



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES Y SOCIALES**

DR. GERARDO HAASE

Tesis

**Maestría en Administración de Servicios de
Salud**

Director de Tesis

Prof. Dra. María Carmen Lucioni

Diciembre 2004

**ADMINISTRACION ESTRATEGICA DE
PROGRAMAS PREVENTIVOS EN SALUD**

**DESARROLLO, IMPLEMENTACION, GESTION Y
EVALUACION DE IMPACTO Y RESULTADO DEL
PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR EN UN AREA
PROGRAMATICA DE LA CIUDAD AUTONOMA DE
BUENOS AIRES**

CAPITULO 1

INTRODUCCIÓN

La Administración Estratégica de Programas Preventivos en Salud – Marco Conceptual de la Planificación y Programación Sanitarias, de la Administración y de la Organización.

La planificación constituye la guía para el cambio dentro de un sistema social, el proceso en virtud del cual las decisiones actuales se relacionan con los resultados futuros deseados, siendo su objetivo enriquecer la toma de decisiones. Sus propósitos fundamentales son profundizar la comprensión y ampliar la visión de los responsables de la toma de decisiones en todo nivel. Definida de esta manera, la planificación es un proceso orientado a la acción por medio del cual la institución se adapta a los cambios tanto en su estructura interna como en su ambiente exterior. (Alan Dever, 1991)

Es en definitiva un proceso que se ocupa de reunir información y utilizarla para el desarrollo y elaboración de las acciones y actividades de la organización.

La planificación sanitaria en la región de las Américas tiene una historia bastante cercana, que puede iniciarse convencionalmente a partir de los años 60, cuando la OPS desarrolló el método CENDES que propugnaba la existencia de un observador externo no relacionado con el fenómeno en estudio, *un planificador sin ninguna relación de intereses, ni con el sistema a planificar, ni con el todo social. Sistema social y sistema planificado fueron tratados como sistemas-objetos que podían ser controlados mediante la racionalidad del planificador, que era la de la "ciencia"*. Estaba basado en la idea de la eficiencia en la utilización de los recursos, con la intención de operacionalizar alguna forma de análisis de costo-

beneficio que pudiera auxiliar tanto al proceso de definición de prioridades, cuanto al proceso de elección de técnicas programáticas.

Es característica de esa década la **planificación normativa** o de la política sanitaria, proceso que apunta a lograr un cambio social deliberado, el énfasis está colocado tanto en los fines perseguidos como en los medios para obtenerlos. Involucra un análisis cuidadoso y lógico de un conjunto de problemas diferentes a nivel de políticas a los efectos de clarificar todas las hipótesis, reconocer todas las limitaciones y sacar conclusiones a partir de las hipótesis de una manera confiable, desarrollando objetivos a mediano y largo plazo.

A principio de la década de los 70 la planificación en salud evoluciona incorporando como consignas la coordinación de los servicios y la ampliación de la cobertura, siendo un buen ejemplo de ello el Plan Decenal de Salud de las Américas de 1972. Si bien signados por la economía, ya aparecía en esa época la incorporación de la población a la organización y ejecución de las actividades de salud; la planificación participativa. Pero es en 1975 cuando el Centro Panamericano de Planificación de la Salud (CPPS/OPS) publica el documento "Formulación de políticas de salud", saliéndose del ámbito de la economía para entrar en el de los procesos políticos y sociales. Esto significó un salto cualitativo importante de la planificación en salud en relación a la propuesta del método CENDES.

La secuencia que se proponía para la formulación de un Plan Sanitario;
Diagnóstico —————> Imagen-Objetivo —> formulación de proposiciones
preliminares —————> estrategia —> formalización del Plan
Ayudaba a introducir las nociones de coherencia, viabilidad y factibilidad, íntimamente ligadas a las dimensiones socio-políticas.

Es en este documento donde hace su primera aparición, en el campo de la planificación de salud, la noción de **estrategia**, entendida como una "*maniobra destinada a ganar libertad de acción*" realizando el hecho de que la planificación se lleva a cabo en un medio donde antagonismos y conflictos desempeñan un papel preponderante. Pero será en los comienzos de la década del 80 cuando toma cuerpo el enfoque denominado **planificación estratégica**, una innovadora aproximación a la planificación en salud.

Este enfoque, que tuvo su eje en la obra de autores como Testa, Barrenechea y Matus, no es un modo genérico e inespecífico de abordar la realidad, sino *que estaba comprometido con una visión transformadora de la realidad que se encuentra en la democracia, la participación social y la equidad, entendida como justicia social redistributiva, en las basa todo su andamiaje teórico y conceptual.* En ese sentido, Testa reivindica el "raciocinio estratégico" como un instrumento universal de la política, convicción que forja en su aproximación a las tesis de Habermas; el accionar estratégico en salud (o en cualquier otra área) tiene como propósito crear una estructura comunicativa que devuelva al pueblo las herramientas científicas necesarias para su liberación. *De acuerdo con esa formulación la "planificación" no puede ser concebida como un instrumento que permanece cumpliendo determinadas imágenes y plazos o como una forma institucionalizada y formalizada de atender determinadas estrategias, sino como un proceso de comunicación libertadora, de formación de una consciencia sanitaria (y más ampliamente social), de apropiación progresiva del poder por parte del pueblo (lo que supone la formulación de un "consenso cultural" superior capaz de tornarse hegemónico en el nivel social).*

Son elementos comunes a la planificación estratégica;

- *El reconocimiento de la existencia de más de una racionalidad para interpretar la realidad, cada una asociada a un conjunto específico de intereses, y por lo tanto, al reconocimiento de la existencia de conflictos, reales o virtuales, entre las distintas posiciones que buscan la solución más conveniente, según sus ópticas particulares. No siendo posible establecer una única solución, la que se ponga en práctica tendrá que surgir del acuerdo, la concertación, el consenso o de otras formas de coordinación de voluntades.*
- *La consideración de oponentes cuyas acciones no son meramente reactivas sino también, y en gran parte, creativas. En consecuencia, la trayectoria de las acciones resultantes no es determinada por quien planifica (individuo, actor social, institución u organización), sino que es el resultado de transacciones que van operándose a lo largo del proceso, en cada una de las cuales quienes participan procuran maximizar sus ganancias o minimizar sus pérdidas, según las condiciones impuestas por la coyuntura. No existen leyes que permitan*

prever resultados de manera simple y la mayoría de las veces no es posible ningún tipo de previsión.

- *El tratamiento dado al planificador. En la planificación estratégica éste es un actor social que forma parte del sistema planificado, con el que se relaciona mediante determinaciones y condicionamientos. Ya no se trata de un observador externo al sistema, sino de alguien que ocupa posiciones, tanto en el proceso, como en el sistema, las que junto con su historia, determinan su percepción de los problemas y soluciones. Al ser quien planifica sólo uno de los actores y siendo su verdad una de las verdades posibles, se concluye que el diagnóstico no puede ser único. Existe más de una explicación de la realidad social y, consecuentemente, la determinación de problemas y soluciones dependerá de la afiliación de quien realiza la elección a un determinado sistema de ideas. (OPS, 1992)*

En la planificación estratégica se establecen estructuras específicas de sistema, se definen indicadores de resultados idealmente efectivos y se crean instrumentos o medios para que las instituciones funcionen haciendo hincapié en la determinación del comportamiento futuro de las variables externas y en la formulación de cursos alternativos de acción a la luz de los hechos previstos.

