

00371
27



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

EL TRABAJO SOCIAL EN EL PROGRAMA DE FOMENTO DE LA SALUD EN ESCUELAS PRIMARIAS.



TESIS PROFESIONAL QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTAN:

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL
TESIS Y EXAMENES PROFESIONALES

ELIZALDE BOTELLO ROSIO LORENA
LECONA URIBE OLIVIA
URBINA MORALES SONIA

ASESOR: LIC. LAURA ORTEGA GARCIA



MEXICO, D. F.

Noviembre 1993

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	PAG.
INTRODUCCION.	
CAPITULO I	
POLITICAS DE SALUD EN MEXICO (1976 - 1994)	4
POLITICAS DE SALUD 1976 - 1982	4
POLITICAS DE SALUD 1982 - 1988	14
POLITICAS DE SALUD 1988 - 1994	19
CAPITULO II	
PROGRAMA DE FOMENTO DE LA SALUD EN MEXICO	25
BASES CONCEPTUALES DE FOMENTO DE LA SALUD	25
ANTECEDENTES	26
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE FOMENTO DE LA SALUD	29
PROGRAMA OPERATIVO DE LA CULTURA DE LA SALUD EN ESCUELAS PRIMARIAS OFICIALES, QUE CONSTITUYEN UNIVERSOS DEL PROGRAMA DE FOMENTO DE LA SALUD	41
PROGRAMA DE FOMENTO DE LA SALUD EN ESCUELAS PRIMARIAS-OFFICIALES QUE CONSTITUYEN UNIVERSOS DEL PROGRAMA EN-LA DELEGACION 3 SUROESTE DEL D.F. DEL IMSS	48
ANALISIS DEL PROGRAMA DE FOMENTO DE LA SALUD EN ESCUELAS PRIMARIAS DE LA DELEGACION 3 SUROESTE DEL D.F. DEL IMSS	55
CAPITULO III	
ZONA DE INFLUENCIA DEL PROGRAMA DE FOMENTO DE LA SALUD EN ESCUELAS PRIMARIAS DE LA DELEGACION 3 SUROESTE DEL D.F. DEL IMSS	59
DELEGACION ALVARO OBREGON	59
DELEGACION BENITO JUAREZ	66
DELEGACION CUAUHEMOC	72

CAPITULO IV

INVESTIGACION DE CAMPO SOBRE LA PARTICIPACION DEL TRABAJADOR SOCIAL Y LOS RESULTADOS DEL PROGRAMA DE FOMENTO DE LA SALUD EN ESCUELAS PRIMARIAS PERTENECIENTES A LA DELEGACION 3 SUROESTE DEL D.F. DEL IMSS	80
- JUSTIFICACION	81
- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	82
- OBJETIVOS GENERALES	82
- OBJETIVOS ESPECIFICOS	83
- HIPOTESIS	83
- METODOLOGIA	84
- ANALISIS E INTERPRETACION DEL INSTRUMENTO APLICADO A NIÑOS	86
- ANALISIS E INTERPRETACION DEL INSTRUMENTO APLICADO AL EQUIPO DE SALUD	98
- TABLAS DE RESULTADOS	112
- GRAFICAS DE DATOS	127

CAPITULO V

MODELOS DE INTERVENCION DE TRABAJO SOCIAL	150
MODELO DE INTERVENCION DE TRABAJO SOCIAL EN EL PROGRAMA DE FOMENTO DE LA SALUD EN ESCUELAS PRIMARIAS (PROPUESTA)	170
CONCLUSIONES	174
SUGERENCIAS	180
ANEXOS	182
BIBLIOGRAFIA	185

INTRODUCCION

El ser humano se encuentra expuesto a diversas situaciones que en ocasiones pueden poner en peligro su equilibrio, haciéndose necesaria la intervención de todo un equipo de profesionistas, entre los que figura el trabajador social, dirigidos conjuntamente a contribuir en la obtención del bienestar social de la población. Dentro de los aspectos que abarca esta labor se sitúa la salud, entendida como el resultado de la interacción de múltiples factores de naturaleza social, física y mental. Para lograrlo, se han creado diferentes programas destacando el de Fomento de la Salud, como una estrategia del IMSS para participar en la obtención de la "Salud para todos en el año 2000", la cual fue propuesta a raíz de la reunión de grandes organismos de salud en Alma-Ata, U.R.S.S en 1978.

En dicho programa se abordan cuatro universos: Trabajadores IMSS, Comunidad, Centro Laboral y Centro Escolar (escuelas primarias). Siendo este último el eje sobre el cual gira la presente investigación, ya que consideramos que los niños tienen grandes posibilidades como promotores sociales y de salud, para alcanzar en el futuro un mejor estado de salud.

A través de este estudio se pretende conocer el desempeño del trabajador social en el programa de Fomento de la Salud en Escuelas Primarias, ya que cuenta con los conocimientos y habilidades profesionales necesarias para vincular las

acciones del programa con la problemática escolar y social, incidiendo en el estado de salud de los menores, a la vez que es posible que este profesionista participe en la formación de los niños como promotores sociales y de salud que ejerzan una influencia positiva en el entorno en que se desenvuelven y así, se logre involucrar a la población en el autocuidado de su salud.

Por otra parte, se revisan los alcances y obstáculos que ha tenido dicho programa y las probables alternativas de solución con el fin de corregir fallas y apoyar las acciones favorables para su óptimo desarrollo.

Para cumplir con los objetivos se realiza la investigación de las políticas de salud a través de las que ha evolucionado el programa, sus bases conceptuales, antecedentes y logros, además de las características principales de una muestra representativa de la zona de influencia de la Delegación 3 Suroeste del D.F. y de la población que en ella habita, por ser ésta, el área donde se desarrolló la investigación.

Para la recopilación de la información se llevó a cabo la aplicación de encuestas, la consulta de fuentes bibliográficas y hemerográficas, así como visitas a Delegaciones Políticas e Instituciones que sirvieron de apoyo además de entrevistas no estructuradas.

Este panorama general permite proponer un Modelo de Intervención de Trabajo Social, con alternativas para el mejoramiento o fortalecimiento de los resultados del programa de

Fomento de la Salud.

Se presenta así, el desarrollo de este trabajo con la intención de que sirva para enriquecer los conocimientos adquiridos en la profesión de trabajo social y contribuir al buen funcionamiento del programa.

CAPITULO I

POLITICAS DE SALUD EN MEXICO (1976 - 1994).

El programa de Fomento de la Salud tiene fundamento en las políticas dictadas durante los tres últimos periodos presidenciales, abarcando de 1976 a 1994. Por tal motivo se ha considerado importante exponer a continuación las principales políticas de salud que han servido como marco al surgimiento y desarrollo del programa, así como algunos propósitos que se fijaron y los resultados que se obtuvieron en el campo de la salud durante cada periodo.

POLITICAS DE SALUD 1976 - 1982.

Los propósitos que el Presidente de la Republica Lic. José López Portillo, manifestó al iniciar su sexenio con el fin de materializar el derecho a la protección de la salud como garantía constitucional fueron:

1. Procurar la cobertura de los servicios de salud para todos los mexicanos.
2. Elevar el nivel de salud de la población, en especial de los sectores rurales y urbanos rezagados, poniendo énfasis en la atención a los grupos más débiles.

3. Buscar la concordancia del crecimiento demográfico con el desarrollo económico y social del país, tomando en cuenta el respeto a la voluntad de la pareja en este aspecto extendiendo los servicios de planificación familiar a toda la población.

4. Lograr la protección social en beneficio de la población de bajos recursos, principalmente de niños, ancianos y minusválidos.

5. Aplicar los esquemas de vacunación a la población menor de cinco años que así lo requieran.

Considerando que la salud es resultado de la interacción de factores biológicos, ambientales, económicos y sociales, se formularon políticas para regir las acciones que debían realizar las dependencias y entidades involucradas y los diversos sectores de la sociedad para mejorar la calidad de vida de los mexicanos, quedando englobadas de la siguiente manera:

1. Incrementar las acciones educativas en el hogar, escuela, centros laborales, recreativos y sociales, en favor de la salud tanto a nivel individual como colectivo.

2. Contribuir al mejoramiento de las condiciones nutricionales de la población, principalmente de las personas de escasos recursos económicos, los niños y además las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, procurando el aumento en la producción de alimentos y mejorando su distribución.

3. Proteger la salud de la población económicamente activa, tanto en los riesgos profesionales como en los no profesionales, señalando la atención que ha de ponerse a los servicios

médicos, desde los preventivos hasta la rehabilitación.

4. Fortalecer los programas de higiene, saneamiento y mejoramiento del ambiente con el fin de obtener mejores condiciones sanitarias y evitar el deterioro de los sistemas ecológicos.

5. Mantener y mejorar el buen estado de la salud mental del pueblo, principalmente de los niños y de los jóvenes, difundiendo los conocimientos y prácticas de higiene mental para prevenir los trastornos de conducta y realizar acciones para el diagnóstico oportuno de enfermedades mentales, dando apoyo a la investigación en este sentido.

6. Mejorar las condiciones de salud de las madres y los hijos armonizando las acciones sociales con las de aspectos médicos y administrativos.

7. Motivar la participación efectiva de la población en las acciones de salud, a través del servicio social voluntario, basándose en la formación de comités de salud destinados a mejorar el bienestar, la salud y la eficiencia de las actividades.

8. Reforzar la vigilancia epidemiológica de las enfermedades erradicadas y controladas, así como la lucha contra las enfermedades transmisibles, las degenerativas, neoplásicas y metabólicas más frecuentes.

9. Disminuir los accidentes que afectan la salud y trastornan la vida de los mexicanos, mediante la prevención y la educación a los miembros de la familia, trabajadores y público

en general.

10. Ampliar la cobertura y eficiencia de los servicios de salud rehabilitando, equipando y aprovechando al máximo la capacidad instalada de las unidades existentes, así como la planificación de la construcción de nuevas, de acuerdo a los principios de regionalización y de distribución de las actividades, según se trate de atención de primero, segundo o tercer nivel.

11. Reducir la invalidez en todas las etapas de atención médica desde la prevención, la atención integral de los enfermos y la rehabilitación en todos los sentidos.

12. Incrementar y fomentar la investigación en el campo de la salud apoyando la preparación de grupos de investigadores, dando la mayor importancia a las áreas básicas, clínicas, epidemiológicas, administrativas y de medicina social.

13. Integrar equipos de personal para el ejercicio social de la medicina, de acuerdo con las características y necesidades de la comunidad.

14. Modernizar la tecnología utilizada y fortalecer la coordinación interinstitucional del sector salud.

15. Revisar frecuentemente las disposiciones legales para brindar salud, armonizandolas con el momento histórico que se vive y las necesidades prioritarias.

16. Fomentar y apoyar el deporte y la recreación para que contribuyan a la conservación y mejoría de la salud, tanto física como mental.

17. Aplicar técnicas modernas de administración de las unidades de atención médica para elevar su productividad y eficiencia.

18. Reforzar las acciones y mecanismos de otras áreas de la política social que inciden en la prevención de enfermedades y el saneamiento del medio ambiente entre los que destacan, el área educativa, los programas de salud e higiene, los de construcción de vivienda y dotación de servicios urbanos, agua potable y alcantarillado, entre otros.

Puede decirse que las políticas de salud durante el sexenio del Lic. José López Portillo se manifestaron en favor de la salud como sector prioritario, pretendiendo consagrar en la constitución el derecho a la salud de todos los mexicanos como principio de la democracia social.

Se expone también la intención de formar un órgano colegiado y con facultades para establecer objetivos y políticas de salud; de coordinación de las tareas que realizaban instituciones y servicios públicos.

Durante este periodo se propuso "el diseño de un sistema general de asistencia médica, diferenciado de los distintos niveles que deben considerarse, desde la prevención hasta el tratamiento especializado de la enfermedad" (1). Además de procurar eliminar la marginación de la población en los pequeños municipios y las áreas rurales.

(1) Secretaría de Programación y Presupuesto; "Antología de la Planeación en México, 1917 - 1985", Tomo VI, SPP, México, D.F. 1985, pág. 100.

En general "Las medidas propuestas tienden al cambio racional y progresivo de la organización institucional de la medicina; a la promoción y prevención de la salud y no sólo a la curación de la enfermedad, al descongestionamiento de la consulta externa en hospitales y clínicas, a la reducción de los costos de las medicinas, mediante la aplicación general de un cuadro básico nacional de medicamentos; a un mayor control de los precios y la calidad de éstas, y a la reorientación de la educación y la enseñanza médica"(2).

"La estrategia de salud que se aplicó durante este sexenio para dar respuesta a lo anterior, consiste en la integración de los niveles de atención, con una adecuada coordinación institucional en los niveles local y regional a través de convenios de subrogación entre las instituciones de salud y seguridad social, a fin de evitar la duplicidad de funciones y lograr el mejor aprovechamiento de los recursos"(3). Para complementarlos, se capacita a la población para que participe en actividades preventivas del medio ambiente y curativas.

A lo largo de esos seis años (1976-1982) se ejecutaron acciones que tuvieron algunos avances en lo que a salud se refiere, destacando entre ellas:

1. La disminución de las tasas de morbi-mortalidad a través de acciones preventivas como la vacunación y el saneamiento ambiental.

(2) Ibidem, pág. 167.

(3) Ibidem, pág. 201.

2. Se alcanzó una esperanza de vida de 62 años para los hombres y 66 para las mujeres en 1980 y la tasa de mortalidad se redujo a 6.4 defunciones por cada 1000 habitantes en 1978. Se argumenta que la erradicación de la fiebre amarilla, la viruela, el tifo y el paludismo, tuberculosis, tosferina y sarampión entre otras enfermedades, tuvo gran importancia en el abatimiento de la mortalidad general.

3. Se incrementó el gasto gubernamental destinados a los servicios de salud, utilizando más eficientemente las instalaciones para atender a un número mayor de personas, aminorandose la brecha entre atención a la población trabajadora organizada y la de población abierta, en el sector urbano y rural.

4. Los principales servicios médicos otorgados por el sector aumentaron dinámicamente durante el período señalado.

5. Se logró conformar el esquema de seguridad social, ampliándose además el de asistencia social, habiendo un incremento considerable en la población amparada por los sistemas de seguridad social y salud.

6. Es notable también que para 1979 los sistemas de seguridad social y de salud cubrieron cerca del 80% de la población del país. "La cobertura de las instituciones de seguridad social se estimó que fue del 43% del total correspondiendo el 31% al IMSS, el 18% al ISSSTE y el 4% a organismos como Ferrocarriles Nacionales de México, PEMEX y otros. Así mismo, las instituciones públicas y privadas

dedicadas a prestar servicios médico-asistenciales, atendieron al 38% de la población; la SSA y el DIF y otras instituciones asistenciales brindaron servicios al 18% y 20% aproximadamente fue atendido por el sector privado" (4).

7. Casi 14 millones de personas no estaban plenamente integradas a los servicios médicos-asistenciales, aunque el IMSS contaba con un programa de Solidaridad Social que beneficiaba a una población rural de 3 millones. La aplicación de programas de salud se enfrentó al problema de la dispersión demográfica y con el fin de satisfacer las necesidades de salud de esta población se puso en marcha el convenio IMSS-COPLAMAR, ampliando la cobertura de servicios médicos asistenciales y elevando así, las condiciones de vida de los grupos más desfavorecidos.

8. El sector salud se orientó al logro de la ampliación de la cobertura a través del escalonamiento de servicios, con énfasis en la prevención, sin olvidar las actividades de curación. Se dió prioridad al otorgamiento de servicios mínimos de salud a la población de áreas marginadas rurales y urbanas, especialmente al grupo materno-infantil.

9. Las acciones se encaminaron a garantizar la protección integral contra daños y riesgos, mediante actividades de protección a la salud y promoción de prestaciones económicas y sociales. Se incluye también la atención a personas no amparadas por los sistemas institucionales, ancianos, inválidos y niños

(4) Poder Ejecutivo Federal, "Plan Global 1980-1982", Secretaría de Programación y Presupuesto, México, D. F., Abril 1980, pág. 102.

abandonados.

10. La insuficiencia de satisfactores básicos se manifestó principalmente en la desnutrición de un sector importante de la población.

11. Los desequilibrios en la distribución de la riqueza y de los servicios han originado diferencias en los niveles de salud entre distintas regiones del país, lo cual se agudiza con la dispersión demográfica en áreas rurales con altas tasas de natalidad y agudos problemas de nutrición y patológicos.

12. Se impulsó la investigación científica y tecnológica en el campo químico-farmacéutico con el fin de crear condiciones para una industria que responda al interés social.

Por otra parte ha habido mayor incidencia en las enfermedades crónico-degenerativas, los accidentes laborales y de tránsito, las causas invalidantes, además de persistir o reaparecer en algunas regiones, enfermedades como el mal del pinto, la oncocercosis y el dengue.

En 1977 se fusionan el IMAN y el INPI, reorganizándose el aparato administrativo de la asistencia social y creándose así el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, entidad que presta servicios de asistencia médica a menores de edad.

"Se establece el sector salud con base en la nueva Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; que se entiende como el conjunto administrativo de entidades paraestatales bajo

la coordinación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia"(5).

En 1978 se creó la Comisión Intersectorial de Saneamiento Ambiental, como apoyo a la coordinación de acciones que se realizan en distintas dependencias en materia de ambiente.

Asimismo, se creó el Gabinete de Salud, el Instituto Nacional de la Senectud y el Instituto Mexicano de Psiquiatría, mientras que el Instituto Nacional de Enfermedades Pulmonares pasa a ser el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y se convierte en un organismo público descentralizado y los Centros de Integración Juvenil se agrupan al Sector Salud dejando de ser asociaciones civiles del sector privado.

En este periodo faltó un Sector Salud formal e integralmente constituido, ya que los servicios de salud del IMSS, del ISSSTE y del DIF funcionaron aisladamente. Al no lograrse los objetivos se limitó la formación de un sistema de carácter nacional.

Lo característico de este período es la centralización persistente de los servicios de salud al reducirse la intervención y participación de los estados y municipios.

Sin embargo, entre 1981 y 1982 se obtuvieron valiosas aportaciones para organizar un Sistema Nacional de Salud con capacidad para responder más efectivamente a las demandas.

Se arguye además que hubo una reducida participación comunitaria en la solución de los problemas de salud; centralismo administrativo de los servicios, insuficiente

(5) Poder Ejecutivo Federal. "Programa Nacional de Salud. 1984-1988", México, D. F. pág. 14.

infraestructura, débil coordinación entre las instituciones de salud y las educativas, dependencias científicas y tecnología de otros países, poco desarrollo en cuanto a investigación y algunas veces carencias de criterios uniformes para la elaboración de indicadores para apreciar correctamente la efectividad de las acciones de salud; todo ello llevó a que no se cumplieran al máximo los propósitos que el Lic. José López Portillo fijó durante su administración gubernamental, argumentando que las acciones efectuadas se vieron limitadas particularmente por la ausencia de una entidad rectora que coordinara las acciones de las instituciones públicas asistenciales y de seguridad social, así como las del sector privado y social, originando la superposición de coberturas en algunas regiones y carencias en otras.

POLITICAS DE SALUD 1982-1988.

Durante el sexenio del Lic. Miguel de la Madrid Hurtado se plantea como propósito básico el mejoramiento del nivel de salud de los mexicanos, pretendiendo alcanzar la cobertura total, con servicios de alta calidad y poniendo énfasis en las acciones dirigidas a los grupos vulnerables, así como impulsar la protección social de los desamparados y la armonía entre el desarrollo económico y social del país y el crecimiento demográfico.

Con la intención de brindar protección a la salud, durante este periodo se formularon políticas que regirían las

acciones a desempeñar en este campo, englobando dichas políticas en seis grandes áreas:

1. Descentralizar los servicios de salud con el fin de disminuir las diferencias e inequidades en la prestación de servicios.

2. Fortalecer las acciones preventivas para contrarrestar la incidencia de las enfermedades transmisibles y de igual manera vigorizar las tendientes a limitar las no transmisibles.

3. Reorganizar y modernizar los servicios de salud.

4. Consolidar el Sistema Nacional de Salud, mediante una propuesta que postula cuatro estrategias:

- Modernización Administrativa.
- Sectorización.
- Coordinación Intersectorial.
- Participación Comunitaria.

5. Elevar la productividad y la eficiencia de los servicios, mediante la mejor formación y capacitación de los recursos humanos.

6. Impulsar la investigación en salud.

Cabe mencionar que tanto el propósito básico del Lic. Miguel de la Madrid Hurtado como las políticas dictadas por éste, no difieren considerablemente de las expuestas por el Lic. José López Portillo.

En lo que se refiere a los resultados obtenidos durante el período 1982 - 1988, se puede decir que:

Se retomó como garantía para todos los mexicanos el derecho

a la protección de la salud. Esta garantía social permite sentar las bases para el desarrollo y consolidación del Sistema Nacional de Salud poniendo en marcha el Programa Nacional de Salud 1984-1988.

La población atendida por las instituciones de Seguridad Social y la cobertura de las instituciones estatales y de la medicina privada comprendía en este período alrededor de 63 millones de mexicanos, mientras que cerca de 14 millones de individuos carecían aún de dicha atención.

Se reestructuró la Secretaría de Salud, modernizándose para llevar a cabo una función coordinadora del sector salud en forma más efectiva, además se reordenaron sus funciones sustantivas, y se simplificó su estructura de organización de 116 unidades administrativas se redujó a solo 67.

Por otra parte, se incorporó institucional y programáticamente el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia al sector salud, el cual se encargó de la coordinación del subsector de Asistencia Social y después se instaló el Gabinete de Salud, formado por el titular de Salud y los secretarios de Programación y Presupuesto y de la Contraloría General de la Federación, así como por los Directores Generales del IMSS, ISSSTE y DIF.

Se logró un aumento de la cobertura de los servicios de salud argumentando el mejoramiento de la productividad en las instituciones de salud y seguridad social, el reforzamiento de

la infraestructura de servicio al rehabilitar al 70% de las unidades de Servicio de primer nivel, así como las de segundo y por último la aplicación de poco más de 24 millones de dosis de vacunación antipoliomielítica cubriendo con ello el 96% de la población susceptible de protección.

Se diferenciaron a lo largo de este período las áreas de la salubridad general: atención médica, salud pública y asistencia social y para continuar con la descentralización, se redistribuyó la competencia sanitaria entre la federación y las entidades federativas.

"De acuerdo con la Ley de Planeación, aparece la programación como instrumento óptimo para hacer efectivo el Sistema Nacional de Salud"(6).

Se crean grupos interinstitucionales para que actúen en apoyo a la programación sectorial y se fortalece el Consejo de Salubridad General, para que funcione como instancia de apoyo a la programación sectorial.

"Se expide decreto en el que el Ejecutivo Federal marca las bases a las que se sujetará el programa de descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salud y el Convenio Único de Desarrollo 1984 concentra los lineamientos por los cuales los gobiernos estatales asumirán la participación en la gestión de los servicios asistenciales y de solidaridad social"(7).

(6) Ibidem, pág. 15.

(7) Ibidem, pág. 17.

En lo que se refiere al IMSS, transfirió casi 100 unidades al programa IMSS-COPLAMAR para sistematizar la atención al medio rural y la operación de 19 unidades hospitalarias del sector salud. "Asimismo se decreta que los programas IMSS-COPLAMAR se descentralicen progresivamente, instituyéndose en sistemas estatales de salud flexibles y eficientes"(8).

De acuerdo con este último decreto, los gobiernos de los estados coordinaron los servicios de atención por medio de un comité de operación de dichos programas.

"Se pretende que las legislaciones en materia de salud, así como los instrumentos administrativos y técnicos, permitan que México se enfrente con éxito al compromiso adquirido en la reunión de la Organización Mundial de la Salud, realizada en 1978, de Salud para todos en el año 2000"(9).

Además, en 1985 el IMSS formula el Programa Institucional de Fomento a la Salud, el cual está orientado a promover y desarrollar cambios en la conducta de la familia y la comunidad para proteger y cuidar su salud. Para esto se establecieron los instrumentos de coordinación sectorial necesarios en todas las entidades federativas y así poder elevar el nivel de salud de la población.

Por otro lado se crea la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico del Sector Salud en el seno del Consejo de Salubridad General.

(8) Ibidem.

(9) Ibidem.

Se expide el decreto para el fomento de industria farmacéutica.

Se lograron avances en la coordinación intersectorial, en especial en lo referente a la planificación familiar, recursos humanos e investigación en salud.

Esta etapa se caracteriza por la articulación de esfuerzos dispersos, racionalización en la distribución y uso de los recursos y la implantación de oportunidades de salud más equitativas para toda la población.

"Entre 1983 y 1985 se modificaron las tasas de morbilidad de algunas enfermedades transmisibles: Aumentaron para las infecciones respiratorias agudas, enteritis y enfermedades diarreicas, rubiola, sarampión, paludismo y tuberculosis, mientras que las tasas de tétanos y rabia se mantuvieron estables"(10).

Es así como las acciones realizadas por el sector salud y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, están contribuyendo a superar algunas de las metas planteadas en el Programa Nacional de Salud, como es el caso de la mortalidad general, infantil, la natalidad y la esperanza de vida al nacer.

POLITICAS DE SALUD 1988 - 1994.

De acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo 1989 - 1992,

(10) Secretaría de Programación y Presupuesto: op. cit.
T o m o X V I I I , p á g . 267.

el Lic. Carlos Salinas de Gortari, actual presidente de México, expresa como propósito fundamental durante su administración, la prioridad a la atención de las demandas sociales básicas, entre ellas la salud.

De lo anterior se desprende como "objetivo más amplio de la política de salud, el impulso a la protección de todos los mexicanos, a través del otorgamiento de servicios y prestaciones oportunas, eficaces equitativos y humanitarios que contribuyan efectivamente al mejoramiento de sus condiciones de bienestar social, con la participación de las comunidades y del gobierno en sus tres niveles, como medio para asegurar los recursos necesarios para satisfacer las demandas de salud"(11).

Las estrategias generales que dirigirán las acciones de este sector son:

La elevación de la calidad de los servicios de salud, desde la búsqueda de asistencia médica, hasta la solución del problema por el que se llega a las instituciones de salud.

Ampliación de la cobertura y del acceso a las instalaciones médicas para todos los mexicanos.

Atención a las desigualdades sociales con prioridad en las zonas marginadas urbanas y rurales, así como a la población más vulnerable con énfasis en la atención primaria.

Impulsar la cultura de prevención y autocuidado de la salud individual, familiar y colectivo, mediante programas como

(11) Poder Ejecutivo Federal, "Plan Nacional de Desarrollo 1989 - 1994", México, D.F., F.C.E., pág. 105.

Fomento de la Salud.

Apoyar el control de enfermedades infecciosas y parasitarias, así como las crónicas degenerativas.

Prevenir las lesiones por accidentes en todos los lugares donde la población se desenvuelve.

Procurar la salud en el trabajo y la salud mental de los mexicanos.

Incrementar las acciones dirigidas al cuidado de la salud de la población infantil y de la misma forma las de protección de la salud reproductiva.

Impulso a la investigación en salud.

Descentralizar y mejorar la coordinación de los servicios de salud, dando continuidad a esta política para consolidar lo logrado.

En general se pretende lograr la modernización del sistema de salud para la elevación de las condiciones de salud en las que viven los mexicanos.

De esta forma, se presentan los resultados obtenidos en materia de salud, durante lo que va de la administración del Lic. Carlos Salinas de Gortari.

Se han ampliado los servicios institucionales de salud y se da atención paralela a aquellos que residen en zonas de difícil acceso. El IMSS cubre a casi 39 millones de personas, 3 millones y medio más que en 1988. Por su parte, el ISSSTE cuenta con más de ocho millones y medio de asegurados, 16% más que al inicio del gobierno salinista.

En este período, la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE, terminaron la construcción de 275 unidades de primer nivel y 19 hospitales. Destaca la puesta en marcha del Centro Médico Siglo XXI; éste gran complejo de investigación y tratamiento médico vuelve a dar servicio con mejores y más modernos equipos e instalaciones.

También ha sido posible llevar los beneficios de la moderna tecnología médica a poblaciones aisladas a través del Programa de Cirugía Extramuros, con el cual se realizaron más de dos mil intervenciones quirúrgicas especializadas en zonas rurales.

Entre los programas de salud han destacado los enfocados a dar atención a niños. Por tal motivo en la Cumbre Mundial sobre la Infancia se acordaron compromisos concretos para el año 2000, algunos de los cuales ya han sido cubiertos en nuestro país. En este sentido es importante resaltar la magnífica respuesta que han tenido las familias, ya que gracias a ello se logró que el 95% de los niños mexicanos menores de cinco años esté cubierto con el esquema completo de vacunas. Esta es una de las coberturas más altas en el plano mundial.

Por otro lado, desde 1990 no se han presentado casos de Poliomieltitis, y los casos de Difteria, Tétanos, Tosferina, Sarampión y Tuberculosis en 1993 son los más bajos en la historia de salud pública en nuestro país. Además, la UNICEF, Agencia de Naciones Unidas para la Niñez, declaró recientemente que México es el país que ha reducido con mayor rapidez la mortalidad infantil en el mundo occidental.

Para combatir las enfermedades diarreicas se reforzaron las campañas de información; los esfuerzos para llevar agua potable y sobre todo, el trabajo de cloración del agua.

Como resultado de estas medidas y de la distribución de más de trece millones de sobres de rehidratación oral y a pesar de la presencia del Cólera, se han reducido en un 15% los casos de enfermedades diarreicas.

Se han reforzado también las acciones para prevenir y detectar el Sida. En este sentido se ha puesto especial énfasis en garantizar el abasto de sangre segura.

Respecto al paludismo las medidas de control han tenido un esfuerzo sostenido, reduciendo en un 37% los casos en el último año.

El desarrollo del Programa Nacional de Planificación Familiar ha dado resultados positivos. A la fecha 9.4 millones de mujeres utilizan un método anticonceptivo y la tasa de fecundidad que era de siete hijos en los 70's bajó a sólo 3 en la actualidad. Se ha trabajado en la elevación del nivel nutricional de los niños, proporcionando más de 132 millones de desayunos escolares, principalmente por medio del DIF.

Se ha apoyado a la población minusválida con más de 700 mil consultas, un millón 300 mil sesiones de terapias rehabilitadoras y casi 20 mil prótesis.

