UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

"PROGRAMAS DE SALUD COMUNITARIA MULTIDISCIPLINARIOS EN ESTOMATOLOGIA EN EL SECTOR EDUCATIVO EN LA CIUDAD DE MEXICO".

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A :

AYALA COLUNGA FRANCISCO RICARDO

U N A M
FES
ZARAGOZA

DIRECTORA.
CD. MA. GLORIA BUCIO BUCIO.

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
ZARAGOZA
ODONTOLOGIA

FEBRERO, 2005

m340804

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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 esta 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.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: Ayala Colunga Francisco Ricardo
FECHA: 07/02/05
FIRMA:

DEDICATORIAS

A la Universidad Nacional Autónoma de México:

Como un testimonio de eterno agradecimiento por dejarme formar parte de la familia universitaria, logrando con ello terminar una carrera universitaria.

A la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza:

Agradezco a esta institución el haberme facilitado su equipo e instalaciones, los cuales apoyaron mi formación como Cirujano Dentista.

A mis maestros:

Por haber tenido la oportunidad de trabajar bajo su enseñanza, orientación y apoyo. Así mismo por su ayuda para formarme como profesionista.

De manera especial y con afecto a la C. D. Maria Gloria Bucio Bucio:

Gracias por su tiempo, apoyo y consejo; ya que sin ello no hubiese sido posible llegar a concluir satisfactoriamente este trabajo.

A Dios:

Gracias por darme una familia unida y ayudarme a lograr una de mis metas soñadas. Pero principalmente por llenar mi vida de fe, esperanza y amor.

A mis padres:

Que siempre me han dado más de lo que merezco, agradezco infinitamente todo su apoyo moral, espiritual y económico, así como sus consejos, ya que con ello he llegado a realizar una de mis más grandes metas, constituyendo la herencia más valiosa que pudiera recibir de ustedes.

A mis hermanos Adriana, Juan y Benjamín:

Gracias por todo su apoyo, comprensión y principalmente por confiar en mí; por que sin su cariño la vida no seria igual.

A la Familia Martínez Ayala (Francisco, Adriana, Carito y Adrianita):

Gracias estar con migo cuando he requerido de su ayuda en la escuela y fuera de ella; y lo más importante ser mí familia.

A Yuli:

Muchas gracias por ayudarme en esta investigación, por confiar y creer en mí, tenerme paciencia, soportarme y querer mí superación personal. Te amo.

A ustedes que son parte de mí vida les agradezco su confianza y cariño.

Los quiere **"Paco"**.

Índice **Paginas**

Introducción.	1
Justificación.	2
Planteamiento del problema.	4
Programa Nacional de Salud.	5
Sistema Nacional de Salud.	10
Programas de salud comunitaria multidisciplinarios en la Republica Mexicana.	16
Infancia.	16
Programa de atención a la salud de la adolescencia.	18
Migrantes "Vete sano y regresa sano".	21
Salud Bucal.	24
Programas de salud comunitaria multidisciplinaria en estomatología en el sector educativo de la Ciudad de México.	26
Programa de salud escolar.	26
Programas de salud comunitaria multidisciplinaria en estomatología en la Ciudad de México "Proyectos exitosos: jóvenes por México".	43
Premio a la Excelencia al Servicio Social Comunitario 1999 – 2000.	44
Detección e intervención temprana de problemas de conducta antisocial en niños y adolescentes.	44
Programas de Servicio Social en la UAM – Azcapotzalco.	44
Modelo Politécnico de Servicio Social Comunitario.	45
Taller de vivienda accesible.	46

Centro de Investigación y Servicio de Educación Especial. 46

Propuesta de servicio social comunitario interdisciplinario en desarrollo rural sustentable y conservación ambiental. 47

Apoyo académico a estudiantes de secundaria de la delegación Tlalpan. 48

Diabetes: Un Programa de Atención Multidisciplinaria (Dupam). 48

- Objetivos. 50

Metodología. 51

Recursos. 52

Cronograma. 53

- Resultados. 54
- Conclusiones. 55
- Bibliografía. 57

Introducción

Un programa de salud se define como la ejecución de un conjunto coherente e integrado de actividades de salud para alcanzar o cumplir objetivos precisos y medibles para tratar de resolver un problema en una población determinada, o bien; es el conjunto de actividades organizadas que se pretenden realizar con la finalidad de obtener un resultado determinado sobre una población definida.

Dentro del Programa Nacional de Salud del actual gobierno se marcan tres puntos principales:

En primer lugar; el acceso a los servicios de salud (a toda la población). En segundo lugar; estimular la participación de los ciudadanos en todos los niveles del sistema de salud. Por último, un sistema que responda con calidad y respeto a las necesidades y expectativas del ciudadano.

Los objetivos principales del Plan Nacional de Salud 2001 – 2006, son:

1) Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos.
2) Abatir las desigualdades en salud.
3) Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud.
4) Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud.
5) Fortalecer al sistema de salud, en particular sus instituciones públicas.

La atención multidisciplinaria en salud implica un proceso en el cual participan varias disciplinas (Odontología, Medicina, Psicología, Enfermería, etc.). En la presente investigación documental se desea dar a conocer si existen programas multidisciplinarios, qué disciplinas participan y que tipo de actividades efectúan, y a que tipo de población se beneficia de dichos programas.

Justificación

Dado que el grupo poblacional en el sector educativo es grande en el Distrito Federal (3,442,115 alumnos)(1), es por ello indispensable conocer los programas de salud comunitaria multidisciplinarios que se encargan de dar atención en salud a este sector.

El Gobierno del Distrito Federal tiene diferentes programas, en base a lo establecido por la Secretaria de Salud.

Dichos programas nos plantean los siguientes desafíos:

- Mejorar las condiciones generales de salud.
- Disminuir la desigualdad en salud entre grupos sociales y zonas geográficas.
- Garantizar la seguridad sanitaria de la ciudad.
- Incrementar el acceso oportuno al tratamiento requerido.
- Disminuir la desigualdad en el acceso a servicios suficientes y de calidad.
- Instrumentar mecanismos de financiamiento estable, suficiente, equitativo y solidario.

La Secretaria de Salud del D.F., nos marca ocho puntos básicos para que estos programas tengan el funcionamiento ideal:

1. Seguridad Sanitaria de la Ciudad: acciones de servicios colectivos de salud y de prevención.
2. Programa de servicios médicos y medicamentos gratuitos para la población no asegurada del DF (800 a 825 mil familias).
3. Prioridades en salud con criterios de equidad y necesidad.
4. Modelo de Atención Ampliada de Salud (MAS).
5. Reorganización institucional, fortalecimiento y ampliación de servicios.
6. Calidad integral de los servicios.
7. La administración en apoyo a la operación.
8. Compromiso de financiamiento.(2)

La Secretaria de Salud del Gobierno del Distrito Federal, nos marca que por tanto las tasas de mortalidad específicas en DF 2000-2001 han disminuido en los siguientes padecimientos:

- Enfermedades del corazón.
- Enfermedades cerebrovasculares.
- Enfermedades perinatales.
- Malformaciones congénitas.
- Enfermedades alcohólicas del hígado.
- Infecciones intestinales y respiratorias.

En la actualidad en el Distrito Federal, de acuerdo a los datos proporcionados por la Secretaria de Salud del Gobierno del D.F. nos muestra que las tasas de mortalidad estandarizadas marcan que existe una baja del 8.4% entre 2000 y 2001, como resultado del mejoramiento en las condiciones de salud.

Los cuatro problemas más notables que nos marcan un 52% de la mortalidad, son:

- Enfermedades de corazón.(3)
- Diabetes Mellitus.(4)
- Cáncer.
- Enfermedades cerebrovasculares

Y esto nos lleva a fortalecer la promoción, la detección y el control de dichas enfermedades. (5)

A partir del año 2000 se introduce, en el Distrito Federal el "seguro popular de salud" voluntario y con servicios restringidos a 78 intervenciones para la población no-asegurada.

La importancia de esta investigación documental se basa en el determinar cuales son los programas de salud multidisciplinarios en el sector educativo en la Ciudad de México, a quien van dirigidos, quien los lleva acabo, que disciplinas participan. A quien van dirigidos y en donde se aplican.

Planteamiento del problema

¿Cuales son los diferentes programas de atención multidisciplinaria en el sector educativo?

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD

Para poder entender mejor qué es el **Programa Nacional de Salud**, podemos definir al **programa** como "Una serie coherente de actividades en salud que responden a uno o varios objetivos formulados para obtener efectos deseados para solucionar o modificar un problema de salud"(6); la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la **salud** como "La ausencia de enfermedad o invalidez, unida al completo bienestar físico, mental y social"(7); y al unirse estos dos conceptos obtenemos lo que es un **Programa de Salud** se define como "La ejecución de un conjunto coherente e integrado de actividades de salud para alcanzar o cumplir los objetivos precisos y medibles que nos hemos propuesto para resolver un problema en una población determinada"(8); y esto se aplica a nivel nacional. Otro concepto de **programa de Salud** es "El conjunto de actividades organizadas que se pretenden realizar con la finalidad de obtener un resultado determinado sobre una población definida". (9)

Hay que diferenciar la planeación de los programas de salud, de la organización, así un ejemplo de un programa de salud sería la fluoración del 50% del agua para una población determinada, mientras que un ejemplo de organización de servicios odontológicos sería la planificación de la atención odontológica de la población según sus necesidades en servicios. (10)

La planificación en salud es un proceso de gestión que permite establecer las decisiones sobre bases racionales. Podemos distinguir dos niveles de planificación: la planificación de conjunto o general (comprehensive planning) y la planificación por programas. La primera de ellas se lleva a cabo cuando el planificador debe conocer la magnitud y prioridad de los problemas de salud bucodentales de una población, en tanto que la segunda parte del conocimiento de la planeación de conjunto o general y de la planeación por programas, las etapas o eslabones que el planificador sanitario sigue en la elaboración de un programa de salud. La planificación de conjunto o global determinará qué programas deben llevarse a cabo, y generalmente son competencia de los servicios centrales de la Administración sanitaria. La planificación por programa, por el contrario, puede llevarse a cabo en un contexto geográfico más reducido, y si bien suelen planificarse desde los servicios centrales su adecuación corresponderá generalmente a unidades o servicios del sistema de salud más pequeños.

Las dos etapas preliminares: identificación de los problemas y necesidades, y establecimiento de las prioridades son absolutamente necesarias si queremos que el programa de salud esté justificado y apoyado en unas bases sólidas.

El primer **Programa Nacional de Salud (PNS)** tiene 30 años (fue publicado en 1974), el propósito básico de los Programas hasta la fecha elaborados, es mejorar la salud mediante el establecimiento y consolidación del Sistema Nacional de Salud pero aun hoy, estamos lejos de una integración real, aunque en ellos se hable de integración aplicando inicialmente formas comunes de trabajo con principios similares, y/o así como manteniendo la individualidad institucional. (11)(12)

Algunos riesgos para la vida son permanentes en todo ciclo vital y otros se acentúan en edades particulares. Para México en nuestro tiempo, los problemas de la salud pública se concentran en:

- El numero de nacimientos. (13)
- La malnutrición prevalente en grupos marginados. (14)
- El alto nivel de enfermedades y defunciones prevenibles. (15)

Entre los factores determinantes de tales condiciones se cuenta la falta de información sobre cómo se generan los problemas antes dichos, de qué manera pueden evitarse y sobre todo las acciones dirigidas a su manejo inicial. (16)

Como indicador externo de los daños, la mortalidad permite conocer, en forma general, el nivel de salud alcanzado. Por lo que se refiere a las causas principales de mortalidad, el perfil epidemiológico refleja la transición por la que atraviesa el país.

En cuanto a morbilidad las enfermedades crónico degenerativas, según la información aportada por la Encuesta Nacional de Salud, realizada en 1987, la prevalencia e invalidez en la población de quince años, es de 11.2 por cien habitantes. Es mayor entre las mujeres 13.7 por cada cien habitantes, contra 8.5 para la población masculina.

Existen cerca de cinco millones y medio de mexicanos de quince años o más que presentan algún padecimiento crónico o invalidez. La frecuencia más alta corresponde a la hipertensión arterial con alrededor de 1.5 millones de casos, seguida por la artritis y la diabetes mellitus, con aproximadamente un millón de cada una.

Esta prevalencia elevada genera una demanda real alta en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, ya que de acuerdo con los resultados de la encuesta, 82% de las personas enfermas de algún padecimiento crónico requirió servicios formales de salud.

Las enfermedades bucodentales constituyen un problema de salud pública en todo el país, entre las patologías de mayor importancia sanitaria se encuentra la caries dental, que afecta al 90% de los niños mayores de diez años, alcanza una frecuencia promedio de hasta cinco órganos, en los adolescentes encontramos un

92.5% de caries, y alcanza un promedio frecuencia promedio de seis órganos, en la población adulta joven un promedio de 13.2 órganos dentarios afectados y en la población de más de cuarenta años provoca necesidades protésicas en más del 50%. (29)

Así mismo los malos hábitos alimenticios, ya sea por carencia (desnutrición) o por exceso (obesidad), significan un riesgo importante para la salud. (17)(18)(19)

En la actualidad la crisis financiera del país ha puesto en relieve la asociación existente entre el bienestar económico y las condiciones de salud, y ha mostrado los beneficios de una aplicación selectiva de los recursos económicos en términos del gasto social. (20)(21)

Entre los determinantes principales de la situación de salud de la población, se encuentra al conjunto de factores sociales relativos a las características de la educación, la vivienda y el ambiente, así como la disponibilidad de los servicios de salud.

Para contribuir a la solución de estos problemas la Ley de Planeación vigente en el país exige la elaboración de un Plan Nacional de Desarrollo para cada sexenio (periodo gubernamental). En el cual debe existir un capitulo referente al mejoramiento productivo del nivel de vida, que está orientado a lograr el bienestar de la nación, y en el que se deben destacar los aspectos salud y seguridad social, impartición de justicia, educación, abasto, vivienda y servicios urbanos.

En el Plan Nacional de Desarrollo se debe expresar la política conjunta y coordinada del Gobierno de la Republica, de los gobiernos de los estados y de las instituciones descentralizadas, para responder a las necesidades de los sectores sociales y del pueblo en general, para orientar y promover el mejoramiento del ambiente, las condiciones y capacidades físicas y mentales de la población; para mejorar la nutrición y ampliar los beneficios de la seguridad social.

En observancia de la ley de Planeación, la Secretaria de Salud, con la participación de todo el Sistema Nacional de Salud y tomando en cuenta las condiciones de las consultas populares sobre salud, asistencia y seguridad social, así como las sugerencias y/o recomendaciones que realicen los expertos de diferentes instituciones del Sistema, la Secretaria de Salud debe elaborar el Programa Nacional de Salud, el cual debe incluir la participación de la medicina pública, social y privada.

El Programa Nacional de Salud debe constituir la estrategia operativa del Sistema Nacional de Salud, para alcanzar los objetivos y metas señaladas en los campos de la salud y la asistencia social, describiendo: los lineamientos programáticos en las áreas de fomento de la salud, el acceso universal a los servicios, la protección del medio ambiente, el saneamiento básico, la regulación del crecimiento demográfico y el de la asistencia social, así como el ordenamiento de las

respectivas actividades de apoyo, incluidos aquellos que contemplan actividades futuras.