Por último aparece la **planificación operativa**, que consiste en desarrollar planes detallados para ejecutar las estrategias desplegadas en el nivel estratégico. La planificación operativa describe un proceso iterativo en el cual se plantean las posibilidades acerca de cómo, cuándo y dónde se desarrollarán las actividades y en el cual se controlan, evalúan y reorientan los resultados cuando se detectan desviaciones con respecto a los objetivos expresados. *El punto importante es la ejecución del Plan Operativo; la prueba concluyente para evaluar el éxito de la planificación de la salud se refiere a la capacidad de asignar los recursos de manera que lo planificado se haga realidad.*

Otra vertiente de la planificación estratégica es el **planeamiento situacional** propugnado por Matus (1988). Según lo expresa el propio autor *se refiere al arte de "gobernar" en situaciones de poder compartido.* Esta propuesta surgió en el ámbito del planeamiento económico-social y luego fue extendida al campo de la salud, siendo sus ejes fundamentales;

- *El concepto de situación y de diagnóstico situacional*; de base fenomenológica, que se fundamenta en la existencia de una pluralidad explicativa de acuerdo con el número de actores involucrados.
- *La teoría de la producción social*; que sustenta que la explicación situacional de los problemas debe ser hecha en dos planos interrelacionados: el de producción de datos (los hechos como son percibidos en la superficie), y el de las estructuras determinantes del primero, desdoblado en las *fenoestructuras* (acumulaciones de poder: Estado, organizaciones económicas, ideológicas, etc.) y en las *genoestructuras* (leyes básicas que regulan la formación social y, por ende, la determinación)
- *La teoría de la acción*; dependiendo de cada problema existe una forma de acción característica; los bien estructurados requieren procedimientos normatizados, los semiestructurados o cuasiestructurados, procedimientos interactivos, que dependen de "otros" con variables alternativas nuevas.
- *La epistemología de la planificación*; en el que Matus hace una correlación entre el positivismo y la planificación normativa, y el pensamiento dialéctico-fenomenológico y el paradigma estratégico-situacional.
- *El concepto de momento*; formulado para superar la idea de una secuencia rígida de etapas, dando idea de extrema dinamicidad.
- *El propio concepto de planeamiento como un cálculo que preside y precede a la acción*; incorporación de la gerencia coyuntural, de los aspectos organizacionales involucrados en la implementación de acciones, y el énfasis en el momento táctico-operacional o de planificación de coyuntura.
- *El enfoque metodológico*; con cuatro momentos básicos; explicativo – normativo – estratégico – táctico-operacional. En este caso los trabajos de Matus se cruzan con los de Castellanos en el campo de la epidemiología social en la esfera de la explicación de problemas y de los hechos de la realidad y los problemas de salud enfermedad

La *planificación situacional* ha construido un *paradigma nuevo y sólido*, ofreciendo un *enfoque metodológico sistemática*, capaz de renovar las prácticas de

la planificación tradicional, utilizando un arsenal de métodos y técnicas de la Teoría de la Decisión (Uribe rivera, 1992)

A partir de allí se comienza con la etapa de **programación sanitaria**, que en general comprende tres etapas;

- Determinativa; en la cual se reconoce el problema, se realiza el diagnóstico de situación, se fijan las prioridades y se formulan los propósitos, los objetivos y las metas con los recursos necesarios para lograrlos (presupuesto)
- Ejecutiva u operativa; es el momento donde se llevan a cabo las acciones previamente fijadas, creándose a tal fin la estructura organizativa capaz de ejecutarlas, se normatizan las actividades y se establecen los procedimientos de supervisión y control
- Evaluativa; se cumple durante el desarrollo del programa (de proceso-supervisión y control) y al finalizarlo (de resultado; si se alcanzaron los objetivos propuestos y las metas fijadas)

Las acciones del programa y objetivos planificados responden a estas preguntas;

- Qué se quiere alcanzar (objetivo)
- Cuánto se quiere lograr (cantidad y calidad)
- Cuándo se quiere lograr (en cuanto tiempo)
- Para quién se hace el programa (grupo objetivo)
- En dónde se quiere realizar el programa (lugar)
- Con quién y con qué se desea lograrlo (personal, etc.)
- Cómo saber si se está alcanzando el objetivo (evaluando el proceso)
- Cómo determinar si se logró el objetivo (evaluación de resultados)

A partir de allí comienza el proceso de **administración estratégica** en salud, definido *como una forma de relacionar los problemas y necesidades en salud de los conjuntos sociales que viven en espacios geográficos delimitados con los conocimientos y recursos, institucionales y comunitarios, de tal modo que sea posible definir prioridades, considerar alternativas reales de acción, asignar recursos y conducir el proceso hasta la resolución o control del problema.* Este

proceso puede ser macro (un sistema local de salud por ejemplo) o micro (una institución de salud; hospitales, centros de salud, etc.).

Las funciones que caracterizan a la administración estratégica son la **conducción, la programación y la gerencia**. Aunque la programación puede ser considerada como parte integrante de la función de conducción o la de gerencia (según el enfoque elegido), se prefiere destacarla por *la importancia singular que adquiere al ser el momento en que se articula la formulación política (conducción) con la práctica (gerencia)*. Asimismo estas funciones se desempeñan a lo largo del proceso administrativo sin solución de continuidad, no siendo posible la identificación de secuencias necesarias entre ellas.

- ***Función de conducción***

Es el eje central y distintivo del enfoque estratégico, y se la entiende como la *capacidad de promover consenso, concertar intereses y articular esfuerzos con la finalidad de alcanzar uno o más objetivos establecidos*. En su ejercicio predominan los aspectos de toma de decisiones, adquiriendo, por lo tanto, características más acentuadamente políticas. El conductor –al decir de Ganduglia Pirovano- es el que tiene el *poder de poder*.

Se deben tener en cuenta los siguientes aspectos, relacionados con la posibilidad de adoptar decisiones eficaces y oportunas;

- La existencia de diversas verdades, con opciones múltiples para el tratamiento de los problemas. La incertidumbre, el conflicto, la fragmentación, la dependencia y la complejidad son características inherentes a los procesos de salud pública. La flexibilidad en las soluciones, el monitoreo de la coyuntura (análisis continuo del impacto que la coyuntura tiene sobre la marcha del proceso en la dirección deseada, sobre la eficacia y validez de las estrategias seleccionadas y sobre la viabilidad y factibilidad de las propuestas en el mediano y largo plazo), y el balance permanente entre lo deseado y lo posible, son rasgos típicos de la función de conducción.
- La consideración de los contextos social, político, económico y cultural, tanto en la consideración de problemas como de soluciones

- La consideración y reconocimiento de los elementos constitutivos del uso y distribución del poder político, administrativo y técnico.
- La relación permanente de las acciones de corto con las de mediano y largo plazo
- La creación de consenso, concertación y negociación para generar la viabilidad de las propuestas
- Ayudar a crear las condiciones necesarias para una amplia participación de todos los actores y conjuntos sociales involucrados
- Relacionar y evaluar los aspectos normativos y estratégicos, de manera que no se contraponga el presente posible con el futuro deseado.