Por último se ha continuado con las acciones del programa institucional de Fomento de la Salud.

Es de observarse que en la revisión de los tres periodos

presidenciales que se han señalado, existen similitudes en cuanto a las políticas de salud planteadas al inicio de cada uno, encontrando que se ha dado a la salud un lugar prioritario, elevando a rango constitucional el derecho a ésta.

Es de notarse que dichas políticas han tenido avances significativos, sin embargo, no han sido cumplidas en su totalidad.

En lo que se refiere al Programa Institucional de Fomento de la Salud, vemos sus orígenes en políticas de educación para la salud y de prevención en el sexenio del Lic. José López Portillo, pero es hasta 1985 con el gobierno del Lic. Miguel de la Madrid Hurtado cuando surge ya como un programa formalmente estructurado. Actualmente con el Lic. Carlos Salinas de Gortari se le ha dado continuidad a este programa, con el propósito de disminuir el índice de morbi-mortalidad de los mexicanos, mediante el autocuidado de la salud con responsabilidad, educación para la salud y prevención de riesgos. Es así como en el siguiente capítulo se profundizará en los principales aspectos relacionados con este programa.

FUENTE: "IV Informe de Gobierno"; Periódico uno más uno; 2 de Noviembre de 1992; México, D.F.; pág. d.

CAPITULO II

PROGRAMA DE FOMENTO DE LA SALUD EN MEXICO

BASES CONCEPTUALES DE FOMENTO DE LA SALUD.

La salud empieza en el hogar, en las escuelas, en los centros laborales y recreativos, en el campo y en la ciudad. En esos lugares las personas viven y se desarrollan, es ahí donde la salud se forja o se rompe. Por ello, la gente debe comprender la importancia de cuidar su salud y los que lo saben tienen el deber de ayudar a los demás a comprenderlo.

La Salud es el resultado de múltiples factores, del desarrollo individual, social, económico y cultural. Es por lo tanto un derecho básico de toda la población, así como una aspiración que se vincula con la participación de la comunidad, la política social y la acción coordinada de todos los sectores. Requiere además, de actividades específicas para propiciar, prevenir, preservar o restituir la integridad física, mental y social de los individuos, en todas las áreas donde puedan estar expuestos a distintos riesgos, como son el ambiente, el hogar y el trabajo. En este sentido, la salud implica también contar con una serie de satisfactores, tales como seguridad en el empleo, educación, vivienda con servicios básicos, ambiente salubre y esparcimiento, algunos de ellos contemplados por la seguridad social.

Fortaleciendo a las personas con este conocimiento estarán

en una posición mejor para promover los factores que son favorables a la salud y combatir los que le sean perjudiciales.

"Fomento de la Salud es un elemento de la Salud Pública, que incorpora factores psicosociales y de riesgo, como componentes fundamentales en el proceso Salud-Enfermedad. Sus acciones contribuyen a mejorar la calidad de vida, actuando sobre los factores susceptibles de ser modificados; crea un nuevo enfoque de la cultura de la salud que permite la prevención y el autocuidado a través de promover conocimientos, conductas, compartimientos, actitudes, organización y desarrollo individual, familiar, laboral y comunitario, mediante la educación para la salud" (12).

Las acciones de Fomento de la Salud se realizan en ámbitos diferentes, dependiendo de los núcleos de población a los que da servicio. En este sentido se tienen considerados subprogramas de Fomento de la Salud que contemplan universos diferentes.

ANTECEDENTES.

El antecedente formal de Fomento de la Salud, se tiene en 1978, en la reunión de Alma-Ata (URSS), donde se generó una declaración en la que se pedía una acción internacional urgente a fin de alcanzar un nivel aceptable de salud para todos. El artículo VII de esta declaración señala que: "La atención

(12) Subjefatura de Fomento de la Salud (IMSS), "Programa Institucional de Fomento de la Salud", México, D.F. 1992 pág. 1.

primaria de la salud comprende la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes y exige y fomenta en grado máximo la autoresponsabilidad y la participación individual y colectiva".

Bajo este marco la Asamblea Mundial adoptó una resolución que establecía como principal meta de salud en los siguientes decenios, alcanzar para todos los habitantes del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. A esta meta se le conoce desde entonces como "Salud para todos en el año 2000".

"Las metas específicas de esta estrategia en el Continente Americano son las siguientes:

— Esperanza de vida al nacer: Ningún país de la región tendrá una esperanza de vida al nacer inferior a 70 años.

— Mortalidad infantil: Ningún país de la región tendrá una mortalidad mayor de 30 defunciones por cada 1000 nacidos vivos.

— Mortalidad preescolar: Ningún país de la región tendrá una mortalidad preescolar superior a 2 defunciones por cada 1000 niños de 1 a 4 años.

— Inmunizaciones: Se proporcionará inmunización contra difteria, tosferina, tétanos, tuberculosis, sarampión y poliomielitis al 100% de las embarazadas en las zonas endémicas.

— Agua potable y disposición de excretas: Se proporcionará agua potable aproximadamente a 100 millones de mexicanos en zonas rurales y a 155 millones de habitantes urbanos; servicios de alcantarillado y disposición de excretas a 140 millones de

pobladores en áreas rurales y 250 millones de habitantes urbanos.

— Cobertura de servicios de salud: Se asegurará el acceso a los servicios de salud al 100% de la población.

Como es de notarse, el logro de la meta de salud para todos en el año 2000, requiere no sólo del concurso de todos los recursos disponibles, sino de la racionalización de su uso y una distribución más equitativa entre la población. De hecho, la lucha contra la enfermedad, que es también la lucha contra el subdesarrollo y la pobreza, no podrá ganarse sin mayor grado de justicia social y desarrollo económico" (13).

Puede decirse que en la declaración de Alma-Ata, abanderada por la Organización de las Naciones Unidas (OMS), se incluyen las antiguas preocupaciones de los gobiernos de los distintos países sobre la salud de la población mundial, en especial la de los países en vías de desarrollo.

Se reafirma el derecho de todos a un nivel de salud lo más elevado posible y la obligación de los gobiernos a considerar esta labor como un objetivo social, trascendente. Acorde con estas tendencias actuales de la medicina mundial, el Instituto Mexicano del Seguro Social, instituye el Programa de Fomento de la Salud, en la primera reunión temática de Delegaciones, "Atención Primaria y Fomento de la Salud" (Abril, 1985).

En julio del mismo año se elaboró el primer Programa

(13) Moreno López, Sergio: "Atención Primaria de la Salud", IMSS, México, D.F. 1990, pág. 59.

Institucional de Fomento de la Salud, y en octubre, se emite el documento denominado "Lineamientos generales para la instrumentación del Programa de Fomento de la Salud en las Delegaciones".

En este documento se planteó que el programa sería de tipo horizontal, sin modificación de organigramas, ni recursos propios y consideraron la integración de grupos funcionales en los que participaran las diversas áreas institucionales involucradas en el programa.

De esta forma, se presenta el Programa Institucional de Fomento de la Salud que fué formulado para llevarse a cabo a nivel nacional, del cual se desprende el Programa de Fomento de la Salud en Escuelas Primarias, derivándose a su vez el Programa de Fomento de la Salud en Escuelas Primarias desarrollado en la Delegación 3 Suroeste del D.F. del IMSS.

"PROGRAMA INSTITUCIONAL DE FOMENTO DE LA SALUD.

JUSTIFICACION.

Acorde con la política de modernización planteada por el Lic. Emilio Gamboa Patrón, entonces Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social (1992), la Subdirección General Médica, a través de la Jefatura de Servicios de Salud Pública, reorienta el Programa de Fomento de la Salud, con el propósito de crear un nuevo enfoque de la cultura de la salud, para que con participación consciente de los involucrados, se

propicie el autocuidado de la salud individual, familiar y colectiva, se erradiquen hábitos y costumbres desfavorables, se detecten y modifiquen factores de riesgos, y todo ello se traduzca en mejores niveles de salud del individuo, de la familia y de la comunidad.

Algunas empresas han desarrollado programas para la atención de la salud de los trabajadores y han probado que por cada peso destinado a este propósito se recuperan dos, a mediano y largo plazo. Una vez que se ha incidido en la población para cambiar hábitos y costumbres nocivas a la salud, se reducen considerablemente las incapacidades y se mejora la eficiencia, lo cual reditua en un aumento de la productividad y en beneficios individuales, familiares y colectivos, que contribuyen a que la población alcance mejores condiciones de salud.

En consecuencia se propone lo siguiente:

Establecer un marco normativo.

Dotar al programa de recursos presupuestales propios para garantizar resultados.

Reorientar la organización, operación y estrategias.

Establecer los mecanismos de información, supervisión y evaluación del programa por niveles, que permitan una rápida retroinformación.

Corrección de desviaciones y medida objetiva de los impactos de salud.

POLITICAS.

La subdirección General Médica, a través de la Jefatura de Servicios de Salud Pública, en coordinación con las Jefaturas de Servicios de: Salud Reproductiva y Materno Infantil, Salud en el Trabajo, Prestaciones Sociales, Seguridad para los Trabajadores, Orientación y Quejas, la Coordinación General de Comunicación Social y otras dependencias del sistema, normará las acciones de Fomento de la Salud en el Instituto.

Las acciones de Fomento de la Salud estarán orientadas a la identificación y disminución de factores de riesgo.

Las Áreas institucionales involucradas se coordinarán para la aplicación del programa.

Los equipos de fomento de la Salud promoverán la autogestión para disminuir riesgos en el individuo, en su familia y en la comunidad.

Para el desarrollo de las acciones del programa de Fomento de la Salud, se impulsará la concertación de la comunidad con los sectores público, social y privado.

La educación para la salud será el instrumento básico para crear un nuevo enfoque de la cultura de la salud.

PROPOSITOS.

Crear un nuevo enfoque de la cultura de la salud con participación de los interesados.

Desarrollar un nuevo enfoque de la cultura de la salud a

través del proceso educativo.

Promover en los trabajadores del Instituto, su familia y la población marginada urbana (IMSS-SOLIDARIDAD), hábitos tendientes a mejorar su salud.

Contribuir de manera permanente a disminuir los riesgos de la salud de los derechohabientes y de la población marginada urbana.

OBJETIVOS.

Identificar factores de riesgo para la salud de la población involucrada, en las 36 Delegaciones del IMSS, en un plazo de cuatro meses a partir de la implementación de cada subprograma.

Organizar a la comunidad en el área de influencia de cada Delegación por unidad médica, para que con su participación consciente y activa se disminuyan en un 20% cada uno de los factores de riesgo para la salud, detectados y susceptibles de ser modificados a mediano plazo.

Modificar hábitos y costumbres desfavorables para la salud, a través de acciones de educación para la salud, en el 100% de la población atendida por el programa, en las 33 delegaciones del sistema.

ESTRATEGIAS.

Se propondrán a las autoridades correspondientes las normas

para mantener actualizado el marco normativo, en el que se desarrollaran las acciones de Fomento de la Salud.

Se promoverán reuniones periódicas de trabajo para coordinar las acciones del programa de Fomento de la Salud entre las áreas institucionales participantes y con organismos públicos y privados, para concertar acciones en salud.

Se favorecerá la comunicación multidireccional que propicie la ejecución de acciones de Fomento de la Salud.

Se promoverá la capacitación al personal, para el mejor desempeño de sus funciones.

Se impulsará la organización y participación de la comunidad, mediante la integración y operación de comités.

Se propiciará la utilización de los medios de comunicación idóneos, en las acciones de educación para la salud, para modificar hábitos y costumbres desfavorables para la salud.

Se identificarán los factores de riesgo existentes en la población involucrada, mediante encuestas, entrevistas personales y colectivas.

Se desarrollarán acciones específicas para la incorporación de pensionados y jubilados al programa de Fomento de la Salud.

ORGANIZACION.

Las actividades de Fomento de la Salud, se realizarán a través de líneas de acción que se aplican tanto intramuros como extramuros mediante subprogramas.

Lo anterior se lleva a cabo por medio de las medidas

operativas y de control que a continuación se detallan.

NIVEL CENTRAL.

La Subdirección General Médica, a través de la Jefatura de Servicios de Salud Pública, en coordinación con las Jefaturas de: Servicios de Salud en el Trabajo, Salud Reproductiva y Materno Infantil, Seguridad para los Trabajadores, Prestaciones Sociales, Orientación y Quejas, la Coordinación de Comunicación Social y otras:

Es la responsable de autorizar, emitir y vigilar la permanente actualización del marco normativo, los lineamientos y las estrategias de las acciones de Fomento de la Salud.

Es la encargada de vigilar el cumplimiento de los subprogramas, dar asesoría, realizar seguimiento y evaluación del programa de Fomento de la Salud en las delegaciones.

Establece lineamientos para la capacitación del personal que realiza acciones de Fomento de la Salud.

Informa a las instancias superiores de avances, resultados y problemas detectados.

Coordina y concerta con otras áreas institucionales su participación en Fomento de la Salud.

Informa a nivel delegacional sobre aspectos del programa.

SUBJEFATURA DE FOMENTO DE LA SALUD.

Funciona con tres coordinaciones normativas:

Educación para la salud.

Participación social.

Fomento de la Salud para Trabajadores IMSS y Area Laboral.

Es la responsable de presentar propuestas de normatividad en su área de competencia y mantener actualizado el marco normativo; supervisa y evalúa el desarrollo de los subprogramas; asesora a los equipos delegacionales de Fomento de la Salud; evalúa los resultados, presenta información al titular de la jefatura y diseña contenidos de capacitación y educativos para quienes realizan o participan en las acciones de Fomento de la Salud.

NIVEL DELEGACIONAL.

El C. Delegado es el responsable de la implementación y desarrollo del programa; convoca para su participación delegacional a Prestaciones Sociales, Orientación y Quejas, Seguridad en el Trabajo, Comunicación Social y otras áreas; coordina las acciones de Fomento de la Salud intra y extrainstitucionales en el ámbito delegacional. Se apoya en el jefe delegacional de servicios médicos para la aplicación, supervisión y evaluación del programa.

El coordinador de Salud Pública es el responsable de que el programa sea operado en las diferentes zonas: Mantiene informados a todos los niveles; supervisa y asesora a nivel operativo y evalúa los resultados del programa por zona.

NIVEL OPERATIVO.

El director de cada unidad es el responsable de la aplicación del programa y de los subprogramas que le correspondan en el ámbito de influencia a su unidad.

El programa se aplica en Unidades Médicas, en Centros Laborales y Educativos, en Areas Habitacionales y en los Centros de Seguridad Social y Centros de Extensión de Conocimientos.

El desarrollo del Programa Institucional de Fomento de la Salud se logra a través de la participación de personas dispuestas y comprometidas para conjuntar conocimientos y experiencias, compartir la responsabilidad en la toma de decisiones y optimizar los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos del instituto. Para la operación se organizan en comités locales y comunitarios debidamente estructurados. Comité Local de Fomento de la Salud.

Está integrado por el Director de la Unidad Médica, apoyado por los jefes de servicio que se requieran, un representante del equipo coordinador, uno del equipo básico y un representante comunitario de cada uno de los universos que se estén trabajando.

Opera uno en cada unidad médica donde se trabajen los subprogramas de unidades habitacionales y/o población marginada urbana.

Está regido por un reglamento local, elaborado por el propio comité.

Es responsable de coordinar programas y evaluar las acciones de Fomento de la Salud que se efectúen en la zona de influencia de la unidad médica, a través del equipo coordinador de salud. El equipo coordinador de salud, está integrado por:

- Un Médico Comunitario.
- Un Trabajador Social.
- Un Psicólogo Social Comunitario.
- Un Sociólogo.
- Un Promotor de Salud.
- Una Promotora Social Voluntaria.

Apoyándose eventualmente en el personal existente en la unidad, que pueda colaborar en las acciones de Fomento de la Salud.

Administrativamente depende del Director de la Unidad y operativamente del comité local de Fomento de la Salud.

En cada Unidad se habilita a un equipo coordinador de salud por cada tres a siete equipos básicos.

Actuará en todos los subprogramas.

Es el responsable de la coordinación y asesoría de los equipos básicos que dependen de la Unidad médica.

El comité comunitario de Fomento de la Salud:

Está integrado por representantes de la comunidad, en coordinación con el equipo básico de salud.

Es el responsable de difundir operar las líneas de acción de Fomento de la Salud, de participar en la elaboración del diagnóstico de riesgos para la salud, de la programación de las

actividades y del seguimiento.

El equipo básico de salud, está integrado por:

Un Auxiliar de Enfermería en Salud Pública.

Un Promotor de Salud.

Un Auxiliar de Comunidad.

Actúa en dos ámbitos de acción: Unidad Infonavit y población marginada urbana.

Para las áreas laboral, de trabajadores IMSS y educación, sus integrantes se definen en los subprogramas correspondientes.

Administrativamente depende del Director de la unidad.

El equipo básico de salud es el responsable de propiciar la integración del comité comunitario, de la coordinación entre éste y el equipo coordinador de salud institucional y de cumplir con las funciones y actividades asignadas en el subprograma correspondiente.

LIMITES:

De tiempo:

El desarrollo del programa es permanente.

De espacio:

Las 36 delegaciones del sistema.

Universo:

Población derechohabiente del Instituto y población marginada urbana.

METAS.

Que en todas las delegaciones del IMSS se implemente el

programa de Fomento de la Salud.

Para 1993, contar con el 70% del personal de Fomento de la Salud.

Para 1994, el 100% del personal y consolidar el programa.

Para 1993 se efectuarán:

Una reunión nacional

Diez reuniones regionales.

Setenta y dos visitas delegacionales de evaluación del desarrollo del programa.

Para 1994 se efectuarán:

Una reunión nacional.

Diez reuniones regionales.

Setenta y dos visitas delegacionales de evaluación del desarrollo del programa.

RECURSOS.

Para la estimación de los recursos humanos, materiales y tecnológicos necesarios en la implementación del presente programa, se tomó en cuenta la situación que vive el país y la institución, por lo que se buscó aquella organización que permitiera alta flexibilidad de los recursos y el mayor aprovechamiento de los mismos con óptimos beneficios.

SISTEMA DE CONTROL.

Información:

En un principio se contará con un proceso manual y se

operará paralelo al Sistema Unico de Información (SUI).

SUPERVISION Y SEGUIMIENTO:

Se hará a través de visitas delegacionales y sobre de la información que éstas rindan, y sobre los compromisos adquiridos en los acuerdos correspondientes y con el sistema de información.

EVALUACION:

La evaluación se realizará en los distintos niveles de la estructura, mensualmente en el nivel operativo, trimestralmente en el nivel delegacional, y semestralmente por el nivel central, de manera sistemática, con base en los indicadores cualitativos y cuantitativos que se establezcan en cada uno de niveles, para conocer en una primera etapa el avance y logros obtenidos y a mediano plazo los impactos en la salud de los subprogramas correspondientes, ya que estos cambios no son evidentes a corto plazo".

Fuente: Subdirección General Médica; "Programa Institucional de Fomento de la Salud"; IMSS, México, D.F., 1992.

"PROGRAMA OPERATIVO DE LA CULTURA DE LA SALUD EN ESCUELAS
PRIMARIAS OFICIALES, QUE CONSTITUYAN UNIVERSOS DEL PROGRAMA DE
FOMENTO DE LA SALUD.

JUSTIFICACION.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, a través del Programa Institucional de Fomento de la Salud, orienta sus recursos y programas en sus diferentes áreas para modificar los factores primarios que determinan la patología predominante en nuestro país, los cuales a pesar de los esfuerzos realizados no han presentado cambios significativos en las últimas décadas.

Mejorar la calidad de vida de la población es el compromiso contraído y para ello la concertación de esfuerzos participativos de las comunidades públicas y privadas permitirá acelerar la mejoría de las condiciones de salud, bienestar y desarrollo.

El sector educativo promueve a través de sus diferentes programas, la vigilancia de la salud escolar e incorpora la integración de la comunidad al desarrollo de las actividades para mejorar sus condiciones de vida, fundamentalmente a través de la capacitación y comunicación educativa para fomentar la salud del escolar.

La trascendencia de la vigilancia de la salud del sector para asegurar su crecimiento y desarrollo productivo, no sólo

desde el punto de vista individual sino como parte fundamental del núcleo familiar y generadora de cambio social, justifica que se establezcan acciones coordinadas intersectorialmente para fortalecer la orientación en salud y proporcionar métodos sencillos que les permitan mejorar su educación, alimentación, vivienda, ingresos familiares e involucrados en la vigilancia responsable y compromiso ineludible del autocuidado y control de la salud.

OBJETIVOS.

Contribuir en el sector educativo al otorgamiento de actividades médico preventivas a los escolares, y sus familias.

Participar con la comunidad escolar en la modificación de su ambiente, con el fin de evitar daños a la salud y mejorar el nivel de vida de los escolares, sus familias y su entorno comunitario.

ESTRATEGIAS.

A través de las brigadas de medicina preventiva efectuar acciones de promoción, protección y detección en el ámbito escolar y proyectar la vigilancia epidemiológica y las acciones preventivas a los núcleos familiares de los escolares derechohabientes y la extensión de las mismas a la comunidad en general.

Contribuir al mejoramiento del ambiente escolar, a través de las acciones coordinadas y concertadas con el sector educativo y

el sector social a través de las sociedades de padres de familia.

METAS.

De resultados.

Contribuir a disminuir los coeficientes de morbilidad en la población escolar.

De actividades.

Capacitar al 100% de los escolares, maestros y padres de familia en relación a los riesgos y medidas preventivas a seguir en las enfermedades transmisibles y no transmisibles más frecuentes, así como los accidentes.

Proporcionar cepillos dentales a los alumnos y capacitar al 100% de los escolares en la técnica de cepillado dental y autoaplicación de fluor.

Efectuar desparasitación intestinal en el 80% de las familias de los escolares.

Proporcionar un sobre de hidratante a todas las madres de escolares con niños menores de 5 años y capacitación de la técnica de hidratación oral.

Realizar la detección de afecciones urinarias en el 100% de la población escolar.

Efectuar acciones de saneamiento básico en base al diagnóstico ambiental observado en las escuelas.

LIMITES.

De población:

Alumnos, profesores, representantes de padres de familia.

De espacio:

Escuelas primarias ubicadas en el área de influencia de las delegaciones del IMSS.

De tiempo:

ACTIVIDADES.

Módulo de Atención Preventiva.

Promoción.

Acciones de comunicación educativa dirigidas a lograr la participación del escolar, los maestros y padres de familia en beneficios de su salud.

Protección de la salud.

Desarrollo de actividades tendientes a evitar un daño en grupos de alto riesgo a través de la administración de inmunógenos fármacos.

Detección del estado de salud.

Actividades relacionadas con la búsqueda intencionada de daños en los escolares y sus familias aparentemente sanos.

PRECISION DE ACTIVIDADES.

1.-Módulo de Acciones Preventivas.

Promoción, protección y detección estarán a cargo del equipo interdisciplinario que integran las brigadas de medicina preventiva del IMSS, en base a las normas y procedimientos de los programas preventivos vigentes y compromiso a efectuar en el ámbito escolar.

—Educación para la salud.

- Prevención de la deshidratación.
- Desparasitación Intestinal.
- Odontología preventiva.
- Detección de Afecciones Urinarias.
- Saneamiento Básico del Ambiente Escolar.
- Detección de Fiebre Reumática.
- Grado de Nutrición.

Educación para la Salud, será efectuada en forma coordinada y precisando los contenidos temáticos en el Programa Operativo.

Atención médica del escolar.

Los escolares que requieren atención médica, serán canalizados a la Institución del Sector Salud bajo cuyo régimen se encuentren protegidos.

COORDINACION.

La brigada de Medicina Preventiva solicitará los recursos necesarios para la ejecución de sus actividades a su unidad de medicina de adscripción. Las acciones a desarrollar en el ámbito familiar y comunitario serán efectuadas por el personal del IMSS, de acuerdo a los mecanismos operativos del Programa Institucional de Fomento de la Salud.

ORGANIZACION.

El programa en sus aspectos normativos depende de la Subdirección General Médica, a través de la Subjefatura de

Servicios de Medicina Preventiva y Jefatura Delegacional de Servicios Médicos, quien a su vez es responsable de establecer y definir los mecanismos de coordinación con la SEP.

La responsabilidad operativa depende de las autoridades delegacionales a través de los Directores de las Unidades sede de adscripción de las Brigadas de Medicina Preventiva, conjuntamente con los Directores de las escuelas y el personal operativo de la SEP.

FUNCIONES.

Las definidas por el personal del Instituto en el Programa de Fomento de la Salud y las señaladas en el Programa de la SEP.

RECURSOS.

Recursos humanos.

Los correspondientes a la Brigada de Medicina Preventiva y personal designado por la SEP.

Recursos materiales.

Los necesarios para efectuar las actividades de promoción, protección y detección del estado de salud comprometidos por el IMSS.

CONTROL.

Supervisión y Asesoría.

La supervisión de la Brigada de Medicina Preventiva será realizada sistemáticamente por el Director de la Unidad Médica, el Epidemiólogo y la Enfermera Sanitarista y llevará implícita

la asesoría procediendo a corregir las desviaciones detectadas.

INFORMACION

Las actividades desarrolladas serán registradas en los formatos establecidos por el Sistema Unico de Información y por el Programa de Fomento de la Salud; para fines de evaluación en el primer semestre, se elaborará un reporte semanal que incluya la información de actividades del IMSS.

EVALUACION.

Se hará tomando como base los indicadores de los diferentes programas y de la productividad de las brigadas con periodicidad diaria, semanal, mensual y al término del programa".

FUENTE: Subdirección General Médica; "Programa Operativo de la Cultura de la Salud en Escuelas Primarias Oficiales, que constituyen universos del Programa de Fomento de la Salud", IMSS, México, D.F., 1992.

"PROGRAMA DE FOMENTO DE LA SALUD EN ESCUELAS PRIMARIAS OFICIALES
QUE CONSTITUYEN UNIVERSOS DEL PROGRAMA EN LA DELEGACION 3
SUROESTE DEL D.F. DEL IMSS.

JUSTIFICACION.

Con el fin de unificar las acciones de Fomento de la Salud que se realizan en escuelas primarias por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social, se presenta el siguiente programa operativo, como guía de acción para: Los médicos encargados del mismo en las unidades médicas, el personal del equipo de salud de las áreas médicas, prestaciones sociales, seguridad e higiene y autoridades de la Delegación 3 Suroeste del D.F.

OBJETIVOS OPERATIVOS DEL PROGRAMA.

Cinco objetivos operativos importantes a saber:

1.-Inculcar en los profesores, padres de familia y estudiantes la necesidad de modificar hábitos para mejorar la salud.

2.-Mantener protegida a la población escolar contra: padecimientos infectocontagiosos previsibles, accidentes y siniestros.

3.-Contar permanentemente con un grupo de estudiantes, promotores de acciones de Fomento de la Salud.

4.-Mantener actualizado el perfil de salud en la población escolar.

5.-Establecer un sistema de registro e información de las acciones realizadas para su evaluación".

FUENTE: Subdirección General Médica: "Programa de Fomento de la Salud en Escuelas Primarias Oficiales, que constituyan universos del Programa en la Delegación 3 Suroeste del - D.F.". IMSS, México, D.F., 1992.

**OBJETIVO 1: INGLCAR EN LOS PROFESORES, PADRES DE FAMILIA
Y ESTUDIANTES LA NECESIDAD DE MODIFICAR HABITOS
PARA MEJORAR LA SALUD.**

ACTIVIDADES.	DIRIGIDAS A:	RESPONSABLE
I. PLATICAS RELACIONADAS A: NUTRICION. -Orientación nutricional, obesidad y desnutrición. -Alimentos y nutrientes. -Formación de hortalizas. -Conservación de alimentos. -Desnutrición y caries. -Infecciones gastrointestinales: Causas, prevención y atención urgente. -Parasitosis intestinal. -Saneamiento de instalaciones sanitarias. -Selección y reciclaje de basura. -Eliminación de plagas.	Profesores, padres de familia y estudiantes.	Dietista. Prestaciones sociales. Estomato. Enfermería. Seguridad e Higiene.
INFECCIONES. -Propias de la infancia. -Vias urinarias. -Fiebres reumáticas.	Profesores, padres de familia y estudiantes.	Enfermería.
PROBLEMAS DE COMUNICACION. -Orientación sobre problemas visuales, auditivos y de lenguaje. -Detección oportuna.	Profesores, padres de familia y estudiantes.	Enfermería.
PROBLEMAS DE LOCOMOCION. -Orientación sobre problemas de columna y de pie plano. -Detección oportuna.	Profesores y padres de familia.	Enfermería.
SALUD MENTAL. -Orientación sobre alcoholismo, drogadic, e integración familiar.	Profesores y padres de familia.	Centros de Integración Juvenil.
SEXUALIDAD Y DESARROLLO HUMANO.	Profesores, padres de familia y estudiantes.	
ACCIDENTES. -Causas y prevención en: Hogar, vía pública y planteles escolares.	Profesores y estudiantes.	Seguridad e Higiene.
RECREACION Y DEPORTES (clases).	Profesores, padres de familia y estudiantes.	Prestaciones sociales.

FUENTE: Subdirección General Médica; Programa de Fomento de la Salud en Escuelas Primarias Oficiales que constituyen universo del programa en la Delegación 3 suroeste; IMSS; México, D.F., 1982.

OBJETIVO 2: MANTENER PROTEGIDA A LA POBLACION ESCOLAR CONTRA PADECIMIENTOS INFECCIOSOS CONTAGIOSOS PREVISIBLES, ACCIDENTES Y SINIESTROS.