El Programa Nacional de Salud se dirige a:

- Los gobernantes, funcionarios y servicios públicos.
- Los medios de comunicación social.
- Las organizaciones no gubernamentales.
- Los dirigentes religiosos y líderes comunitarios.
- Maestros, profesores e instituciones educativas.
- Empresarios, industriales, comerciantes, prestadores de servicios y publicistas.
- Sindicatos, agrupaciones campesinas y organizaciones populares.
- Equipos, comités y agentes de salud.

A todos aquellos que tiene influencias o control sobre los principales canales de comunicación y que pueden ayudar a afrontar el reto más importante en materia de comunicación: La capacitación de todas las familias con los conocimientos y la confianza necesaria para poner en practica las medidas básicas de salud con el fin de proteger la vida de cada uno de los integrantes de nuestra sociedad. (22)

El **Programa Nacional de Salud** del actual gobierno federal (2001-2006) aborda tres puntos principales que a continuación se mencionan: En primer lugar; el acceso a los servicios de salud, por lo tanto, debe ser universal, con especial énfasis en la inclusión de aquellos grupos de personas cuyos derechos no han sido plenamente reconocidos, como las mujeres, los indígenas o las personas con capacidades diferentes.

En segundo lugar; estimular la participación de los ciudadanos en todos los niveles del sistema, desde asumir la responsabilidad por su propio estado de salud hasta influir en el diseño de la agenda sectorial y la toma de decisiones. El acceso a la información es un asunto prioritario en este esquema.

Por último, un sistema que responda con calidad y respeto a las necesidades y expectativas del ciudadano, que amplíe sus posibilidades de elección, que ponga a su disposición instancias sensibles y eficientes para presentar sus quejas y sugerencias, y que ofrezca a los prestadores de servicios remuneraciones justas y oportunidades de desarrollo profesional. (23)

Estos retos se ven plasmados en los cinco objetivos del área de desarrollo social y humano del Plan Nacional de Salud 2001 – 2006 los cuales son:

1. Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos.
2. Abatir las desigualdades en salud.
3. Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud.
4. Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud.

5. Fortalecer al sistema de salud, en particular sus instituciones públicas.

La inversión en servicios de salud equitativos, eficientes y de buena calidad influye positivamente sobre la actividad económica, ya que incrementa el capital humano, hace más eficientes las inversiones en educación, mejora la distribución del ingreso y la competitividad. Una economía vigorosa, a su vez, genera los recursos para atender cada vez mejor las necesidades de salud de la población, dando lugar a una verdadera igualdad de oportunidades. En contraste, el gasto improductivo en salud produce inflación, reduce la productividad y la competitividad, y genera desigualdad, dando lugar a un círculo vicioso que incide negativamente en las condiciones de salud de la población. (23)

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El **Sistema Nacional de Salud** es "Un modelo de organización en el que se conjugan ciencia y tecnología con la cultura y la historia de un país. Es un conjunto de actividades técnicas integradas, reguladas y operativas de atención medica"(24) los antecedentes registrados nos indican que toda sociedad no solo tiene problemas de salud y formas de interpretarlos, y además respuestas especificas ante la enfermedad y la preservación de la salud. Estas respuestas son muy variadas, ya que dentro de cada sociedad las formas evolucionan con una rapidez que depende de la dinámica social global.

En México a partir de la Revolución se han desarrollado tres grandes formas de atención médica: la institucional (de asistencia y de seguridad social), la privada y la popular (a partir del año 2000).

Cabe destacar el establecimiento de los denominados servicios médicos rurales cooperativos a nivel nacional. Los antecedentes de estos servicios se encuentran hacia 1933-34; y se llevan a cabo campañas contra el alcoholismo con logros considerables.

En el primer año de operación de los servicios médicos rurales, el Estado contribuye con aproximadamente el 90% del presupuesto requerido, pero posteriormente y conforme se va consolidando la participación ejidal, esta proporción va disminuyendo, hasta que alrededor de 1943-44, ya es prácticamente un 50% del Gobierno Federal y otro 50% de las sociedades ejidales corporativas.

En el siguiente periodo, durante la administración de Ávila Camacho, se destaca fundamentalmente: por la hegemonía que alcanza la atención médica como forma fundamental de intervención del Estado en materia de salud.

El Sistema Nacional de Salud tiene 61 años de existencia. Su fundación data de 1943, año en el que se crearon la Secretaría de Salubridad y Asistencia - hoy Secretaria de Salud -, el IMSS y el Hospital Infantil de México, el primero de los Institutos Nacionales de Salud. Así por un lado se construye la SSA, funcionando el Departamento de Salubridad con la Secretaria de Asistencia, creada en 1937. Una vez establecida la SSA se da impulso y se canalizan grandes cantidades de recursos para poner en práctica lo que se denomino Plan Nacional de Hospitales.

Cabe señalar que en cuanto se refiere, por ejemplo, a los servicios médicos rurales cooperativos, la contribución federal, se redujo casi a un 50% ó 40% de lo que había sido sus primeros años.

Ya durante los años cincuentas el proceso de crecimiento de las instituciones de atención, médica entra en un franco estancamiento, se interrumpe o disminuye drásticamente la tasa de crecimiento de derechohabientes en el Seguro Social, se limita también su expansión geográfica; se detiene totalmente el desarrollo de la

infraestructura de centros de salud y hospitales de la SSA, debido al poco apoyo de recursos económicos del gobierno federal.

En particular el movimiento ferrocarrilero y la huelga de los trabajadores de la educación agrupados en el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado. Con este despliegue de nuevas instituciones, verdaderos cimientos de nuestro sistema, surgió la primera generación de reformas en salud, que buscaban responder a las demandas del desarrollo industrial a través del cuidado prioritario de la población obrera, atendida en los institutos de seguridad social (primero IMSS, y a partir de 1960, el ISSSTE). La SSA, por su parte, se responsabilizó de la salud de los grupos campesinos protagonistas de la Revolución Mexicana. Desde sus orígenes, el sistema de salud quedó marcado por la división entre los derechohabientes de la seguridad social y la población no asegurada, que debía acogerse a la acción asistencial del Estado. Se concentra el esfuerzo en el establecimiento de clínicas y hospitales en prácticamente todas las zonas urbanas del país.

Este crecimiento del Seguro Social conlleva la delimitación de ámbitos, en términos especiales, con relación a la SSA. Mientras que el esfuerzo de desarrollo de la capacidad instalada del Seguro Social se da fundamentalmente en el ámbito urbano, la SSA concentra su desarrollo en poblaciones pequeñas del medio rural, mediante el establecimiento de centros de salud, que en esa época tuvieron un crecimiento considerable, quizá comparable única y exclusivamente con el crecimiento que se dio a fines de los setenta con la instrumentación del Programa IMSS - COPLAMAR.

En los Centros de Salud de servicios rurales de la SSA, se toma como medida prolongar, extender, la duración del Servicio Social de los médicos a un año (hasta aquel entonces era de seis meses) para que se hicieran cargo de los establecimientos conocidos como Centros de Salud.

De esta forma se da respuesta a una necesidad de las instituciones de atención médica en términos de requerimientos de capacidad de trabajo: relación que en años posteriores y en particular en los setentas se invierte totalmente. Además de estos hechos, se materializan algunas otras medidas en materia de asistencia social, tales como la creación del Instituto Nacional de Protección a la Infancia, cuyos antecedentes se encuentran en una organización presidida por la esposa del Presidente Alemán, y en 1961-62, adquiere un matiz de aparato estatal al crearse el Instituto Nacional para la Infancia, que sentó las bases del Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

La década de los setenta como decía al principio, se caracterizo por ser época de crisis económica, financiera, política. Curiosamente, durante una era en la que el Estado se caracteriza por su intervención errática en todos los ámbitos, con una política económica de freno y arranque, en 1973 se emite el denominado **Plan Nacional de Salud.**

Cabe señalar además, que el PNS es producto de un grupo, de una fracción de la alta burocracia, que es la que está representada en ese momento en la SSA:

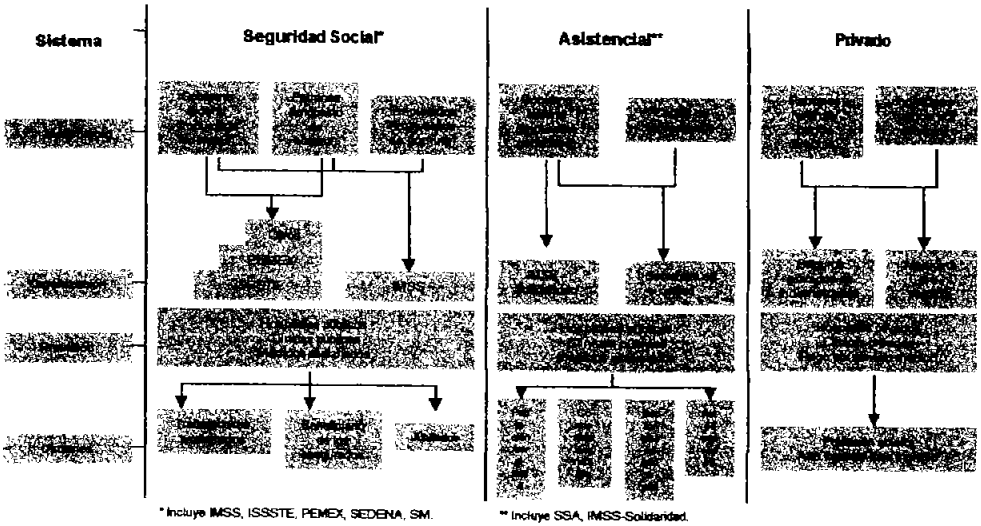
El otro esquema es el Programa de Solidaridad Social, que es, de hecho en lo que se sustenta posteriormente la implantación de los programas conocidos como IMSS – CONASUPO e IMSS – COPLAMAR. Se planteaba que el financiamiento de los servicios del Programa de Solidaridad Social, debería ser bipartita: un 60% del gobierno federal y el otro 40% del IMSS. Era Director del IMSS en aquel entonces Jesús Reyes Heroles. Este planteamiento de financiamiento bipartito del gobierno federal y del IMSS no se dio en esa época, y significó solo la base legal para poder establecer los conocidos programas IMSS – CONASUPO y posteriormente, en 1979, el de IMSS – COPLAMAR. Cabe señalar que este Programa de Solidaridad Social significa, por así decirlo, una invasión de espacios que habían estado reservados a la asistencia pública. Unos años después se implanta un programa paralelo de la SSA para las zonas de miseria urbana (Programa de Atención a la Salud para la Población Marginada en Grandes Urbes, 1981). (23)

Así recordaremos que desde los inicios de la administración de López Portillo se planteaba la extensión total de la seguridad social al cien por ciento de la población del país.

El Sistema Nacional de Salud en la actualidad esta conformado por tres sectores de servicios (Seguridad Social, Asistencial y Privado). El primero incluye a las instituciones de seguridad social que prestan servicios a la población no asegurada -alrededor de 40 por ciento del total de la población-, en su mayoría pobres del campo y la ciudad. Las instituciones más importantes de este componente son la SSA. El segundo componente es la seguridad social, que esta conformada por las paraestatales que se encarga de prestar atención a más del 50 por ciento de la población: el IMSS tiene a su cargo a los trabajadores del sector formal de la economía; el ISSSTE atiende a los empleados públicos; las fuerzas armadas tienen su propia institución de seguridad social, y esto mismo ocurre con los trabajadores de PEMEX. El tercer componente es el sector privado, al cual puede acudir cualquier persona con capacidad de pago este componente está formado por una gran diversidad de prestadores de servicios que trabajan, en su mayoría, sobre una base lucrativa, en consultorios, clínicas ambulatorias, hospitales y unidades de medicina tradicional. En teoría, este sector debería atender al 10 por ciento de la población. Sin embargo, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000, 21 por ciento de los derechohabientes de la seguridad social y alrededor de 28 por ciento de la población no asegurada reportan como su última fuente de atención ambulatoria a un prestador privado. (23)

El actual Sistema Nacional de Salud esta estructurado de la siguiente manera:

Programa Nacional de Salud 2001-2006.



Financiamiento.

El financiamiento de un sistema de salud consiste en la movilización de recursos financieros desde sus fuentes; hogares, empresas, gobierno y organismos internacionales, su acumulación en fondos seguro social, presupuestos públicos, ahorros familiares y su distribución subsecuentes para la producción o compra de servicios.

Se puede decir que en, la actual organización financiera del sistema de salud es ineficiente y genera insatisfacción, ya que obliga a un alto porcentaje de los hogares a pagar hasta tres veces por la atención de su salud. Una familia trabajadora, por ejemplo, paga impuestos que utilizan en servicios públicos, contribuye al seguro social y frecuentemente utiliza los servicios privados, como lo indica la Encuesta Nacional de Salud 2000. (23)

A continuación se muestran los Programas de salud comunitarios multidisciplinarios que tienen estipulados la Secretaria de Salud y la Secretaria de Salud del Gobierno del Distrito Federal en conjunto con la SEP (Cuadro 1), seguido de este se muestra un resumen de cada una de las guías para la elaboración de lo programas.

Programas de Salud Comunitarios Multidisciplinarios, determinados por la Secretaria de Salud en México.

Nombre del programa	Edades	Proporcionado	Se divide en:	Lo integran	Participan en :
Infancia	0 a 9 años	Secretaria de salud.	Recien nacido Lactantes Prescolares (Menores de 5 años) Escolares (de 5 a 9 años)	Medico Nutriologo Odontologo	Campañas de vacunación y atención integral. Prevención de desnutrición y tratamientos antiparasitos. Tecnicas de cepillado y aplicación de flúor.
Programa de atención a la salud de la adolescencia (PASA)	De 10 a 19 años	Secretaria de salud. Instituciones públicas y privadas.	Adolescencia temprana (de 10 a 14 años) Adolescencia tardia (de 15 a 19 años)	Médico Nutriólogo Odontólogo Psicólogo	Campañas de vacunación, atención integral, cosejeria prevención de embarazo y ITS. Prevención de desnutrición, obesidad y vigilancia del crecimiento. Tecnicas de cepillado, aplicación de flúor, detección, prevención y atención de caries. Detección de transtornos depresivos y adicciones.
Migrantes "Vete sano y regrasa sano"	De 14 a 45 años	Secretaria de salud. Instituciones publicas y privadas.	Migración Interna Nacional Interestatal (Misma entidad) (Diferente entidad federativa) Migración externa (Estados unidos)	Médico Nutriólogo Odontólogo Psicólogo	Campañas de vacunación, atención integral y ITS. Campañas de nutrición integral. Tecnicas de cepillado, aplicación de flúor, detección, prevención y atención de caries. Detección de transtornos depresivos y adicciones.
Salud bucal	Toda la población	Secretaria de salud.		Odontólogo	Prvención, protección especifica, diagnostico temprano y tratamiento.

Programa de Salud Comunitario Multidisciplinario, determinados por la Secretaria de Salud del Gobierno del Distrito Federal.