- ***Función de programación***

Comprende las actividades que tienen como finalidad prever los cursos de acción que serán seguidos. Es un instrumento que ayuda en la toma de decisiones, garantice la eficiencia en el uso de los recursos y, también, facilite los procesos de negociación y participación social, dentro del marco de referencia establecido por las políticas y estrategias nacionales.

Estas actividades pueden ser consideradas del siguiente modo;

- Identificación de los problemas de salud y primera explicación inicial
- Validación y primer listado de prioridades
- Determinación de las personas, cosas o situaciones en las que puede presentarse el fenómeno o los problemas
- Identificación de los conocimientos disponibles para dar solución a los problemas identificados (salud pública basada en la mejor evidencia disponible)
- Selección de la tecnología más adecuada de acuerdo con criterios de disponibilidad, viabilidad, factibilidad, costos, eficacia y aceptabilidad.
- Definición de programas y subprogramas (proceso de negociación) con adjudicación de problemas y grupos de población al efector elegido.
- Determinación de la cantidad de actividades a partir de la aplicación de normas para cada tipo de recurso
- Determinación en cada una de las unidades de servicio de los recursos requeridos y los disponibles y las diferentes opciones para las prioridades

- Reajuste de las propuestas preliminares y preparación de las definitivas
 - Elaboración del presupuesto; relación con los fondos disponibles, estudios de costos, actividades alternativas.
 - Negociación presupuestaria; nuevas fuentes de financiamiento, consolidación del presupuesto disponible, aprobación final de acciones
 - Ejecución y ajuste permanente de la programación.
 - Determinación de las formas de supervisión, control y evaluación. Control de gestión, esquema para la rendición de cuentas.
 - Seguimiento de la ejecución; revisión de la explicación inicial y del diagnóstico de situación, determinación posible de un nuevo orden de prioridades.
- Función de gerencia

Es la actividad que es desarrollada por todos los integrantes de un sistema de salud con la finalidad de organizar y coordinar los recursos que disponen para la ejecución, eficaz y eficiente, de las actividades atinentes con sus responsabilidades y competencias específicas. En el contexto micro se la define como *el campo de intervención especializado de los administradores o gerentes, o sea, de aquellas personas que dentro de la organización tienen la responsabilidad de orientar y controlar su comportamiento. Son los que tienen la responsabilidad de asignar funciones, orientar sobre el modo de ejecutarlas y evaluar los resultados.*

La gerencia, entendida como actividad propia de los gerentes o administradores, comprende la acción que hace viable y factible el mejor uso de los recursos para el logro de los objetivos sociales perseguidos, mediante un proceso continuo de toma de decisiones que se fundamenta en la definición y análisis de problemas y en la asignación de los correspondientes recursos para la solución, de manera que esas decisiones se conviertan en acciones efectivas.

La función administrativa que conlleva la gerencia, lejos de ser equivalente al manejo rutinario y carente de imaginación de las "cosas y de las personas cosificadas", es un elemento esencial para el logro de los objetivos perseguidos, siempre y cuando se admita salir de los estrechos márgenes definidos por antiguas culturas organizacionales (referimos al alumno al capítulo de instituciones de salud) y tomar los caminos abiertos por las nuevas concepciones de la gerencia

estratégica. La comunicación, la adaptación, la concertación, la decisión, la creatividad, la flexibilidad y asumirse como un *entrepreneur* son los ejes fundamentales de la actividad del gerente en la actualidad, a diferencia del antiguo orden, uniformidad y existencia de una racionalidad superior.

La nueva gerencia utiliza los siguientes conceptos;

- ❖ Organización con base en un *equipo de trabajo*, dejando de lado la especificación burocrática de las tareas y definiendo primero capacidades y habilidades y luego estructura por tareas.
- ❖ Organización *descentralizada y modular*, autónoma, redundante (cada sector desempeña sus tareas con autonomía funcional, eliminando las grandes unidades de control burocrático), diferenciada por objetivos, integrada por comunicaciones intensivas y fundamentada en equipos.

La moderna capacidad gerencial implica:

- Analizar e interpretar los contextos: social, político, económico y cultural
- Crear las condiciones necesarias para que participen todos los agentes y grupos sociales implicados
- Relacionar los tiempos políticos y técnicos
- Desarrollar modos distintos de proceder en consonancia con el momento político local y el contexto nacional
- Considerar la negociación como instrumento fundamental de ajuste generador de consenso, capaz de sustentar y viabilizar propuestas de acción conjunta
- Orientar el desarrollo institucional e interinstitucional.
- Dirigir y controlar la implementación de cambios en los programas de trabajo

Por último, es conveniente enumerar algunas recomendaciones para conseguir la flexibilidad de la organización sanitaria (OPS, 1992);

- ❖ *Reestructurar sólo en función de objetivos y estrategias*

- ❖ *Colocar la decisión lo más cerca posible del lugar de la acción*
- ❖ *Evitar la existencia de numerosos niveles jerárquicos verticales*
- ❖ *Disminuir al mínimo el número de jefaturas intermedias*
- ❖ *Atribuir mayor poder de decisión sobre los medios a los responsables por los fines*
- ❖ *Buscar la coherencia del sistema por medio de los objetivos y no mediante la estructura de poder y autoridad.*
- ❖ *Aceptar una razonable superposición de actividades*
- ❖ *Evitar las grandes líneas de mando que sirven para las grandes decisiones, pero son obstáculos para las decisiones diarias.*
- ❖ *Aceptar y estimular la red de comunicaciones informales*
- ❖ *Utilizar al máximo grupos de trabajo temporarios para el desarrollo de proyectos innovadores.*
- ❖ *Incorporar cierta libertad funcional para la creatividad y la innovación*
- ❖ *Descentralizar siempre confiando en la institución y en sus funcionarios*
- ❖ *En un mundo en rápido cambio, una gran organización, como los sistemas de salud, es demasiado compleja para poder ser administrada a través de manuales, resoluciones, disposiciones u otras órdenes de servicio centralizadas. Sería la flexibilidad estructural, o inclusive la relativa falta de estructura, lo que en definitiva garantiza la adaptación continua a la coyuntura.*

La planificación sanitaria y la administración de servicios preventivos de salud han sido aplicados modernamente a la triple prevención en la edad escolar, siendo aún pobre la experiencia en impacto y resultado de los programas emprendidos. De allí la necesidad de realizar investigaciones en sistemas y servicios de salud para evaluar dichas intervenciones en los Sistemas Locales de Salud (Lemus, J.D. 1998, D´Almeida, S. 1999)

La edad escolar y los Programas Integrados e Integrales de Salud Escolar

La edad escolar constituye uno de los períodos clave de la vida. En ella se dan circunstancias que determinan en gran medida la salud de las personas en edad adulta.

Este grupo poblacional produce una carga asistencial escasa y los problemas de salud son solucionables a través de la asistencia normal. Sin embargo, se dan un número de procesos mórbidos, en los que si no se actúa correctamente y de forma precoz sobre ellos, desencadenarán importantes secuelas e invalideces (déficits visuales, retardos de crecimiento, etc.) Asimismo, en la edad escolar se gesta una serie de patologías, que más adelante, ya en la edad adulta, determinan enfermedades (cardiovasculares, obesidad, degenerativas, etc.) crónicas, adquiridas fundamentalmente por el estilo de vida y el medio ambiente.