ACTIVIDADES	DIRIGIDO A:	RESPONSABLES
REALIZACION DE UN EXAMEN DE BARRID A CADA UNO DE LOS ESTUDIANTES, ENFOCADO A LA DETECCION DE: - Estado nutricional - Caries - Daños gastrointestinales - Infección de vías urinarias - Fiebre reumática - Deficiencia de agudeza visual - Deficiencia de agudeza auditiva - Problemas de lenguaje - Problemas de columna - Problemas de pie plano - Problemas sociales	Estudiantes	Dietista/Enfermería Estomatólogo Enfermería Médico/enfermería Médico Enfermería Enfermería Enfermería Enfermería Médico.
INMUNIZACIONES	Estudiantes	Enfermería
PROTECCION DENTARIA - Aplicación de fluor	Estudiantes	Estomatólogo
IX Y CONTROL DE SANEAMIENTO Y SEGURIDAD DEL PLANTEL.	Instalaciones del Plantel	Seguridad e higiene
CAPACITACION PARA CASOS DE SINIESTRO	Profesores y estudiantes	Cruz Roja
CONTROL Y SEGUIMIENTO DE CASOS: - Estado Nutricional - Caries - Daños gastrointestinales - Infección de vías urinarias - Fiebre reumática - Problemas de agudeza visual y auditiva - Problemas de alcoholismo y drogadicción. - Infecciones de la primera infancia	Estudiantes	Dietista/Enfermería Estomatólogo Enfermería Enfermería y trabajo social Enfermería y trabajo social Enfermería y trabajo social Médico/trab. Social/Enfermería Médico/enfermería

FUENTE: Subdirección general Médica; Programa de Fomento de la Salud en Escuelas Primarias Oficiales que constituyen un convenio del programa en la Delegación 3 Sureste; IMSS; México, D.F., 1982.

**OBJETIVO 3: CONTAR PERMANENTEMENTE CON UN GRUPO DE ESTUDIANTES
PROMOTORES DE ACCIONES DE FOMENTO DE LA SALUD**

ACTIVIDADES	DIRIGIDO A:	RESPONSABLES
1. DETECCIÓN DE UN LIDER NATURAL POR CADA 15 ALUMNOS DE TODOS LOS GRUPOS DEL PLANTEL	Estudiantes	Profesores
2. CAPACITACION DEL PROMOTOR DE FOMENTO DE LA SALUD EN : - Liderazgo - Fomento de la salud - Estrategias específicas - Control y registros	Estudiantes líderes, seleccionados previamente	Enfermería y Trabajo Social
3. RECONOCIMIENTO Y ESTIMULO ANUAL A LOS PROMOTORES	Promotores de fomento de la salud	Médico coordinador

FUENTE: Subdirección general Médica; Programa de Fomento de la Salud en Escuelas Primarias Oficiales que constituyen universos del programa en la Delegación 3 Surcoate, IMSS; México, D.F., 1982.

**OBJETIVO 4: MANTENER ACTUALIZADO EL PERFIL DE SALUD
DE LA POBLACION ESCOLAR**

ACTIVIDADES	DIRIGIDO A:	RESPONSABLES
1. PROCESAR ANUALMENTE LA MORBILIDAD EN SUS CINCO PRIMERAS CAUSAS, DE LA POBLACION ESCOLAR DE CADA PLANTEL	Exámenes anuales de salud de los estudiantes	Médico coordinador

FUENTE: Subdirección General Médica; Programa de Fomento de la Salud en Escuelas Primarias Oficiales, que constituyen universo del programa en la Delegación 3 Buroeste; IMSS; México, D.F., 1992.

OBJETIVO 5: ESTABLECER UN SISTEMA DE INFORMACION DE LAS
ACCIONES REALIZADAS PARA SU EVALUACION

ACTIVIDADES	DIRIGIDO A:	RESPONSABLES
1. DISEÑAR UN FORMATO PARA EL EXAMEN ANUAL DE SALUD ESCOLAR	Las áreas básicas: nutrición, padecimientos infectocontagiosos, problemas de comunicación (vista, oído y habla); de locomoción (columna y pie plano) y salud mental	Enfermería
2. DISEÑAR EL DOCUMENTO PARA CONCENTRAR LOS DATOS DE LOS EXAMENES DE SALUD.		
3. DISEÑAR EL FORMATO DE REGISTRO PARA EL PROMOTOR DE FOMENTO DE LA SALUD.	programa de actividades	Enfermería y Médico responsable del programa
4. DISEÑAR UN FORMATO PARA LA NOTIFICACION DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	Normas de la SS y del IMSS	Enfermería
5. DISEÑAR UN FORMATO DE NOTIFICACION DE DETECCION DE PADECIMIENTOS A LOS PADRES DE FAMILIA.	Examen de salud	Médico.
6. DISEÑAR UN FORMATO DEL INFORME BIMESTRAL A LA DELEGACION, DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN PLANTELES ESCOLARES, ASI COMO A LAS AUTORIDADES DE LA S.E.P.	Objetivos y actividades	Médico Secretaría Técnica del Programa

FUENTE: Subdirección general Médica; Programa de Fomento de la Salud en Escuelas Primarias Oficiales que constituyen universos del programa en la Delegación 3 Sureste; IMSS; México, D.F., 1992.

ANALISIS DEL PROGRAMA DE FOMENTO DE LA SALUD EN ESCUELAS
PRIMARIAS DE LA DELEGACION 3 SUROESTE DEL D.F. DEL IMSS.

Después de siete años de operación del programa y para hacerlo más congruente con el moderno modelo de atención a la salud, en 1992 el IMSS realizó un análisis del cual se obtuvo como resultado que:

1. La carencia de presupuesto y de normatividad precisa, se convirtieron en limitantes de importancia para el desarrollo de este programa.

2. En esta delegación se aplicaron los programas de Fomento de la Salud en Escuelas Primarias y de Atención Primaria de la Salud, como atención médica primaria de la enfermedad, dando como resultado que se "medicalizara" la actividad desarrollada.

3. No en todas las ocasiones se consiguió una verdadera participación de la población.

4. No fué posible evaluar el programa en forma objetiva en cuanto a sus logros por la carencia de un sistema de información sencillo, veraz y suficiente.

5. Se reconocen avances importantes del programa.

6. No hay una coordinación institucional adecuada que permita el óptimo desarrollo de las acciones de salud y evite la duplicidad de acciones.

En base a los resultados obtenidos se considera importante hacer una revisión del contexto situacional de la

zona de influencia de la Delegación 3 Suroeste del IMSS, para conocer los factores que podrían incidir en el estado de salud de sus habitantes, lo cual se desarrolla en el siguiente capítulo.

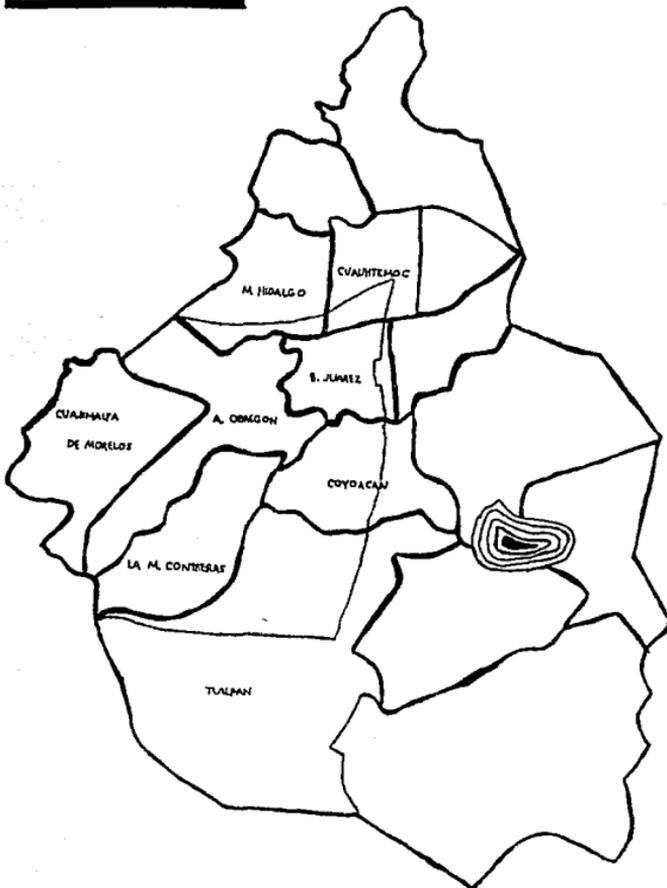
CAPITULO III

ZONA DE INFLUENCIA DEL PROGRAMA DE FOMENTO DE LA SALUD EN ESCUELAS PRIMARIAS DE LA DELEGACION 3 SUROESTE DEL D.F. DEL IMSS.

La Delegación 3 Suroeste del IMSS, considera a 13 Unidades que incluyen tanto Hospitales Generales de Zona como Unidades de Medicina Familiar que participan en el Programa de Fomento de la Salud, desarrollando acciones de dicho programa en 11 escuelas primarias, ubicadas en las Delegaciones Políticas de: Alvaro Obregón, Benito Juárez, Cuauhtémoc, Coyoacán, Cuajimalpa de Morelos, La Magdalena Contreras, Miguel Hidalgo y Tlalpan.

A continuación se presenta un marco general de las Delegaciones Políticas de Alvaro Obregón, Benito Juárez y Cuauhtémoc en las que se localizan las Escuelas Primarias Juan Alvarez, Reino Unido de la Gran Bretaña y José María Iglesias respectivamente en virtud de que en ellas se llevó a cabo la investigación y con el fin de dar a conocer sus características principales, así como las de su población.

DISTRITO FEDERAL



ALVARO OBREGON.

Representa el 6% del área total del Distrito Federal, constituyéndose por 4710 manzanas, distribuidas en dos localidades.

Más de la mitad de la superficie de la delegación es urbana, manteniendo una importante zona rural hacia el suroeste.

Esta delegación se encuentra entre las estribaciones de la Sierra de las Cruces (formada por rocas volcánicas), surcada por barrancas y cañadas.

En las partes altas y boscosas se presentan algunos arroyos cuyos cauces en la zona urbana están entubados, como es el caso de los ríos Tacubaya, Becerra, Mixcoac y Barranca del Muerto. Sobre el río Mixcoac se ubica la presa Canutillo y las aguas del arroyo Puerta Grande son retenidas por la presa Tarango.

El uso predominante del suelo es el habitacional en el cual podemos encontrar áreas residenciales y fraccionamientos de reciente formación, entre las que destacan: San José Insurgentes, Guadalupe Inn, Chimalistac, Jardines del Pedregal, entre otros. Existen diversas edificaciones de lujo que han sido adaptadas para servicios comerciales en importantes avenidas.

Prevalcen en la delegación zonas habitacionales antiguas que han conservado sus características arquitectónicas como el caso de San Ángel y Chimalistac.

La zona popular se localiza al noroeste y al este, formando las colonias Tizapán y Progreso. Hacia el norte, en los límites con la delegación de Cuajimalpa, se encuentran gran cantidad de

asentamientos humanos irregulares que se sitúan sobre áreas minadas y laderas de cañada. La zona minada eran antiguos bancos de material rocoso utilizado para relleno y construcción en general, algunas de las cuales fueron llenadas con basura y posteriormente con capas de arcilla, constituyendo sin embargo áreas de alto riesgo para ser usadas como zonas habitacionales. ya que en época de lluvias ocurren deslaves e inundaciones.

De acuerdo al XI Censo General de Población y Vivienda, 1990, el material de construcción predominante de las 133,937 viviendas particulares ubicadas en esta Delegación Política es en cuanto a su techo :

En el 7% de las viviendas de lámina de cartón; en el 0.34% de palma; tejamil^{*1} o madera; en el 15% de lámina de asbesto o metálica; en el 0.33% de teja; el 76% de losa de concreto, tabique o ladrillo; en el 1% de otros materiales y en otro 1% no se especifica cuales.

Así como hay variedad en el material de construcción de los techos, encontramos que en lo referente al piso está constituido en el 3% de las viviendas por tierra; en el 66% por cemento o firme; en el 30% por madera, mosaico u otros recubrimientos y en el 1% no se especificó el material.

Por otra parte el material de construcción predominante en las paredes de las viviendas esta compuesto en el 1% por lámina de cartón; en el 0.06% por carrizo, bambú o palma; en el 0.05%

^{*1} Tabla Delgada que se usa para fabricar los techos en lugar de teja.

por embarro^{*2} o bajareque^{*3}; en el 1% por madera; en el 1% por lámina de asbesto o metálica; en otro 1% más por adobe; en el 95% por tabique, ladrillo, piedra o cemento; en el 0.36% por otros materiales y en el 1% por materiales no especificados.

Encontramos que el 86% de estas viviendas cuentan con servicios de drenaje conectado al de la calle; el 5% disponen de drenaje conectado a fosa séptica; el 5% con desagüe al suelo, a un río o lago; el 3% no dispone de drenaje y el 1% no especificó si cuentan con éste servicio.

En esta misma zona; el 99% de las viviendas gozan del servicio de energía eléctrica y el 1% no cuenta con este beneficio.

Se observó también que el 70% de las viviendas dispone de agua entubada dentro; el 23.2% de agua entubada fuera de la vivienda pero dentro del terreno; el 3% obtiene el agua de una llave pública o hidrante; el 2% no cuenta con agua entubada y el 1% no especifican si tiene este servicio.

Así mismo, existe una zona ecológica que ocupa la parte sur de la delegación a partir de Santa Rosa Axochiac, en la cual prosperan bosques de oyameles y pinos en las zonas altas, así como encinos en las partes bajas que rodean una zona agrícola en la que se siembra principalmente maíz, frijol y árboles frutales.

En las partes bajas y planas del extremo noroeste y suroeste

*2 Aplanado de barro.

*3 Pared de cañas y tierra.

se extiende una red de arterias viales, entre las que destacan: el Periférico Sur y las Avenidas Revolución, Insurgentes, Universidad y Barranca del Muerto. Paralelamente al Periférico se localiza la vía del Ferrocarril México-Cuernavaca.

El equipamiento lo constituyen el área administrativa de la propia delegación, centros de salud, hospitales, centros culturales y sociales, escuelas de educación media y superior tanto de gobierno como particulares, mercados, módulos deportivos al aire libre y cerrados, museos, central camionera, panteones públicos y privados, así como parques, jardines y unas cuantas industrias textiles.

En esta delegación se localizan el Hospital General de Zona y Unidad de Medicina Familiar # 8 del IMSS y la Escuela Primaria Juan Alvarez, ambas participantes en el Programa de Fomento de la Salud.

En cuanto a los principales contaminantes en esta zona se observa que provienen de vehículos automotrices. Los desechos que producen las industrias están constituidos por soluciones de carbonatos, sulfatos, nitratos y cromatos que al infiltrarse en el terreno permeable contaminan irreversiblemente los mantos acuíferos.

De manera global hasta aquí se han descrito las principales características de esta zona, ahora veamos las generalidades de los pobladores de esta Delegación Política.

Se encontró que esta delegación cuenta con 642,753 habitantes de los cuales el 48% son del sexo masculino y el 52%

pertenece al sexo femenino, predominando la población joven (ver pirámide de edades).

En lo referente a nivel educativo de las personas, se tiene que el 3% son analfabetas, y del 87% que representa a los habitantes mayores de 6 años, el 8% no tiene instrucción primaria; el 3% aprobó el primer año de primaria; el 5% el segundo; el 6% el tercero; el 4% el cuarto; y otro 4% el quinto y 17% el sexto año; existe además el 0.3% que cursó el primer año de algún estudio técnico o comercial con primaria terminada; el 0.5% el segundo año y el 1% el tercer grado de dichos estudios.

Por otro lado el 4% de los habitantes cuentan con el primer año de secundaria; el 5% con el segundo y el 12% con el tercer grado.

Asimismo el 1% de las personas estudió el primer año de alguna carrera comercial o técnica al terminar la secundaria; el 1% el segundo grado; el 3% el tercero y el 0.4% aprobó el cuarto año.

En lo que se refiere al nivel bachillerato el 2% de las personas cursó el primer año de estos estudios; el 3% el segundo y el 5% el tercero.

Así también el 0.02% de las personas estudió el primer año de la normal básica; el 0.04% el segundo; el 0.1% el tercer grado y el 0.80% el cuarto año.

Por otro lado en el nivel profesional el 1% de los habitantes estudió el primer año; otro 1% el segundo; y otro

1% más el tercero; el 3% el cuarto; otro 3% el quinto; el 1% el sexto y otro 1% tiene estudios de posgrado.

De igual forma se observó que la población económicamente activa de esta delegación, es del 36%, de los cuales el 97% tiene alguna ocupación y el 3% está desocupada. Además el 37% del total de personas son consideradas económicamente inactivas, englobando aquí a estudiantes, personas dedicadas al hogar, jubilados y pensionados e incapacitados para trabajar.

La mayor parte de la población es originaria del D.F. y el resto proviene del interior de la República.

Las principales actividades productivas de esta zona son la industria manufacturera, la construcción, el comercio, el transporte y las comunicaciones, la administración pública, los servicios comunales y sociales, los servicios personales y los de mantenimiento.

Entre los principales problemas que predominan figuran: el pandillerismo, la delincuencia, la insalubridad, la contaminación, la desintegración familiar, y la insuficiencia de escuelas.

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática; "XI Censo General de Población y Vivienda, 1990", D.F., México, D.F., 1992.

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática; "Cuaderno de Información Básica Delegacional Alvaro Obregón", D.F., México D.F., 1992.

BENITO JUAREZ.

Representa el 1.70% del área total del Distrito Federal, está constituida por 2210 manzanas, distribuidas en una sola localidad.

El territorio de la delegación presenta en su totalidad una superficie casi plana.

Antiguamente en la zona en pendiente fluían los ríos la Piedad, Mixcoac y Puerta Grande (Barranca del Muerto), en la actualidad entubados y cuyas aguas son conducidas a través del Viaducto Miguel Alemán y el río Churubusco.

La totalidad del territorio de esta delegación comprende áreas urbanas construidas, el uso del suelo es principalmente habitacional, además de equipamientos industriales y zonas verdes. Las colonias tienen un promedio de antigüedad de 40 años, el espacio de construcción horizontal se encuentra saturado, sin embargo en la actualidad es substituído por un crecimiento vertical, es decir en forma de edificios. Predominando la clase media alta aunque existen colonias de bajos recursos.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), en cuanto a las características de las 114,002 viviendas particulares habitadas que hay en esta zona; tenemos que el principal material de construcción es el 1% de lámina de cartón; el 0.14% de palma, tejamil o madera; el 2% de lámina de asbesto o metálica; el 0.06% de teja; el 95% de losa de concreto, tabique o ladrillo; el 1% de otros materiales;

y otro 1% no especifica el tipo de material.

En lo relacionado al material de las paredes se encontró que el 0.04% de las viviendas es de lámina de cartón; el 0.01% de carrizo, bambu o palma; otro 0.01% es de barro o bajareque y el 0.16% es de madera; el 0.15% es de lámina de asbesto o metálica; el 1% es de adobe; el 97% es de ladrillo, tabique, block, piedra o cemento; el 0.36% es de otros materiales y el 1% no especificó el tipo de material.

En lo que se refiere al material predominante en el piso de las viviendas se observó que el 0.07% es de tierra; el 23% es de cemento o firme; el 75% de madera, mosaico u otros recubrimientos y el 1% no se especificó el material.

Por otra parte el 98% de las viviendas cuenta con drenaje conectado a la calle; el 0.36% tiene este servicio conectado a fosa séptica; el 0.09% utiliza el desagüe al suelo a un río ó lago; el 0.46% no dispone de drenaje y el 1% no especificó si cuenta con este beneficio.

Asimismo casi el 100% de las viviendas disfrutan del servicio de energía eléctrica.

En esta zona se observó también que el 94% de las viviendas dispone de agua dentro; el 4% tiene agua fuera de la vivienda pero dentro del terreno; el 0.18% la obtiene de agua pública o hidrante; el 0.29% no dispone de agua entubada y el 1% no cuenta con ella.

El equipamiento lo constituyen los servicios administrativos propios de la delegación, escuelas y colegios desde el nivel

preescolar hasta el superior, tanto oficiales como privados. En cuanto al sector salud se comprenden clínicas, sanatorios y hospitales oficiales y particulares, figurando aquí la clínica # 28 del IMSS y la Escuela Primaria Reino Unido de la Gran Bretaña, ambas pertenecientes al Programa de Fomento de la Salud.

Del equipamiento cultural y deportivo destacan el Poliforum Cultural Siqueiros, Ciudad de los Deportes, el Teatro de los Insurgentes, el Parque del Seguro Social y la Alberca Olímpica, entre otros.

Las áreas verdes comprenden espacios dedicados a jardines entre los que se encuentran el Parque Hundido, Francisco Villa y las Américas, así como plazas de menor superficie.

Las fuentes principales de contaminación ambiental son los vehículos automotores y las áreas industriales, además la basura y los desechos orgánicos depositados en la vía pública.

Después de revisar los aspectos generales de esta delegación ahora se expone las principales características de la población que vive en la zona.

Encontramos que aquí habitan 407,811 personas, de estas el 44% son hombres y el 56% son mujeres; predominando la población joven (ver pirámide de edades).

Con respecto a la escolaridad se observó que el 1% de los habitantes son analfabetas y el 90% son personas mayores de 6 años de las cuales, el 4% no tiene instrucción primaria; en cambio el 2% cursó el primer año de dicha educación; el 3%

estudió el segundo; y otro 3% el tercero; el 27% el cuarto; el 2% el quinto; el 11% cursó el sexto. Por otro lado el 29% de las personas estudió el primer año de algún estudio técnico o comercial con primaria terminada; el 1% cursó el segundo; el 2% el tercero. Asimismo otro 2% estudió el primer año de secundaria; el 3% el segundo; y 10% el tercero año.

Así también el 1% de las personas cursó algún estudio técnico con secundaria terminada; otro 1% el segundo año; el 5% el tercero y el 1% el cuarto grado.

Asi mismo el 2% de los habitantes estudió el primer año de bachillerato; el 4% el segundo y el 8% el tercero.

Además el 0.03% de las personas aprobó el primer año de normal básica, el 0.06% el segundo, el 1% el tercero, y el 0.1% el cuarto grado.

En cuanto a estudios profesionales se encontró que el 2% cursó el primer año, el 2% el segundo, el 3% el tercero, el 7% el cuarto, otro 7% el quinto y el 2% el sexto grado. En posgrado vemos que el 3% cursó este nivel y el 4% no especificó su grado de estudios.

Por otro lado puede decir que la población económicamente activa es del 42% de los cuales el 98% tiene alguna ocupación y el 2% esta desocupado. De igual forma el 63% de los habitantes son considerados inactivos englobando en este rubro a estudiantes, personas dedicadas a los quehaceres del hogar, jubilados, pensionados e incapacitados para trabajar.

Además se observó que de las personas que viven en esta zona

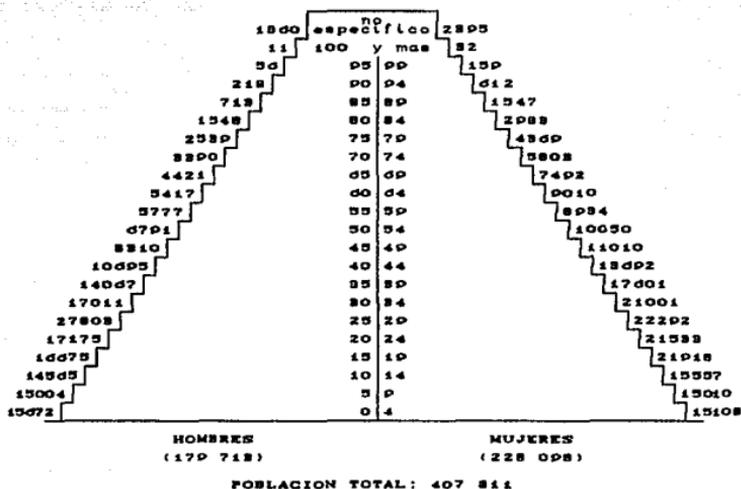
el 63% son nacidas en el Distrito Federal y las demás proceden de otras entidades

En esta delegación predominan los problemas de sobrepoblación, drogadicción, alcoholismo, niños de la calle y desintegración familiar, entre otros.

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: "XI Censo General de Población y vivienda, 1990". D.D.F., México D.F., 1992.

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: "Cuaderno de Información Básica Delegacional Benito Juárez". D.D.F., México D.F., 1992.

BENITO JUAREZ



FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática:
 "XI Censo General de Población y Vivienda, 1990"
 D.D.F., México, D.F., 1992.

CUAUHTEMOC.

Representa el 2.1% del área total del Distrito Federal. se constituye por 2578 manzanas distribuidas en la localidad.

El territorio de la delegación es plano en su mayor parte con ligera pendiente hacia el sureste de la misma, además se delimita por dos ríos entubados, el Consulado y el de la Piedad.

En el aspecto cultural y deportivo cuenta con teatros, bibliotecas, museos, centros deportivos y casas populares. Así como servicios administrativos distribuidos en toda el área, además de panteones como el Francés y el de San Fernando.

En lo referente al comercio e industria son muy diversos y se agrupan en diferentes zonas como son la Merced, La Lagunilla y el Centro.

Las áreas verdes son escasas en relación a la zona construida, destacando la Alameda Central y los Parques México y España así como avenidas y glorietas como Reforma e Insurgentes.

En lo que se refiere a las características principales de las 157,079 viviendas de esta zona se observa que de acuerdo con el INEGI, los techos en el 0.5% de los hogares son de lámina de cartón; el 2% de palma, tejamil o madera; otro 2% de lámina de asbesto o metálica; el 1% de teja; el 93% de losa de concreto, tabique o ladrillo; el 2% de otros materiales y el 1% no especificó de que es el techo.

En cuanto a las paredes el 2% de las viviendas son de lámina de cartón; el 1% de adobe; el 95% de tabique, ladrillo, block, piedra y cemento; el 0.4% de otros materiales y en el 1% no se

especifica de que material están hechas.

Asimismo el piso es en el 0.12% viviendas de tierra; en el 36% de cemento o firme; en el 62% de madera, mosaico u otros recubrimientos y en el 1% no se especifica el material de que esta hecho.

En lo que respecta a la disposición de drenaje, el 97% de las viviendas disfruta de este servicio conectado al de la calle; el 0.5% conectado a fosa séptica; el 0.2% con desagüe al suelo, a un río o lago; el 1% no dispone de drenaje y otro 1% no especifica si goza de este servicio.

Así también se encontró que el 90% de las viviendas cuenta con agua entubada dentro; el 8% dispone de ella fuera de la vivienda pero dentro del terreno; el 0.3% la obtiene de llave pública o hidrante; el 0.7% no disfrutan del servicio de agua entubada y el 1% no especifica si cuenta con dicho beneficio.

Además casi el 100% de las viviendas disponen de energía eléctrica.

Los principales factores que contaminan son los vehículos automotores y las industrias.

De manera general todo lo anterior corresponde a las características de la delegación, ahora se revisa lo referente a las personas que viven en esta zona.

De acuerdo con el XI Censo de Población y Vivienda, 1990, la delegación tiene 595,960 habitantes de los cuales el 47% son hombres y el 53% son mujeres; predominando las personas jóvenes (ver pirámide de edades).

De esta población se observó que el 2% son analfabetas, mientras que con respecto al nivel educativo se encontró que del 88% que representa a las personas mayores de 6 años que se encuentran en esta delegación; el 5% no cuenta con instrucción primaria; el 3% cursó el primer año de la educación básica; el 3% el segundo; el 4% el tercero; el 3% el cuarto; otro 3% el quinto y el 16% el sexto año.

Existe también un 3% que aprobó el primer grado de algún estudio técnico o comercial con primaria terminada; el 0,7% el segundo; y el 2% el tercero.

Por otro lado el 3% de los habitantes cursó el primer año de educación secundaria; el 4% el segundo y el 12% el tercero.

En cuanto a la instrucción media superior el 1% estudió el primer año de algún estudio técnico o comercial con secundaria terminada; el 1% el segundo; el 4% el tercero y el 0.5% el cuarto grado.

En el nivel bachillerato el 3% aprobó el primer año; el 3% el segundo y el 7% el tercero.

Asimismo el 0.2% cursó el primer grado de normal básica; el 0.04% el segundo; el 0.3% el tercero y el 0.2% el cuarto.

Con respecto a la instrucción superior el 1% cuenta con el primer grado de estudios profesionales, el 2% el segundo; otro 2% el tercero; el 4% el cuarto; el 3% el quinto; el 1% el sexto año y otro 1% aprobó estudios de posgrado.

Existe un 3% de los habitantes que no especificó su nivel de instrucción.

Se cuenta con una población económicamente activa del 41% de los cuales el 98% se dedica a alguna ocupación y el 2% está desocupado. Además el 37% del total de las personas se consideran inactivas, incluyendo en este rubro a estudiantes, personas dedicadas al hogar, jubilados y pensionados e incapacitados para trabajar.

La mayoría de los habitantes son nacidos en el D.F. y muy pocos son originarios de otras entidades.

Las principales actividades de la población pertenecen a los sectores de la administración pública, los servicios comunales y sociales, los servicios personales y de mantenimiento, la industria manufacturera y el comercio. De igual forma los problemas más relevantes de esta delegación son la farmacodependencia, los de conducta y maltrato al menor, la desorientación sexual, la delincuencia, el pandillerismo, la falta de servicios públicos, la mendicidad, el alcoholismo, la vagancia, los problemas de invalidez, la contaminación, la desintegración familiar, la prostitución y la sobrepoblación.

A manera de conclusión, se puede afirmar que a través de la revisión de las principales características de las Delegaciones Políticas de Alvaro Obregón, Benito Juárez y Cuauhtémoc, se destaca que predominan los problemas de pandillerismo, delincuencia, alcoholismo, farmacodependencia, contaminación, desintegración familiar, la sobrepoblación y la insuficiencia de escuelas.

En todas estas áreas, el uso del suelo es principalmente

habitacional, encontrando desde colonias populares hasta zonas residenciales.

El material de construcción en una gran parte de las viviendas es el techo de losa, sus paredes de tabique y el piso de cemento, madera, mosaico u otros recubrimientos.

Cuentan en su mayoría con todo tipo de servicios públicos, como agua entubada, drenaje conectado al de la calle y energía eléctrica, incluyendo además escuelas, hospitales, centros recreativos, culturales y deportivos, aunque varían proporcionalmente en cada delegación.

En cuanto a su población se observó que predominan las personas jóvenes, habiendo más mujeres que hombres.

En base a los índices de morbi-mortalidad (Ver cuadro) y las características de las áreas comprendidas en la zona de influencia de la Delegación 3 Suroeste del D.F. del IMSS puede afirmarse que el Programa de Fomento de la Salud tiene amplio campo de acción en la prevención y control de algunos padecimientos y para ello hace uso de la educación para la salud y la motivación de la población, con la finalidad de que participe en el autocuidado de la misma.