Programa de salud escolar	De 5 a 13 años	Secretaria de salud del Gobierno del Distrito Federal.		Médico Enfermera Odontólogo	Promoción de la salud, detección y referencia de los problemas de salud.

Cuadro 1

PROGRAMAS DE SALUD COMUNITARIOS MULTIDISCIPLINARIOS EN LA REPUBLICA MEXICANA

Los programas de salud comunitaria multidisciplinarios en la republica mexicana, que son impartidos por la secretaría de salud (Cuadro 1); y a diseñado programas de atención integral multidisciplinaria y entendiendo por "Multidisciplina en el termino más amplio de su definición implica un proceso en el que participan e interactúan y aplican sus conocimientos varias disciplinas" (25), entre ellos se describen los siguientes programas de acción: (ejemplos en la pagina 15, cuadro 1).

Programa de Acción: Infancia.

Tradicionalmente, en México se han realizado innovaciones importantes en la atención a la salud de los diferentes grupos de poblacionales. Para la atención de los menores de cinco años, en 1997 se integro el Programa de Atención a la Salud del Niño que abordo las principales causas de daño en ese grupo de población. Los logros se identifican principalmente en la reducción de la mortalidad general en el grupo de edad (0 – 5 años) y la especifica por enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas; así como en la capacitación al personal de salud tendiente a mejorar la calidad de la atención de esas causas mediante el establecimiento de la consulta completa y atención integrada.

El éxito se fundamenta también en la capacitación que se ha dado a las madres o responsables del cuidado de los menores de cinco años sobre la identificación de signos de alarma, que permite solicitar la atención médica antes de que se presenten complicaciones.

Ahora se busca aplicar en el grupo blanco (de 0 a 5 años) al que se dirigen las actividades. El enfoque se orienta no al daño sino a la salud, esta decisión es de vanguardia, ya que se fundamenta en el mantenimiento de la salud en el continuo que va desde que el ser humano nace hasta que concluye la infancia, esto es, desde los cero hasta los nueve años.

De esta forma se atacará el rezago en salud que afecta principalmente a los grupos poblacionales más pobres del país, representando uno de los desafíos más importantes para la salud pública que se encuentra priorizado estratégicamente en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 (Prevención).

Para las acciones de este Programa, la infancia se divide en: recién nacido, lactantes y preescolar (menores de cinco años) y escolar (cinco a nueve años). En México estos grupos de edad representan el 25 % del total de la población.

El mayor énfasis para estas acciones se realizará en el grupo que abarca desde el recién nacido hasta los 23 meses de edad, con la finalidad de garantizarles un Arranque Parejo en la Vida; asimismo, se tendrá un especial cuidado para la atención de la población indígena y de los migrantes.

Este Programa constituye una guía para la instrumentación de las acciones dirigidas a la infancia y se ha dividido en cuatro grandes capítulos:
En él capitulo uno, denominado En donde estamos, se analiza el desarrollo que han tenido las acciones de salud en la materia y los aspectos que condicionan y/o favorecen la situación de salud en la infancia, para priorizar las áreas de mayor riesgo, así como los aspectos que permitan fortalecer y encauzar las acciones.

En el capitulo dos, A dónde queremos llegar, se visualizan los logros a alcanzar para el año 2006, desglosados por grupo de edad y componentes establecidos para direccionar las acciones del Programa.

En él capitulo tres, Que camino vamos a seguir, se definen las políticas a seguir para la atención a la salud de la infancia, en estrecha correlación a lo establecido en el Programa Nacional de Salud; se precisa el objetivo y se detallan las estrategias, líneas de acción y actividades.

En él capitulo cuatro, Cómo medimos los avances, se presentan los mecanismos para ejercer el control del Programa mediante los aspectos de información, supervisión y evaluación.

La contribución está dirigida a alcanzar altos niveles de calidad de vida en la población menor de 10 años, con acciones de prevención de enfermedades y protección de la salud, mediante atención integrada, priorización de problemas con enfoque de riesgo y aseguramiento de la calidad en la presentación de servicios.

Componentes del Programa por grupo poblacional:

Recién nacido.

- Atención integrada.
- Reanimación neonatal.
- Detección y manejo de enfermedades infecciosas congénitas (rubéola, toxoplasmosis, sífilis y SIDA).
- Detección y manejo de errores del metabolismo (hipotiroidismo, fenilcetonuria, hiperplasia suprarrenal congénita y galactosemia).
- Detección y manejo de enfermedades prevalentes en el recién nacido.
- Prevención y control de enfermedades evitables por vacunación (tuberculosis y poliomielitis).
- Nutrición:
    - Evaluación del estado nutricional.
    - Programa de la lactancia materna.
- Consejería genética para prevenir malformaciones.
- Capacitación de la madre:
    - Para el cuidado de la salud del recién nacido.
    - Para estimulación temprana del recién nacido.

Lactantes y preescolares (menores de 5 años).

- Atención integrada.
- Prevención y control de enfermedades evitables por vacunación.
- Prevención y control de enfermedades diarreicas.
- Prevención y control de infecciones respiratorias agudas.
- Nutrición:
  - Promoción de la lactancia materna y de la alimentación complementaria.
  - Integración del niño a la dieta familiar al año de edad.
  - Administración de micronutrimentos (hierro, zinc, etc.).
  - Vigilancia del crecimiento y desarrollo.
  - Tratamiento de las deficiencias de micronutrimentos, desnutrición y obesidad.
  - Apoyo alimentario y capacitación.
- Prevención de accidentes y violencias.
- Salud bucal.
- Detección de trastornos visuales y auditivos.

Escolar (5 a 9 años).

- Atención integrada.
- Prevención y control de enfermedades evitables por vacunación.
- Nutrición:
  - Vigilancia del estado nutricional.
  - Deficiencias de micronutrimentos.
  - Capacitación y apoyo alimentario.
- Detección de deficiencias físicas que limitan el aprendizaje:
  - Agudeza visual.
  - Defectos de la audición.
  - Defectos posturales.
- Detección oportuna y referencia de los casos de cáncer y linfomas.
- Prevención de accidentes y violencias.
- Salud bucal.

Las metas que se esperan lograr para cada grupo de poblacional en el periodo 2001-2006 son:

- Atención integrada.
- Detección y manejo de enfermedades infecciosas congénitas.
- Detección y manejo de errores del metabolismo.
- Prevención y control de enfermedades evitables por vacunación.
- Nutrición.
- Consejo genético.

- Capacitación a la madre con relación al cuidado de la salud del recién nacido.
- Salud bucal.
- Trastornos visuales y auditivos.
- Capacitación a la madre.
- De impacto en mortalidad por grupo de edad.
- Detección de deficiencias que limitan el aprendizaje.
- Detección oportuna y referencia de los casos de cáncer y linfomas.
- Prevención de accidentes y violencia. (26)

Programa de atención a la salud de la adolescencia.

El Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia (PASA), involucra al Sector Salud en México y a las Instituciones Públicas y Privadas, vinculadas a este grupo poblacional y está sustentado en las Norma Oficiales Mexicanas explícitas para este grupo de población y sus preferencias de atención inicialmente arranca con dos vertientes: Atención a la salud y Promoción de la salud.

El Programa incluye un enfoque en factores de riesgo y factores protectores de la salud de las y los adolescentes, que permite no sólo el desarrollo de acciones hacia la atención de enfermedades, sino a aquellos factores sociales, psicológicos, biológicos y familiares que influyen en el auto cuidado, bienestar y calidad de vida en la adolescencia.

El enfoque para la atención de la salud, se orientará de forma gradual durante la implementación del programa, al desarrollo de sus capacidades para llegar a ser adultos productivos; y más que a la atención de los daños, se distingue por la promoción de la salud y al auto cuidado, a partir de un modelo centrado en la actuación presente de los servicios de salud.

La promoción de la salud está orientada a grupos de madres y padres, maestros, personas de la comunidad, incluidos las y los adolescentes, se debe fundamentar en un principio de respeto por los hechos humanos, acceso universal a la información en salud, fomento y directriz de autodeterminación en el cuidado de la salud y la integración responsable e independiente de grupos de autoayuda.

Estos principios estructuran la Respuesta Social Organizada (RSO) aprovechando a las instituciones que trabajan con aspectos socioculturales y de salud de la adolescencia en México.

Dichas acciones tienen como punto de partida y de llegada mejorar la calidad de vida de las y los adolescentes, por lo que gran parte de las acciones de promoción tienen que ser propuestas por ellas y ellos con la finalidad de legitimar las necesidades de salud.

Las y los adolescentes como población que requiere atención a la salud, ha sido caracterizado para fines operativos del Programa en dos grupos, adolescencia temprana de 10 a 14 años y adolescencia tardía 15 a 19 años.

En el mundo, existen alrededor de 1,000 millones de adolescentes entre los 10 y 19 años, el 85% viven en países en desarrollo; esta proporción elevada de adolescentes se puede explicar por dos fenómenos: una disminución progresiva de la mortalidad de los menores de cinco años y una menor tasa de fecundación. En México, de acuerdo con el XII Censo General de Población y Vivienda, se tienen 97.6 millones de habitantes, de los cuales el 21% son adolescentes, el Consejo Nacional de Población presenta cifras de 21.6%, que son las cifras que utilizará el presente Programa para la atención a la salud de las y los adolescentes en México y para el Sector Salud.

Aplicar acciones esenciales de salud para las y los adolescentes, enfocadas a la mejora de su salud a la atención integrada y a atender sus necesidades, como un enfoque de riesgo y resiliencia.

El Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia es el programa sectorial a nivel nacional e internacional, que ha permitido organizar acciones en salud para que en México, las y los adolescentes, sean un grupo de población a quienes se atienda con una perspectiva de inversión social en capital humano.

Bajo la organización de las actividades en este Programa, las instituciones contribuyen al desarrollo humano integral de las y los adolescentes, al desarrollar políticas de salud, normas definidas y forma una Respuesta Social Organizada real.

Objetivo general.

Desarrollar acciones integrales de las y los adolescentes en el primer nivel de atención con reforzamiento del sistema de referencia y contrarreferencia, con énfasis en salud reproductiva, promoción de la salud, servicios personales de salud y prevención de daños con enfoque de género y resiliencia, para cambiar el paradigma de riesgo y daños por el de fortaleza y desafió.

Objetivos específicos.

- Promover acciones integradas de salud enfocadas a la familia, la comunidad y la escuela, consideradas como redes sociales de apoyo de las y los adolescentes.
- Mejorar la cobertura de servicios personales de salud, a través de la promoción de la demanda, inicialmente en las escuelas, el servicio militar y los centros de trabajo, así como en población migrante apoyados con las acciones de la Cruzada Nacional por la Calidad, bajo los principios del modelo integrado de atención a la salud y las acciones nacionales de "Vete Sano y Regresa Sano".

- Mejorar la coordinación interinstitucional, con el Consejo Nacional del Deporte, la Procuraduría General de la Republica, el instituto Mexicano de la Juventud, el Consejo Nacional de Población y sobre todo con la Secretaria de Educación Pública y otras instituciones educativas como las universidades y tecnológicos, así como CONALEP, CETIS, CEBETIS, COBAES, etc.
- Capacitar a los prestadores de servicios para la aplicación de las acciones esenciales con un enfoque que desarrollo humano, resiliencia y género.

Metas a lograr para el periodo 2001 – 2006.

- Atención integrada.
- Prevención y control de enfermedades evitables por vacunación.
- Nutrición.
- Problemas que limitan el aprendizaje.
- Salud bucal.
- Salud mental.
- Salud sexual y reproductiva.
- VIH / SIDA / ITS.
- Promoción para el autocuidado de la salud.
- Familia y escuela.
- Cáncer.
- Salud ambiental.

Estrategias:

1. Desarrollo de normas conjuntas para las acciones esenciales de salud de las y los adolescentes.

2. Capacitación al personal de salud, con enfoque a desarrollo humano.

3. Fortalecimiento de la respuesta social organizada a través de la coordinación sectorial e intersectorial.
   - Coordinación sectorial.
   - Coordinación intersectorial.

4. Promoción de la salud.
   - Fortalecimiento de los grupos organizados en las comunidades.

5. Mercadotecnia y movilización social.
   - Campañas de comunicación.
   - Coordinación y vinculación.
   - Distribución y patrocinios.

6. Fomento a la investigación operativa.
   - Desarrollo de líneas de investigación.

- Apoyo a proyectos de investigación.

7. Transformación del sistema de información.
   - Adecuación tecnológica.
   - Alta capacitación en sistemas.
   - Fortalecimiento de la operación informática,
   - Vigilancia de la operación y el uso de sistemas. (27)

Programa de acción: Migrantes "Vete sano y regresa sano".

La movilidad poblacional en nuestro país es un fenómeno relacionado con las oportunidades para la sobrevivencia y el desarrollo social. Cuando los individuos consideran que pueden mejorar, se ven impulsados a movilizarse y cambiar de lugar de residencia.

De acuerdo con estudios realizados, se ha identificado que la población que cambian de lugar de residencia, lo hacen fundamentalmente por dos motivos: económicos y sociales.

Las características de la migración por motivos económica, son emigración compulsiva, eventual, iletrada y de baja remuneración económica, que persigue satisfacer necesidades de subsistencia o de consumo superfluo (comunidades predominantemente rurales).

La migración por motivos sociales, o migración social, se caracteriza por ser de focalización temporal y espacial, que empieza a discriminar las mejores oportunidades de empleo y aprovecha los contactos y redes sociales en los Estados Unidos y busca financiar mejoras en sus comunidades.

Esta clasificación, emanada de un análisis nacional, tiene para el presente programa una significación importante por las características de la población que se mueve y para la provisión de servicios de salud.

El Programa de Acción para la salud de la población migrante " Vete Sano y Regresa Sano", tiene como propósito ofrecer un blindaje en salud a la población migrante para que se vaya, se conserve y regrese sana; utilizando las acciones del Sector Salud para integrar los mejores procedimientos y experiencias de las instituciones públicas y privadas en la atención a población móvil (estaciónales del campo, trabajadores de industria, etc.); de tal forma que el Modelo de Atención Integrada a la Salud del Migrante (MAIS) marque las estrategias de coordinación interinstitucional para dar concierto a la atención y evitar la duplicidad.

Para fines de este Programa se utilizarán los siguientes conceptos:

- Migración Interna (migración nacional).
  - Interestatal: dentro de la propia entidad federativa.
  - Interestatal: de una entidad federativa u otra.
- Migración externa: migración internacional, en nuestro caso hacia los Estados Unidos de América del Norte (EE.UU.).

La población que, por motivos económicos, migra al interior del país (12 millones) es habitualmente rural, pobre; que se mueve con el grupo familiar por sus propios medios o bajo contratos colectivos, con varios destinos intermedios, en épocas definitivas por los ciclos agrícolas y que finalmente retorna a su lugar de origen, ejemplos de ellos son los migrantes de Guerrero, Oaxaca, Pueblas y Morelos.