La atención integrada e integral que debe llevar adelante un Programa de Salud Escolar en las diferentes áreas programáticas de los Hospitales Base y sus Centros de Salud, ha de proporcionar la respuesta adecuada para despistar la patología propia de la infancia, prevenir los problemas de salud del adulto desde la infancia y modificar las condiciones medio ambientales que precipiten o favorezcan estas patologías. Por lo tanto, es claro que muchos de los problemas de salud prevalentes en la edad adulta tienen su origen en la infancia, y no pocos de ellos son consecuencia de comportamientos insalubres, los cuales, una vez instaurados, dificultan grandemente su corrección.

Para abordar esta problemática, es preciso poner en marcha una serie de actividades programadas que se agrupan en diferentes áreas; de promoción de la salud, detección y recuperación y de participación comunitaria.

En el ámbito escolar se actúa sobre individuos en fase de formación física, mental y social, los cuales, en función de su edad, no han podido adquirir todavía

excesivos hábitos insalubres, siendo además muy receptivos al aprendizaje de conocimientos y a la asimilación de comportamientos nuevos.

En este sentido, la salud debe aprenderse en la escuela igual que las demás ciencias sociales. Organizaciones como la UNESCO y la Oficina Internacional de Educación establecen *que una educación sanitaria adecuada a la edad, a las necesidades e intereses de los alumnos, práctica primero y después práctica y teórica, sea dada por los maestros en colaboración con los correspondientes servicios de salud, que los Programas, los métodos y las técnicas de esta educación sean determinados por acuerdo entre las diferentes autoridades interesadas (autoridades de Salud y Educación)*. No obstante, las experiencias educativas del alumno no se limitan a la escuela, sino que se adquieren también en el hogar y en la comunidad. Escuela y Comunidad contribuyen a la educación para la salud del niño en edad escolar siendo por ello de suma importancia las relaciones entre estos estamentos ya que, cuando el maestro y los padres preconizan conductas de salud contradictorias o cuando el hogar rechaza las recomendaciones de la escuela, se crea una situación que no permite obtener resultados positivos.

Los exámenes de salud, aplicados en estas edades, caracterizadas por el crecimiento y desarrollo, pretenden detectar presuntos riesgos y alteraciones, identificando en los individuos, especialmente en estadios más precoces, aquellos problemas de salud, antes de que puedan producir alteraciones irreversibles.

La práctica de los exámenes de salud permite, por otra parte, que los escolares vayan adquiriendo el hábito de seguir sometiéndose a ellos estando sanos, al llegar a la edad adulta.

Aunque mediante acciones de despistaje de problemas de salud, inmunizaciones correctas y educación para la salud logremos introducir una serie de conductas y hábitos, diagnostiquemos y tratemos, erradiquemos problemas de salud, no sería del todo efectivo mientras el medio socioeconómico-cultural escolar no reúna las condiciones adecuadas para la práctica de una vida sana en la escuela.

La atención a la salud del escolar forma parte de las actividades de atención primaria como un programa más dentro de los que se realizan en dicho nivel, con una característica esencial, es un programa prioritario y por lo tanto ha de ser realizado en todas las áreas programáticas de nuestros hospitales generales de agudos y sus centros de salud.

Esta prioridad viene marcada por la amplia repercusión social de los problemas en estas edades, por la alta vulnerabilidad de las enfermedades más frecuentes, por una extensión media y por una gravedad alta (teniendo en cuenta que cada niño menor de 14 años que muere o sufre secuelas importantes, son al menos 60 años de vida o de calidad de vida perdidos).

Un Programa Integral e Integral de Salud Escolar, inspirado en la filosofía de la Atención Primaria, constituye –sin duda- una propuesta de participación de los sectores implicados, de forma que éstos conozcan y asuman la responsabilidad que le corresponda en la identificación, valoración y solución de los problemas de salud de la comunidad escolar, siempre y cuando pueda ser evaluado y permita señalar las diferentes condiciones de vida que determinan situación de salud inequitativas.

En el seno del propio Equipo Interdisciplinario de Salud se han de establecer las estrategias más adecuadas para ejecutar el Programa de Salud Escolar y éstas, han de enfrentarse a la opinión de todos los interesados de la intersectorialidad, así como a maestros, padres y alumnos. Del mismo modo se las debe evaluar continuamente para lograr el adecuado feed back que permita los cambios más adecuados para optimizar los resultados.

El Programa de Salud Escolar, como conjunto ordenado y coherente de actividades y de recursos organizados para solucionar problemas de salud, constituye un área de actuación básica y bien definida dentro de las políticas locales de salud de un Distrito Sanitario, y como continuación del Programa Materno-Infantil, ya que acoge a la mayor parte de la población infantil en las diferentes etapas de su desarrollo. Sus objetivos son los cambios en el estado de salud que

se pretenden alcanzar en la población a la que va dirigido el Programa, en este caso, la escolar, comprendiendo; 1) la disminución de la morbimortalidad de la patología de mayor incidencia y prevalencia en la edad escolar, y 2) la disminución de los factores de riesgo de comienzo en la edad escolar, que incidirán en la edad adulta, dependiendo de las áreas programáticas, cada equipo establecerá diferentes objetivos en salud en función de la priorización que de los problemas de salud escolar se hayan hecho en la zona operativa. Asimismo, el propio Equipo Interdisciplinario debe cuantificar los objetivos y acotarlos en un tiempo determinado (metas programáticas).

Es por todo ello que la Organización Panamericana de la Salud ha expresado que hasta hace relativamente poco tiempo, la atención de la salud de los niños tenía por objeto lograr una mejor supervivencia y en este sentido se han realizado avances importantes. Ahora es el momento no solo de incrementar las posibilidades de supervivencia de los niños, sino de mejorar sus oportunidades de desarrollo y calidad de vida. Una de las maneras más eficaces de alcanzar este objetivo es por medio de la promoción de la salud en las escuelas. Siempre se ha considerado que la escuela es un componente básico del proceso educativo y se ha prestado mucha atención al diseño, la construcción y el mantenimiento de su estructura física; asimismo, se ha hecho hincapié en los aspectos curriculares tradicionales, como la enseñanza de matemática o historia, y se ha puesto más el acento en la enseñanza que en el proceso de aprendizaje. Éste punto de vista tradicional, sin embargo, ha evolucionado en épocas recientes y hoy en día se considera a la escuela como una red de elementos interdependientes que incluye no solo la planta física sino también el ambiente emocional y socioeconómico.

Este concepto ampliado del ámbito escolar subraya la importancia de introducir y reforzar la función de la escuela como promotora de la salud en la niñez y en la adolescencia.

A pesar de las experiencias positivas llevadas a cabo en todo el mundo, los programas de salud escolar aún presentan fallas y carencias, o no se adecuan a las prioridades y oportunidades concretas de cada escuela.

En las comunidades, la escuela constituye un centro importante de enseñanza, aprendizaje, convivencia y crecimiento, y en ella se imparten valores vitales fundamentales. Por tanto, constituye un lugar ideal para la aplicación de programas de promoción de la salud de amplio alcance y repercusión, ya que ejerce una gran influencia sobre los niños y adolescentes en las etapas formativas más importantes de sus vidas.