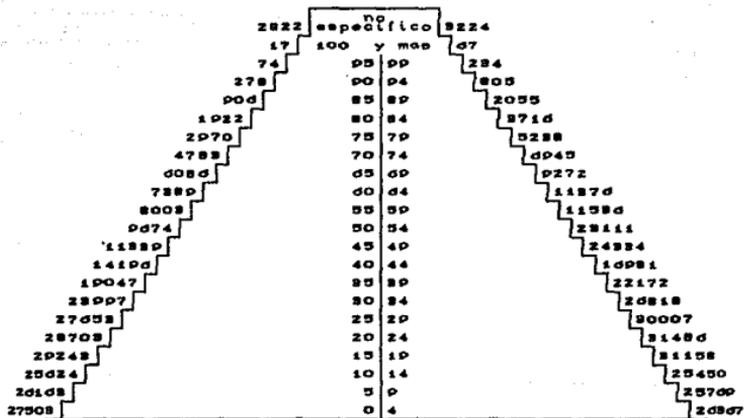
En el siguiente capítulo se revisarán los resultados que ha tenido el programa y la participación del Trabajador Social en las acciones encaminadas a cuidar la salud de los habitantes de

las Delegaciones Políticas pertenecientes al programa en escuelas.

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática; "XI Censo General de Población y vivienda, 1990". D. D. F., México D. F., 1992.

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática; "Cuaderno de Información Básica, Delegacional Cuauhtémoc", D. D. F., México D. F., 1992.

CUAUHTEMOC



HOMBRES
(277 212)

MUJERES
(318 148)

POBLACION TOTAL: 595 960

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática;
 "XI Censo General de Población y Vivienda, 1990"
 D.D.F., México, D.F., 1992.

MORBI-MORTALIDAD HOSPITALARIA INFANTIL POR CAUSAS PRINCIPALES EN
LA DELEGACION 3 SUROESTE DEL D.F. DEL IMSS, 1992.

CAUSAS DE MORBILIDAD	PORCENTAJE
Traumatismos y envenenamientos.	19
Apendicitis.	9
Enfermedad crónica de las amígdalas.	8
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.	6
Infecciones respiratorias agudas.	5
Sarampión.	5
Anomalías congénitas.	5
Enfermedades infecciosas intestinales.	5
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo.	4
Enfermedades del aparato urinario.	3
Resto	30
Total	100

FUENTE: División de Evaluación, Coordinación de Estadística e Informática (S.U.I. 13) J.S.S.P.
Población derochabiente en el grupo de 5 a 14 años 9,732,440.

CAUSA DE MUERTE	TASA
Trastornos relacionados con la duración de la gestación.	147.40
Hipoxia intrauterina y asfíxia al nacer.	113.70
Síndrome de dificultad respiratoria.	106.40
Ciertas afecciones respiratorias del feto y del recién nacido.	86.00
Infecciones propias del período perinatal.	73.70
Ciertas anomalías congénitas del corazón.	45.00
Infección intestinal.	40.90
Bronconeumonía.	40.90
Anomalías del bulbo arterioso.	40.90
Anomalías del aparato digest.	32.90

Tasa por cada 100,000 nacidos vivos (24-42v).
FUENTE: Jefatura de Salud Pública, IMSS.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CAPITULO IV

INVESTIGACION DE CAMPO SOBRE LA PARTICIPACION DEL TRABAJADOR SOCIAL Y LOS RESULTADOS DEL PROGRAMA DE FOMENTO DE LA SALUD EN ESCUELAS PRIMARIAS PERTENECIENTES A LA DELEGACION 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL DEL IMSS.

En este capítulo se presenta la parte del proyecto correspondiente a la investigación de campo, metodología a seguir en su desarrollo, aplicación del instrumento para recopilar la información sobre la participación del Trabajador Social y los resultados del Programa de Fomento de la Salud en Escuelas Primarias pertenecientes a la Delegación 3 Suroeste del D.F. del IMSS, finalizando con el análisis e interpretación de dicha información.

JUSTIFICACION.

Debido a que Fomento de la Salud es un programa encaminado a contribuir en el bienestar biopsicosocial del individuo, así como a la elevación de su nivel de salud, se hace necesaria la participación de todo un equipo interdisciplinario en el que Trabajo Social juega un papel muy importante en la relación entre las áreas que intervienen en el programa y la problemática social, además que también participa directamente en acciones dirigidas a combatir dicha problemática.

De esta forma, interesa el programa de Fomento de la Salud en Escuelas Primarias porque se considera que la población infantil, representa un extenso campo de acción para el Trabajador Social, ya que los niños pueden llegar a ser promotores sociales por encontrarse en una etapa de formación, en la que es posible darles nuevos conocimientos que son mejor aprovechados y por consiguiente más productivos que con los adultos, ya que si se les prepara desde pequeños para que realicen acciones que contribuyan a su bienestar, es más probable que en el futuro participen en el mejoramiento de sus condiciones de vida.

A través de esta investigación se pretende conocer el campo de intervención que tiene el Trabajador Social en el Fomento de la Salud en Escuelas Primarias y los resultados que ha tenido dicho programa, con el objeto de que se logre un mejor desempeño de nuestra profesión y haya además un mejor

aprovechamiento de recursos en beneficio de la población, a través del buen desarrollo del programa.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El hombre en su afán de transformar al mundo realiza acciones que si bien revolucionan su forma de vida, también ocasionan fuertes deterioros a su salud. A esto se suman los malos hábitos y costumbres que ha falta de una adecuada educación para la salud, repercuten negativamente en este aspecto, haciéndose necesario que desde pequeños se les inculquen principios para la conservación y mejoramiento de la salud y sobre todo que se impulse la participación de los niños como promotores sociales, siendo éste uno de los objetivos del programa de Fomento de la Salud en Escuelas Primarias, el cual es llevado a cabo por profesionistas que conforman equipos interdisciplinarios de salud, en los que figura el Trabajador Social.

Ante esto surge la interrogante de saber cuál es la participación del Trabajador Social dentro del programa de Fomento de la Salud en Escuelas Primarias, así como los avances de dicho programa y su importancia en la educación de los niños como promotores sociales.

OBJETIVOS GENERALES.

1.-Conocer la participación del Trabajador Social en el Programa de Fomento de la Salud aplicado en Escuelas

Primarias para que los niños sean promotores sociales, que contribuyan a su bienestar, el de su familia y el de su comunidad.

2.-Proponer un modelo de intervención de Trabajo Social, para que este profesionalista se inserte más eficazmente en el Programa de Fomento de la Salud en Escuelas Primarias.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1.-Conocer y analizar la aplicación del Programa de Fomento de la Salud en Escuelas Primarias.

2.-Conocer la participación y resultados obtenidos por el equipo interdisciplinario que interviene en el programa y los alumnos de las escuelas primarias que pertenecen al mismo.

3.-Conocer y analizar la participación del Trabajador Social en el Programa de Fomento de la Salud en Escuelas Primarias.

4.-Elaborar un modelo de intervención de Trabajo Social.

HIPOTESIS.

A mayor intervención del Trabajador Social en equipos interdisciplinarios de educación para la salud, mayores avances en estos programas.

VARIABLE INDEPENDIENTE.

Intervención del Trabajador Social en equipos

interdisciplinarios de educación para la salud.

VARIABLE DEPENDIENTE.

Mayores avances en los programas de educación para la salud.

METODOLOGIA.

Para llevar a cabo esta investigación se utilizó una metodología apoyada en la corriente estructural-funcionalista, en virtud de que el programa de Fomento de la Salud en Escuelas Primarias funciona a través de instituciones como son: las de salud y las educativas. Asimismo este trabajo se enfoca a conocer el funcionamiento de dicho programa y el rol que desempeña Trabajo Social dentro de las estructuras mencionadas (universo escolar del programa).

Por otro lado, en este programa se involucran diversos factores que conforman un todo, del cual dependen los resultados que puedan obtenerse. Se destaca la participación del equipo de salud en su función de educador de los niños para que se desarrollen como promotores sociales dentro de su familia, su comunidad y su entorno, en busca del bienestar social.

En la investigación se aplican dos cuestionario (anexos 1 y 2), que sirven de instrumento para recopilar información en las escuelas primarias que pertenecen al programa de Fomento de la Salud de la Delegación 3 Suroeste del D.F. del IMSS. Dichos instrumentos se elaboraron en base a la hipótesis planteada y

se aplica uno, a una muestra representativa de alumnos de las escuelas antes mencionadas, y el otro al equipo de Fomento de la Salud perteneciente a cada unidad médica de la delegación señalada.

Selección de la muestra:

El universo escolar de la Delegación 3 Suroeste del D.F. del IMSS, esta integrado por 11 escuelas primarias, de las cuales son consideradas como muestra solo tres planteles en donde actualmente se llevan a cabo acciones del programa, ya que por problemas ajenos a la institución no se permite el desempeño de actividades relacionadas a dicho programa en las demás escuelas.

Por lo anterior la selección de la muestra se realiza de manera no probabilística intencional, conformada con el total de alumnos de 4to., 5to., y 6to. año de las escuelas primarias: Juan Alvarez, Reino Unido de la Gran Bretaña y José María Iglesias.

Se elige a estos grados por encontrarse en ellos a los niños que tienen mayor facilidad para expresar sus ideas de manera escrita.

Por otra parte, se incluye al total de integrantes del equipo interdisciplinario del programa de Fomento de la Salud, pertenecientes a las unidades dentro de la zona de influencia de la delegación mencionada.

Cabe señalar que en un principio se pensó abarcar una muestra de padres de familia, pero debido a que se presentaron

dificultades para reunirlos esto no fué posible. De igual forma se pretendió encuestar a los profesores de cada grupo, pero ya que no tienen una participación activa en las acciones del programa, se descartó esta posibilidad.

Aplicación del instrumento:

La aplicación del instrumento de la investigación a los niños se realizó dentro de las aulas pertenecientes a las Escuelas Primarias: Juan Alvarez, Reino Unido de la Gran Bretaña y José María Iglesias. En cuanto al equipo de salud se efectúa en el módulo de Fomento de la Salud de cada una de las 13 Unidades Médicas de la Delegación 3 Suroeste del D.F. del IMSS.

ANÁLISIS E INTERPRETACION DEL INSTRUMENTO APLICADO A NIÑOS.

Con base en los datos obtenidos en la investigación aplicada a los niños podemos afirmar, en lo que se refiere a la edad de los alumnos, que tanto por clínicas como por grados, la mayoría corresponde al grado que cursan, además no hay diferencias significativas en el número de hombres y de mujeres ya que ocurren resultados similares en las tres clínicas incluídas en la investigación (Ver gráfica 1).

La edad y el grado que cursan los menores puede ser un factor que influye en la captación de la información que tiene en relación al programa de Fomento de la Salud, ya que los intereses de los niños mayores son diferentes que los de los pequeños y sobre todo si consideramos que estamos hablando de

dos etapas diferentes en la vida de un ser humano, como lo es la niñez y la pubertad, esta última caracterizada por grandes cambios tanto físicos como emocionales que son determinantes en la personalidad del ser humano y que se manifiestan de diferente forma en los hombres y en las mujeres, además de que adquieren más facilidad para asimilar los conocimientos. Asimismo, también la manera en que el equipo de salud integrante del programa desarrolla las acciones, incide en el grado de información que los niños adquieran, debido a que algunos equipos desempeñan más ampliamente y de manera más adecuada las actividades, repercutiendo en una mejor comprensión de lo que el programa significa.

Al respecto los escolares relacionaron el programa en un mayor porcentaje con el aseo personal y la orientación nutricional, siendo los niños de la clínica 8 y los de sexto grado los que refirieron más la educación sexual, por lo tanto, creemos que son ellos los que más información han tenido sobre este punto como parte del cuidado de su salud, además de que por su edad muestran mayor interés hacia estas cuestiones que los demás alumnos. Mientras que comparando con la clínica 28 más del doble de los menores pertenecientes a la clínica 8 mencionaron dicho tema, mientras que en la clínica 38 no lo tomaron en cuenta (Ver cuadro 1).

Por otra parte se observa que fué mínima la población infantil que se refirió a la prevención de riesgos, aspecto que es muy importante para el fomento de la salud, ya que contribuye

a evitar daños que pueden ser de graves consecuencias.

Por otro lado cabe destacar que los niños externaron, tanto por grados como por clínicas, que el programa atiende no sólo problemas de salud física, sino también sociales, mencionando principalmente las adicciones, en segundo lugar la contaminación y en tercer término enfermedades, tales como Cáncer, Sida y Cólera. Ante esto puede deducirse que señalaron principalmente los problemas que viven en su vida cotidiana, sin hacer consciencia de que pueden ser resueltos o no mediante acciones de Fomento de la Salud. Además los menores de la clínica 38 agregaron a los anteriores la delincuencia, como uno de los más importantes. Así se observó que los escolares incluyen algunos aspectos que no son clasificados como problemas sociales, pero que sí, repercuten en la estabilidad social de los individuos (Ver cuadro 2).

Al mismo tiempo se consideró importante conocer la relación que existe entre lo que los niños creen que es Fomento de la Salud y lo que deben saber para participar en el programa, en este sentido se observó que tanto por grados como por clínicas, no hubo diferencias significativas en cuanto a que los niños opinan que los principales aspectos que deben conocer son los referentes a los hábitos alimentarios, higiene personal y prevención de enfermedades, sin embargo concedieron poca importancia a cuestiones que habían mencionado como las más frecuentes que atiende Fomento de la Salud, tales como saneamiento ambiental, orientación sexual, problemas sociales y

prevención de accidentes, entre otros.

Asimismo, cabe mencionar que los niños señalan la contaminación entre los principales problemas que atiende el programa. Sin embargo, le atribuyen un porcentaje muy bajo al saneamiento ambiental como uno de los aspectos que deben saber para intervenir en el cuidado de la salud. Probablemente esto se deba a que no se han realizado suficientes acciones de este tipo, ni le han dado importancia los integrantes del programa, por lo que hace falta reforzar los conocimientos en este sentido.

Lo anterior permite notar que los niños poseen diversa información acerca del programa, pero consideramos importante saber si lo que han aprendido les ha servido para cambiar o mejorar sus hábitos. Al respecto opinan, tanto por grados como por clínicas, que sus hábitos han cambiado, por lo cual creemos que la información impartida por el equipo de salud, además de ser escuchada por los niños ha sido aplicada con el deseo de evitar enfermedades y conservar su salud (Ver gráfica 3); expresando que la higiene personal y los hábitos alimentarios son los temas que más han llevado a la práctica de lo que han aprendido en Fomento de la Salud, siendo menores los porcentajes en los aspectos de prevención de enfermedades y accidentes, saneamiento ambiental y primeros auxilios, entre otros. Además se observó que un mínimo de escolares opinó que no ha aplicado nada (Ver cuadro 3), tal vez porque no está conciente de la importancia de realizar estas acciones o no se encuentra lo

suficientemente motivado para hacerlo.

En general, se observó que los niños aprovechan lo que han aprendido, sin embargo consideramos necesario reforzar los aspectos sobre factores de riesgo, además de los temas que tienen bajo porcentaje, ya que son de gran relevancia para la salud. Cabe mencionar que el Fomento de la Salud no es una labor exclusiva del equipo médico, pues en ocasiones se obtiene información por otros medios, al respecto encontramos que tanto por grados como por clínicas los niños han recibido más información sobre el programa por parte del equipo médico, pero se enteraron en segundo lugar a través de los medios masivos de comunicación o también mediante sus padres.

En relación a lo anterior, como ya se mencionó se presenta esta situación de manera similar en todos los grados y clínicas, a excepción de la Unidad de Medicina Familiar número 38 en donde la primera fuente de información sobre el programa fueron los medios masivos de comunicación y sus padres como principales portadores (Ver cuadro 4).

En conclusión, se puede decir que los menores tuvieron conocimiento del programa a través de diversas fuentes como son principalmente el equipo de Fomento de la Salud, los medios masivos de comunicación y sus padres, en segundo plano, sus maestros. Sin embargo, podemos afirmar que el porcentaje de participación que tiene cada una de estas es muy variado, siendo lo más óptimo que la aplicación de dichos conocimientos y la ejecución de las acciones de salud se den integralmente y con la

intervención conjunta de todos los que conformamos la sociedad. Pues se nota una muy baja participación de los profesores en el campo de la salud, la cual es indispensable, ya que forman parte importante en la formación de hábitos en los niños. Además pudimos percatarnos de que los escolares de todos los grados y clínicas relacionan a diversos profesionistas con la salud, señalando principalmente a médicos y enfermeras y en un porcentaje menor a los trabajadores sociales y profesores (Ver gráfica 4).

En este sentido, cabe mencionar que no todos los equipos cuentan con el personal requerido para efectuar las acciones del programa, lo que puede influir en la opinión que los menores tengan en cuanto a los profesionistas participantes en la educación para la salud, particularmente en lo que se refiere al trabajador social, ya que sólo en las clínicas 1, 9, 19, 28 y 42 se cuenta con este profesionista.

Así se observó que los niños de la clínica 28 afirman que en el programa participan principalmente médicos y en segundo lugar enfermeras, además es notable que a diferencia de la clínica 8, aquí es mucho menor el porcentaje de alumnos que refiere la intervención de los trabajadores sociales en el programa. En la clínica 38 el mayor porcentaje de los niños señala que participan en el programa médicos y enfermeras y la intervención de los profesores es más tomada en cuenta que en otras clínicas, ya que ocupa el tercer lugar, además le

atribuyen el cuarto sitio a los trabajadores sociales (Ver cuadro 5).

Se consideró que los niños han tenido más contacto con médicos y enfermeras en la realización de acciones de salud y en un porcentaje menor con trabajadores sociales. Una posible razón es que el equipo de salud en algunas unidades está conformado sólo por médicos y enfermeras, por ello los niños desconocen la participación de otros profesionistas. En cuanto a los trabajadores sociales tal vez no los relacionen mucho con el campo de la salud, por que no hay un trabajador social que lleve a cabo acciones de este tipo con ellos o puede ser que cuando participa este profesionista no se involucre de manera estrecha en el programa y es por eso que desconocen sus funciones y en cuanto a los profesores es probable que no se inserten mucho en las actividades de salud, por lo tanto los pequeños no consideran que tengan una amplia participación.

De esta manera se observó que los escolares reciben más información sobre el cuidado de su salud del equipo del programa, identificado como parte de él, principalmente a médicos, enfermeras y en un menor grado a trabajadoras sociales, y en forma mínima a los profesores.

En lo que respecta al conocimiento que los niños tienen de las actividades que realizan los trabajadores sociales, se notó que la tercera parte de los escolares aproximadamente ignora las funciones que desempeñan, pudiendo influir en la opinión que expresaron sobre la participación de este

profesionista en el equipo de salud, la imagen que proyectan los medios masivos de comunicación, ya que la mayoría de los alumnos tienen idea de dichas actividades, aunque en ocasiones es distorsionada. Sin embargo existe un alto porcentaje que no tiene muy claras las funciones que desempeñan en algunos casos ni siquiera saben lo que hacen. Así les atribuyen diversas acciones destacando que participan en la prevención de enfermedades, resuelven problemas sociales y ayudan a la comunidad, entre otras (ver cuadro 6).

Por otro lado, en relación a si consideran que los trabajadores sociales deberían realizar otras funciones, la mayoría respondió que no, mientras que fueron pocos los que sugirieron que desarrollen otras actividades señalando entre las principales dar mayor orientación, ayudar a personas enfermas, resolver problemas familiares y prevenir enfermedades, entre otras. (ver cuadro 7).

Es posible observar que los niños no tienen bien definida la labor de los trabajadores sociales, como ya lo habíamos mencionado, sin embargo algunos escolares comentan que deben desempeñar mejor su trabajo. Ante esto se infiere que tal vez los niños no han tenido oportunidad de conocer el trabajo de dichos profesionistas o no poseen muy buenas referencias de su labor, no quedando clara la imagen del trabajador social ante ellos. Por lo anterior es necesario insistir en que este profesionista se preocupe por modificar dicha imagen, asumiendo el papel que le corresponde realizar en la ejecución de

programas de Fomento de la Salud, participando de manera más activa y responsable junto con todo el equipo en la transmisión de conocimientos y la realización de acciones para que los niños sean promotores que contribuyan a lograr un óptimo estado de salud e involucren en esta labor a todos los que deben integrar el programa.

De acuerdo con los conocimientos que los niños tienen sobre el Fomento de la Salud, consideran que programas de este tipo requieren de la participación de diversas personas como son ellos mismos, sus padres, el equipo médico, su familia y en sí toda la sociedad (ver cuadro B).

La importancia que los niños de los tres grados, le dan a las personas que en su opinión deben aplicar los programas de Fomento de la Salud, difiere en el orden de participación que les atribuyen, pero se observó de que incluyen a las mismas personas entre los primeros lugares.

En las clínicas ocurre un fenómeno similar a lo que sucede por grados, ya que los alumnos señalan diferencias en cuanto al orden de participación de las personas que ellos piensan que deben llevar a cabo los programas, pero cabe mencionar que al igual que por grados incluyen casi a las mismas aunque en distinto orden. Entre los cuales se encontró a la familia, a quien consideran importante para participar y aplicar los programas de Fomento de la Salud, porque de esa manera tanto ellos como los niños trabajaran en conjunto con el equipo de salud estimulando a su vez al menor para que siga el ejemplo de

su familia para cuidar su salud.

En la mayoría de las respuestas tanto por grados como por clínicas los escolares dicen que en sus casas si practican lo aprendido y son pocos los niños que afirman que en su casa no llevan a cabo acciones de Fomento de la Salud (ver cuadro 9). Encontramos que la participación de la familia en el programa es de suma importancia ya que si ésta trabaja conjuntamente con el equipo de salud se tendrán mejores resultados del programa por ello nos interesó saber si las familias de los niños estarían dispuestos a participar a lo que la mayoría de los niños respondió que si (ver cuadro 10).

Lo anterior es muy importante ya que con el apoyo de la familia aumentará la motivación de los niños para intervenir en el programa, además de que participando juntos habrá un mejor aprovechamiento del mismo.

Además es conveniente que las personas con las que viven los niños esten de acuerdo en que ellos aprendan a fomentar su salud, pues de esta forma los menores no se verán limitados. En este sentido encontramos que tanto en grados, como por clínicas los niños expresan que a las personas con las que viven si les gusta que participen en el programa y la mayoría menciona que estan de acuerdo por que así aprenden a cuidar su salud y ayudan a otras personas, siendo realmente pocos los que comentan que a las personas con las que viven no les gusta que participen (ver cuadro 11 y gráfica 5).

Esto significa que no solo los niños podrian participar

en el programa sino también padres de familia realizando un trabajo conjunto con el equipo de salud.

Es favorable que los niños se consideren responsables de ejecutar las acciones de Fomento de la Salud, ya que así toman consciencia de la importancia que tiene la adopción de los hábitos y costumbres en pro de su salud, teniendo más posibilidades de ser adultos sanos, con un ambiente adecuado para su desarrollo y el de las futuras generaciones, pero también es importante que se les forme como promotores y que cuenten con la participación de todos los que conformamos el entorno social, para que así contribuyamos juntos a obtener un mejor estado de salud para los mismos niños, su familia, su comunidad y toda la sociedad. Hay que destacar que si los pequeños además de recibir información, la difunden, la aplican y funcionan como buenos promotores, se tendrán mejores resultados; en este sentido es importante que les guste participar, pues con interés se hacen mejor las cosas.

En virtud de las respuestas que manifestaron los niños se observó que la mayoría le agrada participar en Fomento de la Salud argumentando principalmente que así cuidan su salud, les gusta ayudar a los demás, y de esta forma también adquieren nuevos conocimientos (ver cuadro 12).

Es conveniente que los alumnos tengan consciencia de lo necesaria que es su intervención en el programa y esto lo demuestran, al cuestionarlos sobre la relevancia que para ellos tiene el tomar parte en estas actividades, habiendo contestado

la mayoría, que es importante su participación porque así previenen enfermedades, aplican y transmiten los conocimientos que adquieren y les gusta ayudar a los demás (ver cuadro 13).

Esto reafirma que los niños pueden fungir como promotores de salud, ya que son buenos receptores y pueden transmitir los conocimientos necesarios, para contribuir a un mejor nivel de salud; además de que pueden ser más fácilmente sensibilizados al respecto.

En su mayoría los niños se interesan en enseñar, aplicar y profundizar más sobre lo aprendido (ver cuadro 14). Con todo esto es posible que los escolares contribuyan a cuidar su salud, mantenerse sanos y en un futuro podrán transmitir todo lo que saben a sus propios hijos, logrando de esta manera que sus familias sean más sanas.

Por otra parte, se encontró, tanto por grados como en clínicas que los resultados son elevados, en cuanto a que la mayoría de los alumnos opinan que sí les gustaría seguir aplicando lo aprendido para prevenir enfermedades y ayudar a otras personas. Siendo mínima la población entrevistada que manifiesta que no tiene interés en continuar llevándolo a cabo, aunado a esto, algunas respuestas fueron confusas ya que expresan que por cambiar su lugar de residencia o por estudiar una carrera no podrán aplicar estos conocimientos (ver cuadro 15).

En conclusión se puede afirmar que es satisfactorio corroborar como los alumnos adquieren bases positivas en cuanto

a su bienestar, el de su familia y comunidad, ya que los conocimientos obtenidos no solo son aplicados ahora, sino que tienen posibilidades de ser llevados a cabo el futuro, para beneficio de sus hijos y la sociedad; como es su intención (ver gráfica 6).

Todo lo expresado por los niños con respecto a su conocimiento y participación en el Programa de Fomento de la Salud, se encuentra íntimamente relacionado con el papel que juega el equipo interdisciplinario que integra este programa, así como la forma en que lo proyecta a la comunidad, es por eso que se consideró pertinente profundizar en la opinión del equipo de salud acerca del programa dirigido a la formación de promotores en escuelas primarias, lo cual se analizará a continuación.

ANÁLISIS E INTERPRETACION DEL INSTRUMENTO APLICADO AL EQUIPO DE SALUD.

Como ya se mencionó en otros apartados de esta tesis el Programa de Fomento de la Salud debe ser llevado a cabo por un equipo interdisciplinario, que de acuerdo con los lineamientos establecidos para ello, debiera integrarse por un Médico, un Trabajador Social, Un Psicólogo, un Sociólogo, un Promotor de Salud, Enfermeras y un Promotor Voluntario. Sin embargo en vista de la información obtenida en el presente estudio, se observó que los equipos no cuentan con todo el personal requerido, ya

que están conformados en su mayoría por Médicos, en segundo lugar por Lic. en Nutrición, en tercer término por Promotores de Estomatología y Enfermeras; habiendo muy pocos equipos en los que participan Trabajadores Sociales (ver gráfica 7). Y en ocasiones éstos no son asignados permanentemente al programa, sino que sólo prestan apoyo de manera ocasional.

Por otra parte se encontró que el tiempo que tienen estos profesionistas trabajando en el área de la salud varía de menos de uno hasta veinte años, predominando los que han laborado de uno a cuatro años en este campo (ver gráfica 8).

La mayoría de los profesionistas que forman parte del equipo de salud son médicos y como se mencionó anteriormente tienen entre uno y cuatro años de antigüedad, siendo éstos algunos de los factores, que posiblemente repercutan en el enfoque que se le dé a las actividades y el grado en que los participantes se involucren en ellas. Ya que podrían inclinarse por las acciones de tipo médico, restando crédito a aspectos como el social, que también son relevantes en la salud. Además de que las personas con mayor experiencia pueden insertarse más activamente en las áreas que conocen mejor.

Sumado a lo anterior, otro elemento que podría intervenir en la aplicación del programa es el conocimiento que el equipo de salud tenga del mismo y en virtud de las respuestas expresadas por los entrevistados así es en casi todos los casos (ver gráfica 9) esto es importante ya que de otra forma las actividades podrían desviarse de los objetivos perseguidos y no

se lograrían los resultados esperados.

Por otra parte, es importante conocer el punto de vista de los profesionistas acerca de los conocimientos que se deben poseer para el desarrollo del programa, al respecto éstos opinaron que deben ser los relacionados a aspectos psicosociales, económicos, didácticos, nutricionales, investigación, mercadotecnia y antropológicos, además del conocimiento del programa. Sin embargo le dan menor importancia al mejoramiento ambiental, a lo jurídico, administrativo y al trabajo comunitario (ver gráfica 10), lo que en nuestra opinión es también importante, porque permite un mejor manejo de los grupos y contribuye a la participación comunitaria en bien de su salud, esto sin descartar los mencionados por los profesionistas que intervienen en el programa. Cabe destacar que en términos generales sus respuestas se limitan a su profesión, lo que nos lleva a suponer que no se integran sus acciones de manera interdisciplinaria.

En este sentido se encontró que las funciones que según el mismo equipo deben desempeñar, son en su mayoría las de educación para la modificación de hábitos, en un número menor las acciones de coordinación y detección de riesgos, algunos sólo mencionaron la prevención de enfermedades, la capacitación y unos cuantos la programación, la supervisión y la evaluación (ver gráfica 11). Se considera que se da muy poco énfasis a funciones determinantes para la buena ejecución de cualquier programa como son estas últimas y aún cuando las indicadas por

la mayoría son útiles, se requiere de todas para obtener mejores resultados.

En relación a lo anterior se revisó si las funciones que consideran deben llevar a cabo, coinciden con las que realizan, observando que desarrollan principalmente las de educación para la salud, difusión del programa, elaboración de diagnósticos de salud, coordinación y en menor porcentaje las de multidetección, prevención de enfermedades, organización y formación de grupos educativos, capacitación, canalización y elaboración de estudios socioeconómicos (ver gráfica 12).

Así se observó que no se desempeñan todas las funciones que debieran y a pesar de que son positivas las que se realizan, también se descartan otras muy necesarias pudiendo influir en los resultados del programa.