La población que por motivos sociales emigra al extranjero (3 millones), es aquélla que sin tener una necesidad económica tan apremiante desea mejorar en status económico y social, para estudiar, mejorar sus condiciones de trabajo o bien lo menos frecuente en nuestro país por conflictos sociales. Este grupo poblacional se caracteriza por ser en mayor proporción de hombres solos; entre 15 a 45 años, que tienen un destino internacional definido, ejemplo de esta migración son poblaciones de los estados de Jalisco, Guanajuato, Michoacán y Zacatecas.

Objetivo general.

Proteger la salud de la población migrante, con la participación de todas las instituciones del sector salud, a través de información, atención preventiva y atención a la salud en su lugar de origen, en el traslado y en el lugar de destino, cambiando el paradigma de la atención a población residente a otro de población móvil.

Objetivos específicos.

- Desarrollar sistemas de información para la salud a los migrantes promedio de sus organizaciones.
- Otorgar atención a la salud a los migrantes en las unidades médicas del sector en el lugar de origen, traslado y destino identificadas como fases de atención.
- Realizar acciones de prevención en enfermedades en dos modalidades: dentro del programa permanente y en Semanas Nacionales de Salud.
- Establecer convenios de cooperación bilateral México-Estados Unidos (migración externa) e interestatales (migración interna).

Metas para el periodo 2001 – 2006 (entidades y municipios de alta movilidad).

- Información.
    - Información para la salud de los migrantes.
- Prevención.
    - Prevención y control de enfermedades prevenibles por vacunación.
- Atención.
- Nutrición.
- Conserjería en planificación familiar.
- Salud sexual y reproductiva.
- Detección oportuna de enfermedades crónico-degenerativas.
- Prevención de ITS, VIH, SIDA.
- Salud mental.
- Salud bucal.
- Adicciones.

Contribución de este Programa a otros Programas de Acción del Programa Nacional de Salud.

Este Programa tendrá a su cargo acciones del Programa de Infancia, Adolescencia, Salud Reproductiva, Vigilancia Epidemiológica, Promoción de la Salud y se vinculará con la Cruzada Nacional por la Calidad de la Atención.

Atributos de la atención.

Con base en tres ejes de acción, que corresponden a valores de la gestión de los servicios y facilitan el acceso a ellos ayudando a mejorar continuamente la calidad en su presentación.

Sincronía.

Las acciones deben estar a punto en un momento definido, Acciones diversas en una convergencia temporal se hacen importantes debido a la oportunidad con la que deben dotarse.

Complementariedad.

Con la finalidad de utilizar el recurso residual de los servicios (déficit de utilización) para pasar de un nivel deplorable a un nivel de eficiencia. La complementariedad es un término fácil de operar; grupos poblacionales migratorios atendidos mediante acciones básicas de salud y capacitación con énfasis en mujeres y niños.

En el caso de la migración externa; convenios con servicios de salud en EE.UU. en donde el punto de atracción sería poblaciones saludables con una autodeterminación para el cuidado de su salud, uso racional de las unidades de salud dispuestas para población migrante con intercambio binacional de acciones de salud pública con ellos y entre los estados fronterizos, orientados a la promoción de la salud, gerencia de servicios y acciones conjuntas de epidemiología.

Para el caso de la migración interna: coordinación interestatal para favorecer la complementariedad de las acciones.

Continuidad institucional.

Dar continuidad a los servicios del sector salud tanto en el interior del país como en el extranjero.

Del Modelo Integrado de Atención a la Salud que es el modelo por el Programa Nacional de Salud se desprende una estrategia concreta para la dotación de servicios a la población que se mueve con fines de trabajo y que tiene una permanencia mayor a 6 meses fuera de su lugar de origen.
El modelo para población móvil tiene como finalidad la transición del programa de la atención fija a la atención móvil, a la búsqueda activa de la población desde el origen hasta el destino con la finalidad de una adecuada utilización de los servicios disponibles. (28)

Cabe mencionar que existen otros programas como ya se a mencionado, entre ellos encontramos el Programa de Acción: **Salud Bucal**; como este no cumple con los requerimientos de multidisciplina para está Tesis solo daremos un resumen breve de su contenido.

Programa de acción: Salud Bucal.

La democratización de la salud implica crear las condiciones necesarias para que los mexicanos y las mexicanas puedan contar con servicios de salud, no importando su nivel socioeconómico o lugar de residencia. **¡La salud es para todos!**

El Programa de Acción para la Prevención y Control de las Enfermedades Bucales, a través de la planeación estratégica, toma en cuenta las ideas y propuestas de miles de mexicanos y mexicanas que responden a la convocatoria de una consulta ciudadana realizada por la Secretaria de Salud con el objeto y equidad; insertándose en la estrategia "Reducir los rezagos en la salud que afectan a los pobres", contemplada dentro del Programa Nacional de Salud 2001 – 2006.

Debido a que la caries dental, por su elevada frecuencia, representa un problema de salud pública en toda la población, sin distinción de sexos, edad o nivel socioeconómico y en atención a los retos del Programa Nacional de Salud 2001 – 2006: calidad, equidad y protección financiera, se considera prioritaria la atención de rezago en materia de salud bucal de la población más pobre.

Uno de los indicadores comúnmente usados en la salud bucal es el número de dientes cariados, perdidos u obturados a la edad de doce años. La Organización Mundial de la Salud a definido cinco niveles de severidad: muy bajo (0.0-1.1), bajo (1.2-4.4), alto (4.4-6.5), muy alto (6.6 y más), de acuerdo con esta clasificación y a los datos proporcionados por la encuesta escolar realizada por la Secretaria de Salud en 1980 los niños de 12 años de edad presentaron un nivel alto de (CPOD = 5.5).

Si bien la sociedad y las instituciones mexicanas carecen de la capacidad económica para resolver todas las necesidades de atención estomatológica, es importante recordar que las enfermedades bucales son susceptibles de ser intervenidas con acciones preventivas, de protección especifica y de diagnostico temprano, la combinación de autocuidado, atención comunitaria y cuidados profesionales ha demostrado ser una alternativa eficiente de producción de servicios de salud, como lo plantea el Modelo Integrado de Atención a la salud (MIDAS). (29)(30)

PROGRAMAS DE SALUD COMUNITARIA MULTIDISCIPLINARIA EN ESTOMATOLOGÍA EN EL SECTOR EDUCATIVO DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Los antecedentes de los primeros programas de salud comunitaria multidisciplinaria en estomatología en el sector educativo en la Ciudad de México.

Las primeras acciones para el cuidado de la salud del escolar se remontan a los años 1882 fecha en que por orden presidencial se realizó el Congreso Higiénico Pedagógico. Desde entonces a la fecha se han implementado diversos programas y acciones para beneficio de la salud de los escolares, entre los que destacan la instalación de dispensarios, la creación de brigadas médico psicopedagógicas, la capacitación de maestros en servicios y la atención de esta población en los centros de salud.

Posteriormente en 1942, a través de la Dirección General de Higiene Escolar, la Secretaria de Educación Pública intento aplicar un enfoque integral a sus acciones con la participación del Sector a través de las Brigadas de Salud Escolar.

En el año 1983, se contaba con 585 miembros del personal operativo de Higiene Escolar que pasaron a formar parte de la Dirección General de Servicios de Salud Pública en el D.F. se organizo por jurisdicciones, funcionalmente, como Equipos de Salud Escolar y realizando, la detección de problemas de salud en grupos prioritarios de escolares y su referencia a las instituciones de salud, de acuerdo a su derechohabiencia. Desde su incorporación en 1983 al inicio de la actual administración el conjunto del personal de Salud Escolar sufrió un proceso de erosión a través del cual poco a poco elementos del personal fue desincorporado de las labores de salud escolares para integrarlos a otras áreas de la institución.

Por parte de la Secretaria de Salud del Distrito federal encontramos:

Programa de salud escolar.

El objetivo del Programa de Salud Escolar, es mejorar las condiciones de salud de los escolares y contribuir en el proceso educativo de los escolares en el tema de salud, entendiendo que la "salud escolar se necesita para desarrollarse plenamente su integración en el sistema de atención primaria de salud. Y su ejecución se realiza dentro del equipo de Atención Primaria (médicos, odontólogos, enfermeras, higienistas y trabajadores sociales), cuyos componentes llevan a cabo de forma integrada funciones de promoción de la salud, de asistencia sanitaria de trabajo social, tanto en el centro de salud como en toda la comunidad." (32)

Para lograr este objetivo, un equipo de salud escolar integrado casi siempre por un medico, una enfermera y un odontólogo se integra a una escuela primaria y permanece ahí por todo un ciclo escolar, excepto en aquellas escuelas con una

matricula de menos de 400 alumnos. En estos casos los equipos de salud escolar permanecen únicamente 5 meses.

Los equipos realizan actividades de dos tipos:

1) Promoción de la salud.

2) Detección y referencia de problemas de salud.
Las actividades de promoción de la salud son, a grandes rasgos:

- Actividades de educación para la salud con la comunidad escolar (pláticas, talleres, obras de teatro, periódicos murales, sesiones preventivas, ferias, etc.).
- Levantamiento de un diagnóstico de riesgos para la salud en el plantel y su entorno inmediato. Este diagnóstico ha servido para que la comunidad escolar gestione ante distintas instancias apoyo para el mejoramiento del plantel.
- Formación de niños promotores de salud. Estos promotores son protagonistas del resto de las actividades de educación para la salud.
- Capacitación a maestros, padres de familia y manejadores de alimentos sobre distintos aspectos del cuidado de los escolares.
- Aplicación del modelo de prevención de riesgos psicosociales "Chimalli".
- Apoyar a los profesores en sus actividades educativas referentes a los temas de salud.
- Aplicación periódica de colutorios de flúor con la finalidad de prevenir la caries dental.

Las actividades de detección y referencias de problemas de salud son, de manera general:

- Revisión medica para detectar enfermedades de diversos tipos, estado nutricional, problemas de desarrollo, problemas de adicciones, maltrato, abuso sexual, y problemas de salud bucal. Esta revisión se realiza a todos los alumnos del plantel en por lo menos una ocasión. Los resultados se registran en una cédula que se archiva en la escuela y una cartilla del escolar, que se otorga a los padres de familia.
- Referencia de los escolares en los que se haya detectado un problema de salud a las distintas instituciones prestadoras de servicios. Esta referencia se realiza según el tipo de problema detectado y la derechohabiencia del escolar.
- Seguimiento de la atención que se brinde a los escolares referidos.

La colaboración del director del plantel, los maestros y todo el personal de la escuela es indispensable para el desarrollo del programa. Los equipos de salud escolar deberán mantener una estrecha coordinación con ellos, acordar la programación de actividades y mantener informado al director del plantel de las actividades realizadas, los logros obtenidos y los planes a futuro.

El personal de salud escolar deberá acudir diariamente al plantel al que fue asignado y cubrir la totalidad de su horario, a menos que el coordinador del programa en cada delegación autorice, excepcionalmente, la salida del plantel.

El coordinador deberá realizar visitas periódicas al plantel para supervisar la asistencia del personal y el desarrollo del programa de salud escolar. Durante estas visitas deberá mantener comunicación con el Director del plantel.

Adicionalmente los equipos de salud escolar recibirán visitas periódicas de asesoría técnica por el personal de la Dirección de Promoción a la Salud y Atención al Adulto Mayor.

Lo primero y más importante es la colaboración de la comunidad escolar, especialmente de los maestros y el Director del plantel. Sin ello la operación del programa sería imposible.

Adicionalmente se necesita un espacio físico en la cual el equipo de salud escolar pueda revisar a los escolares y guardar su equipo y papelería. Este espacio deberá de preferencia ser exclusivo y tener unas medidas mínimas aproximadamente de 3 por 3 metros. Además, se necesita de un espacio largo (6m) en algunas aulas o pasillo cercano para que se puedan realizar las detecciones de agudeza visual. Los espacios deberán estar bien iluminados y en el caso del espacio para las revisiones se recomienda que esté bien ventilado, se puede cerrar con llave y permita la privacidad necesaria para las revisiones médicas.

Por ultimo las actividades a realizar requieren de tiempo suficiente para que se revise a los niños, se capacite a los niños promotores, se discutan problemas con los maestros y el director, se realice actividades de educación para la salud en las aulas, etc.

El programa de salud escolar necesita para implementarse en un plantel educativo; La Secretaria de Salud del Gobiemo del Distrito Federal solicita que se cubran los siguientes requisitos indispensables:

1) El plantel deberá ser una escuela pública de nivel primaria.
2) Satisfacer todas las necesidades ya expuestas.
3) Cubrir los requisitos que la Secretaria de Salud Publica establezca.

Al inicio de la actual administración solo se contaba con 261 trabajadores, es decir, solo el 45% de los recursos originales. Esta situación era reflejo de la baja prioridad que representaba la salud escolar para administraciones anteriores. El proceso de erosión de los recursos de Salud Escolar no solamente disminuyó el potencial de cobertura sino que también afectó de manera muy grave la composición multidisciplinaria de los Equipos de Salud Escolar. Actualmente solo el 52% de los Equipos de Salud Escolar se encuentran completos, es decir con un odontólogo, una enfermera y un médico.

Actualmente en el marco del Programa de Atención Integral a la Salud del Escolar (PAISE) existe un grupo operativo interinstitucional que se reúne periódicamente. En este grupo están representados la SEP, la DGSEI (Dirección General de Servicios Educativos de Iztapalapa) los SSPDF, el ISSSTE, DIF – DF, y el IMSS; este último participa de forma irregular y generalmente no se involucra en los compromisos establecidos.

Al inicio de la actual administración del Gobierno del Distrito Federal, en diciembre del 2000, el Programa de Salud Escolar (PSE) operaba con una estrategia de cobertura a una gran cantidad de escuelas ofreciendo una cantidad limitada de servicios. El personal de salud escolar de la Secretaría de Salud se encontraba agrupado en equipos de salud escolar (ESE). Los equipos enviaban una lista de escuelas a trabajar por un periodo del ciclo escolar, con fechas y temáticas, en los rubros de: exámenes médicos, pláticas, detecciones gruesas y actividades de promoción de la salud. Estos listados eran enviados al nivel central para su propuesta ente el Grupo Operativo para su validación, aprobación o modificación y posteriormente se regresaban los listados a las Equipos de Salud Escolar para el inicio de las actividades. Los equipos permanecían por un espacio limitado de tiempo (desde 2 días hasta dos semanas) en cada escuela. La cobertura del programa incluía en una proporción importante a las escuelas de nivel preescolar.

Las actividades de los Equipos de Salud Escolar en la mayoría de los casos se centraban principalmente en la realización de exámenes médicos a los escolares. Esto derivaba en una visión fuertemente medicalizada de las acciones de Salud Escolar. El examen médico del escolar estaba concebido como una historia clínica resumida y era utilizada tanto por los Equipos de Salud Escolar como en los Centros de Salud. El formato enfocaba aspectos médicos en un nivel demasiado específico para su uso como instrumento de detección gruesa y en un nivel muy general para su uso en un nivel de atención. Además de esto el examen dejaba de lado otro tipo de problemas no médicos que afectan la salud, el bienestar y el desarrollo de los niños. El respeto a sus derechos fundamentales, la violencia intrafamiliar o el maltrato infantil son ejemplos de esto. Por último el examen médico del escolar limitaba las posibilidades de seguimiento a problemas de salud detectados.