Hay pruebas abundantes que confirman los beneficios que se derivan de la cooperación entre educación y salud. En términos generales, puede decirse que en los hogares constituidos por personas con mayor grado de educación, el estado de salud y la calidad de vida, tanto de los adultos como de los niños, son mejores .

En las edades preescolar y escolar los niños adquieren las bases de su comportamiento y conocimientos, su sentido de responsabilidad y la capacidad de observar, pensar y actuar. Las escuelas promotoras de la salud constituyen, pues, el ámbito ideal para crear en los niños conciencia de la importancia de la salud física y mental, y transmitirles valores fundamentales, entre ellos la enseñanza de la convivencia armónica y el respeto hacia valores y formas de vida distintos de los propios.

Es a partir de este periodo cuando el niño adopta hábitos higiénicos que muchas veces durarán toda su vida, descubre la potencialidad de su cuerpo y desarrolla habilidades y destrezas para cuidar de su salud y colaborar en el cuidado de la de su familia y comunidad. Asimismo, es en esta etapa cuando crecen la importancia y las desventajas de la sociabilidad con sus iguales y se ve expuesto a presiones que a veces lo llevan a adquirir hábitos dañinos, como empezar a fumar o a consumir alcohol o drogas.

De lo anterior se desprende la necesidad de elaborar y afianzar un nuevo modelo conceptual, más integral e integrado que, teniendo en cuenta los factores mencionados, amplíe la idea de educación básica para incluir como valores fundamentales las nociones y habilidades relacionadas con el cuidado de la salud personal. Una parte esencial de este proceso es el reconocimiento de que existe una gran diversidad de enfoques para tratar los problemas de la educación y que es necesario adaptarlos a las circunstancias y exigencias de cada caso con una visión participativa y democrática.

Sin lugar a dudas también se debe pasar revista cuando se habla sobre salud escolar a la pobreza, en tanto ésta ejerce una poderosa influencia sobre el estado de salud de los niños y adolescentes. Sus efectos deben tenerse particularmente en cuenta, puesto que es un factor asociado a muchos trastornos que se manifiestan en el período escolar, por ejemplo, dificultades de aprendizaje, bajo rendimiento académico, repetición de grado, ausentismo y elevados porcentajes de deserción, nutrición insuficiente e inadecuada, dificultades psicológicas y emocionales y enfermedades crónicas.

Al respecto y en nuestro país, una de las consecuencias de la crisis económica del decenio del 80, es que ha llevado a la formación de dos grupos diferentes de niños y adolescentes: por un lado los que provienen de familias de mayores recursos económicos y reciben, por lo general, una atención de salud adecuada y una mejor educación, lo que les amplía las oportunidades de desarrollo, y por otro, los que pertenecen a familias de menores recursos, que están más expuestos a la gran variedad de problemas antes mencionados y cuyas oportunidades educativas y de sano desarrollo son menores. Cabe señalar que si bien es cierto que los niños y adolescentes de familias más pobres son más vulnerables a las enfermedades, ello no implica que la pertenencia a familias con más recursos o de mayor estatus social exima de enfrentar circunstancias nocivas para la salud.

A medida que los problemas de salud de un niño o adolescente aumentan en frecuencia y gravedad, y su inasistencia a clases también aumenta, crece la necesidad de que la escuela contribuya con programas de prevención, ya que el hogar por si mismo podría no estar capacitado para cumplir esta misión dada la complejidad de los problemas que lo aquejarían. Si bien el papel de la familia en la crianza y educación de los niños debe considerarse irremplazable la escuela puede desempeñar un papel significativo para remediar algunas deficiencias de esta etapa de la vida. Se trata de procurar alianzas entre la escuela, la familia y el sector salud para poner en práctica estrategias comunes.

Es por todo lo expuesto que se deben implementar, ejecutar y evaluar desde el punto de vista de la administración estratégica los Programas de Salud Escolar, integrados e integrales, secuenciales y planificados, docentes e investigativos, que cumplan con la premisa de lograr;

- Actividades de educación para la salud
- Creación de entornos saludables
- Provisión de servicios de salud de complejidad ascendente

Así como mecanismos eficientes para comunicar en forma oportuna y sencilla la información sobre nuevas tecnologías y aspectos innovadores identificados en las investigaciones, a fin de que puedan ser utilizadas por los que toman decisiones y por los que las ponen en práctica .

El presente trabajo considera ser un modesto pero significativo aporte para alcanzar estos objetivos, reconociendo –como bien ha expresado la Carta de Ottawa- que *la salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana; en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de un buen estado de salud.*

CAPITULO 2

MATERIAL Y METODO

I. Objetivo de la Investigación y Tipo de Estudio

Todo proyecto de investigación apunta a lograr determinados objetivos, se hagan o no éstos explícitos. Dichos objetivos fluctúan, habitualmente, dentro de los estudios definidos como básicos y aplicados;

- básicos; cuando se trata de proyectos orientados a incrementar el cuerpo de conocimiento general existente en cierta disciplina o a poner a prueba teorías o hipótesis que forman parte del conocimiento básico pero que, o no han sido aún testadas, o conviene incrementar su grado de confirmación a través de la replicación en contextos diferentes al original. Estos pueden ser a) sustantivos; cuando confirman o crean teoría, o b) metodológicos; cuando desarrollan y/o ponen a prueba nuevos instrumentos, técnicas o métodos de investigación.
- Aplicados; cuando se trata de proyectos orientados a aportar algún tipo de datos para resolver problemas concretos, incluyendo habitualmente un usuario identificado particular, que puede incluso ser el demandante de la investigación. Pueden distinguirse en este caso dos tipos de estudios aplicados; a) aquellos que proveen datos para actividades a realizar en el futuro; planeamiento, toma de decisiones, formulación de políticas, programas a desarrollar. Son estudios de tipo diagnóstico, y b) aquellos que proveen datos para evaluar actividades ya realizadas; investigación evaluativa dentro de la administración de sistemas y servicios de salud para determinar en que medida el plan o programa realizado resuelve o no el problema para el cual se implementó.

En este sentido los objetivos del presente trabajo comprenden;

1 – objetivos básicos; en tanto se trata de confirmar el concepto liminar de la relación teórica entre riesgo social y biopsíquico en el ámbito de la escuela, explicitando sus determinantes, consecuencias y estrategias de abordaje (área sustantiva) y poner a prueba nuevos instrumentos de investigación en salud escolar; en este caso el método de Bichmann y Col. para las intervenciones en educación para la salud, y su instrumentalización desde la administración estratégica de los programas preventivos.

2 - Objetivos Aplicados; predominantes, en cuanto se trata de investigar el resultado de la gerencia de un Programa Integrado e Integral de Salud Escolar aplicado a tres Distritos Escolares del ámbito de la Ciudad de Buenos Aires. El presente trabajo comprende objetivos en los dos tipos de dichos estudios; provee datos para evaluar actividades de investigación-acción e intervención y –a través de ello- establecer el correspondiente diagnóstico de situación para la retroalimentación de actividades, subprogramas y políticas.

El estudio comprende un diseño descriptivo (en el sentido de establecer cómo son ciertos fenómenos y sus condiciones de ocurrencia) y explicativo (en el sentido en que no sólo se describe, sino que se trata de subsumir el fenómeno en estudio bajo normas generales que den cuenta de él), con metodologías de diseño de tipo casos y controles (retrospectivas) y transversales (de corte).