En relación con el trabajo que cada uno debe desarrollar, es conveniente que los miembros del equipo sepan que hacen los otros integrantes y para fines de la investigación nos interesa saber principalmente que conocimiento tienen de la labor del trabajador social en el fomento de la salud. Ante esto la mayoría de los profesionistas participantes manifestó que sabe lo que hacen los trabajadores sociales (Ver gráfica 13), señalando casi la mitad de los entrevistados que si cumplen con sus funciones por que se preocupan por mejorar el habitat del ser humano, logran sensibilizar a la población y organizarla, aunque gran parte de los que indicaron que si se lleva a cabo estas acciones no preciso por que opinan esto o no contesto. De

igual forma poco más del 50% indicó que no se realizan las funciones que corresponden a dicho profesionista por que no se cuenta con un trabajador social dentro del equipo y en donde si lo hay, tiene limitaciones tanto al interior del equipo como a nivel institucional, tales como falta de integración en el equipo, el desempeñar funciones en la oficina de trabajo social, además de las asignadas para el programa y la falta de apoyo y coordinación por parte de la institución, lo que dificulta su desenvolvimiento profesional. En otros casos los entrevistados ignoran las razones por las que no lleva a cabo su trabajo como es debido (Ver gráfica 14). De cualquier forma es significativo el hecho de que los demás profesionistas conozcan las funciones del trabajador social, ya que debe haber una participación conjunta y coordinada de todos los integrantes, para que así sea posible dirigir sus acciones a los aspectos que de acuerdo con ellos mismos debe enfocarse el trabajo, siendo éstos según la mayoría de los encuestados, los de educación para la salud y autocuidado de la misma, en segundo término la prevención de enfermedades, en tercer lugar la detección de riesgos y en último sitio las canalizaciones y la investigación (Ver gráfica 15). Todos los ruidos que manifiestan son relevantes, aunque no consideran de manera importante la investigación, siendo éste un factor determinante para poder detectar problemas que incidan en la salud, conducta y aprovechamiento de los niños, además de que contribuye a la actualización de programas más acordes a la realidad. Al

respecto encontramos que los principales problemas sociales que los integrantes del equipo han detectado en las escuelas son las disfunciones familiares, la falta de recursos económicos, la paternidad irresponsable; en segundo término la desnutrición y el maltrato al menor; en tercer sitio las adicciones los malos hábitos, el déficit educativo de los padres, la falta de interés hacia los niños, el ocio y la prostitución (Ver gráfica 16).

Todos estos factores como ya se dijo, repercuten en la salud de las personas incluyendo a los niños, por ello no sólo debe dirigirse la atención al aspecto físico, sino también al psicológico y social de manera integral, por lo cual es necesario que fomento de la salud efectue acciones que contribuyan a la disminución de estos problemas, pues los niños son parte esencial de nuestra sociedad y sólo muy pocos profesionistas indicaron que es limitada su acción, tal vez esto se deba a que no han trabajado en relación directa con ellos, por lo que se cree que no consideran que puedan realizar un papel sobresaliente como promotores, opinión con la que la mayoría de los integrantes del equipo de salud no está de acuerdo, por que según lo manifestaron, los niños pueden fungir como promotores sociales, ya que son buenos receptores con posibilidades de influir en la modificación de hábitos dentro de su medio familiar y escolar, por lo tanto su participación es importante (Ver gráfica 17). Asimismo los entrevistados comentan que a su juicio los niños para contribuir al cuidado de su salud, deben de tener conocimientos de educación para la

salud y autocuidado de la misma, además de las medidas básicas para la prevención de enfermedades, las técnicas de sensibilización y motivación, las generalidades del programa y los primeros auxilios. Sin embargo hubo un 16% que no precisó su respuesta (Ver gráfica 18).

Por otra parte el equipo de salud considera importante que los niños aprendan a cuidar y mantener su salud, además de que los profesionistas que intervienen necesitan de conocimientos para realizar su trabajo, los menores también los requieren, es por eso que el principal eje del programa es la educación para la salud. Además de esto se debe agregar que la detección oportuna de riesgos sería un buen complemento a las acciones que ya se desarrollan pues la integración de todos estos elementos serviría de gran ayuda en el fomento de la salud, y en virtud de las respuestas, las personas más adecuadas para difundir estos conocimientos son en primer lugar los integrantes del equipo y en segundo término la gente que le rodea y los promotores de la salud (Ver gráfica 19). Desde nuestro punto de vista las bases para que los niños participen deben ser brindadas mediante una acción conjunta que incluya a todos los sectores que rodean a los pequeños, desde su familia, profesores y otros profesionistas de la salud, hasta su propia comunidad y en sí toda la sociedad. Para lograrlo, es necesario, entre otras cosas contar con un programa que sirva de guía para organizar estas acciones y el de Fomento de la Salud, a nuestro juicio es el más idóneo en este sentido.

Para el 50% de los entrevistados el programa es bueno, mientras que para otros faltan recursos, hay duplicidad de acciones y desconocimiento de las necesidades, así como del programa. Por otra parte un 26% no expresó su opinión al respecto o no fue preciso al señalarla (Ver gráfica 20). Todo esto nos indica que el programa es bueno pero podría ser mejor; dicha situación se refleja en sus logros, ya que sólo para el 20% de los encuestados son satisfactorios, aunque se han visto limitados y en algunos casos incluso ha tenido que suspenderse obteniendo avances de mediana proporción, mientras que un número reducido manifestó que han sido de alto alcance (Ver gráfica 21).

Es posible que el programa haya funcionado favorablemente, pero lo anterior indica que ha tenido limitaciones para llevarse a cabo de manera óptima y por tanto los logros no sean lo suficientemente satisfactorios como se esperaban.

En relación a lo anterior, quién mejor que los profesionistas participantes para señalar los obstáculos que han dificultado el desarrollo del trabajo, entre los que mencionan la insuficiencia de recursos, la falta de apoyo institucional, la ausencia de cooperación por parte de los padres que no estimulan la participación de los niños, aunada a la apatía de los profesores, las deficientes instalaciones, el desconocimiento del programa y la desorganización del equipo (Ver gráfica 22).

Se observa que la naturaleza de las dificultades que se han presentado, es de distinto orden, desde institucionales hasta internas del equipo, pasando por la falta de consciencia y motivación de los que rodean a los pequeños. Todo esto es muy lamentable, pues la educación para la salud es como ya lo mencionamos una acción conjunta y si por el contrario se lleva a cabo de forma aislada no se puede lograr mucho, además no es posible el buen desarrollo del programa, si ni siquiera los profesionistas que participan lo conocen, ni se organizan para trabajar como equipo, y si a esto le agregamos la falta de apoyo institucional, la apatía de padres y profesores y la falta de recursos, es muy difícil que los alcances del programa sean más amplios. Ante esto el equipo de Fomento de la Salud sugiere que para mejorar los resultados se otorguen más recursos al programa, que haya una buena coordinación institucional, mayor participación del equipo, detección de necesidades, planeación de actividades, difusión del programa, que se amplie el campo de acción y que se trabaje con grupos (Ver gráfica 23).

En general hace falta que haya una buena investigación, planeación y organización, en la que se coordinen los sectores inmersos en el programa, estimulando la participación integral.

A manera de conclusión se puede afirmar a través del análisis de la información obtenida que la edad de los alumnos oscila entre los nueve y los doce años y que en su mayoría corresponde al grado que cursan, además de que no se observa diferencia significativa entre la población masculina y la

femenina. Esto influye en el hecho de que existan similitudes en cuanto a la idea que los niños tienen del programa de Fomento de la Salud, aunque como es lógico, hay más precisión en las respuestas de los alumnos de sexto año, lo que se explica principalmente porque son de mayor edad y tienen más capacidad de comprensión. Sin embargo, en general relacionan el programa con aspectos de higiene, nutrición y prevención de enfermedades. Así notamos que para los niños los problemas que atiende el programa de Fomento de la Salud son las adicciones, la contaminación, las enfermedades, la delincuencia, los problemas familiares, el robo de infantes, la prostitución, los referentes a niños de la calle, los económicos y la falta de servicios en orden de importancia, mientras que la mayoría de estos problemas coinciden con los mencionados por el equipo de salud y que son detectados en las escuelas, además de malos hábitos higiénicos, desnutrición, bajo nivel educativo y ocio de los niños, problemas que no fueron percibidos por los menores. No obstante se observó que tienen claridad en el hecho de que la salud no solo se relaciona con el buen estado físico de las personas, sino también con el mental y emocional; aunado a esto los alumnos piensan que para participar en el programa de Fomento de la Salud deben tener conocimientos especialmente sobre buenos hábitos alimentarios, higiene personal, saneamiento ambiental, orientación sexual, prevención de enfermedades y accidentes, entre otros. Al respecto expresan que tienen información sobre estos temas y la mayoría de ellos los lleva a cabo.

De esta forma el equipo de salud considera importante que los niños tengan una buena educación para la salud que les permita participar de manera efectiva en el autocuidado de la misma. Sin embargo se encontró que el trabajo del equipo se ha inclinado más al aspecto de higiene personal, descuidando un poco lo referente a la prevención de riesgos.

Se observó también que la mayoría de los integrantes del equipo de salud son médicos y enfermeras, por ello los niños relacionan más a estos profesionistas con la salud, ignorando con frecuencia la participación de otras personas como es el caso de los trabajadores sociales, ya que muchos niños desconocen la labor que desempeñan o tienen un concepto impreciso de ella, además de que en algunas ocasiones ni siquiera los demás integrantes del equipo saben lo que hacen dichos profesionistas y esto puede deberse a que no cuentan con un trabajador social a pesar de que debe haberlo, o éste no interviene de manera adecuada en el programa.

Por otra parte, las funciones que el equipo de Fomento de la Salud realiza principalmente en el programa son acciones de educación para la salud con esto podemos ver que existe gran interés porque los niños aprendan a proteger y mantener su salud, así como también que colaboren en el cuidado del medio en que se desenvuelven. A pesar de que se desarrollan estas acciones el equipo mencionó que deberían ampliarse y para realizarlas es necesario que los profesionistas participantes cuenten con conocimientos de temas psicosociales, económicos y

acerca del programa, asimismo sobre nutrición, técnicas didácticas e investigación, entre otros. Al poseer dichos conocimientos será más sencillo y eficaz lograr la participación e interés de los niños y enfocar el trabajo del equipo a los aspectos relacionados con el fomento de la salud.

De igual forma se observó que para participar en el programa es necesario conocerlo, encontrando que esto sucede en la mayoría de los que intervienen, los cuales opinan que es bueno aplicar este tipo de programa tendientes a mejorar y mantener la salud, pero faltan recursos para darle continuidad y permanencia, considerando como obstáculos que impiden el buen desempeño de las actividades, además de la duplicidad de acciones, la desorganización del equipo y la falta de apoyo institucional, repercutiendo esto en los avances del programa, los cuales a juicio del equipo son buenos pero limitados, ya que se han tenido a mediano alcance y sugieren que para mejorar los resultados es necesario ampliar los recursos, lograr la coordinación institucional y sobre todo una mayor participación del equipo de salud en el programa, donde la intervención de los niños es de gran importancia, porque pueden ser buenos receptores y promotores de salud, que no sólo se preocupen por cuidar su salud sino la de su familia y toda la sociedad, ya que están dispuestos a transmitir y aplicar conocimientos a lo largo de su vida, teniendo mayores posibilidades de que sus hijos puedan seguir su ejemplo.

Por otra parte la familia, los profesionistas del

equipo de salud, los profesores y su comunidad son los encargados de lograr que los menores cambien sus hábitos, por ser los que tienen una relación más estrecha con el niño. Por tal motivo, si participan conjuntamente en los programas de Fomento de la Salud y aplican los conocimientos que adquieren junto con los menores, podrían reforzar diariamente lo aprendido, hasta lograr que los pequeños sean buenos promotores de salud, pero además es importante que se motive la intervención de todos los profesionistas integrados como equipo, con los recursos suficientes y que los participantes tengan conciencia de la importancia que tiene el programa y lo relacionado con él, ya que todo esto influye en los resultados que puedan obtenerse y de acuerdo con esta investigación la unidad médica que ha aplicado mejor el programa es la número 8, esto tal vez se deba a que tienen una mejor organización y han podido realizar más ampliamente sus acciones que las otras unidades.

Por otro lado es necesaria una mejor coordinación y organización tanto interna como a nivel institucional que repercuta en el buen desarrollo de las acciones, así como también, es esencial que se motive a padres y profesores para que estimulen a su vez a los niños.

En virtud de lo anterior y tomando en consideración que la mayoría de los equipos de Fomento de la Salud carece de algunos profesionistas, entre los que destaca el trabajador social, no fue posible comprobar la hipótesis planteada a

principio de la investigación, en la que se expresó que "A mayor participación del trabajador social en programas de educación para la salud, mejores resultados de los mismos", ya que no se cuenta con su intervención en la mayor parte de los equipos y en los únicos cinco donde participa no se encontró diferencia significativa en los resultados en relación con los que carecen de éstos; pese a que tanto los menores como los integrantes del equipo de salud opinan que es muy necesaria su labor.

CUADRO 1

Niños

CONOCIMIENTOS SOBRE FOMENTO DE LA SALUD

Conocimientos	GRADO								CLINICA							
	4to.		5to.		6to.		Total		8		28		38		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Asoc. personal.	83	59	95	57	85	40	243	52	53	32	111	64	79	81	243	51
Programa dirigido a la educ. híg. en genl.	80	43	39	23	83	39	162	35	78	48	30	17	58	43	162	34
Orientación nutricional.	62	44	53	32	45	28	160	34	33	20	70	40	57	43	160	34
Prevenir enfermedades.	27	19	38	23	52	32	117	25	35	21	65	37	17	13	117	24
Educación sexual.	-	-	34	20	40	30	83	18	58	35	25	14	-	-	83	27
Primeros auxilios.	9	6	1	2	52	32	62	13	19	12	43	25	-	-	62	13
Saneamiento ambiental.	27	19	16	10	2	1	45	10	17	10	15	9	13	10	45	9
Prevención de accidentes.	11	8	-	-	5	3	16	3	4	2	12	7	-	-	16	3

BASE: 4to. año = 140 niños.

5to. año = 167 niños.

6to. año = 161 niños.

Clínica 8 = 164 niños.

Clínica 28 = 174 niños.

Clínica 38 = 130 niños.

BASE TOTAL: 468 alumnos.

FUENTE: Investigación realizada en Escuelas Primarias que participan en el Programa de Fomento de la Salud, Delegación 3 Suroeste del D.F., IMSS, 1993.

CUADRO 2
PROBLEMAS SOCIALES QUE ATIENDE EL PROGRAMA

Niños.

Problemas.	GRADO							
	4to.		5to.		6to.		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Adicciones.	140	100	167	100	161	100	468	100
Contaminación.	44	31	65	39	56	35	165	35
Enfermedades.	27	19	26	15	42	26	95	20
Delincuencia.	15	10	13	8	6	4	34	7
No sabe.	14	10	7	4	7	4	28	6
Problemas familiares.	3	2	6	4	13	8	22	5
Prostitución.	-	-	13	8	7	4	20	4
Niños de la calle.	-	-	5	3	4	2	9	2
Robo de infantes.	1	1	-	-	8	5	9	2
Problemas económicos.	-	-	-	-	7	4	7	1
Falta de servicios.	-	-	-	-	7	4	7	1
No contesto.	1	1	-	-	-	-	1	2

Problemas.	CLINICA							
	8		28		38		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Adicciones.	164	100	174	100	130	100	468	100
Contaminación.	25	15	72	41	68	52	165	35
Enfermedades.	40	24	32	18	23	18	95	20
Delincuencia.	2	1	-	-	32	25	34	7
No sabe.	14	8	13	7	1	1	28	6
Problemas familiares.	18	10	5	3	1	1	22	5
Prostitución.	2	1	3	2	15	11	20	4
Niños de la calle.	5	3	2	1	2	1	9	2
Robo de infantes.	1	1	7	4	1	1	9	2
Problemas económicos.	-	-	-	-	7	5	7	1
Falta de servicios.	-	-	-	-	7	5	7	1
No contesto.	-	-	1	5	-	-	1	2

BASE: 4to. año = 140 niños.

5to. año = 167 niños.

6to. año = 161 niños.

Clinica 8 = 164 menores.

Clinica 28 = 174 menores.

Clinica 38 = 130 menores.

BASE TOTAL: 468 alumnos.

FUENTE: Investigación realizada en Escuelas Primarias que participan en el Programa de Fomento de la Salud, Delegación 3 Sureste del D.F., IMSS, 1993.

CUADRO 3 Niños.
ASPECTOS DE FOMENTO DE LA SALUD APRENDIDOS Y APLICADOS POR LOS NIÑOS.

Problemas.	GRADO						CLINICA									
	4to.		5to.		6to.		8		26		36		Total			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Aseo personal.	122	87	127	76	118	73	367	78	135	82	133	78	99	76	367	78
Hábitos alimenticios.	53	38	60	36	68	41	179	38	56	34	54	31	69	53	179	38
Prevenir enfermedades.	5	3	15	9	17	10	37	8	13	8	23	13	1	1	37	8
Saneamiento ambiental.	15	11	19	11	2	1	36	8	16	10	2	1	18	14	36	8
Primeros auxilios.	2	1	14	8	19	12	35	7	10	6	22	13	3	2	35	7
Nada.	-	-	3	2	2	1	5	1	1	1	2	1	2	1	5	1
Prevención de accidentes	-	-	1	5	2	1	3	1	-	-	3	2	-	-	3	1

BASE: 4to. año = 140 niños.
 5to. año = 167 niños.
 6to. año = 161 niños.

Clinica 8 = 164 niños.
 Clínica 26 = 174 niños.
 Clínica 36 = 130 niños.

BASE TOTAL: 468 alumnos.

FUENTE: Investigación realizada en Escuelas Primarias que participan en el Programa de fomento de la Salud, Delegación 3 Sur este del D.F., INSS, 1993.

CUADRO 4 Niños.
PERSONA QUE LES EXPLICO A LOS NIÑOS LO QUE SABEN ACERCA DE EL PROGRAMA.

Persona.	GRADO								CLINICA							
	4to.		5to.		6to.		Total		8		28		38		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Equipo de fomento de la sal	112	80	113	68	119	73	344	93	157	96	168	96	19	15	344	93
Medios de la comunicación.	9	6	26	15	27	17	62	13	3	2	-	-	59	45	62	13
Padres.	17	12	22	13	16	10	55	12	8	5	3	2	44	34	56	12
Otros.	-	-	10	6	-	-	10	2	-	-	1	5	9	7	10	2
Nadie.	1	1	-	-	5	3	6	1	-	-	-	-	6	5	6	1
Maestro.	1	1	2	1	2	1	5	1	-	-	-	-	5	4	5	1
No contesto.	2	1	-	-	-	-	2	.4	-	-	2	1	-	-	2	.4

BASE: 4to. año = 140 niños.

5to. año = 167 niños.

6to. año = 161 niños.

Clínica 8 = 164 niños.

Clínica 28 = 174 niños.

Clínica 38 = 130 niños.

BASE TOTAL: 468 alumnos.

FUENTE: Investigación realizada en Escuelas Primarias que participan en el Programa de Fomento de la Salud, Delegación 3 Suroeste del D.F., IMSS, 1993.

CUADRO 5
PROFESIONISTAS QUE PARTICIPAN EN EL PROGRAMA.

Niños.

Profesionistas.	GRADO						Total	
	4to.		5to.		6to.			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Médicos.	133	85	157	94	145	90	435	93
Enfermeras.	71	51	104	62	82	38	237	51
Trab. Sociales.	31	22	33	20	36	22	100	21
Maestros.	1	7	6	4	25	15	32	7
No contestó.	2	1	4	2	1	1	7	1
Otros.	-	-	1	5	-	-	1	2

	CLINICA						Total	
	8		28		38			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
	152	83	155	89	128	98	435	93
	89	54	98	55	52	40	237	51
	70	43	12	7	18	14	100	21
	1	1	-	-	31	24	32	7
	4	2	2	1	1	1	7	1
	1	1	-	-	-	-	1	2

BASE: 4to. año = 140 niños.
5to. año = 167 niños.
6to. año = 161 niños.

Clinica 8 = 164 niños.
Clinica 28 = 174 niños.
Clinica 38 = 130 niños.

BASE TOTAL: 468 alumnos.

FUENTE: Investigación realizada en Escuelas Primarias que participan en el Programa de Fomento de la Salud, Delegación 3 Suroeste del D.F., IMSS, 1993.

CUADRO 6 Niños.
ACTIVIDADES QUE REALIZAN LOS TRABAJADORES SOCIALES.

Actividades.	GRADO								CLINICA							
	4to.		5to.		6to.		Total		8		28		38		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
No sabe.	47	33	62	37	52	32	161	34	27	16	70	40	64	49	181	34
Contribuyen a que no te enfermes.	17	12	28	17	26	16	71	15	24	15	22	13	25	192	71	15
Ayudan a resolver problemas sociales.	17	12	20	119	29	18	66	14	36	22	20	11	10	8	66	14
Ayudan a la comunidad.	22	16	23	14	16	10	61	13	23	14	18	10	20	15	61	13
Orientan.	21	15	8	5	14	9	43	9	25	15	15	9	3	2	43	9
Imparten pláticas.	6	4	11	6	23	14	40	8	28	17	11	6	1	1	40	8
Investigan problemas.	19	13	10	6	7	4	36	8	27	16	8	5	1	1	36	8
Concepto equivocado.	4	3	8	5	9	5	21	4	3	2	10	8	8	8	21	4
Realiza actividades recreativa	1	1	2	1	1	1	4	1	-	-	3	2	1	1	4	1

BASE: 4to. año = 140 niños.
5to. año = 167 niños.
6to. año = 181 niños.

Clinica 8 = 164 niños.
Clinica 28 = 174 niños.
Clinica 38 = 130 niños.

BASE TOTAL: 468 alumnos.

FUENTE: Investigación realizada en Escuelas Primarias que participan en el Programa de Fomento de la Salud, Delegación 3 Sureste del D.F., IMSS, 1993.

CUADRO 7
SUGERENCIAS DE OTRAS ACTIVIDADES QUE DEBEN REALIZAR LOS TRAB. SOC. Niños.

Actividades sugeridas.	GRADO						Total	CLINICA						Total		
	4to.		5to.		6to.			8		28		38				
	No.	%	No.	%	No.	%		No.	%	No.	%	No.	%			
Ninguna.	77	55	98	59	104	64	279	60	82	50	113	65	84	65	279	60
No contestó.	4	3	-	-	15	9	19	4	-	-	19	11	-	-	19	4
Si sugiere.	57	42	69	41	42	26	170	36	82	50	42	24	46	35	170	36
¿Cuáles ?																
Dar mayor atención.	4	3	15	9	18	10	35	7	15	9	14	8	6	5	35	7
Ayudar a enfermos.	10	7	16	9	6	4	32	7	18	11	5	28	9	7	32	7
Ayudar a prevenir enfermedades.	9	6	8	5	4	2	21	4	11	7	8	4	2	1	21	4
Resolver problemas Familiares	9	6	6	3	4	2	19	4	13	8	2	1	4	3	19	4
No preciso.	12	8	4	2	2	1	18	4	11	7	3	2	4	3	18	4
Hacer mejor su trabajo.	4	3	5	3	4	2	13	3	5	3	2	1	6	5	13	3
Visitar las escuelas.	3	2	2	1	6	4	11	2	1	1	6	3	4	3	11	2
Educar a las personas.	2	1	5	3	3	2	10	2	3	2	1	5	6	5	10	2
Ayudar niños de la calle.	2	1	2	1	3	2	7	1	2	1	3	2	2	1	7	1
Otros.	2	1	2	1	2	1	6	1	2	1	-	-	4	3	6	1
Prevenir la drogadicción.	2	1	3	2	-	-	5	1	2	1	-	-	3	2	5	1
Visitas domiciliarias.	3	2	-	-	2	1	5	1	-	-	4	2	1	1	5	1

BASE: 4to. año = 140 niños.

5to. año = 167 niños.

6to. año = 161 niños.

Clinica 8 = 164 niños.

Clinica 28 = 174 niños.

Clinica 38 = 130 niños.

BASE TOTAL: 468 alumnos.

FUENTE: Investigación realizada en Escuelas Primarias que participan en el Programa de Fomento de la Salud, Delegación 3 Suroeste del D.F., IMSS, 1993.

CUADRO 8 Niños.
PERSONAS QUE DEBEN APLICAR LOS PROGRAMAS DE FOMENTO A LA SALUD.

Personas.	GRADO								CLINICA							
	4to.		5to.		6to.		Total		8		28		38		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Niños.	58	41	62	37	54	33	174	37	62	38	72	41	40	31	174	37
Padres.	72	51	50	30	44	27	166	35	53	32	81	46	32	25	166	35
Sociedad.	30	21	48	29	53	33	131	28	41	25	15	9	75	58	131	28
Equipo médico.	35	25	53	32	41	25	129	27	67	41	44	25	18	14	129	27
Familia.	78	56	22	13	28	18	126	27	52	31	52	30	22	17	126	27
Otros.	6	4	29	17	15	9	50	11	11	7	79	46	-	-	50	11
Maestros.	2	1	9	5	20	12	31	7	9	5	18	10	4	3	31	7
Adultos.	2	1	10	6	7	4	19	4	13	8	1,5	5	4	19	4	
Jóvenes.	5	3	3	2	3	2	11	2	2	1	2	1	7	5	11	2
Trabajador social.	1	1	-	-	2	1	3	1	2	1	1,5	-	-	3	1	
No sabe.	2	1	1,5	-	-	3	1	2	1	1,5	-	-	3	1		

BASE: 4to. año = 140 niños.
5to. año = 167 niños.
6to. año = 161 niños.

Clínica 8 = 164 niños.
Clínica 28 = 174 niños.
Clínica 38 = 130 niños.

BASE TOTAL: 468 alumnos.

FUENTE: Investigación realizada en Escuelas Primarias que participan en el Programa de Fomento de la Salud, Delegación 3 Suroeste del D.F., IMSS, 1993.

CUADRO 9

Niños.

SI PRACTICAN EN SU CASA LO APRENDIDO.

Lo practican.	GRADO						Total	
	4to.		5to.		6to.		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
SI.	132	94	163	98	152	94	447	95
No.	7	5	3	2	9	5	19	4
No contestó.	1	1	1	.5	-	-	2	.4

Lo practican.	CLINICA						Total	
	8		28		38		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
SI.	158	96	161	92	128	98	447	95
No.	6	4	11	6	2	1	19	4
No contestó.	-	-	2	1	-	-	2	.4

BASE: 4to. año = 140 niños.
5to. año = 167 niños.
6to. año = 161 niños.

Clinica 8 = 164 niños.
Clinica 28 = 174 niños.
Clinica 38 = 130 niños.

BASE TOTAL: 468 alumnos.

FUENTE: Investigación realizada en Escuelas Primarias que participan en el Programa de Fomento de la Salud, Delegación 3 Suroeste del D.F., IMSS, 1993.

CUADRO 10 Niños.
 SI A SU FAMILIA LE GUSTARÍA PARTICIPAR EN EL FOMENTO DE LA SALUD.

La gustaría.	GRADO								CLINICA							
	4to.		5to.		6to.		Total		8		28		38		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SI.	139	99	161	96	146	91	446	95	152	93	168	96	128	97	448	95
No.	1	1	6	3	10	6	17	4	7	4	6	3	4	3	17	4
No sabe.	-	-	-	-	5	3	5	1	5	3	-	-	-	-	5	1

BASE: 4to. año = 140 niños.
 5to. año = 167 niños.
 6to. año = 161 niños.

Clinica 8 = 164 niños.
 Clínica 28 = 174 niños.
 Clínica 38 = 130 niños.

BASE TOTAL: 468 alumnos.

FUENTE: investigación realizada en Escuelas Primarias que participan en el Programa de Fomento de la Salud, Delegación 3 Suroeste del D.F., IMSS, 1993.

CUADRO 11 Niños.
SI A SU FAMILIA LE AGRADA QUE PARTICIPE EN EL PROGRAMA.

Le agrada.	GRADO						Total	
	4to.		5to.		6to.			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SI.	137	98	172	97	150	93	449	96

	CLINICA						Total	
	8		28		38			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
	155	94	166	95	128	98	449	96

¿ Porqué ?

Aprende a cuidar su salud.	118	84	122	73	113	70	353	75
Ayuda a las personas.	30	21	39	23	35	22	104	22
Se siente útil.	2	1	6	3	10	6	18	4
No precisa.	1	1	3	2	2	1	6	1
No sabe.	2	14	-	-	4	3	6	1
Se relaciona con otras personas.								
No.	2	1	5	3	6	4	13	3

	136	82	111	64	107	82	353	75
	24	15	60	34	20	15	104	22
	2	1	5	3	11	8	18	4
	3	2	3	2	-	-	6	1
	3	2	3	2	-	-	6	1
	-	-	-	-	3	2	3	1
	6	4	5	3	2	1	13	3

¿ Porqué ?

Tiene malos hábitos.	1	1	5	3	6	4	12	2
Es aburrido.	1	1	-	-	-	-	1	2

	5	3	5	3	2	1	12	2
	1	1	-	-	-	-	1	2

BASE: 4to. año = 140 niños.
5to. año = 167 niños.
6to. año = 161 niños.

Clinica 8 = 164 niños.
Clinica 28 = 174 niños.
Clinica 38 = 130 niños.

BASE TOTAL: 468 alumnos.

FUENTE: Investigación realizada en Escuelas Primarias que participan en el Programa de Fomento de la Salud, Delegación 3 Suroeste del D.F., IMSS, 1993.

CUADRO 12 Niños.
SI LE AGRADA PARTICIPAR EN EL FOMENTO DE LA SALUD.

Le agrada.	GRADO								CLINICA							
	4to.		5to.		6to.		Total		8		28		38		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SI.	139	99	165	99	154	96	458	98	157	96	171	98	130	100	458	98
¿Porqué?																
Así cuida su salud.	63	45	45	27	53	33	161	34	55	33	46	28	60	46	161	34
Para aprender.	38	27	37	23	61	38	136	29	63	38	65	37	8	6	136	29
Le gusta mucho la vida.	41	29	71	42	29	18	141	29	50	30	43	25	48	37	141	30
Previene enfermedades.	27	19	29	17	21	13	77	16	9	5	25	14	43	33	77	16
No contesto.	-	-	1	.5	-	-	1	.2	1	1	-	-	-	-	1	.2
No.	1	1	2	1	7	4	10	2	7	4	3	2	-	-	10	2
¿Porqué?																
No la entiende.	1	1	2	1	4	2	7	1	4	2	3	2	-	-	7	1
Por timidez.	-	-	-	-	3	2	3	.5	3	2	-	-	-	-	3	.5

BASE: 4to. año = 140 niños.
5to. año = 167 niños.
6to. año = 161 niños.

