family-of-origin violence in men’s marital violence perpetration. *Clin Psychol Rev.* 2004; 24(1):99-122.
 14. Arango MA. Rompiendo con la violencia doméstica [Internet]. [Consultado 08 Junio 2010]. Disponible en: <http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/146/1/RompiendoViolenciaDomestica.pdf>
 15. Profamilia. Violencia contra las mujeres y los niños [Internet]. [Consultado 12 Abril 2007]. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/02consulta/13violencia/01verbal.htm>. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas – DANE. Boletín General 2005: déficit de Vivienda [Internet]. [Consultado 27 Abril 2009]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/censo/DeficitViviendaCenso2005>
 16. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas – DANE. Boletín General 2005: Déficit de Vivienda. [En Internet] [Acceso 27 de abril de 2009]. Disponible en <http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/censo/DeficitViviendaCenso2005>
 17. Franco ÁM, Jiménez J, Saldarriaga C, Zapata L, Saldarriaga A, Martignón S, et al. Conocimientos y prácticas de cuidado bucal de las madres de niños menores de seis años [Internet]. [Consultado 24 Octubre 2008]. Disponible en: http://www.ces.edu.co/descargas/conocimientos_practicas_cuidado_bucal.pdf
 18. Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio del Interior. Nutrición Saludable y Prevención de los Trastornos Alimentarios [Internet]. [Consultado 26 Junio 2009]. Disponible en: http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/docs/guia_nutricion_saludable.pdf
 19. Lipman HM. Alcohol consumption and public health in Russia. *Lancet.* 2007; 18; 370(9587):561-2.
 20. Musayón Y, Torres C, Sánchez E, Chávez E. Factores de riesgo del consumo de bebidas alcohólicas en escolares de educación secundaria. *Invest Educ Enferm.* 2005; 23(1):55-67.
 21. Arnaud C, Baille MF, Grandjean H, Cans C, du Mazaubrun C, Rumeau-Rouquette C. Visual impairment in children: prevalence, aetiology and care, 1976-85. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 1998; 12(2):228-39.
 22. Triana AN. Agudelo NA. Autodiagnóstico comunitario: una perspectiva para la promoción de la salud. *Pensamiento y Acción.* 2003; (12):89-104.