Propósitos Generales de la Investigación

Analizar descriptiva y analíticamente los resultados del Programa de Salud Escolar aplicado en el área programática del Hospital General de Agudos Juan A. Fernández (Distritos Escolares I, II y IX), evaluando sus resultados en términos de costo-beneficio en términos de salud, diagnosticando los posibles cambios a introducirse, así como –con metodologías epidemiológicas de clusters y trazadores- estudiar las determinantes biopsicosociales que a través de específicas condiciones

de vida llevan a específicos estados de salud dentro de la comunidad escolar estudiada.

Objetivos Especificos

1. Aplicar un Programa Integrado e Integral de Salud Escolar, es decir, que comprenda el área biopsicosocial del educando (patologías halladas en las tres áreas a través de un *screening* -examen de tamizado con protocolos preestablecidos- en aparente estado de buena salud – prevención secundaria y terciaria) y el área de Higiene (prevención primaria; promoción y protección de la salud y prevención de la enfermedad)
2. Determinar con estudios epidemiológicos de clusters y de trazadores, las condiciones socioeconómicoculturales que podrían producir diferencias sanitarias en la población escolar, con el objeto de permitir futuros abordajes preventivos.
3. Evaluar las intervenciones de los respectivos subprogramas según los indicadores previamente determinados y consensuados.
4. Estudiar el impacto de los distintos subsistemas de salud (Público-Privado-Obras Sociales) en la población escolarizada
5. Analizar la respuesta del Hospital Base a la derivación de la patología hallada, determinando el grado de eficiencia, eficacia y efectividad de las acciones resultantes
6. Estudiar el grado de cobertura inmunitaria de la población escolar, características y métodos futuros de abordaje.

II – Identificación y Formulación del problema de salud a investigar

1. Situación Problema

Las actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria de la población escolarizada de los Distritos Escolares I, II y IX (Area Programática Fernández) se caracterizaban por su pobre impacto, falta de programación y nula

evaluación, con las lógicas consecuencias sobre la satisfacción de propósitos y objetivos previos y, en definitiva, sobre el estado sanitario de alumnos y docentes.

2. Actividad o Programa que trata de solucionar la situación problema

Con el diagnóstico de situación referido, se prepara un Programa Integrado e Integral de Salud Escolar, constituido por diversos Subprogramas que dan respuesta a las necesidades del universo alcanzado. En el Anexo 2.1 se expone en su totalidad los respectivos subprogramas, junto con sus parámetros de evaluación.

El Programa comprende;

- Area Geográfica; la alcanzada por el Area Programática del Hospital Fernández (se adjunta límites)
- Cobertura; los Alumnos inscriptos en los Distritos Escolares Nros. I, II y IX, correspondientes a las Escuelas bajo el área programática del Hospital Base
- Recursos; comprendió los recursos físicos de los Centros de Salud Nros. 25, 21, 26, 17 y 29, y los 5 Equipos Interdisciplinarios del presente Programa , constituidos por: dos médicos pediatras, dos psicólogos, dos psicopedagogos, dos asistentes sociales, un epidemiólogo, dos odontólogos y un sanitarista.

A estos efectos se consideró como *variable independiente* las actividades del Programa y como *variable dependiente* el impacto del Programa.

III – Marco Conceptual

1. Revisión de la literatura pertinente

Se ha revisado los trabajos estrictamente ligados al problema a investigar; conclusiones de investigaciones anteriores, recomendaciones de organizaciones internacionales de salud, estudios internacionales de campo y fuentes metodológicas . No se incluyeron como fuentes bibliográficas revisiones de literatura general con escasa relación con el problema específico a investigar.

2. Elaboración del Marco Conceptual

Se ha realizado un resumen teórico sobre el marco conceptual de la Administración Estratégica, Planificación y Programación en Salud Escolar y sus modernas implicancias que -por razones metodológicas- se incluye en la Introducción (Capítulo 1)

IV – Conceptos y Variables

1. Conceptos

Del Marco Conceptual definido, se extrajeron los principales conceptos que se utilizaron para la investigación, en tanto que de ellos se derivaron las variables a medir

2. Variables

Se entendió por *variable* a toda propiedad, de alguna unidad de análisis, susceptible de asumir diferentes valores. Todas ellas surgieron de los protocolos consensuados para la investigación, tal cual se exponen en el Anexo 2.2 . Se utilizaron variables dependientes, independientes y de control.

A los Equipos Interdisciplinarios se los instruyó en este aspecto sobre;

2.1 – Definición de las variables

Establecimiento con claridad y sin ambigüedades de la definición de cada variable, a fin de evitar falacias. Se siguieron los pasos de; a) definición nominal (equivalente lingüístico), b) definición real de las dimensiones (aspectos discernibles de la variable) y c) definición operacional; se dieron indicadores, variables que están en el nivel empírico, es decir, directamente mensurables

En el caso de variables multidimensionales, los distintos indicadores utilizados se combinaron en índices, sumatorios o no, ponderado o no. Por razones de tiempo, costo o dificultad de acceso (en su caso) a la información, se utilizaron indicadores solos, a distintos indicadores individuales, sin combinarlos, indicadores que se suponen próximos a la variable latente a medir.

Se indicaron, además, las categorías correspondientes a cada variable, es decir, los valores que las mismas pueden asumir.

2.2 – Propiedades que se miden

A fin de evitar falacias y clarificar el nivel de análisis en que se trabaja, se indicaron las propiedades que se miden, en cuanto a; a) colectivas y b) individuales.

V – Hipótesis

Siendo la hipótesis un enunciado o proposición que relaciona variables entre sí, el presente proyecto de investigación no tiene hipótesis explícitas (especialmente, en su área aplicada) en cuanto a la descripción de evaluaciones del área de Higiene Escolar y en el área de patológicas halladas, pero sí ésta es implícita en cuanto a;

V.1 – Hipótesis fundamental

Los alumnos de escuelas de predominio socioeconómico-cultural desfavorable poseen mayores indicadores de trastornos en las áreas biopsicosociales investigadas, así como menor impacto de las actividades de educación para la salud emprendidas.

V.2 – Hipótesis Accesorias “A” – Estudio Metodológico de Instrumentos

El método de Bichman y Col. ha demostrado su eficacia en la evaluación general de impacto de subprogramas de Salud Escolar.

V.3 – Hipótesis Accesorias “B” - Estudio Metodológico de Cobertura de Servicios

Existen diferencias en cuanto al estado de salud de los alumnos en relación a la cobertura de los diferentes subsectores involucrados.

Formulación; se ha tomado en cuenta la definición de hipótesis en el sentido no tautológico (definición independiente de sus términos, no uno en función del otro) y el enunciado en forma positiva (no nula), en tanto los enunciados positivos ayudan más a desarrollar fundamentos teóricos y permiten ordenar con más facilidad conocimiento acumulativo, mientras las hipótesis nulas son útiles para análisis estadísticos puros.

Características; se ha considerado en cada caso el nivel de complejidad de las hipótesis (número y tipo de variables comprometidas)- y se espera su confirmación dentro de los límites de los datos previos recogidos en estudios de campo más acotados.