Clinica 8 = 164 niños.
Clinica 28 = 174 niños.
Clinica 38 = 130 niños.

BASE TOTAL: 468 alumnos.

FUENTE: Investigación realizada en Escuelas Primarias que participan en el Programa de Fomento de la Salud, Delegación 3 Suroeste del D.F., IMSS, 1993.

CUADRO 13 Niños.
**RAZONES POR LAS QUE CONSIDERA IMPORTANTE LA PARTICIPACION DE LOS NIÑOS
 EN EL FOMENTO DE LA SALUD.**

Razones.	GRADO						CLINICA									
	4to.		5to.		6to.		8		28		38		Total			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Evitar enfermedades.	114	81	125	75	102	63	341	73	125	75	110	63	108	83	341	73
Transmitir conocimientos.	14	10	21	12	15	9	50	11	23	13	22	13	5	4	50	11
Aplicar los conocimientos cuando sea grande.	8	6	21	12	21	13	50	11	15	9	3	1	32	25	50	11
Para ayudar a los demás.	7	5	10	6	19	12	36	8	5	3	31	18	-	-	36	8
Nos ayuda a hacer un futuro mejor.	8	6	6	3	14	9	28	6	15	9	9	5	4	3	28	6
Entendemos más que los adultos.	2	1	8	5	6	4	18	3	1	1	7	4	8	8	18	3
No contesto.	2	1	-	-	1	1	3	1	1	1	-	-	2	1	3	1

BASE: 4to. año = 140 niños.
 5to. año = 167 niños.
 6to. año = 161 niños.

Clinica 8 = 164 niños.
 Clínica 28 = 174 niños.
 Clínica 38 = 130 niños.

BASE TOTAL: 468 alumnos.

FUENTE: Investigación realizada en Escuelas Primarias que participan en el Programa de Fomento de la Salud, Delegación 3 Suroeste del D.F., IMSS, 1993.

CUADRO 14 Niños.
LO QUE SE PROPONEN LOS NIÑOS AHORA QUE PARTICIPAN EN EL PROGRAMA

Propósitos.	GRADO								CLINICA							
	4to.		5to.		6to.		Total		8		28		38		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Aplicarlo.	87	62	103	62	90	56	280	60	82	50	113	65	85	65	280	60
Enseñar a los demás.	89	63	82	49	100	62	271	58	94	57	84	48	93	71	271	58
Estudiar o profundizar más	1	1	8	5	13	8	22	5	13	8	5	3	4	3	22	5
No contesto.	1	1	1	.5	2	1	4	1	1	1	3	2	-	-	4	1
No preciso.	2	1	1	.5	-	-	3	1	2	1	-	-	1	1	3	1
No sabe.	-	-	1	.5	-	-	1	.2	1	1	-	-	-	-	1	.2

BASE: 4to. año = 140 niños.
5to. año = 167 niños.
6to. año = 161 niños.

Clinica 8 = 164 niños.
Clinica 28 = 174 niños.
Clinica 38 = 130 niños.

BASE TOTAL: 468 alumnos.

FUENTE: Investigación realizada en Escuelas Primarias que participan en el Programa de Fomento de la Salud, Delegación 3 Suroeste del D.F., IMSS, 1993.

CUADRO 15

Niños.

A LOS NIÑOS LES GUSTARÍA SEGUIR APLICANDO LO APRENDIDO SOBRE FOMENTO DE LA SALUD CUANDO SEAN GRANDES.

Aplicar lo aprendido.	GRADO								CLINICA							
	4to.		5to.		6to.		Total		8		28		38		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SI.	136	97	163	98	157	97	456	97	162	99	170	98	124	95	456	97
¿ Porqué ?																
Evitar enfermedades.	73	52	40	24	48	30	161	34	69	42	49	28	43	33	161	35
Para ayudar a los demás.	23	18	39	23	59	37	121	28	44	27	52	30	25	19	121	28
Dar un ejemplo a sus hijos.	22	16	39	23	30	18	91	19	22	13	37	21	32	25	91	19
Le gusta mucho la vida.	11	8	25	15	16	10	52	11	22	13	15	9	15	11	52	11
Para cuidar a su familia.	9	6	14	8	8	5	31	7	8	5	13	7	10	8	31	7
Para tener un mundo mejor	10	7	11	6	6	4	27	6	8	5	7	4	12	9	2	6
No preciso.	3	2	1	1	-	-	4	1	4	2	-	-	-	-	4	1
No.																
	4	3	4	2	4	2	12	2	2	1	4	2	6	5	12	2
¿ Porqué ?																
No le interesa.	2	1	2	1	4	2	8	2	2	1	3	2	3	2	8	2
Quiere estudiar una carrera	1	1	1	.5	-	-	2	.4	-	-	-	-	2	1	2	.4
Si se va a otro lado no va a poder aplicarlo.	1	1	1	.5	-	-	2	.4	-	-	1	.5	1	1	2	.4

BASE: 4to. año = 140 niños.
5to. año = 167 niños.
6to. año = 161 niños.

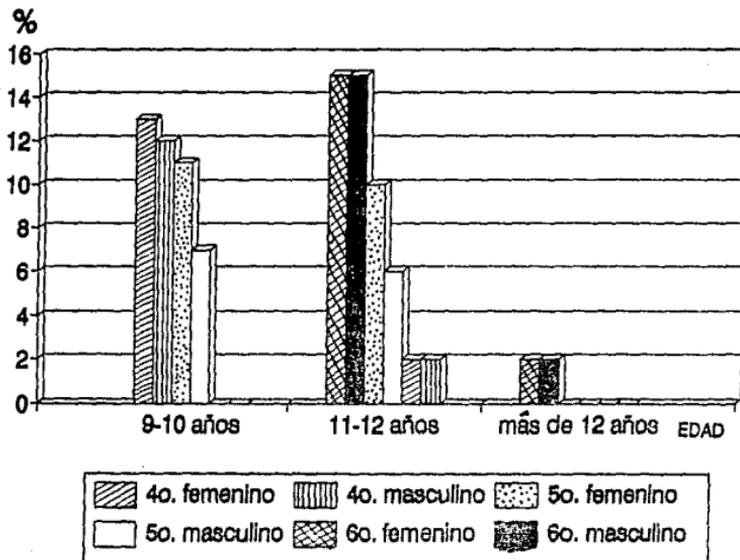
Clinica 8 = 164 niños.
Clinica 28 = 174 niños.
Clinica 38 = 130 niños.

BASE TOTAL: 468 alumnos.

FUENTE: Investigación realizada en Escuelas Primarias que participan en el Programa de Fomento de la Salud, Delegación 3 Suroeste del D.F., IMSS, 1993.

GRAFICA No. 1 NIÑOS

EDAD Y SEXO DE LOS NIÑOS POR GRADO



BASE: 488 NIÑOS

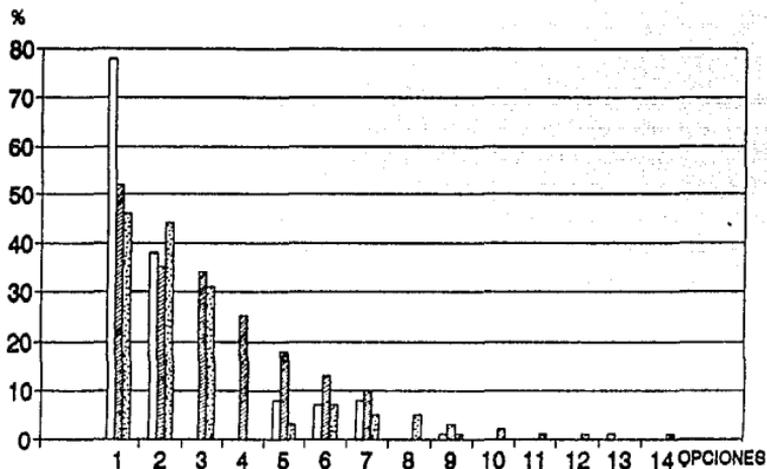
FUENTE: Investigación realizada en Escuelas Primarias participantes en el Programa de Fomento de la Salud, Delegación 3 Suroeste del D.F., IMSS, 1993.

Nota: Datos no graficados por ser poco significativos.

GRAFICA No. 2

CONOCIMIENTOS QUE LOS NIÑOS TIENEN SOBRE EL PROGRAMA, LOS QUE DEBEN TENER Y LOS QUE HAN APLICADO.

NIÑOS



LOS APLICADOS
 LOS QUE TIENEN
 LOS NECESARIOS

- | | |
|---|---|
| 1 Aseo Personal.
2 Orientación nutricional.
3 Programa dirigido a la educación higiénica.
4 Prevención de enfermedades.
6 Educación sexual.
8 Primeros auxilios.
7 Saneamiento ambiental. | 8 Problemas sociales.
9 Prevención de accidentes.
10 Hacer lo que dicen los médicos.
11 No sabe.
12 Otro.
13 Nada.
14 Saber más sobre fomento de salud. |
|---|---|

BASE: 468 NIÑOS

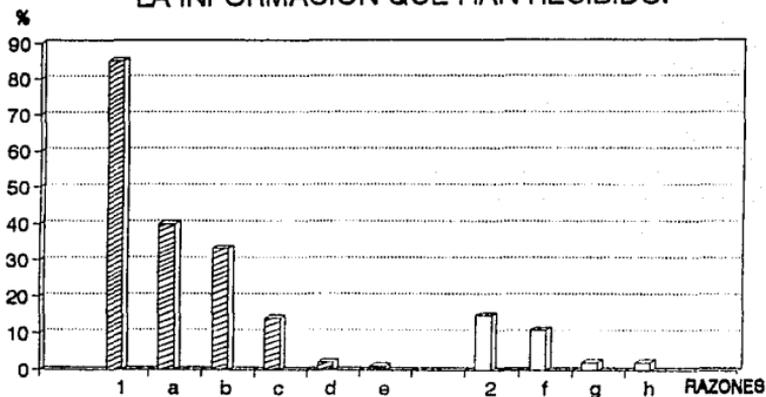
FUENTE : Investigación realizada en Escuelas Primarias participantes en el Programa de Fomento de la Salud, Delegación 3 Suroeste del D.F., IMSS, 1993.

Nota: Datos no graficados por ser poco significativos.

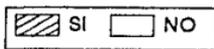
GRAFICA No. 3

SI HAN CAMBIADO SUS HABITOS CON LA INFORMACION QUE HAN RECIBIDO.

NIÑOS



1. SI
Razones :
- a) Para conservar su salud.
 - b) Prevenir enfermedades.
 - c) Formar hábitos de higiene.
 - d) Aprende nuevas cosas.
 - e) No sabe.



2. NO
Razones :
- f) Ya tenía formados buenos hábitos.
 - g) No le interesa.
 - h) Sigue conservando su malos hábitos.

BASE: 468 NIÑOS

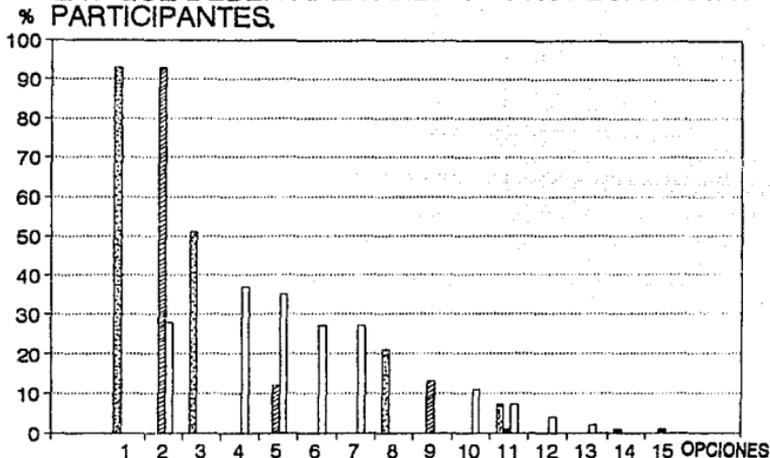
FUENTE : Investigación realizada en Escuelas Primarias participantes en el Programa de Fomento de la Salud, Delegación 3 Suroeste del D.F., IMSS, 1993.

Nota: Datos no graficados por ser poco significativos.

GRAFICA No. 4

NIÑOS

PERSONAS QUE LES HABLARON DEL PROGRAMA,
LAS QUE DEBEN APLICARLO Y PROFESIONISTAS
PARTICIPANTES.



- 1 Médicos.
- 2 Equipo de Fomento de la Salud.
- 3 Enfermeras.
- 4 Niños.
- 5 Padres.
- 6 Sociedad.
- 7 Familia.
- 8 Trabajador Social.
- 9 Medios masivos de comunicación.
- 10 Otros.
- 11 Maestros.
- 12 Adultos.
- 13 Jóvenes.
- 14 No contestó.
- 15 Nadie.

- Persona que les explicó lo que saben del programa. 
 - Profesionistas participantes. 
 - Personas que deben aplicar el programa. 

BASE: 468 NIÑOS

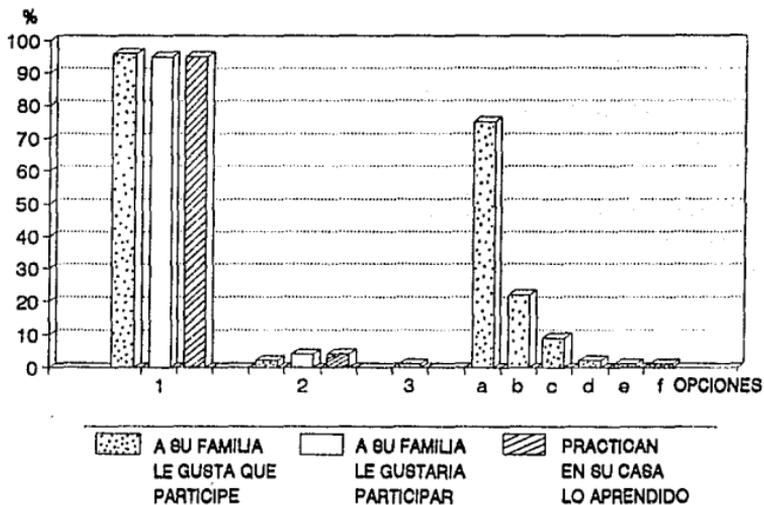
FUENTE: Investigación realizada en Escuelas Primarias Participantes en el Programa de Fomento de la Salud, Delegación 3 Suroeste del D.F., IMBS, 1993.

Nota: Datos no graficados por ser poco significativos.

GRAFICA No. 5

NIÑOS

PARTICIPACION DE LOS NIÑOS Y SU FAMILIA



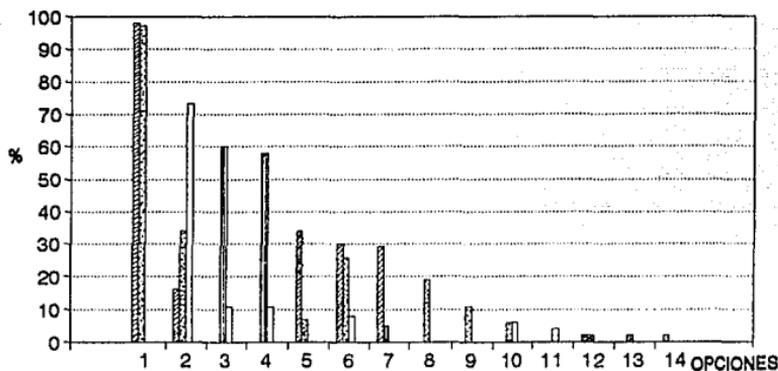
BASE: 468 NIÑOS

FUENTE: Investigación realizada en Escuelas Primarias participantes en el Programa de Fomento de la Salud, Delegación 3 Suroeste del D.F., IMSS, 1993.

Nota: Datos no graficados por ser poco significativos.

GRAFICA No. 6

AGRADO DE LOS NIÑOS HACIA EL PROGRAMA,
 IMPORTANCIA DE SU PARTICIPACION Y
 LO QUE PLANEAN HACER AL RESPECTO.



LES AGRADA PARTICIPAR EN EL FOMENTO DE LA SALUD.
 LES GUSTARIA SEGUIR APLICANDO LO QUE HAN APRENDIDO.
 RAZONES DE LA IMPORTANCIA DE QUE LOS NIÑOS PARTICIPEN.
 LO QUE HARAN LOS NIÑOS AHORA QUE PARTICIPAN EN EL PROGRAMA.

- | | |
|--|-----------------------------------|
| 1 Si. | 7 Aprender y profundizar más. |
| 2 Prevenir enfermedades. | 8 Para dar un buen ejemplo. |
| 3 Aplicar los conocimientos. | 9 Le gusta mucho la vida. |
| 4 Transmitir los conocimientos. | 10 Hacer un futuro mejor. |
| 5 Para cuidar su salud y la de su familia. | 11 Entienden más que los adultos. |
| 6 Le gustaría ayudar a los demás. | 12 No. |
| | 13 No le interesa. |

BASE: 468 NIÑOS

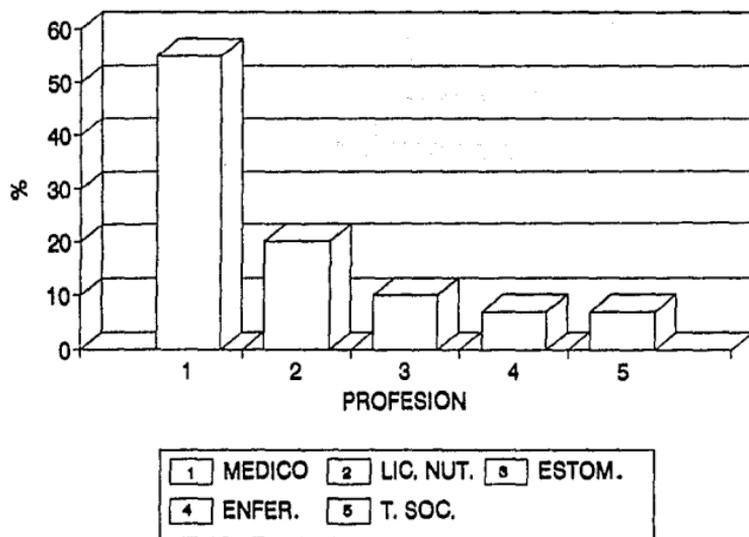
FUENTE: Investigación realizada en Escuelas Primarias Participantes en el Programa de Fomento de la Salud Delegación 3 Sureste del D.F., IMSS, 1993.

Nota: Datos no graficados por ser poco significativos.

GRAFICA No. 7

PROFESION

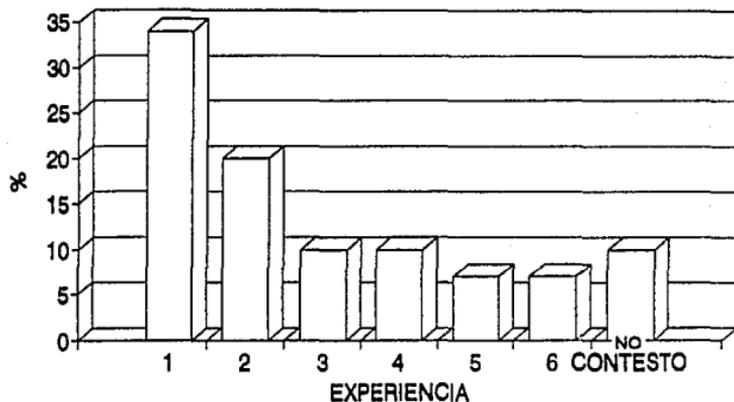
EQUIPO DE SALUD



BASE: 29 PROFESIONISTAS

FUENTE: Investigación realizada en Escuelas Primarias participantes en el Programa de Fomento de la Salud Delegación 3 Surcoeta del D.F., IMSS, 1993.

GRAFICA No. 8 EQUIPO DE SALUD EXPERIENCIA EN EL AREA DE LA SALUD



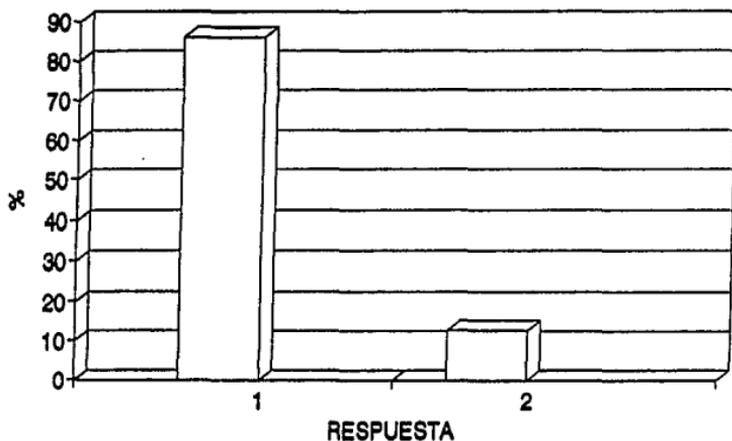
1	1 a 4 años	2	menos de 1	3	13 a 16
4	17 a 20	5	9 a 12	6	5 a 8

BASE : 29 PROFESIONISTAS

FUENTE : Investigación realizada en Unidades Médicas que participan en el Programa de Fomento de la Salud, Delegación 3 Suroeste del D.F., IMSS, 1993.

GRAFICA No. 9 EQUIPO DE SALUD

CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA DE FOMENTO DE LA SALUD EN ESCUELAS PRIMARIAS.



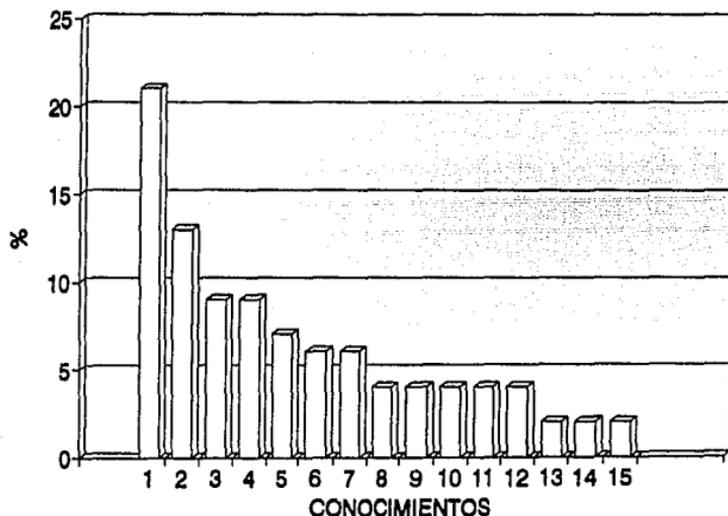
1 SI LO CONOCE 2 NO LO CONOCE

BASE: 20 PROFESIONISTAS

FUENTE: Investigación realizada en Escuelas Primarias participantes en el Programa de Fomento de la Salud, Delegación 3 Suroeste del D.F., IMSS, 1993.

GRAFICA No. 10 EQUIPO DE SALUD

CONOCIMIENTOS IMPORTANTES PARA EL DESARROLLO DEL TRABAJO EN EL PROGRAMA



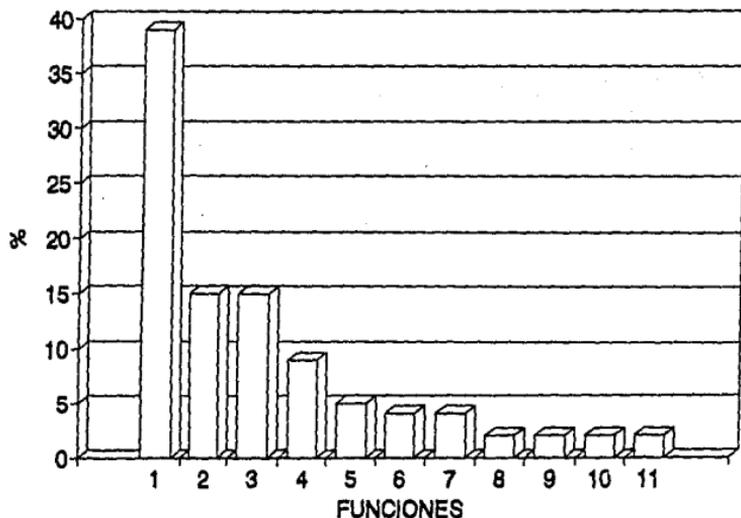
- | | | |
|--|---------------------------------|-------------------------|
| 1 Aspectos psicosociales y económicos. | 5 Investigación | 10 Epidemiología. |
| 2 Programa de Fomento de la Salud. | 6 Mercadotecnia | 11 No contestó. |
| 3 Técnicas didácticas. | 7 Antropología. | 12 Impreciso. |
| 4 Nutrición. | 8 Manejo de grupos. | 13 Trabajo comunitario. |
| | 9 Atención primaria a la salud. | 14 Administración. |
| | | 15 Aspectos jurídicos. |

BASE: 29 PROFESIONISTAS

FUENTE: Investigación realizada en Unidades Médicas que participan en el Programa de Fomento de la Salud, Delegación 3 Surcoasta del D.F., IMSS, 1993.

GRAFICA No. 11 EQUIPO DE SALUD

FUNCIONES QUE DEBEN LLEVARSE A CABO EN ESTA AREA.



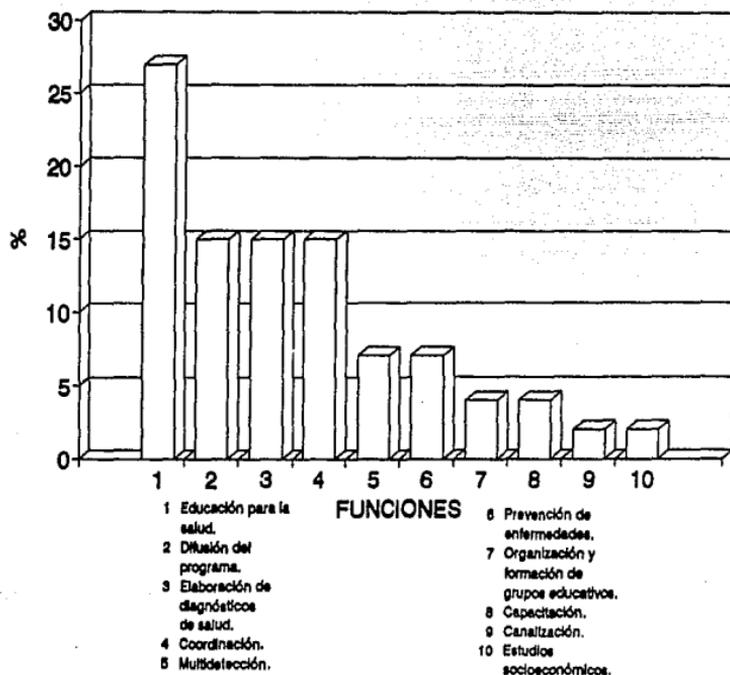
- | | |
|--|---------------------------|
| 1 Educación para la modificación de hábitos. | 6 Multidetección. |
| 2 Coordinación. | 7 Organización de grupos. |
| 3 Detección de riesgos. | 8 Programación. |
| 4 Prevención. | 9 Evaluación. |
| 5 Capacitación. | 10 Supervisión. |
| | 11 Impresión. |

BASE: 29 PROFESIONISTAS.

FUENTE: Investigación realizada en Escuelas Primarias participantes en el Programa de Fomento de la Salud, Delegación 3 Suroeste del D.F., IMSS, 1983.

GRAFICA No. 12 EQUIPO DE SALUD

FUNCIONES DESARROLLADAS EN EL PROGRAMA

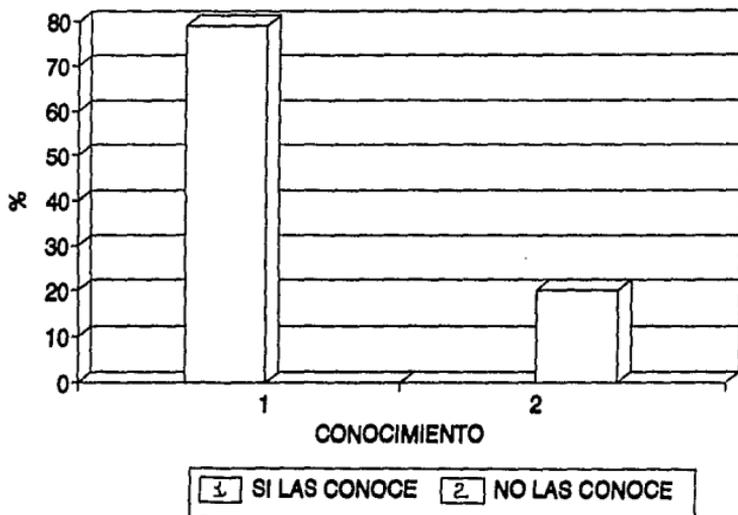


BASE: 29 PROFESIONISTAS

FUENTE: Investigación realizada en Unidades Médicas que Participan en el Programa de Fomento de la Salud, Delegación 3 Suroeste del D.F., IMSS, 1993.

GRAFICA No. 13 EQUIPO DE SALUD

CONOC.SOBRE LAS FUNIONES QUE DESEMPEÑAN LOS TRABAJADORES SOCIALES

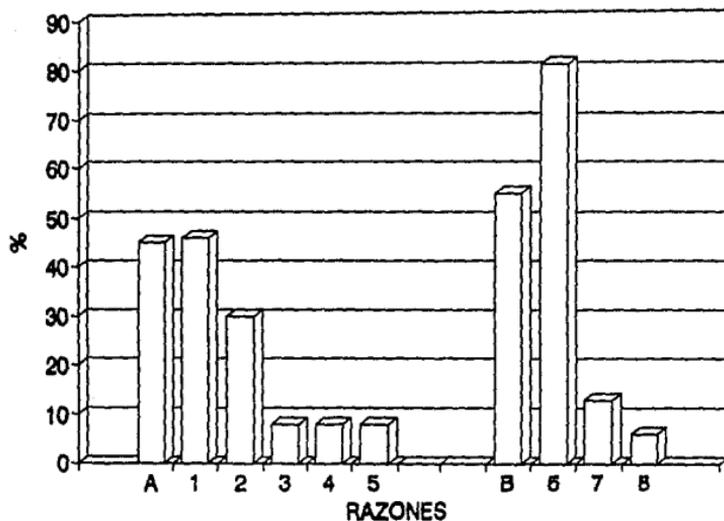


BASE: 20 PROFESIONISTAS.