Para el registro diario cuantitativo de actividades de los Equipos de Salud Escolar utilizaban el formato (PSE-02), el cual en su mayor parte estaba dedicado a las acciones de detección e incluía solo un pequeño anexo con actividades de Educación para la Salud, limitada casi exclusivamente a la realización de pláticas. La utilización de este formato contribuía a que los Equipos de Salud Escolar priorizaran sus actividades de detección sobre las de educación para la salud.

La estrategia de trabajo empleada en el Programa de Salud Educativo permitía por un lado cubrir una cantidad relativamente amplia de escuelas, pero por otro generaba una serie de inconvenientes en la operación del programa y los resultados obtenidos. A continuación se presenta un breve análisis. En cuanto a los resultados, si bien se lograban reportar una cantidad considerable de acciones

(sobre todo en el rubro de exámenes médicos) en términos reales estas acciones tenían un impacto limitado en la salud y bienestar de los escolares. Debido al corto tiempo que permanecía el Equipos de Salud Escolar en cada escuela las acciones de Educación para la salud se reducían, en la mayoría de los casos a unas cuantas pláticas y otras intervenciones educativas. A cada escolar se le realizaba solamente un examen médico al año, por lo que el seguimiento a los problemas de salud detectados por el Equipos de Salud Escolar resultaba muy limitado. Con relación a la operación del programa la modalidad anterior representaba una dificultad para el control de asistencia y la supervisión, ya que al trabajar en diversas escuelas resultaba complicado localizar a los Equipos de Salud Escolar y supervisar su trabajo. Por otro lado el horario de clases de las escuelas de nivel preescolar (de 9:00 a 12:00 horas) derivaba en una incompatibilidad de horarios con el personal, ya que el personal del programa tiene horarios entre 6 y 8 horas diarias.

Producto del análisis anterior la Dirección de Programación a la Salud y Atención al Adulto Mayor decidió redefinir el Programa de Salud Escolar, modificando sus objetivos, estrategias, acciones, operación y normatividad. Los objetivos generales del nuevo Programa de Salud Escolar son:

- Lograr en los escolares la adquisición y desarrollo de una cultura favorable a su salud.
- Mejorar los niveles de salud del escolar.

La nueva modalidad del programa entró en operación en septiembre del 2002. Los objetivos de la modificación del programa se centraron en mejorar las situaciones descritas en párrafos anteriores.

Objetivos de modificación del programa de salud escolar.

1. Modificar el enfoque medicalizando del programa enfatizando las acciones de Promoción de la Salud.
2. Generar las condiciones para realizar un seguimiento adecuado a los problemas de salud detectados en los escolares.
3. Incrementar la cantidad e impacto de las acciones de Promoción de la Salud.
4. Incorporar a los escolares como sujetos protagónicos de las acciones de Promoción de la Salud.
5. Involucrar a los padres de familia y maestros en redes de participación activa en las acciones de Promoción de la Salud.
6. Mejorar los mecanismos de control y supervisión del personal.
7. Incrementar en la medida de lo posible, el horario de servicio a los escolares.
8. Generar las condiciones para el desarrollo profesional del Personal de Salud Escolar, especialmente en el campo de la Promoción de la Salud.

Estrategias.

1. Se determinó disminuir la cobertura de escuelas y profundizar el impacto de las acciones. Para realizar esta estrategia se amplió el tiempo de permanencia de los Equipos de Salud Escolar de 2 semanas a 5 meses. Esta estrategia se diseño para contribuir al cumplimiento de los objetivos 2, 3, 6 y 8.
2. Centrar las acciones en escuelas de nivel primaria. Estrategia destinada a responder a los objetivos 3 y 7. en el caso del primero a través del estimulo a la participación de los escolares y en el segundo disminuyendo la incompatibilidad de horarios entre la escuela y el personal.
3. Formar y capacitar a un conjunto de escolares para que participe como Niños Promotores de Salud Escolar.
4. Promover la formación de redes de padres de familia y maestros para resolución de problemas.
5. Capacitar de manera periódica y permanente al personal del programa.
6. Estimular la planeación local de las acciones de promoción de la Salud, responde la filosofía general del Programa.
7. Generar un instrumento adecuado para orientar las detecciones a los aspectos que más afecten el desarrollo, bienestar y salud del escolar y que permita el adecuado seguimiento de los problemas detectados.
8. Generar mecanismos de prevención y de atención de problemas psicosociales.

Acciones y resultados.

El desarrollo del programa se dividió en dos etapas. La primera etapa inició en septiembre del 2002 y culminó en enero del 2003. La segunda etapa abarcó los meses de febrero a julio del 2003. En la primera etapa los Equipos de Salud Escolar operaron en 84 escuelas con una matricula de 40,295 escolares. En la segunda etapa se continuó trabajando en 26 escuelas en las que se evaluó la conveniencia de permanecer todo el ciclo escolar. Así mismo en febrero de este año se ingresó a 49 escuelas nuevas para desarrollar el programa en los meses restantes del ciclo escolar 2002-2003. Así mismo se iniciaron visitas de seguimiento que los Equipos de Salud Escolar realizaron a 44 escuelas de la etapa anterior. A través de las visitas de seguimiento se garantiza la continuidad en las detecciones a los escolares y el desarrollo de todos los aspectos de Promoción de la Salud, en especial la capacitación permanente de los Niños Promotores y el seguimiento de sus acciones. De esta manera el Programa de Salud Escolar operó durante todo el ciclo escolar en 133 escuelas matricula total de 64,071 escolares.

Selección de escuelas.

En coordinación con la SEP se seleccionaron las escuelas primarias tanto de la primera como de la segunda etapa.

Para la selección se dio prioridad a las escuelas ubicadas en las zonas de mayor marginación. Al iniciar la primera etapa la mayoría de los equipos reportó que los directivos no estaban informados sobre las actividades del programa y una proporción menor no permitió el ingreso de los Equipos de Salud Escolar. Así mismo, muchas escuelas no contaban con la infraestructura necesaria para el desarrollo del programa. Estas situaciones derivaron en un retraso en el inicio de actividades en varias escuelas. En la mayoría de los casos la SEP resolvió el problema proponiendo otras escuelas. Cabe destacar que en algunos casos la comunidad escolar se movilizó para la construcción o habilitación de espacios para que el programa se pudiera desarrollar.

Para la segunda etapa la selección se realizó con los mismos criterios, excepto que se añadió el requisito de que el director del plantel estuviera de acuerdo en recibir al Equipo de Salud Escolar. Los resultados en la recepción mejoraron notablemente con respecto a la primera etapa, aunque en varias escuelas no se contaba con un lugar específico para el Equipo de Salud Escolar.

Supervisión y seguimiento operativo.

Se implemento un programa de supervisión permanente con los Coordinadores del Programa en cada Jurisdicción Sanitaria. Para orientar las supervisiones se diseño una cédula de supervisión cuali-cuantitativa para su aplicación por el Coordinador del programa en cada jurisdicción. Así mismo se programaron y realizaron reuniones técnicas semanales con los Coordinadores con la finalidad de dar un seguimiento estrecho a los problemas emergentes.

Se modificaron los formatos (PSE-02 y PSE-04 que ya se venían utilizado) de manera que reflejan las actividades de detección que se estaban realizando. Para la modificación de estos formatos se realizaron pilotajes en los que las propuestas se enriquecieron desde el nivel operativo. Para el seguimiento de las actividades de Promoción de la Salud se diseñaron el formato (PSE-01). Para el diseño de este formato se tomaron en cuenta de manera detallada todas las actividades de promoción de la salud que se implementan en el programa. Para la implementación de este formato se prepara un manual y una capacitación a todo el personal. Una vez implementado se contará con información cuantitativa completa y detallada de las actividades de Promoción de la Salud del Programa.

Se implementó un sistema evaluación cualitativa de las acciones. Esta evaluación se realizó directamente por personal de apoyo a nivel central. Como apoyo a esta evaluación se generó una guía de visitas y se capacitó al personal de apoyo para su aplicación. En la medida en la que el personal de apoyo se formalizó con la guía de visitas, esta se transformó en una guía breve de aspectos a evaluar, de tal forma que la evaluación cualitativa se hiciera de forma más operativa.

Capacitación.

Previo a la operación de la nueva modalidad del programa se impartió un taller de 25 horas a la totalidad del personal del programa con la finalidad de introducirlos a la nueva modalidad de trabajo. En las diferentes ocasiones en las que se impartió el taller se recogieron las inquietudes y sugerencias que realizó el personal con respecto a los cambios propuestos. Un aspecto muy importante que surgió durante estos eventos de capacitación fue la considerable resistencia que el personal del programa presentó ante la perspectiva de cambio. La resistencia presentada obedecía a razones explícitas e implícitas que variaban desde un natural escepticismo y miedo al cambio hasta la afectación de intereses personales.

Se realizó el pilotaje de una capacitación dirigida a 33 recursos encaminada a profundizar en aspectos teórico-prácticos de Promoción de la Salud. Con los resultados del pilotaje se están definiendo nuevas estrategias de capacitación al personal.

Se identificó un modelo de prevención de riesgos psicosociales adecuado para las características del medio y el Programa (modelo Chimalli) y se acordó con la Organización No Gubernamental que desarrolló el modelo la capacitación del personal del programa. Las capacitaciones se realizaron inicialmente a los responsables de cada Equipo de Salud Escolar y Coordinadores del programa y posteriormente a todos los miembros del equipo. Cada Equipo de Salud Escolar fue dotado de material bibliográfico de apoyo para la aplicación del modelo. Posterior se gestionó la dotación de un libro manual para cada uno de los miembros del personal Programa de Salud Escolar. Durante el mes de junio del 2003, el personal recibe una capacitación adicional de 8 horas para la implementación de este modelo.

Con la finalidad de capacitar en campo al personal de los Equipos de Salud Escolar se generó la figura de Asesor, con funciones y atribuciones distintas a las del Coordinador. Se capacitó a un total de 12 Asesores de entre el personal de apoyo en el nivel central. La capacitación a los asesores incluyó la profundización de conocimientos para la aplicación del modelo de prevención de riesgos psicosociales Chimalli.

En la semana del 23 al 27 de junio del año 2003, se realizó el Primer Foro Congreso del Programa de Salud Escolar. En el Foro se abrieron espacios de intercambio de experiencias de los Equipos de Salud Escolar en todos los aspectos del Programa de Salud Escolar y se realizó un reconocimiento al trabajo realizado. Durante el foro se presentaron 23 ponencias de Equipos de Salud Escolar, individuos o grupos de equipos. La mayoría de las ponencias se centraron en aspectos relacionados a la formación de Niños promotores. Destacó la calidad, tanto de las ponencias como del trabajo que ilustraron. Durante el Foro se abrieron tres mesas de discusión para abordar las problemáticas más significativas en la operación del programa durante el pasado ciclo escolar. Los

temas de las mesas fueron: 1) Avances, logros, y problemas en las detecciones gruesas; utilidad de la cartilla y de la célula de registro; 2) Formación de niños promotores de salud, estrategias, logros, avances y problemáticas; 3) Trabajo con la comunidad escolar, padres de familia, maestros y niños; estrategias, logros, avances y problemas. En estas mesas el personal emitió sus opiniones, quejas y solicitudes de modificaciones a aspectos específicos del programa. Los resolutivos de las mesas fueron expuestos en plenaria y en estos momentos se consideran las modificaciones necesarias al Programa de Salud Escolar.

En el congreso se invitaron a grupos y personas con experiencia en los distintos aspectos de la salud escolar, diez ponentes participaron de manera voluntaria en el congreso. En la selección de los ponentes se tomaron en cuenta los aspectos de la salud escolar que los Equipos de Salud Escolar manifestaron como de difícil abordaje. La opinión generalizada de los asistentes al congreso fue que la gran mayoría de los ponentes mostraron experiencias y temas de buena calidad y alta relevancia para el programa.

Para la realización de estos eventos se contó con el apoyo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias que facilitó sus instalaciones de manera gratuita.

Con la finalidad de profundizar en la temática planeada durante el foro congreso se organizó un curso de capacitación de 40 horas para todo el personal del programa. Este curso se realiza durante el mes de julio del año 2003 y para su mejor organización se conformaron cuatro grupos de alrededor de 75 personas cada una y se trabaja con dos grupos simultáneamente. En este curso se logró la colaboración voluntaria de 6 profesionistas y grupos dedicados a distintos aspectos de la salud de los escolares.

Con la finalidad de brindar herramientas al personal del programa que le permitirán canalizar el estrés cotidiano de su trabajo en las escuelas, mejorar las relaciones interpersonales entre los miembros de los Equipos de Salud Escolar y mejora la relación entre el personal y la comunidad escolar se organizó el taller de desarrollo emocional con enfoque psicocorporal. El taller tuvo una duración de 8 horas y actualmente se ha ofrecido a 6 grupos de 20 personas. El personal de salud escolar ha participado de manera voluntaria en estos talleres. La opinión general es que les ha sido de mucha utilidad para su desarrollo personal. El taller ha sido impartido de manera gratuita por un psicoterapeuta voluntario y se tiene programado continuar con estos talleres en el mes de septiembre del presente año.

Promoción de la salud.

En la nueva modalidad del Programa de Salud Escolar la Promoción de la Salud es el aspecto que sin duda representaba el mayor reto. Las inercias de experiencias pasadas derivaron en una subvalorización de la Promoción de la Salud a experiencias de las actividades de Detección de enfermedades. Este fenómeno estuvo presente tanto en los miembros de la comunidad escolar como

en una buena parte del personal. Resultaba frecuente que los directores de las escuelas solicitaran actividades de atención médica a los Equipos de Salud Escolar o que, como sucedió en algunos casos, pretendieran instalar pequeños consultorios con servicios de primeros auxilios. Al referirse al Programa de Salud Escolar los directores y maestros mencionaban los beneficios de las detecciones mientras que en muy raras ocasiones reconocieron otros aspectos del programa.

Combatir la subvaloración de las actividades del Promoción de la Salud requería de un proceso de reconceptualización de las ideas fundamentales que regulan la práctica de los que trabajan en salud escolar y de los "beneficiarios" de esa práctica, es decir, la comunidad escolar. Esta reconceptualización requería de procesos mucho más profundos que el simple hecho del cambio de programa o inclusive capacitaciones previas a la implementación de los cambios. El cambio conceptual se visualizó no como un acto o evento recluido en un aspecto temporal, sino como un proceso dialéctico y gradual entre la teoría y la práctica, entre la normatividad y la operación. En este proceso, que aún no se ha concluido (ni se espera que concluya), los trabajadores fueron invitados a reconceptualizar su trabajo desde su propia práctica. Esto se realizó, por ejemplo en las reuniones técnicas semanales con los Coordinadores donde se dedicó un tiempo de los problemas concretos que resultaron de la operación.