Tipo de relación; Se han utilizado relaciones de *covariación* (dos o más variables varían conjuntamente, sin señalarse precedencia ni asimetría; x e y varían conjuntamente) y de *determinación* (una variable varía por efecto de otra y otras, x determina o provoca la variación de y ; hay asimetría entre las variables). Se han elegido las formas de determinación *causal y funcional*.

Fundamentación; Las hipótesis se derivaron del problema y marco conceptual planteados. Se espera que las hipótesis se confirmen por investigaciones anteriores, experiencias profesionales y conocimiento de tests de campo.

VI – Tipo de Diseño

Teniendo en cuenta la clasificación de Kahn, es decir, diseños retrospectivos antes-después, comparativos (comparación de grupos medidos en el mismo intervalo de tiempo y de seguimiento (longitudinales o de cohorte), se ha preferido los dos primeros por razones de tiempo y costo de oportunidad.

En cuanto a la clasificación de Campbell, se ha tenido en cuenta que los estudios experimentales pueden tener las características de los denominados “diseños controlados al azar”, es decir la asignación aleatoria de los integrantes de la población en estudio a los grupos control y de experimentación, pero que en este caso – no siendo posible este tipo de diseño, ya que consiste en la observación de una población, institución, etc. en un momento determinado, se “simuló” una situación experimental (Grupo control y experimental de seis escuelas) con un adecuado tratamiento de los datos, sosteniendo en todo caso la lógica experimental con que se encaró el diseño, ya que el mismo no es experimental en su concepción inicial.

VII – Definición y Selección de Unidades

1. Naturaleza del caso

Los tipos de Unidad serán;

- Area Programática
- Distritos Escolares
- Escuelas
- Grado Inicial
- Grado Primario
- Alumnos

2. Definición de la Población e Institución en estudio

Se ha determinado una población bajo Programa, durante todo el año escolar 2003 de 1.522 Alumnos de nivel inicial y de 4.739 Alumnos de nivel primario (Universo Total; 6.261 alumnos), con un Universo Muestral (alumnos alcanzados por el screening) de 1.212 alumnos de nivel inicial y de 3.622 (Universo Muestral Total; 4.834 alumnos) que responde a los niveles habituales de confiabilidad estadística de la muestra por el *Test de Máximo Error Posible*⁷ (E = 0,287 %);

$$E (\%) = \frac{P (100 - P)}{n} (1 - \frac{n}{N})$$

Donde;

E (%); es el Máximo Error Posible en %

P; es el % de datos obtenido de la muestra

N; es el tamaño de la población en estudio

n; es el tamaño de la muestra

Las Instituciones (Escuelas) alcanzadas ha sido el total del Universo, siendo clasificadas a los efectos de su ubicación en conglomerados o *clusters*, de acuerdo con el nivel socioeconómico-cultural de su población escolar, según la Clasificación de Goldthorpe³ (en siete grupos de clase social a partir de la ocupación (ver Anexo 2.3), tal cual subsigue;

DISTRITO	ESCUELA	CLUSTER
I	1	A
	2	A
	3	B
	6	B
	12	B
	16	A
	18	B
	21	B
	23	A
	24	A
	25	C
	26	A
II	2	B
	4	B
	5	A
	9	A
	10	C
	13	A
IX	1	B
	2	A
	4	B
	5	A
	6	A
	8	A
	11	A
	14	B
	17	B
	18	C
	19	C

	20	B
	23	C
	30	A

Existió unidad conceptual para persona, tiempo y lugar de la investigación, tanto desde el punto de vista epidemiológico, como demográfico y educacional.

3. Técnicas de medición

Se han empleado protocolos completados por los mismos equipos para asegurar la validez y la confiabilidad de la investigación.

VIII – Análisis de los Datos

1. Forma de Presentación

Se han utilizado las formas tabulares y gráficas, con entornos de informática adecuados para la complejidad de cada área.

2. Plan de análisis

Se han realizado previamente el Plan de Tabulaciones (derivado de las hipótesis planteadas) y el listado de los marginales de las variables consideradas, a fin de describir la información obtenida y observar qué variables, por su distribución, carecía de sentido su cruce.

3. Herramientas de análisis

Los resultados de los protocolos fueron ordenados en base de datos, utilizándose para este fin el software EPI INFO v.5.01 – Centers for Disease Control – Epidemiology Program Office – Atlanta/ Georgia – OMS, Ginebra, 1990 de uso libre ,y secundariamente el software STATGRAPHICS PLUS, Manugistics Inc. – Rockville/ Maryland, 1995 con las respectivas licencias para su uso. Los instrumentos epidemiológicos y/o bioestadísticos usados comprendieron;

- 3.1 – Medidas de Ocurrencia; comprendieron las medidas de tendencia central, las frecuencias absolutas y relativas, los coeficientes y las proporciones y tasas. En este último caso, los correspondientes numéricos del concepto de riesgo (equivalente a medida de probabilidad de enfermar para los miembros de una comunidad dada, bajo determinadas condiciones) fue la tasa de incidencia y de proporción de casos de una cierta enfermedad, la tasa de prevalencia.
- 3.2 – Medidas de Asociación o Riesgo; comprendió el *Odds Ratio* (OR) o Razón de los productos cruzados (RPC), estimación del riesgo relativo en análisis de diseño de estudios de casos y controles. Es una razón de productos cruzados en una tabla de contingencia. Se aproxima al Riesgo Relativo (RR) cuando más raro es el problema de salud considerado. Pero considerando que tanto el Riesgo Relativo como la Razón de los productos cruzados proporcionan información acerca de la fuerza de una asociación pero no de su significación estadística, se expresó el OR con sus respectivos Intervalos de Confianza de Cornfield (Riegelman y Hirsch).
- 3.3 – Medidas de Significación Estadística; comprendió (de acuerdo a las pruebas estadísticas para contraste de hipótesis de relación con datos independientes) las Pruebas de Fisher, de χ^2 con y sin corrección de Yates y por la modificación de Mantel-Haenszel (que presenta la ventaja de no depender del tamaño de las casillas en la tabla de 2 x 2, ya que para su cálculo sólo utiliza el valor correspondiente a los casos expuestos y los marginales).

IX – Limitaciones

Se ha tenido en cuenta la confiabilidad y validez de los datos recogidos, por lo que no existen limitaciones en cuanto a la seguridad de la calidad de la información. Por otra parte se han utilizado y cumplido los estándares mínimos y las normas éticas recomendadas por la COMAC – Epidemiology – 1991 *Working Group on Ethical Issues in Epidemiology* (Russel y Westrin).

CAPITULO 3

RESULTADOS

A. Primer Grupo Experimental

A.1 - Matrícula y asistencia al *Screening*

La investigación alcanzó a todas las Escuelas previstas en el Capítulo 2, de los tres Distritos Escolares, incluyendo una matrícula total de 6261 alumnos (15.22 de nivel inicial y 4.739 de nivel primario), de la cual fueron estudiados por los **equipos interdisciplinarios** un total de 4834 alumnos, en el primer llamado (1.212 de nivel inicial y 3.622 de nivel primario; 48,9 % varones y 51,1 % mujeres,) durante un año escolar.

El *screening* tuvo así una cobertura total del 77,2 % ($E \% = 0,00242$); con un 79,6 % en el nivel inicial y un 76,4 % en el primario. El Distrito Primero tuvo 79 % en el nivel inicial y 74,7 en el primario; el Segundo 78 % en el inicial y 53,4 % en el primario; y el Noveno 80,6 % en el inicial y 84,8 % en el primario (Figuras Nros. 1, 2 y 3).