FUENTE: Investigación realizada en Escuelas Primarias participantes en el Programa de Fomento de la Salud, Delegación 3 Suroccidente del D.F., (MSS, 1983).

GRAFICA No. 14 EQUIPO DE SALUD

SE CUMPLEN LAS FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL



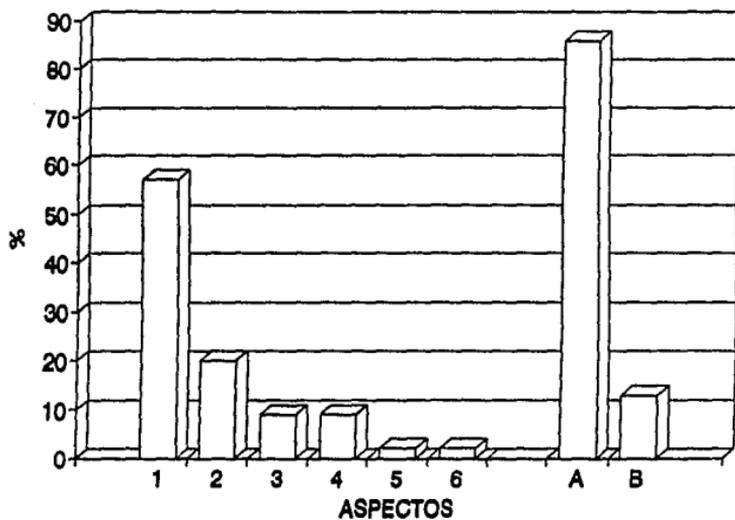
- | | |
|--|--|
| <p>A.</p> <ul style="list-style-type: none"> Si. 1 Impreciso. 2 No contestó. 3 Se interesa por mejorar el habitat del ser humano. 4 Logra sensibilizar a la población. 5 Organiza a la población. | <p>B.</p> <ul style="list-style-type: none"> No. 6 No hay Trabajador Social. 7 Por limitaciones institucionales. 8 Lo ignora. |
|--|--|

BASE: 29 PROFESIONISTAS.

FUENTE: Investigación realizada en Escuelas Primarias participantes en el Programa de Fomento de la Salud, Delegación 3 Suroeste del D.F., IMSS, 1993.

GRAFICA No. 15 EQUIPO DE SALUD

ASPECTOS QUE DEBE ENFOCAR EL TRABAJO



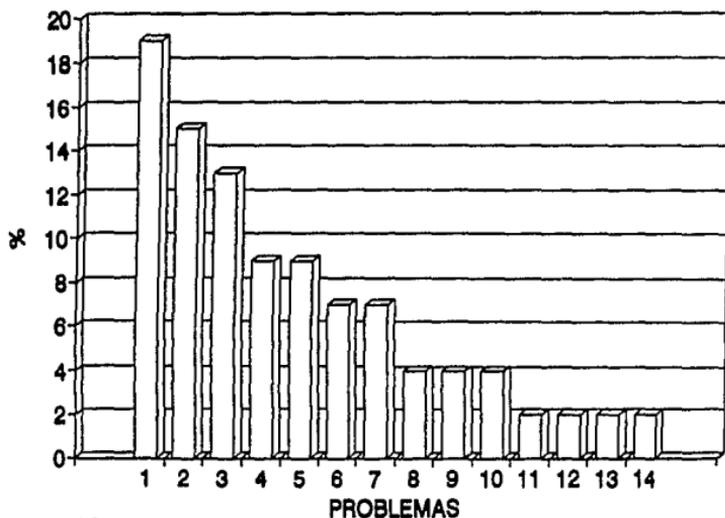
- | | |
|---|------------------|
| 1 Educación para la salud y el autocuidado. | 4 Impulso. |
| 2 Prevención de enfermedades. | 5 Investigación. |
| 3 Detección de riesgos. | 6 Canalización. |
| | A. Sí. |
| | B. No. |

BASE: 29 PROFESIONISTAS.

FUENTE: Investigación realizada en Escuelas Primarias participantes en el Programa de Fomento de la Salud, Delegación 3 Suroeste del D.F., IMSS, 1993.

GRAFICA No. 16 EQUIPO DE SALUD

PRINC. PROBLEMAS DETECTADOS EN ESCUELAS



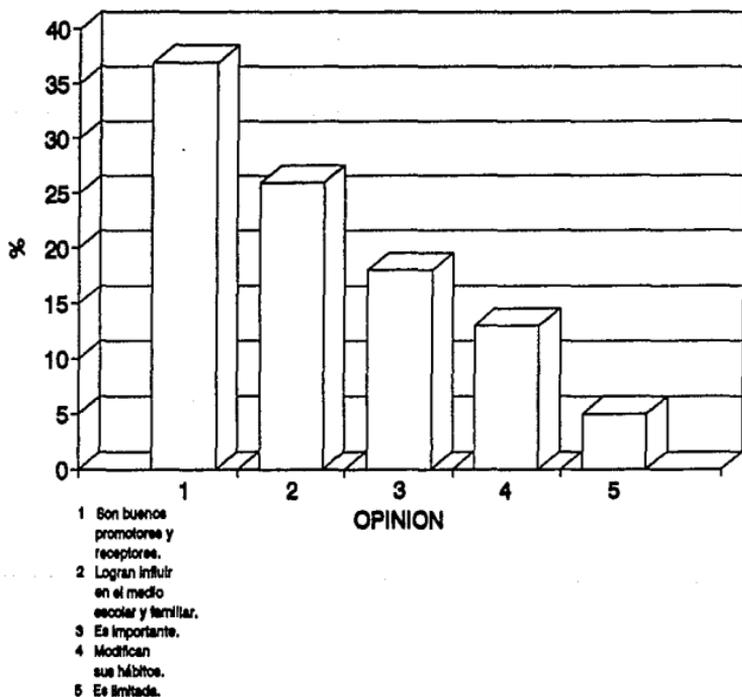
- PROBLEMAS**
- | | |
|--------------------------|------------------------------------|
| 1 Delincuencia familiar. | 8 Déficit educativo de los padres. |
| 2 Problemas económicos. | 9 Falta de interés. |
| 3 Falta de interés. | 10 Ocio de los niños. |
| 4 Inseguridad. | 11 Demora ambiental. |
| 5 Desnutrición. | 12 Promoción. |
| 6 Maltrato al menor. | 13 Lo ignora. |
| 7 Malos hábitos. | 14 No contestó. |

BASE: 29 PROFESIONISTAS.

FUENTE: Investigación realizada en Escuelas Primarias participantes en el Programa de Fomento de la Salud, Delegación 3 Suroeste del D.F., IMSS, 1963.

GRAFICA No. 17 EQUIPO DE SALUD

OPINION DE LOS NIÑOS COMO PROM.SOCIALES.

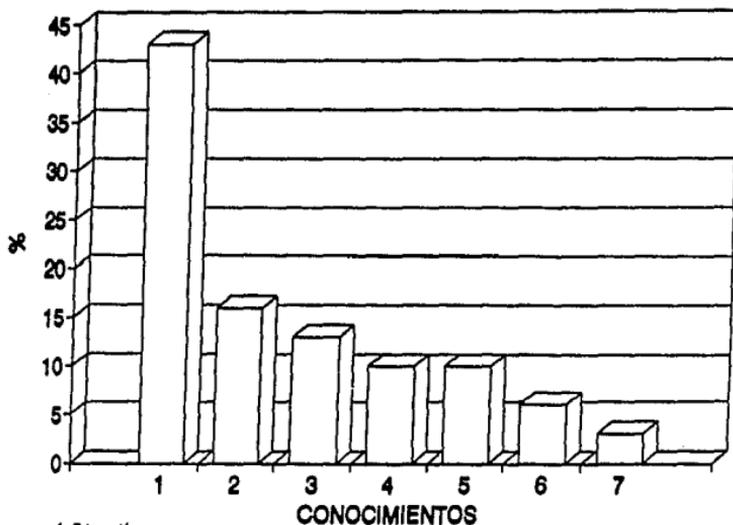


BASE: 29 PROFESIONISTAS.

FUENTE: Investigación realizada en Escuelas Primarias participantes en el Programa de Fomento de la Salud, Delegación 3 Suroeste del D.F., IMSS, 1993.

GRAFICA No. 18 EQUIPO DE SALUD

CONOC. NECESARIOS PARA QUE LOS NIÑOS PARTICIPEN EN EL FOMENTO DE LA SALUD.



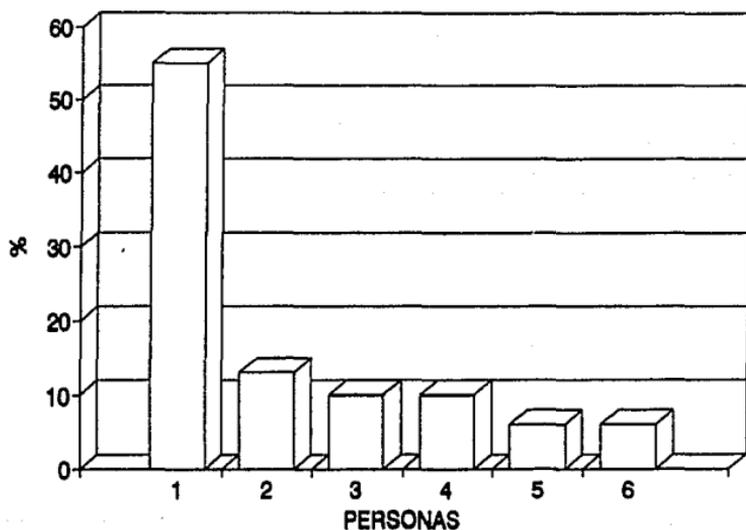
- | | |
|---|---|
| 1 Educación para la salud. | 5 Técnicas de motivación y sensibilización. |
| 2 Impreciso. | 6 Programa de Fomento de la Salud. |
| 3 Autoconciencia de la salud. | 7 Primeros auxilios. |
| 4 Medidas básicas para la prevención de enfermedades. | |

BASE: 29 PROFESIONISTAS.

FUENTE: Investigación realizada en Escuelas Primarias participantes en el Programa de Fomento de la Salud, Delegación 3 Suroeste del D.F., IMSS, 1993.

GRAFICA No. 19 EQUIPO DE SALUD

PERSONAS QUE DEBEN TRANSMITIR LOS CONOCIMIENTOS DE FOMENTO DE LA SALUD.



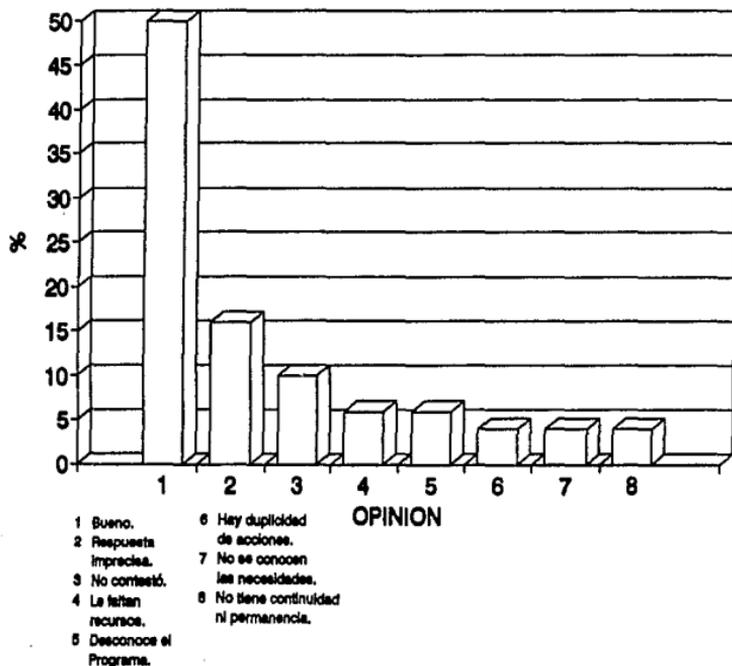
- 1 Equipo de Salud.
- 2 La gente que rodea a los niños.
- 3 Promotores de salud.
- 4 Otros.
- 5 No contestó.
- 6 Impreciso.

BASE: 29 PROFESIONISTAS.

FUENTE: Investigación realizada en Escuelas Primarias participantes en el Programa de Fomento de la Salud, Delegación 3 Suroeste del D.F., IMSS, 1993.

GRAFICA No. 20 EQUIPO DE SALUD

OPINION DEL PROGRAMA DE FOMENTO DE LA LA SALUD EN LAS ESCUELAS PRIMARIAS .

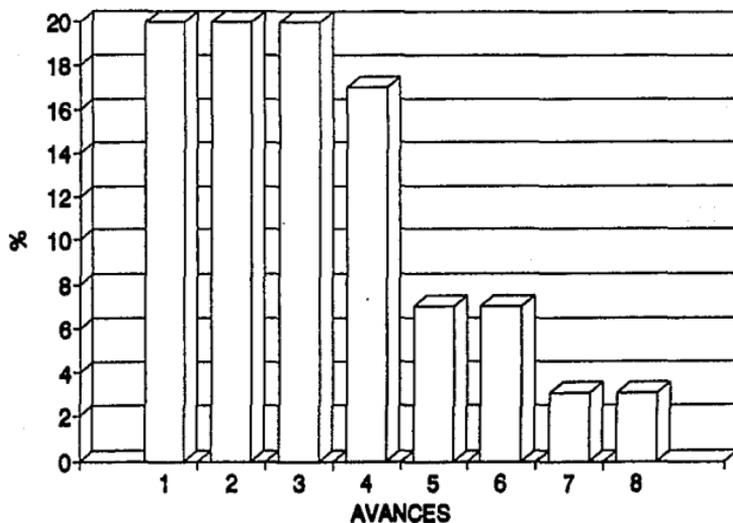


BASE: 29 PROFESIONISTAS.

FUENTE: Investigación realizada en Escuelas Primarias participantes en el Programa de Fomento de la Salud, Delegación 3 Suroeste del D.F., IMSS, 1993.

GRAFICA No. 21 EQUIPO DE SALUD

AVANCES DEL PROGRAMA EN ESCUELAS



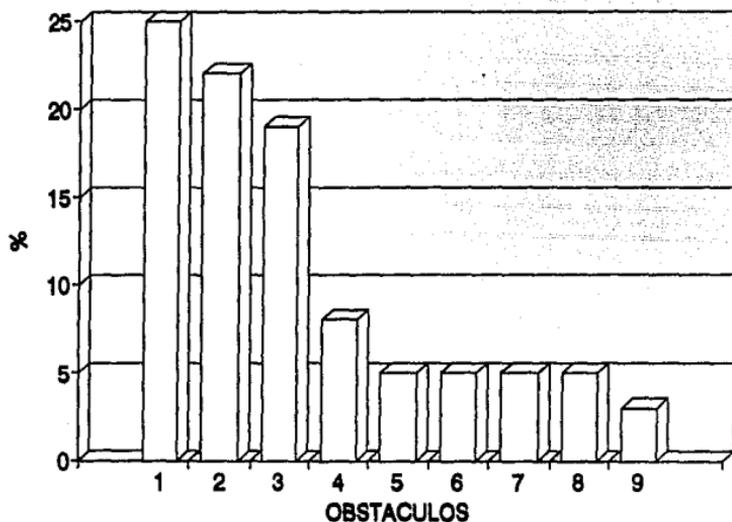
- 1 Buenos.
- 2 Limitados.
- 3 Impreciso.
- 4 No contestó.
- 5 Suspendido.
- 6 Lo desconoce.
- 7 Metas logradas en alta proporción.
- 8 Mediano alcance.

BASE: 29 PROFESIONISTAS.

FUENTE: Investigación realizada en Escuelas Primarias participantes en el Programa de Fomento de la Salud, Delegación 3 Suroeste del D.F., IMGS, 1993.

GRAFICA No. 22 EQUIPO DE SALUD

OBSTACULOS ENCONTRADOS POR EL EQUIPO DE SALUD.



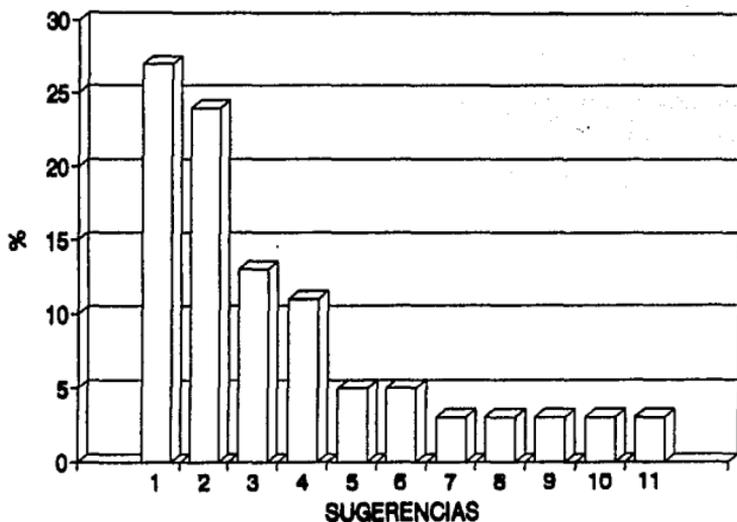
- | | |
|--|---------------------------------|
| 1 Falta de recursos. | 8 Apatía de los profesores. |
| 2 Falta de apoyo institucional. | 6 Desconocimiento del Programa. |
| 3 Falta de cooperación de los padres. | 7 No contestó. |
| 4 Desorganización del Equipo de Salud. | 8 Ninguno. |
| | 9 Deficientes instalaciones. |

BASE: 29 PROFESIONISTAS

FUENTE: Investigación realizada en Escuelas Primarias participantes en el Programa de Fomento de la Salud, Delegación 3 Suroeste del D.F., IMSS, 1993.

GRAFICA No. 23 EQUIPO DE SALUD

SUGERENCIAS PARA MEJORAR EL PROGRAMA



- 1 Ampliando los recursos.
- 2 Coordinación institucional.
- 3 Impreciso.
- 4 Mejor participación del equipo.
- 5 Planeando acciones.
- 6 Ampliando el área de acción.

- 7 Diferenciando los programas.
- 8 Detectando necesidades.
- 9 Concientizando a la población.
- 10 Trabajando con grupos.
- 11 No contestó.

BASE: 29 PROFESIONISTAS

FUENTE: Investigación realizada en Escuelas Primarias participantes en el Programa de Fomento de la Salud Delegación 3 Suroeste del D.F., IMSS, 1993.

CAPITULO V

MODELOS DE INTERVENCION DE TRABAJO SOCIAL

De acuerdo con la información obtenida en la investigación se infirió que los trabajadores sociales dentro del programa de Fomento de la Salud en Escuelas Primarias no ha tenido un desempeño relevante, a pesar de que se hizo patente por la mayoría de los participantes la necesidad de su integración a las actividades del programa. Además las características del programa, las acciones que se realizan en él y la problemática social detectada permite afirmar que efectivamente dicho profesionista puede desarrollarse ampliamente en esta área, pero debe hacerlo de una manera estructurada y de acuerdo a la situación que se presente.

Por lo anterior, se considera oportuno proponer un modelo de intervención de trabajo social que permita su mejor inserción, entendiendo por este, la representación simbólica de la realidad que plantea una serie de acciones que inciden en el fenómeno y que hacen referencia a un área específica en cuanto a sus actividades y su explicación teórica en este caso al trabajo social.

Se presenta a continuación la revisión de algunos modelos de intervención, sugeridos por diferentes autores y a partir de ellos se hará la propuesta.

El siguiente modelo de intervención es presentado por Angélica Gallardo Clark y pertenece a la corriente materialista

dialéctica, refiriéndose a las aproximaciones sucesivas de la realidad.

"1. Primera aproximación: Es la investigación preliminar la cual abarca tres meses donde se realizará una indagación preliminar, será auscultadora de la realidad, obteniéndose un conocimiento por vía directa, observativa, participativa e integrativa; las técnicas a utilizar para el conocimiento de la realidad son: la observación y las entrevistas; para el registro de datos el diario de campo, registro de campo; para el acercamiento de la realidad: la comunicación, motivación, entrevistas, relación profesional; para la reunión de datos: la interpretación y cuantificación.

2. Investigación descriptiva: Esta se realizará al cuarto mes en el cual deberán agudizar su observación, además de implementar la observación participativa, se pretende obtener un conocimiento de mayor profundidad, se analizará el universo y determinará la muestra; de aquí se partirá a estructurar el diagnóstico de la realidad.

3. Diagnóstico de la realidad: Se llevará a cabo en el sexto mes, se realiza con la participación directa de la población, se hace también una jerarquización de problemas, necesidades y situaciones problematizantes (para lograr la concientización de recursos, las técnicas de diagnóstico, discusión, grupales, de utilización de recursos, educativas para la capacitación y concientización, talleres populares, etc.

4. Programación: aquí se plantearán objetivos; revisión

de planes, programas y proyectos específicos, determinación de recursos, y planteamiento de diferentes alternativas de acción.

También dentro de esta etapa se preveen las acciones a realizar, en atención a la solución de las necesidades detectadas y de toda situación problematizante, plantearlas y decidir aquellas alternativas más convenientes; las técnicas a utilizar son: Las educativas grupales, elaboración de códigos u otros procedimientos para la concientización y de comunicación.

5. Ejecución: En sí implica una etapa de organización, capacitación y movilización de las bases para la transformación de su realidad inmediata. En esta etapa se ponen en marcha los programas y proyectos; las técnicas a utilizar para la organización, movilización y concientización: Los círculos de cultura, el teatro, títeres, diapositivas; y las de comunicación de masas, son las técnicas de resolución de problemas y técnicas para la capacitación.

6. Verificación: Se retomaran las evaluaciones de las etapas anteriores para realizar así una evaluación general con fines de formulación teórica lo que interesa aquí es obtener el conocimiento descriptivo-causal de las situaciones trabajadas, que permitan una elaboración teórica, conceptual y operativa sobre el particular. Los instrumentos que se utilizarán serán los registros, material documental general, cédulas, discusión, observación y el informe".

FUENTE: Oallardo Clark Angélica; "La Praxis del Trabajo Social en una Dirección Científica"; edit. Eco, Argentina; 1974, pág 79.

Natalio Kisnerman, dentro de la Corriente Materialista Dialéctica, propone un Modelo de Trabajo Social basado en la intervención Planificada, definiéndola de acuerdo con lo que dice Teresa Sheriff como "La organización de fuerza y recursos que puedan utilizarse como respuesta a la situación problema determinando cada paso por seguir".

"Para esto requiere de una política clara y precisa para fijar los objetivos y las acciones instrumentales, ya que sin esto no se da la intervención planificada. También es necesario que se haga una investigación diagnóstica, ya que son una unidad indivisible. Para que exista una, debe de estar la otra. Puesto que cada acción realizada significa conocer y por lo tanto identificar lo conocido, esto es investigar e intervenir racionalmente en la realidad.

La intervención planificada comprende los siguientes procesos:

1. Definición de políticas:

- Fijar objetivos.
- Estrategias y tácticas.
- Logística.

2. Elaboración e implementación de planes:

- Programar y proyectar.
- Instrumentación
- Localización.
- Proyección.
- Costo.

-Niveles.

3. Ejecución de planes.

4. Control:

-Registro.

-Medición y evaluación.

-Sistematización.

5. Tipologías de intervención

En la definición de políticas se debe determinar qué se quiere lograr y el cómo lograrlo. Para a su vez suponer una determinación valorativa.

Una intervención planificada debe poner esencialmente énfasis en la formación de organizaciones de base diferenciadas, con alto grado de participación y movilidad entre ellas.

En toda definición de políticas se deben de plantear estrategias, tácticas y logística. Las estrategias son medidas o acciones a seguir para alcanzar los objetivos; las tácticas son las habilidades que se utilizan para lograr algo. Es decir el cómo y el cuándo de la acción. Pero estrategia y táctica no pueden ponerse en práctica si previamente no evaluamos o confrontamos nuestra potencialidad con la del adversario o fuerzas del anticambio. A esto se le llama logística.

El planificar o elaborar planes es decir, cursos de acción capaces de asegurar la realización de un objetivo. Los cursos de acciones son las series de actos articulados que deben plantearse como hipótesis operacional alternativa.

La planificación se materializa en un diseño, que es la construcción teórica de un modelo de acción. Consta de objetivos generales y particulares, localización, programas y proyectos, fijación de secuencias temporales costo e instrumentalización.

Los programas y proyectos se ejecutan en una secuencia cronológica por medio de cronogramas, que determinan la proyección de la planificación a corto, mediano y largo plazo.

Según la localización, la planificación puede ser local, sublocal, regional, provincial, nacional.

La planificación debe establecer prioridades y para ello debe maximizar recursos, minimizando costos financieros y humanos.

Una planificación será eficaz cuando: 1) Se permita demostrar que los fines son realistas, si son alcanzables y esto es sólo a través de realizar una investigación diagnóstica previa de la situación; 2) Asegurar que los medios son los mejores disponibles para lograr los fines propuestos y 3) Si tiene una efectiva observancia por parte de quienes deben cumplir.

La ejecución se dirige a los focos o claves que la investigación diagnóstica determina como capaces de promover el cambio, realizando las acciones que establece la planificación.

El proceso de control y evaluación es prácticamente una norma dentro de la metodología, ya que cada acción exige evaluar las situación determinando estrategias y examinar las

consecuencias y a la vez tomar los resultados para sistematizar la experiencia y de la práctica sacar elementos que nutran la teoría".

Desde el punto de vista del Materialismo Dialéctico María del Carmen Mendoza Rangel afirma que el modelo de intervención se cumple de la siguiente manera:

"La caracterización de la situación, que representa la síntesis del todo el proceso anteriormente dado, es la conclusión en cuanto a la situación del objeto en su determinación actual, que marca las necesidades prioritarias y su explicación cuantitativa y cualitativa del grado de extensión del fenómeno y su viabilidad de solución. Es a lo que generalmente se llama diagnóstico de la situación.

La planeación es la concepción integradora que aglutina todos los programas y proyectos de la acción global en donde se definen las líneas generales de intervención, sus estrategias, las distintas fases del desarrollo del proceso de intervención, las metodologías a utilizar como un conjunto de propuestas que guíen las acciones específicas, así como los esfuerzos y recursos necesarios para la acción. Los instrumentos útiles en ese momento son el plan general, los inventarios, los mapas, los cuadros, etc.

La programación es la acción específica que delimita áreas determinadas de intervención, delimita objetivos de

FUENTE: Kiamerman Natalio, "Servicio Social Pueblo", Editorial: Humanitas; Buenos Aires Argentina, 1982, pag 98.

acuerdo a las necesidades específicas y define los tiempos adecuados, los recursos con los que se cuenta y las actividades que van a ser realizadas, especifica el tipo de técnicas e instrumentos a aplicar y los resultados cuantificados como metas que espera desarrollar. En este momento es de gran utilidad el programa específico, las rutas críticas, los diagramas, los pert, los fluxogramas, etc.

La ejecución es la fase de la realización de los proyectos que se da sobre la base de organización de la población y de los espacios, de la delimitación de las funciones, de la definición de los canales de coordinación y comunicación de los distintos elementos que intervienen en el proceso. En este momento se forman comisiones, grupos, equipos y se definen los niveles y las instancias para la dirección del proceso. Los instrumentos útiles en ese momento son los manuales de funciones, los organigramas, las guías de procedimientos para la información, y las técnicas de reflexión como las reuniones, talleres, entrevistas, etc.

La supervisión es la acción que tiene la responsabilidad de vigilar la correcta marcha de los proyectos en función de las estrategias en los objetivos planteados, tomando en cuenta las posibilidades de los mismos destacando los posibles errores que se presentan, así como recuperando los aciertos y los éxitos de determinadas acciones, los cuales son sometidos a un proceso de reflexión y análisis a través de reuniones, observación, entrevistas y talleres, que visualicen

las posibilidades y limitaciones, no sólo del proyecto, sino de las metodologías, de las técnicas y de las propias actitudes de los sujetos profesionales.

La evaluación es la actividad tendiente a valorar y medir las acciones del proyecto, el cumplimiento de los objetivos, de las metas, la debida utilización de los recursos y el cumplimiento de las funciones de los profesionales".

"El Equipo de Profesores del Departamento de Trabajo Social para la acción transformadora de la Universidad de Caldas (Manizales-Colombia), apoyado en la corriente del Materialismo Dialéctico, considera necesario dos momentos dentro de su modelo de intervención:

- a) Ubicación, y;
- b) La relación.
- c) La acción.

1) Ubicación.

Implica un proceso mediante el cual el trabajo social se acerca y se sitúa en la Comunidad (geográfica o funcional, en actitud científica para el conocimiento de su estructura física y social. Para tal efecto, debe cumplir los siguientes objetivos:

A) La inclusión o proceso inicial de conocimiento de la estructura social que va a incidir en la relación o comunicación del trabajador social con la comunidad y viceversa. Incluye la

FUENTE: Rangel Mendoza, Ma. del Carmen; "Una opinión Metodológica para los Trabajadores Sociales"; Asociación de Trabajadores Sociales Mexicanos A.C., Mexico, D.F., pag 103.

identificación y conocimiento de los elementos culturales.

B) La elaboración de un registro del Aspecto Físico que llevará al conocimiento de los aspectos materiales de la comunidad o sea estructura física.

C) Un registro de las Relaciones Espaciales o sea las formas como las personas y grupos usan el espacio geográficos en el cual viven.

2) Relación.

Tiene como objetivos específicos el conocimiento de la estructura social de la comunidad y la iniciación del proceso de educación concientizadora. Estos procesos se dan en razón de la comunicación y presuponen la detección de grupos y organizaciones, y la observación participante de ellos.

3) Acción.

Cuando el trabajador social ha conocido la estructura del campo de práctica en sus diferentes aspectos (físico-espacial-relacional) y ha participado en gran medida de su cultura, estará en posibilidad de proyectar, conjuntamente con la colectividad, una acción concreta, tendiente a organizarla porque conocen sus necesidades y recursos, sus inquietudes, aspiraciones y además, conocen las organizaciones comunitarias que existen y que actuarían como medio en el desarrollo de cualquier programa. Esta organización a la cual debe aspirar la comunidad está determinada por la conciencia adquirida a través de la crítica de su realidad y requiere, para su efecto una Planeación cuyo contenido involucra acciones

necesarias de administrar.