El personal de los equipos abordó la tarea de Promoción de la Salud de maneras muy variadas. Algunos médicos y odontólogos manifestaron explícitamente que consideraban estas actividades como propias de enfermeras o trabajadoras sociales. Otros miembros del personal asumieron la tarea pero manifestaban la necesidad de lineamientos más específicos y mayor capacitación mientras que una buena proporción aprovechó la coyuntura para desarrollar sus experiencias y creatividad. Producto de esto último surgieron varias experiencias interesantes, principalmente en la formación de niños promotores de salud y las actividades en las que ellos participan. El entusiasmo de los niños promotores se hizo evidente en estas actividades, especialmente en los casos en los que para la selección de niños promotores se les solicitó que participaran de forma voluntaria. Es relevante que en algunos casos en los que se detectaron niños con problemas especiales (maltrato, desnutrición, etc.) se les incorporó como niños promotores. Esta modalidad permitió por un lado mantener un trabajo educativo más estrecho con estos niños y por otro brindar una oportunidad a los niños vulnerables para desarrollar sus capacidades en un ambiente favorable para ellos.

A pesar que la selección de niños promotores se inició de manera tardía se logró incorporar y capacitar a 4,098 de ellos. Los niños promotores fueron capacitados en diversos temas de salud y se elaboró un temario para cada escuela. Esto ultimo con la finalidad de que las capacitaciones se adecuaran a la problemática de cada escuela y los contenidos fueran más significativos para los Niños Promotores. No obstante, una fuente de información a la que se recurrió constantemente fueron los contenidos de salud en los libros de texto, esto último tiene la ventaja de empatar los esfuerzos educativos en salud de maestros y personal de salud. En muchas ocasiones el temario de capacitación se modificó

sobre la marcha en respuesta a algún problema emergente, como lo fueron casos de hepatitis, de varicela o de violencia entre escolares. De esta forma cada niño promotor fue capacitado en función de los problemas de salud de su propio grupo. De la misma manera los niños promotores realizaron acciones educativas con sus compañeros de grupo abordando temas emergentes u otros relacionados a temas más generales como la nutrición, la seguridad, la higiene, el ejercicio, la convivencia y respeto mutuo, los derechos de los niños, etc. Durante la Semanas Nacionales de Salud y de Salud Bucal se intensificaron los temas de la importancia de la vacunación y las enfermedades que previenen, así como los problemas de salud bucal y las medidas preventivas. Una actividad importante fue la realización de 102, 025 aplicaciones de flúor y capacitación sobre la técnica de cepillado (1.7 aplicaciones por niño). Esta actividad se incrementó en la segunda etapa debido a una redistribución interna de insumos que se realizó. Se espera incrementar esta actividad hasta llegar a un nivel óptimo y de esta manera impactar de manera positiva en el problema de la caries dental. Para las acciones educativas se utilizaron diversas técnicas educativas como juegos, presentaciones, demostraciones, teatro guiñol y periódico mural.

El logro más importante del trabajo con los niños promotores y su participación directa en las actividades fue que la comunidad escolar reflexionara sobre su capacidad de contribuir a la promoción de la salud en su medio, y que haciendo esto desarrollaron capacidades para modificar su medio de forma que les resulta más favorable.

La formación de niños promotores es la actividad de Promoción de la Salud más desarrollada durante este ciclo escolar, especialmente durante la segunda etapa del ciclo. Durante este ciclo los Equipos de Salud Escolar desarrollaron habilidades para capacitar a los escolares para que realizaran actividades educativas con el resto de los escolares y en los comentarios del foro se resaltó la manera en que la posibilidad de acción del Equipo de Salud Escolar en una escuela se potencialazo con la participación de los niños promotores.

El énfasis en el rubro de promoción de la salud se orientó desde el nivel normativo, al desarrollo de experiencias de calidad, fomentando la riqueza y la capacitación del personal. De manera paralela, deliberada y explicita se disminuyó el énfasis en la producción cuantitativa de acciones. Esta política se mantuvo en todos los aspectos del programa pero se enfatizó en la promoción de la salud para permitir un rompimiento con el vicio burocrático de supeditar la calidad de las acciones al cumplimiento (muchas veces ficticio) de metas. Aunado a esto en el Programa de Salud Escolar no existía un instrumento cuantitativo de evaluación que refleja la riqueza y diversidad de actividades de Promoción de la Salud, ya que el (PSE-02) reducía este aspecto a unos cuantos indicadores. Se tomó la decisión de generar un nuevo instrumento que partió del trabajo desarrollado por los propios Equipos de Salud Escolar: el (PSE-01). Así mismo se permitió a los propios equipos ir definiendo la programación de las acciones de acuerdo a las características particulares de cada plantel y su comunidad escolar (Matricula,

problemas detectados, condiciones del plantel, disposición de maestros y padres de familia, etc.).

Otra actividad de Promoción de la Salud la construyó el diagnostico de riesgos del plantel escolar. El diagnostico de riesgo del plantel escolar se instrumentó con una doble finalidad, por un lado identificar y resolver problemáticas del ambiente escolar que afectaran o pusieran en riesgo la salud de los escolares, y por otro de manera mucho más importante, involucrar a toda la comunidad escolar en un proceso educativo en el que sus miembros desarrollaran las capacidades de identificación-gestión-resolución de problemas que afectan su salud. Esta actividad se realizó con diversos niveles de participación de la comunidad escolar, participando en la mayoría de los casos maestros o directivos y niños promotores y en una menor proporción los padres de familia. La participación de estos últimos en general fue la más limitada debido a sus ocupaciones cotidianas. A pesar de esto algunos equipos lograron mantener reuniones periódicas con ellos. Se pretende recuperar las experiencias más exitosas para asesorar al resto de los Equipos de Salud Escolar de manera que logre una mayor participación de los padres de familia. Se espera un incremento en participación de los miembros de la comunidad escolar producto de la legitimación del programa producto de los primeros logros obtenidos. Cada problema resuelto abre oportunidades para que la comunidad escolar se involucre en la resolución de otro. Durante el presente ciclo se realizaron 133 diagnósticos de riesgos del plantel.

Durante la primera etapa del programa no fue posible implementar el modelo de prevención de riesgos psicosociales Chimalli debido a la falta de autorización por las autoridades de la SEP. Durante la segunda etapa, y como resultado de las detecciones de problemas de abuso sexual y maltrato infantil realizadas por los Equipos de Salud Escolar en Iztapalapa, se identificaron algunos problemas particularmente graves que hicieron evidente la necesidad de intervenir institucionalmente en esta problemática. En particular, a raíz de una experiencia positiva de intervención de un Equipo de Salud Escolar y la directora de un plantel ante un problema de severo maltrato infantil, se logró sensibilizar al personal de Programa de Salud Escolar y las autoridades de la SEP. Producto de esto la Dirección General de Servicios Educativos de Iztapalapa autorizó la Instrumentación del modelo Chimalli en las escuelas que operaba el Programa de Salud Escolar en Iztapalapa. El modelo mencionado está diseñado para trabajar en ciclos de 5 meses, al término de las cuales es posible evaluar el impacto en la comunidad escolar. Debido a que el modelo se comenzó a implementar entre abril y mayo en las diferentes escuelas de Iztapalapa no se puede completar un ciclo de intervención. Debido a esto no se cuenta en este momento con información sobre el impacto de las acciones. Sin embargo la opinión de los Equipos de Salud Escolar y los supervisores de la DGSEI es de que el modelo tuvo buena aceptación entre la comunidad escolar. Los Equipos de Salud Escolar además refieren que el modelo es muy compatible con el resto de las actividades de Promoción de la Salud y que además les ayuda a estructurar sus acciones y fomentar la participación de la comunidad escolar, especialmente los niños promotores.

A pesar de que durante la segunda etapa se enfatizaron las acciones de Promoción de la salud, los avances obtenidos siguen siendo apenas un esbozo de las posibilidades que existen en este rubro en el ambiente escolar.

Detecciones.

Tradicionalmente se percibe a las detecciones como una actividad médica cuya única finalidad es identificar enfermedades en los escolares. Como ya se mencionó en los objetivos y las estrategias se planteó el convertir las detecciones en una actividad que combinara la identificación de problemas de salud con Promoción de la Salud. Antes de aplicar este último cabe señalar que la aplicación de nuevos instrumentos de detección gruesa permitió identificar no solamente problemas de enfermedad sino otros que afectan la salud de los escolares de manera importante.

Los instrumentos empleados en las detecciones, así como los procedimientos destinados a informar a los padres de familia y escolares sobre los hallazgos de estas, se encaminaron a generar condiciones para que los afectados y sus padres tomaran conciencia de los problemas detectados, se informaran sobre las alternativas de solución de estos y tomaron las decisiones pertinentes. Más aún, la cartilla del escolar permitió involucrar a los padres de familia en el monitoreo del desarrollo y bienestar de sus hijos, además de servir de guía general y particular para la demanda de atención y servicios a los que tienen derecho.

Durante el ciclo se realizaron 82, 199 revisiones, dando un promedio de 1.2 revisiones por escolar. A los escolares revisados se les encontraron 158, 424 problemas de salud.

Para dar solución a la problemática de salud detectada y brindar una atención adecuada con los recursos humanos especializados y la tecnología necesaria se realizaron un total de 64,465 referencias. El 77 % de las referencias fueron dirigidas a la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Los principales motivos de referencia fueron los problemas de salud bucal, posturales, de la vista, de la nutrición y las detecciones de enfermedades respiratorias agudas. En las referencias se encontraron problemas ya que en algunos casos los escolares no fueron atendidos o sus padres encontraron dificultades para conseguir una atención rápida. Este problema varió de una institución a otra siendo el caso más agudo el IMSS, aunque también se presentó de manera importante en los Centros de Salud de los Servicios de Salud Pública. Los principales argumentos que proporcionó el personal para la deficiente atención que se presentó en algunos Centros de Salud fueron los supuestos errores en las detecciones que realizaron los Equipos de Salud Escolar, la saturación del servicio y la falta de instrumentos y materiales. Esto último argumento fue especialmente utilizado por algunos servicios de atención dental. Así mismo se encontró que en muchos casos los trabajadores de los Centros de Salud desconocían los nuevos instrumentos y lineamientos del programa. Esta situación minó la contrarreferencia realizada y en consecuencia el seguimiento por los Equipos de Salud Escolar de los problemas

detectados. Esta situación se presentó a pesar de que los Directores Jurisdiccionales fueron informados de las modificaciones al programa y las nuevas exigencias para los Centros de Salud que en consecuencia resultarían. También es muy importante mencionar que en muchos Centros de Salud la atención fue adecuada y la contrarreferencia se realizó sin problemas.

Conclusiones y perspectivas a futuro.

El balance general es, a pesar de los problemas enfrentados, bastante positivo. Se lograron mejorías en todos los aspectos en los que se enfocaron las estrategias.

No obstante el balance positivo, la conclusión más importante de este ciclo escolar es que el Programa de Salud Escolar apenas comienza a desarrollar el pleno de sus potencialidades. Si bien los trabajos expuestos por los Equipos de Salud Escolar en el Foro son una muestra de lo mejor del programa, aún en las escuelas de estos Equipos de Salud Escolar existen aspectos del programa que se han visto limitados.

En una EVALUACIÓN PREELIMINAR se identificaron 4 problemas principales para el pleno desarrollo del programa: 1) Carencias de materiales y equipo para realizar las actividades, especialmente aquellas relacionadas a las acciones de Educación para la Salud; 2) Falta de autorización por las autoridades de la SEP para implementar el modelo Chimalli; 3) Actitudes negativas de una parte del personal del programa; 4) Composición irregular de los Equipos de Salud Escolar. El desarrollo del programa durante la segunda etapa ha permitido avanzar en la problemática planteada, especialmente en los tres primeros rubros. Este avance ha derivado de manera natural en nuevos retos y problemas. A continuación se revisa el avance de los problemas planteados, se plantea la nueva problemática y se proponen acciones y estrategias a seguir.

Producto de las gestiones realizadas en la Dirección de Promoción a la Salud y Atención al Adulto Mayor para la adquisición de materiales para las actividades de Promoción de la Salud será posible contar con insumos para el desarrollo del programa durante la primera mitad del ciclo escolar 2003 – 2004. El abastecimiento de materiales fue durante el pasado ciclo una demanda reiterada de los Equipos de Salud Escolar. Esta demanda se hizo potente también durante los trabajos del Foro de Salud Escolar. Los equipos participantes evidenciaron que habían desarrollado el trabajo expuesto con un mínimo o nulo apoyo de materiales proporcionados por la Jurisdicciones Sanitarias. También manifestaron que para el desarrollo de las actividades habían tenido que solicitar cooperaciones a los escolares, especialmente a los niños promotores, además de las aportaciones económicas que había realizado el personal, la dotación de materiales por la Dirección de Promoción a la Salud y Atención al Adulto Mayor a partir del inicio del próximo ciclo escolar sin duda tendrá un doble impacto positivo: por un lado estimulará al personal a realizar mejor su trabajo, y por otro mejorará la calidad de las actividades de Educación para la Salud.

En fechas recientes se logró la autorización de las autoridades de la SEP para la implementación del modelo Chimalli en la totalidad de las escuelas en las que trabaja el Programa de Salud Escolar. Dicho modelo se instrumentará a partir del inicio del próximo ciclo escolar. Esto plantea una serie de problemáticas de capacitación y seguimiento operativo de las acciones, así como una adecuada planificación de actividades a nivel de cada escuela, ya que el modelo mencionado requiere de tiempo para su instrumentación. Durante los meses anteriores a este informe se ha avanzado en la capacitación del grupo de asesores, por lo que existen las condiciones para auxiliar a los Equipos de Salud Escolar. Se calcula que la instrumentación del modelo tomará alrededor del 30 al 40 % del tiempo destinado a la operación del programa.

En la medida en la que el programa ha avanzado muchas de las actitudes de resistencia de parte del personal han ido disminuyendo y no en pocos casos se ha demostrado de manera ejemplar un compromiso de servicio y responsabilidad para con el trabajo. Por otro lado se han encontrado casos en los que algunos miembros del personal mantienen actitudes sumamente desfavorables al desarrollo del programa. El número de personas en esta actitud ha disminuido muchos en los últimos tiempos, especialmente después del Foro-Congreso. Este evento resulto un importante estimulo al personal que manifestó su deseo de redoblar esfuerzos y presentar más y mejores resultados al final del ciclo escolar futuro. La dotación de insumos, como ya se mencionó, también impactará de manera positiva en las actitudes del personal. Actualmente se percibe que una minoría del personal manifiesta actitudes negativas y permanece resistente a los cambios. Es probable que una parte de este grupo no modifique su actitud a pesar de las acciones encaminadas a motivarlos debido a que las modificaciones en el programa han afectado sus intereses personales. La respuesta a esta problemática compleja plantea la necesidad de una doble estrategia. La primera consiste en afinar los mecanismos de supervisión, control, seguimiento operativo y evaluación de resultados. La segunda, que representa la más importante, es la generación de espacios para el desarrollo profesional del personal. La primera estrategia se esta implementado con acciones como la adecuación y generación de instrumentos de registro cuantitativo de acciones, las visitas de supervisión que realizan los Coordinadores del programa y la aplicación periódica y frecuencia de instrumentos cualitativos de evaluación que realizan los Asesores durante sus visitas. Estas acciones se verán reforzadas de manera considerable durante el próximo ciclo escolar, se planean modificaciones en la organización de las visitas de los asesores y los coordinadores de tal manera que se incrementa en frecuencia. Se solicitarán reportes mensuales de información cuantitativa. Se añadieran reportes cuantitativos de las actividades de Promoción de la Salud y se abrirá un expediente por escuela que se actualizará semanalmente. Para la segunda estrategia se preparan capacitaciones al personal a través de los asesores y de manera directa por el personal de estructura de la Dirección de Promoción a la Salud y Atención al Adulto Mayor. Adicional a esto se planea publicar las memorias del Foro-Congreso y además de desarrolla un proyecto a mediano plazo de una publicación periódica que cumpla funciones de información y capitalización al personal, así como el de abrir un espacio para sus aportaciones

y difusión de sus experiencias, y de manera importante establece un diálogo entre personal y autoridades del programa.

El cuarto problema es la composición irregular de los Equipos de Salud Escolar. Algunos están operando con un solo miembro y en la mayoría de los casos los equipos carecen de alguno de sus tres profesionales básicos (medico, enfermera y odontólogo). En la medida en que el Equipo de Salud Escolar está limitado en número y multidisciplina, el desarrollo del programa y el beneficio a los escolares resulta negativamente afectado. En algunos casos aislados se ha logrado reintegrar al personal que se encontraba desempeñando actividades ajenas al Programa de Salud Escolar, sin embargo la dimensión del problema sigue siendo grande. A la fecha solo 45 equipos (52 %) se encuentran completos. En este problema se ha logrado muy poco avance y las posibilidades de incorporar más personal al Programa de Salud Escolar son limitadas. Por lo anterior se ha considerado una estructuración interna de los equipos de tal manera que algunos de los casos más agudos se vean mejorados. Esta reestructuración interna lleva implícito un ajuste en el número de escuelas que el programa puede atender. Productos de este ajuste para el próximo ciclo escolar se trabajaría en 78 escuelas, 71 de turno matutino y 7 de turno vespertino. Una posibilidad que podría ampliar de manera significativa la cobertura del programa sería la incorporación de pasantes en servicio social a los equipos de salud escolar. Esta posibilidad se ha llevado a cabo en algunas jurisdicciones de manera favorable en años anteriores. Desafortunadamente en el pasado ciclo escolar la mayoría de estos apoyos fueron suspendidos por las Jurisdicciones Sanitarias.

Una conclusión importante de los trabajos del Foro de Salud Escolar es la de que debido a que las actividades del programa se han diversificado de manera importante su operación se ha vuelto complejo. Una planificación local adecuada de las actividades, sumada a una coordinación estrecha con maestros y directores serán requisitos indispensables para el desarrollo pleno del programa. Las escuelas tienen una vista institucional propia marcada por actividades, ritmos y tiempos únicos que se han venido construyendo a lo largo del tiempo. Cuando se incorporan las actividades del Programa de Salud Escolar a esta vida institucional los equipos tienen que adecuarse a los tiempos y posibilidades de acción en cada escuela, además de incorporar las actividades de salud escolar a los procesos educativos e institucionales normales. Esto último es de vital importancia para la perduración del programa es un proceso que se lleva tiempo. Producto de la experiencia vivida resulta evidente la conveniencia de recuperar la propuesta de la Dirección de Promoción a la Salud y Atención al Adulto Mayor emitida hace un año de que los Equipos de Salud Escolar permanezcan un ciclo escolar completo en cada primaria.

El seguimiento a escuelas trabajadas en etapas anteriores representa un problema para la operación de Programa de Salud Escolar, ya que para realizar el seguimiento es necesario sacrificar tiempo de intervención en las escuelas actuales. Aunado a esto dificulta la supervisión y el control asistencia del personal y en un mediano plazo las escuelas de seguimiento aumentarían de manera

significativa hasta el punto de caer en el esquema anterior de operación del Programa de Salud Escolar en la que los equipos trabajaban en una gran cantidad de escuelas en cada ciclo escolar. Esto propiciaría la reaparición de la problemática planteada en la sección de antecedentes. Al permanecer un ciclo escolar completo se reduce la necesidad de seguimiento a las escuelas de ciclos anteriores además de reducir el número de estas. De esta manera el programa podría trabajar de manera regular en una escuela y brindar seguimiento a la del ciclo anterior, en lugar de dar seguimiento a varias escuelas.

Por otro lado la experiencia ha indicado que para permanecer un ciclo escolar completo idealmente las escuelas deberían tener una matrícula superior a los 400 alumnos e inferior a 700. Dentro de este margen se podrían desarrollar todos los aspectos del programa de una manera adecuada.

Otro problema que enfrenta el Programa de Salud Escolar es la desigual distribución de Equipos de Salud Escolar en las diferentes Jurisdicciones Sanitarias. Esto deriva en cargas de trabajo desiguales para los diferentes coordinadores. Como ejemplo de esto, en la jurisdicción Cuajimalpa el coordinador se encarga de supervisar a un Equipo de Salud Escolar mientras que en Gustavo A. Madero al coordinador le corresponde supervisar a 11 Equipos de Salud Escolar. Esta situación deriva en un control muy desigual de las actividades, resultado en un déficit en alrededor de 5 jurisdicciones sanitarias. En respuesta a esta problemática se propone regionalizar las jurisdicciones de tal manera que las disparidades expuestas se aminoren dé tal manera que el seguimiento operativo mejore. (31)

PROGRAMAS DE SALUD COMUNITARIA EN ESTOMATOLOGÍA EN LA CIUDAD DE MÉXICO "PROYECTOS EXITOSOS: JÓVENES POR MÉXICO"

Los programas de salud comunitaria multidisciplinaria en estomatología en la Ciudad de México, brindados por jóvenes pasantes de diversas áreas conocidos como: "Proyectos exitosos: jóvenes por México" (33)

Cabe mencionar que la información de los siguientes programas, no es muy completa, debido a que solo se publico un resumen muy breve, citado en una edición de SEDESOL Y ANUIES; y estos se mencionan ya que son programas multidisciplinarios comunitarios, pero en ellos no hay la participación de equipos de salud (Medico, Odontólogo, Enfermera, etc.).

El programa jóvenes por México, perteneciente a la Dirección General de Políticas Sociales de la Secretaría de Desarrollo Social, reúne los proyectos que han sido apoyados por el Premio a la Excelencia al Servicio Social Comunitario en los años 1999 y 2000, por el Programa de Fortalecimiento y Consolidación de Proyectos de Servicio Social Comunitario en 2001 y por el Fondo para el Programa de Fortalecimiento y Consolidación de Proyectos de Servicio Social Comunitario 2002, convocados todos ellos por la Secretaría de Desarrollo Social, Sedesol; la Secretaría de Educación Pública, SEP; la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior, ANUIES, y la Fundación Ford, F.F., así como algunos otros ejemplos de proyectos que buscan impulsar el Servicio Social Comunitario a la participación en el desarrollo y el mejoramiento de las condiciones de vida de las comunidades de mayor marginación, al tiempo que inscriben dicha práctica social en el proceso académico a partir de elementos reales del entorno de la institución para el apoyo a la formación profesional del estudiante y su trabajo en la superación de rezagos sociales.

El sumo interés de las instituciones convocantes es no perder de vista que la adopción del Servicio Social Comunitario debe llevar implícito el saber histórico contextual, el vivir, compartir y transmitir desde la academia, continuando con la acción de los prestadores de servicio social e instituciones ejecutoras, concluyendo con las comunidades.

Antes que interpretarse como asistencia social, el servicio social debe hermanarse con la enseñanza y aprendizaje, con la prevención, sensibilidad y corresponsabilidad en la organización y acción del servicio a la comunidad.

La relevancia de este documento radica en el trabajo desarrollado por diversas instituciones académicas que aportan modelos de desarrollo comunitario y valiosas experiencias que pueden reproducirse por las prestadas por la Secretaria de Salud en otras latitudes del país.

Premio a la Excelencia al Servicio Social Comunitario 1999 – 2000.

Con el propósito estimular el esfuerzo de las instituciones educativas de nivel superior en la realización de programas de Servicio Social Comunitario que contribuyan significativamente al mejoramiento de las comunidades en microrregiones, así como para contribuir a la generación de conocimientos sobre el servicio social que permitan identificar los valores que inciden en el mejoramiento de las condiciones y niveles de vida de las comunidades, para contar con elementos para la difusión de los resultados de programas de Servicio Social exitosos, la Secretaria de Desarrollo Social, la Secretaria de Educación Pública y la ANUIES, con el apoyo financiero de la Fundación Ford, convocaron en 1999 y en 2000 a las instituciones educativas a la presentación de propuestas para obtener el Premio a la Excelencia al Servicio Social Comunitario. (33)

Los siguientes proyectos están dirigidos a las comunidades del Distrito Federal, pero cave destacar que también se realizaron en más estados de la República Mexicana; y son los siguientes:

- **Detección e intervención temprana de problemas de conducta antisocial en niños y adolescentes.**

  Implementado por: UNAM (Universidad Nacional Autónoma de México).

Seis académicos y 25 alumnos prestadores de Servicio Social de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) participan en el proyecto *Detección e intervención temprana de problemas de conducta antisocial en niños y adolescentes.*

Uno de los propósitos centrales del programa del proyecto es la realización de un estudio longitudinal multifactorial y multiagentes del desarrollo y evolución del comportamiento agresivo y antisocial, en una muestra de 500 niños y adolescentes de la ciudad de México.

Se pretende, además, desarrollar y evaluar un modelo de intervención terapéutica para familias con niños que presentan una historia de comportamiento agresivo y antisocial, que sirva como base para un programa de prevención secundaria para menores de edad en riesgo. (33)

- **Programas de Servicio Social en la UAM – Azcapotzalco.**

  Implementado por: UAM – A. (Universidad Autónoma de México plantel Azcapotzalco.)

La Universidad Autónoma Metropolitana unidad Azcapotzalco realiza los siguientes programas de Servicio Social: Apoyo técnico y educativo a la solución de los problemas del medio ambiente, Orientación y asesoría jurídica a sectores

populares, Desarrollo comunitario y apoyo a la vivienda, Apoyo a la educación superior en México, Defensa y promoción de los derechos humanos y Diseño y aplicación de tecnología alternativa.

Los prestadores de Servicio Social Comunitario de la UAM – A, apoyados en becas de la Sedesol, dan apoyo comunitario y de investigación. En los programas mencionados se promueve la multidisciplina y en algunos, mediante convenio, se procura la interinstitucionalidad.

Alumnos de Servicio social participan en el Taller de vivienda de bajo costo, realizando proyectos arquitectónicos para la construcción de conjuntos habitacionales y centros comunitarios.

Otros de los proyectos en los que participan los prestadores es el de Miscelánea de la física en el que, con un laboratorio ambulante, acercan la ciencia a la comunidad en general y a estudiantes de primavera y secundaria en particular.

El impacto social que significa la presencia del Servicio Social de la UAM – A, tan sólo en los proyectos en los que participan 221 becarios, se puede medir por los resultados de las acciones de apoyo a grupos de vecinos y colonos de la delegación Azcapotzalco y, en general, del área metropolitana. (33)

- **Modelo Politécnico de Servicio Social Comunitario.**

  Implementado por: IPN. (Instituto Politécnico Nacional.)

Alrededor de 2 mil 500 jóvenes del Instituto Politécnico Nacional (IPN) participan en las brigadas multidisciplinarias, organizadas por el Plan Nacional de Servicio Social en Zonas Ejidales (Planassze).

Éste es el instrumento legal y administrativo por medio del cual el IPN lleva acabo el Servicio Social en las comunidades rurales y urbanas marginadas.

En los tres años, las brigadas multidisciplinarias han asistido a 15 estados del país, en donde atendieron a mil 339 comunidades, propusieron mil 366 proyectos de diversa índole y realizaron 138 mil 152 acciones de salud y 504 programas o proyectos de apoyo a la administración municipal.

Se ha beneficiado a centenares de miles de habitantes mediante la introducción de agua potable y drenaje, construcción de mercados y centros de salud e industrialización de productos agropecuarios, entre otras acciones. (33)

- **Taller de vivienda accesible.**

  Implementado por: UAM – A. (Universidad Autónoma Metropolitana – Azcapotzalco.)

La Universidad Autónoma Metropolitana – Azcapotzalco lleva a cabo el proyecto *Taller de vivienda accesible* para atender a través de sus actividades académicas problemas sociales prioritarios. Es por ello que, a lo largo de los últimos años, dicha institución ha diseñado programas de vivienda para su mejoramiento.

El objetivo de este proceso real es de gestión y realización de proyectos de vivienda de interés social, involucrado desde la organización comunitaria hasta la construcción y evaluación de las viviendas.

Gracias a este proyecto se han entregado viviendas terminadas a 161 familias que solicitaron asesoría a la institución. Destacan entre otras acciones:

- Se hicieron proyectos de vivienda para conjuntos habitacionales con 78 familias y se obtuvo crédito del INVI para la construcción.

- Se organizó un archivo con las experiencias obtenidas para mejorar proyectos.

- Iniciaron los trabajos de un grupo interdisciplinario de investigación que ayudará a grupos de bajos ingresos con proyectos de vivienda.

- Están en autoconstrucción 32 viviendas, para lo cual pretenden conseguir que la delegación Azcapotzalco realice una donación de materiales de construcción.

- Se instaló el Taller de vivienda accesible, el cual, si se fortalece y consolida, podrá seguir ayudando a la comunicación. (33)

- **Centro de Investigación y Servicio de Educación Especial.**

  Implementado por: Facultad de Psicología UNAM (Universidad Nacional Autónoma de México).

Desde la creación del Centro de Investigación y Servicio de Educación Especial (CISEE, 1997) se planteó como uno de sus objetivos la formación de Psicólogos para incidir en el campo de la educación especial, trabajando prioritariamente con y para personas con discapacidad intelectual.

Los esfuerzos institucionales realizados han tenido distintas modalidades y orientaciones teóricas. A partir de 1998 se dio concreción a la propuesta de Formación en el Servicio, la cual implica formarse directamente en el hacer, apoyada en el marco teórico-metodológico de la investigación-acción.

El propósito es que el prestador de Servicio Social contribuya con su acción profesional:

- Al beneficio social de las personas con quienes se desempeña profesionalmente (personas con discapacidad intelectual y sus familias).

- A su desarrollo integral asumiéndose como sujeto de su propia formación y transformación.

- Al desarrollo y crecimiento de los grupos de referencia.

- Al avance del conocimiento, de la educación especial y de la UNAM.

A través de este servicio se brinda atención abierta a la población que necesita educación especial en los rubros de información, asesoría, orientación, diagnóstico y terapias de apoyo. Cuando el caso así lo requiere, se canaliza a otras instituciones y/o profesionales apropiados (acción que se encuentra respaldada por una de las líneas de investigación, relacionada con mantener un conocimiento actualizado y documentado de las instituciones que ofrecen servicios especializados en el Área Metropolitana de la Cd. De México).

Hasta ahora se ha atendido a más de 4 mil personas con distintas discapacidades. Como productos de la investigación se cuenta con la publicación de un Directorio de instituciones (1981) y una relación actualizada de esta información que comprende servicios para todas las discapacidades. (33)

- **Propuesta de servicio social comunitario interdisciplinario en desarrollo rural sustentable y conservación ambiental.**

  Implementado por: UNAM FES – I. (Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.)