Además de todo debe hacerse la evaluación en base a criterios específicos, tales como: cumplimiento de tareas asignadas, presentación y calidad del trabajo, objetividad, responsabilidad, iniciativa, asistencia, participación y discusión .

Este Modelo de Intervención pertenece a la corriente materialista dialéctica y es propuesto por la Escuela de Servicio Social de la Universidad Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil establece que la intervención incluye:

"-Lo que se pretende lograr en una etapa.

-Tipo de contactos realizados.

-Estrategias metodológicas.

-Formas de control empleadas.

-Resultados obtenidos.

-Significado de la etapa metodológica o de trabajo en relación a los objetivos generales que se pretendía alcanzar.

Aproximación I.

Primer momento.

A) Se pretende en este contacto una primera apreciación de las formas de vida de las áreas de trabajo.

-Procurar captar un aspecto físico histórico de la realidad y formar elementos para ver dos tipos de relación entre hombres y medio ambiente ó de los hombres entre si.

Objetivos:

-Situat al Fomento de la Salud en el área de acción.

-Identificar a personas o grupos sociales que caractericen un proceso interactivo del área de objeto.

-Obtener una visión de como las comunidades perciben sus problemas.

-Las formas de interacción local.

-Las personas influyentes del barrio.

-Los aspectos físicos de comunidades en el contexto histórico en el cual está inserta.

B) Contacto Global.

Como parte de la aproximación I se objetiva:

-El establecimiento de confrontaciones de los datos particulares a los generales.

-La ampliación de la visión que la población tiene de su realidad.

-El conocimiento de situaciones de vivencias estratégicas de la dinámica de los barrios.

-La ampliación y profundización del conocimiento obtenido en el primer contacto.

-La identificación de las situaciones existentes donde se localizan contradicciones básicas.

-El inicio o proceso de grupalización donde los individuos discuten y jerarquizan los problemas de su realidad.

-El aumento de los datos abtenidos en la etapa anterior.

-La primera tentativa de jerarquización de los problemas investigados.

C) Organización.

En esta etapa se procura sistematizar y organizar los esfuerzos de la población, dentro de los grupos espontáneamente, objetivando:

-El inicio al proceso de acción organizadas, a través de la integración de los esfuerzos de los individuos.

-El posibilitar la realización de una acción investigadora organizadora.

-El crear condiciones y medios para la mayor participación, capacitación y concientización.

Objetivos:

-Ampliación de conocimientos.

-El organizar grupos de discusión e investigación en problemas y situaciones constatadas.

SEGUNDO MOMENTO.

Investigación Significativa.

Esta etapa consiste sobre todo en que un investigador sistematiza lo que la población realiza sobre su realidad.

-Cuestiona las situaciones vivenciales.

-Busca un conocimiento más racional, a medida que trata de delimitar más sus objetivos y cuantificarlos.

-Fundamenta los aspectos más significativos esencialmente la existencia de grupo-objeto de intervención.

-Procura comprobar, verificar, especificar y ampliar los datos encontrados en las etapas anteriores.

TERCER MOMENTO.

Interpretación Diagnóstica.

Es un momento de ampliación del conocimiento de la población sobre su realidad, camino de acción.

-Realiza retroalimentación teórica.

-Interpretación y análisis que considera un contexto global.

-El diagnóstico comprende:

- a) Características.
- b) Categoría.
- c) Relación entre categorías.
- d) Interpretación analítica.
- e) Levantamiento de alternativas de caso.

CUARTO MOMENTO.

Aproximación II.

-Difusión del diagnóstico.

-Ampliación del trabajo que se va desarrollando a través de diversos diagnósticos de selección de alternativas, y de organización de grupos, estas dos últimas harán posible que los grupos de intervención se sitúen frente a la problemática, conociendo su recursos, y asumiendo su responsabilidad.

-Constituye una confrontación entre la realidad con la sistematización y retroalimentación teórica realizada en el diagnóstico.

-Representa un momento antítesis de interpretación diagnóstica y formar con ella una etapa de síntesis de

elaboración de programas de acción.

-Propone descodificar los datos codificados en momentos subsecuentes.

Objetivos:

-Difundir para un número mayor de personas los análisis realizados en el diagnóstico sobre la problemática local.

-Aumentar la participación visualizando el alcance de los objetivos propuestos.

-Iniciar el proceso de movilización con la población en torno a los programas más graves.

Elementos básicos del momento:

a) Interpretación diagnóstica.

b) Alternativas de acción.

c) Organización de nuevos grupos de apoyo.

QUINTO MOMENTO.

Programación.

Objetivos:

-Programar las metas consideradas prioritarias.

-Determinar los medios materiales, humanos y técnicos disponibles en relación a las metas.

-Prever para que se pueda tener control sobre las acciones que se pretende realizar.

-Actividad práctica.- Se obtienen los datos básicos para que en un determinado momento puedan llevarse a la práctica las acciones.

-Actividad teórica.- Análisis de los datos disponibles

para estructurar programas.

SEXTO MOMENTO.

Ejecución.

Se caracteriza por la realización de acciones definidas como metas de programación.

- Identificar nuevas necesidades y actividades.
- Verificar el rendimiento y cumplimiento de los trabajos.
- Identificar nuevas adecuaciones del programa y realidad.
- Obtener subsidios para una revisión y sistematización general del proceso de la práctica.

SEPTIMO MOMENTO

Revisión y Sistematización general.

Consiste en retomar todos los elementos que intervienen en los momentos anteriores.

- Etapa de síntesis, en donde se realiza una revisión teórica práctica.
- Se realiza una correlación entre los datos de los diversos momentos.

Debe ser:

- Más amplia: engloba los datos obtenidos de los demás
- Más concreta: cuenta con un mayor número de datos, experiencias y prácticas.
- Más ideológica.
- Más científica.

La evaluación debe ser un elemento constante en todo el proceso práctico".

Al analizar los modelos de intervención, los autores proponen diversas etapas a seguir en su desarrollo, y a pesar de que no se apoyan en la corriente Estructural-Funcionalista, se encontró que tienen coincidencia con los lineamientos de esta corriente, destacando en general las siguientes:

INVESTIGACIÓN.

Es un proceso mediante el cual se llega al conocimiento de la estructura y los aspectos físicos, culturales y sociales; esto se realiza a través de la observación tanto participativa como de integración. Al terminar la investigación se marcan las necesidades prioritarias y se conoce el grado de extensión de un fenómeno, así como la viabilidad que existe para solucionarlo y a esto se le llama usualmente diagnóstico de la situación.

En los diferentes modelos mencionados, los autores manejan en primer término la investigación como punto de partida para la realización de cada una de ellas. En algunos aparece como una etapa específica y en otros esta enunciada de manera implícita en el desarrollo del modelo, sólo difieren en la forma de denominarla pero todos hacen referencia a ella, algunos la llaman ubicación, otros investigación preliminar descriptiva

FUENTE: Instituto de Solidaridad Internacional: "Compendio sobre Metodología para el trabajo social", SERIE: ISI 14 Edit Eco pag 49.

FUENTE: Compendio sobre Metodología para el trabajo social, op.cit. pag 05.

y otros más la señalan como la caracterización de una situación determinada.

PLANEACION Y PROGRAMACIÓN.

Se realiza una vez terminada la investigación, elaborando el diagnóstico y detectadas las necesidades prioritarias. La planeación esta integrada por programas que a su vez se forman por proyectos, además aquí se definen las líneas de intervención, las estrategias y la metodología necesaria para la acción.

En la programación se marcan los tiempos, especifican recursos, las actividades de tipo técnico que se realizarón e instrumentos que serán aplicados, en las situaciones que se señalan como necesidades prioritarias para así dar alternativas de solución.

Como se puede observar en los modelos, después de realizar la investigación y de elaborar el diagnóstico de la situación, se lleva a cabo la planeación y la programación, que es en donde se plasman las actitudes a seguir para la resolución de las necesidades.

Algunos de los autores revisados plantean por separado estas acciones y otros sólo manejan una de las dos, pero incluyen a la otra en la explicación que dan en lo referente a la realización de esta etapa.

LA EJECUCION.

Después de que el Trabajador Social tiene conocimiento de los aspectos relacionados con el objeto de intervención y na

elaborado un diagnóstico situacional, que le permita hacer la jerquización y la programación, podrá llevar a cabo la etapa de ejecución, que es la realización de las acciones proyectadas sobre la base de la organización de la población, los espacios, la delimitación de funciones, la coordinación y los canales de comunicación. Se observa que en los Modelos de Intervención consultados, se coincide en considerar la etapa de ejecución, como la fase en que se lleva a cabo lo programado e incluso en todos se le denomina de la misma manera.

LA SUPERVISION.

Es un proceso educativo y administrativo de aprendizaje, en el que existe una retroalimentación entre el supervisor y supervisado, con el fin de aprovechar mejor los recursos y lograr su máxima eficiencia.

La mayoría de los autores incluyen lineamientos para llevar el control de las acciones y la supervisión para procurar el buen desarrollo de los programas.

LA EVALUACION.

Con esta etapa se pretende valorar los alcances obtenidos en cuanto a los objetivos establecidos, las metas, el abastecimiento de recursos y el desempeño de las funciones, con el fin de conocer las causas y consecuencias de las situaciones presentadas, ya sea exitosas o no, para así poder corregir errores y enriquecer la teoría.

Los estudios señalan la evaluación como un elemento importante para conocer los resultados y poder modificar

favorablemente el rumbo de las acciones.

MODELO DE INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN EL PROGRAMA DE FOMENTO DE LA SALUD EN ESCUELAS PRIMARIAS (PROPUESTA)

Después de analizar los modelos de intervención de trabajo social propuestos por diferentes autores se observa que cada uno sugiere diversas fases, pero en esencia no hay diferencias significativas, en el contenido de uno y otro y a pesar de que no existe antecedente en cuanto a modelos de intervención basados en el estructural funcionalista se considera que es posible hacer una adecuación de un modelo materialista dialéctico en los programas de Fomento de la Salud sin olvidar la estructura del mismo, por lo que en general las etapas que deben rescatarse en un Modelo de Intervención de Trabajo Social, de acuerdo a la metodología de la profesión, en el Programa de Fomento de la Salud en Escuelas Primarias, son:

INVESTIGACION.

De acuerdo con el programa de Fomento de la Salud, en esta etapa el trabajador social, debe de participar junto con el equipo médico en la investigación, elaboración y actualización del diagnóstico de salud, identificando a los líderes naturales y formales, que en las etapas posteriores servirán de gran apoyo estimulando la participación de las personas.

Además se debe preocupar por conocer el contexto social en el que se va a aplicar el programa, el origen y las características de los problemas sociales, así como la detección

de necesidades y los aspectos que repercutan en el estado de salud de los niños, basándose en el diagnóstico de la situación, que incluya, también la estructura y dinámica de los familias para incidir favorablemente en su salud.

Es necesario que investigue los riesgos a los que se exponen los menores, las medidas de educación para la salud que aplican y en sí las acciones que se han desarrollado para combatir la problemática detectada.

Por otra parte, debe profundizar en las causas que influyen en la organización del equipo que dirige el programa y las que obstaculizan la integración de padres de familia y profesores en las acciones de salud.

Debe conocer las instituciones que puedan apoyar en la disminución de los problemas que se presentan en las escuelas, así como las personas que puedan participar.

Es importante que se investigue la suficiencia en el abastecimiento de recursos y las formas de economizarlos racionalmente. Además de la capacitación que necesitan los profesionistas del programa para llevar a cabo su trabajo satisfactoriamente.

En esta fase las técnicas e instrumentos recomendados son: la entrevista estructurada y no estructurada, la observación participativa, consulta de fuentes bibliográficas, hemerográficas, diario de campo y la elaboración de fichas, guías de entrevistas y de observación, entre las más importantes y el uso de otras fuentes de información.

PROGRAMACION.

En esta etapa se señala que el trabajador social debe propiciar que los involucrados elaboren conjuntamente con el equipo médico, su programa dirigido a la educación para la salud, tomando en cuenta aspectos como planificación familiar, la relación madre-hijo, alcoholismo, farmacodependencia, padecimientos crónicos degenerativos, relaciones familiares, laborales y las necesidades básicas del ser humano (prestigio, aceptación, status y autoestima).

Los programas deben de estar acordes con las necesidades detectadas en el diagnóstico de la situación y de acuerdo con este estudio es necesario que se formulen en relación a la prevención de riesgos, en los lugares donde los niños viven y se desarrollan, así como la educación para la salud con la participación de los pequeños en el autocuidado de la misma, y en particular sobre saneamiento ambiental .

Deben considerarse los recursos con los que se cuenta y la distribución adecuada de los mismos.

Es importante que los programas integren a los profesor y padres de familia en las actividades de salud y del equipo interdisciplinario.

Asimismo deben elaborarse programas de capacitación continua para los profesionistas que intervienen en el fomento de la salud, que incluyan aspectos de relaciones humanas.

En esta fase se recomienda el uso de técnicas grupales, educativas, de comunicación, motivación sensibilización y la

presupuestación; con el apoyo de instrumentos como el cronograma, el diario de campo, las crónicas grupales y fichas de trabajo.

EJECUCION.

El Programa de Fomento de la Salud establece que el trabajador social en esta etapa, debe propiciar junto con el equipo de salud, la formación de comités, de común acuerdo con los representantes de los grupos organizados, jefes de familia y adultos en general.

La ejecución debe coincidir con la programación de las mismas, tomando en cuenta la organización, la distribución de funciones, la capacitación, el cronograma de actividades, la disposición de los involucrados, el apoyo institucional y grupal, el abastecimiento de recursos y las necesidades detectadas.

Debe enfocarse a la detección oportuna de riesgos y a las medidas de educación para la salud, buscando siempre la participación activa de los menores.

Las técnicas e instrumentos recomendados en esta parte son: La entrevista, las dinámicas grupales, motivación y sensibilización, comunicación de masas, el diario de campo, la crónica grupal, rutas críticas, elaboración de material didáctico y análisis de cronograma, entre otras.

SUPERVISION.

Para cubrir este rubro el programa señala la realización de visitas periódicas a las Unidades Médicas pertenecientes a la zona de influencia de la Delegación 3 Suroeste del IMSS.

En este modelo se sugiere que la supervisión se haga mediante informes escritos y reuniones mensuales del equipo de fomento de la salud, así como visitas cada mes a las escuelas participantes, con el fin de conocer el desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje que debe darse entre los que intervienen en el programa (padres de familia, profesores, alumnos y equipo de salud).

Asimismo se implementen programas de actualización dirigidos al equipo de salud participante, con la finalidad de lograr el aprovechamiento y desarrollo de sus experiencias, manteniendo el programa vigente y acorde con las necesidades de la situación que se vive.

Las técnicas e instrumentos a utilizar son: La observación, la entrevista individual y grupal, elaboración y revisión de informes, crónicas grupales y diario de campo.

EVALUACIÓN.

La evaluación del Programa se hará de manera global y al finalizar el ciclo escolar, a través de la revisión de los informes y los acuerdos registrados en cada reunión del equipo de salud, así como la aplicación de una encuesta para conocer el

aprovechamiento de los niños, en relación al fomento de la salud y además de visitas a una muestra de la población para observar la aplicación de los conocimientos adquiridos, por último se hará la revisión de las causas de morbilidad en las escuelas antes y después de implementar las acciones de fomento de la salud para conocer el efecto que ha ejercido el programa sobre ellas.

En esta etapa deben tomarse en cuenta los alcances en relación a los objetivos y las metas planteadas, además de los avances del equipo de salud en relación al programa, así como los obstáculos que se presentaron y los factores que favorecieron su desarrollo, con el fin de modificar o cambiar los aspectos que se considere pertinentes de acuerdo con los resultados. Las técnicas e instrumentos recomendados son: La encuesta, y la revisión de informes, instrumentos de medición, crónicas grupales, formas de control, etc.

Cabe mencionar que las etapas en este Modelo de Intervención de Trabajo Social, están estrechamente ligadas entre sí, pues a lo largo de todo el proceso se hace necesaria la aplicación de cada una e incluso en ocasiones de manera simultánea.

CONCLUSIONES

Con el análisis de los aspectos desarrollados en esta investigación es posible llegar a las siguientes conclusiones:

1. Las acciones de Fomento de la Salud tienen sus orígenes en el periodo presidencial que abarcó de 1976 a 1982, pero es hasta 1985 cuando surge como un programa formalmente establecido.

2. Del programa institucional a nivel nacional se desprende el de escuelas primarias, como uno de sus universos de trabajo; de ahí se deriva a su vez el llevado a cabo en la Delegación 3 Suroeste del D.F., perteneciente al IMSS. Puede decirse que existe correspondencia entre un programa y otro, aunque hace falta estructurar más ampliamente el mencionado en último término.

3. En lo que se refiere a la zona en estudio, puede decirse que el uso predominante del suelo es el habitacional, habiendo desde residencias hasta zonas populares, contando sus habitantes con un nivel socioeconómico medio principalmente.

4. La mayor parte de su población es originaria del D.F., observando que hay muy poco analfabetismo, aunque cabe señalar que también es mínimo el número de personas que cuentan con estudios profesionales o han terminado alguna carrera a nivel técnico.

5. Los problemas más frecuentes en estas áreas son el pandillerismo, la delincuencia, la desintegración familiar, la

sobrepoblación, la falta de escuelas y la contaminación, aunque cabe mencionar que éstos, no son exclusivos de estas zonas.

6. La mayoría de la población económicamente activa se encuentra empleada, laborando en los sectores de administración pública, los servicios comunales y sociales, los servicios personales y de mantenimiento, la industria manufacturera y el comercio.

7. Casi todas las colonias disfrutan de los principales servicios públicos.

8. De acuerdo con estas características y en virtud de las principales causas de morbi-mortalidad infantil en estos sectores, se puede afirmar que el Programa de Fomento de la Salud en Escuelas Primarias tiene un amplio campo de acción.

9. En lo referente al desarrollo de dicho programa se encontró que en general ha tenido buenos resultados, pero podrían mejorarse, ya que en algunas escuelas se ha venido aplicando como atención médica primaria de la enfermedad, dando como resultado que se medicalice la actividad desarrollada.

10. Por otra parte el enfoque que se le da, está hecho principalmente en función de la educación para la salud, cosa que es muy importante para el fomento de la misma, sin embargo, se está descuidando el aspecto de detección oportuna de riesgos, lo que también es imprescindible para cumplir con los objetivos del programa.

11. Por todo esto es necesario apoyar sus acciones particularmente en el universo escolar, ya que los niños tienen

muchas posibilidades de influir en el medio en que se desenvuelven para lograr la participación de todos en el cuidado de la salud y además el programa debe ampliarse, puesto que sólo contempla a un pequeño sector de padres de familia, siendo necesario que todos ellos lleven a cabo las acciones del programa en el bienestar común.

12. De igual modo, no se cuenta con la participación activa de todos los involucrados (profesores, familia, equipo de salud, etc.), lo cual obstaculiza el buen desempeño de las acciones, ya que debe haber compromiso por parte de todos para trabajar de manera conjunta en especial el equipo de profesionistas que lleva a cabo el programa, ya que lo han aplicado de manera multidisciplinaria, debiendo ser de forma interdisciplinaria también.

13. Además la investigación reveló que entre las principales limitantes que han dificultado el desenvolvimiento del programa, destacan la carencia de presupuesto y de normatividad precisa, así como la falta de coordinación tanto a nivel institucional como a nivel interno y la escasez de recursos, aunque se estipula el abastecimiento de todo lo necesario.

14. En vista de los resultados obtenidos, se encontró entre los principales problemas la falta de recursos humanos, incluyendo la ausencia de los trabajadores sociales, por lo que no fue posible comprobar la hipótesis planteada a pesar de que la opinión de los integrantes del equipo de salud y de los

propios niños, expresa la necesidad de que se cuente con la intervención de este profesionalista, debido a que tiene los conocimientos necesarios para participar en la formación de los niños como promotores sociales y de salud, además de que puede incidir directamente en la problemática detectada en las escuelas.

15. Asimismo las características del programa muestran que el trabajador social debe tener una amplia participación en los aspectos de investigación, diagnóstico, ejecución, supervisión y evaluación.

SUGERENCIAS.

Al término de esta investigación se considera necesario y oportuno plantear las siguientes sugerencias a las autoridades encargadas del programa:

1.-Que se otorguen al programa los recursos suficientes y de manera permanente para su mejor desarrollo.

2.-Que las acciones del programa se enfoquen a la detección de riesgos, la educación para la salud y el saneamiento ambiental.

3.-Que se establezca una adecuada coordinación entre las instituciones del sector salud que aplican el programa, para evitar la duplicidad de acciones.

4.-Que se establezca coordinación con instituciones que puedan apoyar el programa.

5.-Que se den cursos de capacitación y actualización constantemente dirigidos a todos los profesionistas que conforman el equipo.

6.-Que se estimulen las relaciones interpersonales de los profesionistas participantes, para que compartan responsabilidades y experiencias funcionando como equipo interdisciplinario.

7.-Que se organice a los niños en base a las colonias de procedencia y que se trabaje directamente en estas zonas, para integrar a sus familias y comunidad a las actividades de Fomento de la Salud.

8.-Que se motive y capacite a los profesores en relación a los aspectos del programa, para que refuercen los conocimientos adquiridos por los niños.

9.-Que las acciones del programa estén encaminadas a la formación de los niños como promotores sociales y de salud.

10.-Que se integre en todos los casos al profesionista en Trabajo Social al equipo de Fomento de la Salud, designado exclusivamente en esta área para que tenga mayor oportunidad de desempeñar sus funciones.

11.-Que profundice en la problemática social detectada.

12.-Que organice acciones con la mayor parte de los padres de familia, no sólo con los representantes.

13.-Que tome parte en las acciones de diagnóstico, planeación, ejecución, supervisión y evaluación; en conjunto con los demás miembros del equipo.

14.-Que estos profesionistas pugnen porque se reconozcan sus funciones y en sí todo su trabajo, participando activamente, integrándose de manera estrecha al equipo de fomento de la salud, actualizándose, apoyándose en manuales de procedimientos, y dando a conocer su perfil profesional, poniendolo en práctica en esta área, para así hacer sentir su presencia.

ANEXOS

ANEXO I

INSTRUMENTO APLICADO A NIÑOS

EDAD:

SEXO:

GRADO:

- 1) ¿Qué es fomento de la salud y qué sabes acerca de él?
¿Quién te lo explica?
- 2) ¿Qué problemas sociales son los que atiende fomento de la salud?
- 3) ¿Quiénes consideras que deberían aplicar los programas de fomento de la salud?
- 4) ¿Qué profesionistas participan en fomento de la salud?
- 5) ¿Qué piensas que hacen los trabajadores sociales?
- 6) ¿Crees que deberían hacer otras cosas?
Si No ¿Cuáles?
- 7) ¿Te gusta participar en fomento de la salud?
Si No ¿Por qué?
- 8) ¿Qué crees que debes saber para participar en fomento de la salud?
- 9) ¿Han cambiado tus hábitos desde que recibes información de fomento de salud?
Si No ¿Por qué?
- 10) De lo que has aprendido en fomento de la salud ¿Qué has aplicado en tu vida diaria?
- 11) ¿Qué crees que debes hacer ahora que participes en el programa?
- 12) ¿En tu casa practican lo que has aprendido sobre fomento de la salud?
Si No
- 13) ¿A las personas con las que vives les gusta que participes en fomento de la salud?
Si No ¿Por qué?
- 14) ¿A tu familia le gustaría participar en el fomento de la salud?
Si No
- 15) ¿Por qué crees que es importante la participación de los niños en fomento de la salud?
- 16) ¿Te gustaría seguir aplicando lo que has aprendido de fomento de la salud cuando seas grande?
Si No ¿Por qué?

ANEXO 2

INSTRUMENTO APLICADO AL EQUIPO DE SALUD

PROFESION:

TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL AREA DE LA SALUD

- 1) ¿Qué funciones desarrolla dentro del programa de fomento de la salud en escuelas primarias?
- 2) ¿Cuáles son los principales problemas sociales que encuentras en las escuelas?
- 3) ¿A que aspectos se debe enfocar el trabajo del equipo de fomento de la salud?
- 4) ¿Cuales considera que debertan ser sus funciones en esta área?
- 5) ¿Qué conocimientos considera que son importantes para el desarrollo de su trabajo en el programa?
- 6) ¿Conoce las funciones que deben desempeñar los trabajadores sociales?
Si No
- 7) ¿Dentro del programa de fomento de salud en las escuelas se cumple con estas funciones?
Si No ¿Por qué?
- 8) Dé su opinión con respecto a la participación de los niños como promotores de salud?
- 9) ¿A su juicio que capacitación necesitarían recibir los niños para participar en el fomento de la salud?
- 10) ¿Quiénes cree que deben darles esa capacitación?
- 11) ¿Conoce ampliamente el programa de fomento de la salud en escuelas?
Si No
- 12) Dé su opinión con respecto al programa de fomento de la salud en escuelas:
- 13) ¿Cuales considera que sean los avances del programa en escuelas?
- 14) ¿Con qué obstáculos se ha encontrado el equipo de salud para llevar a cabo sus actividades en escuelas?
- 15) ¿Cómo considera que podrian mejorarse los resultados del programa de fomento de la salud en escuelas?

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-De Robertis, Cristina.
Metodología de Intervención en Trabajo Social.
Edit.: Ateneo,
Argentina, 1981.
p.p. 225.
- 2.-Dirección General de Comunicación Social.
Los Presidentes de México. Discursos Políticos 1910-1988.
Tomo V, Edit.: Colegio de México,
México, D.F., 1988.
p.p. 801.
- 3.-Gallardo Clark, Angélica.
La Praxis del Trabajo Social en una Dirección Científica.
Edit.: Ecro,
Argentina, 1974.
p.p. 208.
- 4.-Gutiérrez, Pantoja.
Metodología de las Ciencias Sociales, Tomo I.
Edit.: Harla,
México, 1986.
p.p. 250.
- 5 .-Instituto de Solidaridad Institucional.
Compendio de Metodología para el Trabajo Social.
Serie: ISI/4.
Edit.: Ecro,
Argentina, 1973.
p.p. 220.
- 6.-Kisnerman, Natalio.
Servicio Social Pueblo.
Edit. Humanitas,
Buenos Aires Argentina, 1982.
p.p. 121.

7.-Mendoza Rangel, Maria del Carmen.

Una Opción Metodológica para los Trabajadores Sociales.

Edit.: Asociación Mexicana de Trabajadores Sociales, A.C.,
México, D.F., 1986.

p.p. 111.

8.-Secretaría de Programación y Presupuesto.

Antología de la Planeación en México, 1917-1985.

Tomos: 6,9,10,14,15,17,18,19 y 20,.

Edit.: Fondo de Cultura Económica,.

México, D.F., 1985.

9.-Soberón Acevedo, Guillermo, et. al.

Derecho Constitucional a la Protección de la Salud.

Edit.: Miguel Angel Porrúa,

México, D.F., 1992.

p.p. 307.

REFERENCIAS DOCUMENTALES Y HEMEROGRAFICAS

- 1.-Gutiérrez, Luis.
Uno más Uno.
IV Informe de Gobierno,
Año XV, 2 de noviembre de 1992.
México, D.F.
- 2.-INEGI.
Anuario Estadístico del D.F.
D.D.F.
México, D.F., 1992.
p.p. 278.
- 3.-INEGI.
XI Censo Nacional de Población y Vivienda, 1990.
D.D.F.,
México, D.F., 1990.
p.p. 285.
- 4.-INEGI.
Alvaro Obregón. Cuaderno de Información Básica Delegacional.
D.D.F.,
México, D.F., 1992.
p.p. 51.
- 5.-INEGI.
Benito Juárez. Cuaderno de Información Básica Delegacional.
D.D.F.,
México, D.F., 1992.
p.p. 49.
- 6.-INEGI.
Cuahtémoc. Cuaderno de Información Básica Delegacional.
D.D.F.,
México, D.F., 1992.
p.p. 53.

- 7.-Organización Panamericana de la Salud (OPS)
Manual Sobre el Enfoque de Riesgo en la Atención Materno Infantil.
Serie: Platex para Ejecutores de Programas de Salud,
México, 1986.
- 8.-Moreno López, Sergio.
Atención Primaria a la Salud.
IMSS,
México, 1990.
p.p. 150.
- 9.-Poder Ejecutivo Federal.
Plan Global de Desarrollo, 1980-1982.
Secretaría de Programación y Presupuesto,
México, D.F., 1980.
p.p. 220.
- 10.-Poder Ejecutivo Federal.
Plan Global de Desarrollo, 1983-1988.
Secretaría de Programación y Presupuesto,
México, D.F., 1980.
p.p. 422.
- 11.-Poder Ejecutivo Federal.
Plan Global de Desarrollo, 1984-1989.
Secretaría de Programación y Presupuesto,
México, D.F., 1989.
P.P. 143.
- 12.-Poder Ejecutivo Federal.
Programa Nacional de Salud, 1984-1988.
Secretaría de Programación y Presupuesto,
México, D.F., 1988.
p.p. 307.
- 13.-Secretaría de Salud.
Programa Nacional de Salud, 1990-1994.
Secretaría de Programación y Presupuesto,
México, D.F., 1990.
p.p. 78.

- 14.-Subdirección General Médica.
Curso Taller de Introducción a la Operación del Programa de Fomento de la Salud dirigido a Equipo coordinadores.
IMSS, Julio, 1992.
p.p. 12.
- 15.-Subdirección General Médica.
Programa de Fomento de la Salud en Escuelas Primarias Oficiales, que Constituyen Universos del Programa en la Delegación 3 Suroeste.
IMSS, México, 1992.
p.p. 15.
- 16.-Subdirección General Médica.
Programa Operativo de la Cultura de la Salud en Escuelas Primarias Oficiales que Constituyen Universos del Programa de Fomento de la Salud.
IMSS, México, D.F., 1992.
p.p. 16.
- 17.-Subjefatura de Fomento de la Salud (IMSS).
Programa Institucional de Fomento de la Salud.
IMSS, México D.F., 1992.
p.p. 20.