Este programa tiene como objetivo fortalecer y fomentar las acciones de Servicio Social Comunitario que contribuyan ala promoción, transición, a través de la de prestadores de Servicio Social de diversas disciplinas a proyectos y acciones que incluyen aspectos ambientales, productivos, educativos y de desarrollo social, con la finalidad de elevar la productividad local, el desarrollo urbano, la aplicación y adopción de tecnologías de manejo de recursos naturales que favorezcan la conservación ambiental, la capacitación continua de la población y la participación directa de las organizaciones civiles del área en cuestión, durante un periodo de un año.

El proyecto pretende servir de complemento al Programa de Investigación Interdisciplinaria y Desarrollo Rural Sustentable, en el Alto Mezquital Hidalgo, estimulando la incorporación de prestadores de Servicio Social de diferentes disciplinas a los proyectos de investigación que las instituciones participantes realizan en la zona, así como la formación de personal altamente calificado en

restauración ambiental, manejo y conservación de recursos naturales, investigación educativa y planificación, diseño urbano, mejoramiento paisajístico y arquitectónico de comunidades marginadas.

El objetivo es diseñar y aplicar actividades de Servicio Social, en el marco de la sustentabilidad, en un total estimada en 4 mil 500 habitantes. Los 21 prestadores estarán divididos en tres subprogramas: Aprovechamiento de recursos naturales y conservación ambiental, Desarrollo educativo y capacitación comunitaria y Desarrollo urbano y ordenamiento territorial. (33)

- **Apoyo académico a estudiantes de secundaria de la delegación Tlalpan.**

  Implementado por: UPN. (Universidad Pedagógica Nacional.)

El programa de Servicio Social *Apoyo académico a estudiantes de secundaria de la delegación Tlalpan* es un modelo de intervención psicopedagógica que la Universidad Pedagógica Nacional (UPN), conjuntamente con las autoridades de la delegación Tlalpan y la Coordinación Regional de Escuelas Secundarias Diurnas Públicas, opera en la zona del Ajusco Medio localizada dentro de la delegación Tlalpan, para brindar apoyo académico a todos aquellos alumnos que presentan bajo rendimiento escolar, proporcionándole estrategias de aprendizaje y asesorías adecuadas que permitan al alumno remontar sus deficiencias académicas y así poder terminar sus estudios en cualquier institución de su preferencia.

Este programa ha logrado una gran aceptación por parte de la comunidad y actualmente se están acercando autoridades educativas de escuelas que se encuentran ubicadas en otras delegaciones, como Magdalena Contreras y Coyóacan, solicitando sean consideradas en él. (33)

- **Diabetes: Un Programa de Atención Multidisciplinaria (Dupam).**

  Implementado por: UNAM FES – Z. (Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.)

La FES Zaragoza de la UNAM diseño un programa de atención a los problemas de salud son atención multidisciplinaria e instrumentación factible con los recursos son que contaba la institución, es decir, en sus instalaciones y por estudiantes supervisados por los profesores. Por ello, se creó el programa Diabetes: Un Programa de atención multidisciplinaria (DUPAM).

El objetivo de este programa es capacitar prestadores de Servicio Social de las carreras de Cirujano Dentista, Enfermería, Medicina, Psicología y Químico-farmacéutico-biólogo para la atención multidisciplinaria a personas con diabetes tipo 2, especialmente. Este servicio sigue las indicaciones del modelo creado por el coordinador del Dupam con base en la experiencia obtenida durante nueve años de instrumentos el programa.

Los resultados obtenidos hasta la fecha han sido muy significativos, pues en nueve años de aplicación se ha beneficiado directamente a 180 personas con diabetes e indirectamente a mil 620 familias. (33)

Objetivo general:

Determinar cuales son los programas de salud multidisciplinarios en el sector educativo en la Ciudad de México.

Objetivos específicos:

- Conocer cuales son las disciplinas que participan en estos programas.
- Identificar a quien van dirigidos estos programas.
- Distinguir de que manera participa cada disciplina.

Metodología:

Se realiza una investigación documental, la cual esta basada en la búsqueda de documentos y artículos que permitan además de un recorrido histórico, descubrir la situación actual de los programas de salud comunitarios de aplicación en el sector educativo de la ciudad de México.

Recursos:

- Humanos:

  1 Pasante de Servicio Social: Responsable de la investigación documental de la carrera de Cirujano Dentista.
  1 Director de Tesis: Asesor de la investigación documental y del análisis de documentos.

- Físicos:

  Instituciones de salud:

  1. Secretaria de Salud.
  2. Secretaria de Salud del Distrito Federal.

  Instituciones Educativas

  1. Secretaria de Educación Pública.
  2. Universidad Nacional Autónoma de México.
  3. Universidad Autónoma Metropolitana.
  4. Instituto Politécnico Nacional.
  5. Universidad la SALLE.
  6. Universidad Intercontinental.
  7. Bibliotecas.

- Materiales:

  1. Fotocopias.
  2. Computadora.
  3. Diskets y Cd.
  4. Impresora.

Cronograma de actividades.

ACTIVIDAD	ABRIL A MAYO 2003	JUNIO A JULIO 2003	AGOSTO A DICIEMBRE 2003	ENERO A MAYO 2004	JUNIO A AGOSTO 2004
Recopilación de la información y revisión bibliográfica.					
Elaboración de fichas de resumen.					
Análisis de los documentos.					
Elaboración del documento monográfico y/o tesis.					

(34)

Resultados.

En este trabajo de investigación documental se realizaron visitas a diferentes instituciones de educación publica, como son la UNAM, IPN y UAM; en ellas no se encontraron programas de atención comunitaria multidisciplinaria, e inclusive en la Dirección General de Servicios Multidisciplinarios (DGSM-UNAM), se me dijo que no tenían ningún registro de programas de salud comunitaria multidisciplinaria y que podía acudir a cada una de las facultades (Medicina, Odontología, Psicología y Enfermería), pero la importancia de esta búsqueda exhaustiva se basa en programas comunitarios multidisciplinarios.

Por parte del sector educativo privado se acudió a la UNITEC, UIC, UVM, ULA y Centro Universitario Justo Sierra; estas instituciones imparten un enfoque Unidisciplinario.

Dentro de los programas multidisciplinarios que se detectaron; a nivel federal, que se realizan los siguientes programas dirigidos a: (Cuadro 1, pagina 15).

1) Infancia (de 0 a 9 años).
2) Adolescencia (de 10 a 19 años).
3) Migrantes (de 14 a 45 años).

En todos en todos estos programas hay la participación de un Médico, Nutriólogo, Odontólogo y psicólogo; son otorgados estos servicios por parte de la secretaria de salud (SSA), instituciones públicas y privadas.

Por ultimo en el Distrito Federal la secretaria del DF (SSA-DF), en combinación con la Secretaria de Educación Publica (SEP), llevan acabo un programa comunitario multidisciplinario en el sector educativo del Distrito Federal, en escolares de zonas marginadas, pero **no especificadas**, en donde participan equipos que son integrados por: Médico, Odontólogo y Enfermera.

Conclusiones.

Con toda la información obtenida se puede concluir lo siguiente: los programas definidos tanto en el Programa Nacional de Salud vigente, como en la Secretaria de Salud del Distrito Federal, si bien son documentos que, podrían guiar el trabajo de los equipos multidisciplinarios para mejorar las condiciones de salud de la población escolar en la realidad concreta, además se tiene antecedente sobre algunos programas, los cuales no cuentan con una parte operativa y además no se especifica en donde se aplican y si hay resultados sobre ellos; se carece de equipos de salud multidisciplinarios que constantemente realicen acciones en beneficio no únicamente de la población escolar de nivel primario, ya que los escolares son también de nivel medio, técnico y superior, los que requieren de programas que mejoren sus condiciones de salud con acciones preventivas y de tratamiento.

Tomando en cuenta que aunque existe un Programa Nacional de Salud, este no da solución de la problemática especifica de la población y únicamente pretende cumplir con metas generales que no llevan a ningún cambio concreto; la Secretaria de Educación Publica (SEP) en conjunto con la Secretaria de Salud del Distrito Federal (SSA D.F.). No cuentan con una base de datos sobre la operativización de los programas dirigidos al escolar. La única información que se me proporciono sobre el Programa de Salud del Escolar, es un documento que contiene una descripción general de las actividades realizadas en dicho programa del periodo 2002 al 2003, el cual se efectuó con el objetivo de mejorar las condiciones de salud de los escolares y contribuir con el proceso educativo; en dicho documento no se menciona en donde están ubicadas las escuelas primarias objeto del programa, únicamente se refiere a zonas marginadas y aportan datos numéricos sobre revisiones, numero de pacientes referidos y sobre algunos procedimientos como aplicaciones de fluoruro. Este es un ejemplo específico de la problemática en relación al diseño, aplicación y evaluación de los programas de salud comunitaria con un enfoque multidisciplinario dirigidos al beneficio de la población escolar.

Podemos decir que el trabajo comunitario multidisciplinario, es un tema que a la mayoría de las instituciones de salud y las universidades del país les importa; pero, no logran desarrollar programas multidisciplinarios con permanencia y la poca información existente en las diferentes instituciones muestra la problemática, en cuanto a la programación de la atención en salud.

Dados los resultados podemos concluir que aún en la zona geográfica más importante de este país (Distrito Federal), no se cuenta con programas de salud bien elaborados que tengan el cometido de mejorar la salud de la población escolar en este caso del Distrito Federal; por tanto es aún más difícil contar con programas a nivel nacional que detecten los problemas de salud y que la identificación de esos sirvan para el diseño de programas de salud; y tengan estos una aplicación multidisciplinaria en las necesidades de atención que se presentan en las diferentes regiones o áreas de la Republica Mexicana.

BIBLIOGRAFÍA

1. www.inegi.gob.mx

2. www.salud.df.gob.mx

3. Moctezuma RJ. **Características epidemiológicas de pacientes con diabetes den México**. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2003; 41(5):383-392.

4. McCarthy AM. **Efectos de la diabetes sobre el aprendizaje en escolares afectados**. Pediatrics, 2002; 109(1):e9

5. Secretaria de Salud del Gobierno del Distrito Federal. **Programa de salud escolar**. México: Secretaria de Salud del Gobierno del Distrito Federal, SSA de D.F:2003:2-22.

6. San Martín H. **Tratado general de la salud en las ciencias sociedades humanas salud y enfermedad**. México: Prensa Medica Mexicana:1992:838-842

7. Vega FL. **Bases esenciales de la salud publica**. México: La Prensa Médica Mexicana:1984:6.

8. San Martín H. **Tratado de salud en las sociedades humanas**. México: Prensa Médica Mexicana:1992:8-9.

9. Kisnerman N. **Salud publica y trabajo social**. Argentina: Hvmanitas:1981:3-9.

10. Ezequiel AE. **Metodología y practica del desarrollo de la comunidad**. Argentina: Hvmanitas:1981:19-33.

11. Garza ME. **Los programas de promoción de la salud deben integrar aspectos sociales, culturales y psicológicos.** Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2001; 39(6):501-507.

12. Nievas DA. **En necesario mejorar la salud oral de los escolares**. Revista de Salud Publica, 2002; 43(3):192-198.

13. Leeds RU. **Un programa para prevenir la obesidad entre los escolares**. British Medical Journal, 2001; 323(11):1-5.

14. Jiménez CA. **Consumo de alimentos e índice de diversidad de la dieta en escolares de Baja California, México**. SNA, 2003; 19(10):15-17.

15. Hamilton TC. **Dificultades escolares en adolescentes con muy bajo peso de nacimiento**. Pediatrics, 2000; 105(2):325-331.

16. Hills BE. **Efectividad de los programas destinados al tratamiento y control del enfermo crónico**. British Medical Jornal, 2002; 325(10):925.

17. Albertson AM. **El consumo de cereales es útil para el mantenimiento de una adecuada nutrición de los niños**. Journal of the American Dietetic Association, 2003; 103(12):1613-1619.

18. Stuijvenberg ME. **Suplementación con carotenos en un alimento escolar**. European Journal of Clinical Nutrition, 2001; 55:657-662.

19. Cudennec CA. **"Alicamentos": Definiciones, situacion y aportes en salud publica**. Thérapie, 2000; 55(11):555-560.

20. Lars RU. **Patentes de medicamentos y salud publica**. The Lancet, 1998; 352(8):726-729.

21. McNeil BJ. **Dificultades para el mejoramiento de la calidad de atención medica.** New England Jornul of Medicine, 2002; 345(22):1612-1620.

22. Taboada AO y Hernández LIH. **Estomatología en Atención Primaria.** México: FES "ZARAGOZA" – UNAM:1995:77-91.

23. Secretaria de Salud. **Programa Nacional de Salud 2001 - 2006**. México: Secretaria Salud:2001:17-27, 58-77 y 137-164.

24. Bucio BMG. **Material Didáctico Departamento de Odontología Integral.** México: Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza – UNAM :1986:10-19.

25. Cardoso GJA. **Construcción de una definición conceptual de multidisciplina**. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM:1998:19, 69-70 y 89.

26. Secretaria de Salud. **Programa de acción: Infancia**. México: Secretaria Salud:2003:9-10, 37-46 y 65.

27. Secretaria de Salud. **Programa de acción: Programa de atención de la adolescencia**. México: Secretaria Salud:2003:9-33, 37-47 y 51-65.

28. Secretaria de Salud. **Programa de acción: Migrantes "Vete sano y regresa sano"**. México: Secretaria Salud:2003:9-10, 31-35, 43-48 y 55-56.

29. Secretaria de Salud. **Programa de acción: Salud Bucal**. México: Secretaria Salud:2003:9-10, 13-17, 21-24, 27-28, 31-42 y 45.

30. Jonson PM. **Notable crecimiento de la higiene dental.** International Dental Journal, 2003; 53(5):299-313.

31. Secretaria de Salud del Gobiemo del Distrito Federal. **Programa de salud escolar**. México: Secretaria de Salud del Gobiemo del Distrito Federal:2003:2-27.

32. Cuenca EM. **Manual de odontología preventiva y comunitaria.** España:Masson:1991:49-50.

33. Secretaria de Desarrollo Social y Subsecretaria de Desarrollo Social y Humano. **Proyectos exitosos jóvenes por México**. México: Secretaria de Desarrollo Social y Subsecretaria de Desarrollo Social y Humano:2003:5-6 y 38-46.

34. Sosa MJ. **Método científico**. México: Sitesa:1991:173 -193.

35. Álvarez AR. **Salud publica y medicina preventiva**. México: Manual Moderno:1991: 48.

36. Barquin CM. **Medicina social.** México: Librería de Medicina:1977:3-5.

37. Blaxter L, Hughes C. **Como se hace una investigación**. España: Gedisa:2000:128-140.

38. Álvarez AR. **Educación para la salud**. México: Manual Moderno:1995:45.

39. www.uvmnet.edu

40. www.unitec.mx

41. www.uic.edu.mx

42. www.ula.edu.mx

43. www.justoslerra.com

44. www.sep.gob.mx