Estos valores sugieren que el Distrito IX, con mayor cantidad de Escuelas de riesgo socioeconómico-cultural tuvieron una mayor asistencia al *screening*, lo que viene a reforzar el hallazgo de los años previos, en el sentido de que la población de clase media demuestra poco interés en enviar a sus hijos al examen anual, en tanto los consideran suficientemente cubiertos por sus profesionales (los restantes son examinados al comienzo del año entrante) .

A.2 - Cobertura Inmunitaria

El cumplimiento de los calendarios de vacunación fue del 94,3 % en el nivel inicial del Distrito I y del 86,6 % en el nivel primario; del 91% en el nivel inicial del Distrito II y

del 85,2 % en el nivel primario; y del 89,1 % en el nivel inicial del Distrito IX y del 72,3 % en el nivel primario (Figuras Nros. 4 y 5).

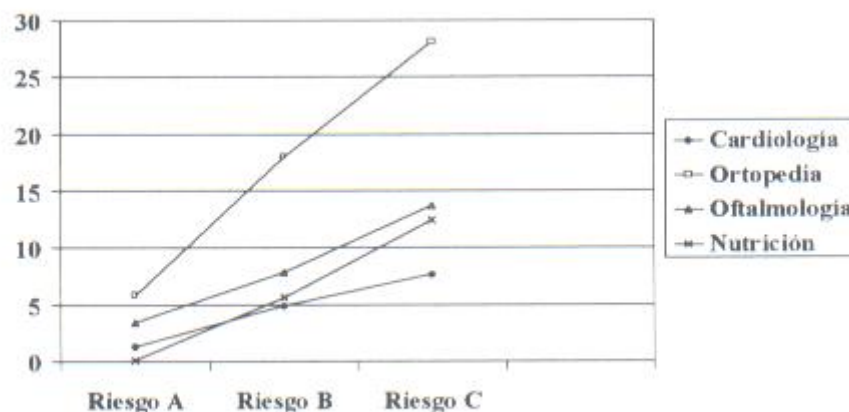
La única diferencia significativa (no existiendo las de tiempo y sexo) es la baja cobertura inmunitaria en el nivel primario del Distrito IX, que sugiere una población de más riesgo y un menor control de los certificados al momento de la inscripción anual del alumno. Es por ello la diferencia con el nivel inicial del mismo Distrito, en tanto los ingresantes -a pesar de su situación desfavorable- son mejor controlados y se les exige los comprobantes respectivos. Este comportamiento se puede -en menor medida- observar en los tres distritos y es un hallazgo importante, en la medida que impone cambios drásticos para evitar alcanzar (como en este caso) un nivel de susceptibles por encima de lo aconsejado. (Figura Nro. 6). Asimismo, manifiesta la importancia del control emprendido por el Programa, en tanto se pueden completar obligatoriamente la coberturas requeridas.

A. 3 - Derivaciones producidas a partir del Screening

El examen en aparente estado de buena salud produjo como resultado la referencia-contrarreferencia a diversos servicios hospitalarios o equipos especializados en los Centros de Salud del área programática. En el caso del nivel inicial, y en las áreas de fonoaudiología, psicopedagogía y psicología, se advierte una importante diferencia entre los Distritos pero que resulta de un diferente abordaje de los equipos; en el caso de los Distritos II y IX los alumnos son asistidos en las mismas Escuelas, mientras en el Primero son derivados. Fuera de esta diferencia, se puede observar que -en el nivel inicial- predominan las referencias a Ortopedia (7,2 en el primero, 10 en el segundo y 24,7 % en el noveno), a Oftalmología (3,6 en el primero, 14 en el segundo y 14,7 % en el noveno), a Cardiología (1 en el primero, 6 en el segundo y 5,8 en el noveno) y Nutrición (5 en el segundo y 3,5 % en el noveno). Estos resultados también son importantes pues sugieren que el screening permite determinar problemas de salud que no fueron diagnosticados o no fueron tratados convenientemente en la edad preescolar, a pesar de contar con servicios de salud accesibles y de buena calidad. (Figuras 7, 8 y 9).

Las derivaciones surgidas a partir del examen del nivel primario, tomando en cuenta las consideraciones ya señaladas para fonoaudiología, psicopedagogía y psicología, se centran también en referencias ortopédicas, oftalmológicas, cardiológicas y nutricionales, pero ahora presentando señalables diferencias entre los tres distritos; a mayor riesgo se producen mayores derivaciones (relación de determinación), siendo -por su importancia sanitaria- las nutricionales que alcanza al 12, 4 % las más significativas. (Figuras 10, 11 y 12)

**RELACION ENTRE LOS RIESGOS POR DISTRITO ESCOLAR
Y LA NECESIDAD DE DERIVACIONES DE REFERENCIA
N = 4.834 - Programa de Salud Escolar**



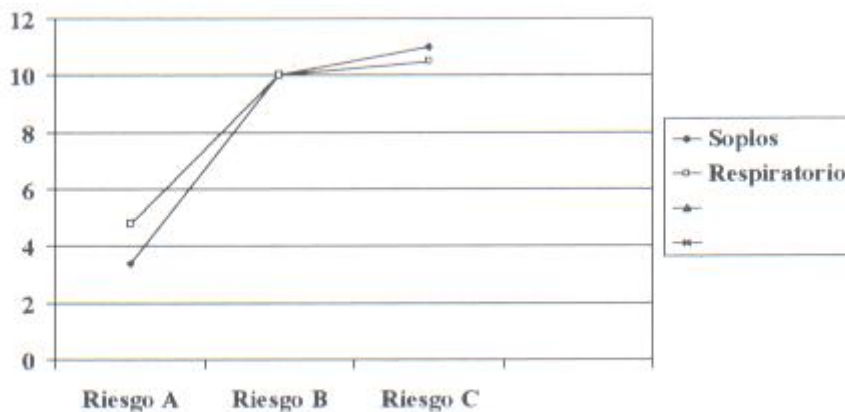
A.4 - Frecuencia de Patologías Relevantes

El examen semiológico clínico-odonto-psicológico permitió tener medida de la frecuencia de patologías relevantes en la edad escolar, bien que de diversa importancia sanitaria o de posibilidades de intervención diagnóstica y terapéutica.

Son señalables en el nivel inicial los diagnósticos de pie plano, escoliosis, genu valgo, rotación interna de rodilla, soplos sistólicos, trastornos visuales, odontológicos y nutricionales, así como diversas patologías del sistema respiratorio, fonoaudiológico y psicopedagógico. Dentro de los ortopédicos el pie plano tenía un rango entre el 25 y

50%; la escoliosis entre el 0,5 y el 3,6% y el genu valgo entre el 14 y el 20% (Figura Nro. 13), mientras que los trastornos nutricionales se hallaban entre el 9 y el 15 %, no existiendo en general desnutrición sino malnutrición (deficiencias nutricionales y obesidad). Las diferencias más significativas entre los Distritos se concentraban en la constatación de soplos y trastornos respiratorios, que crecen en la medida del aumento del riesgo ambiental (Figuras Nros. 14 , 15 y 16).

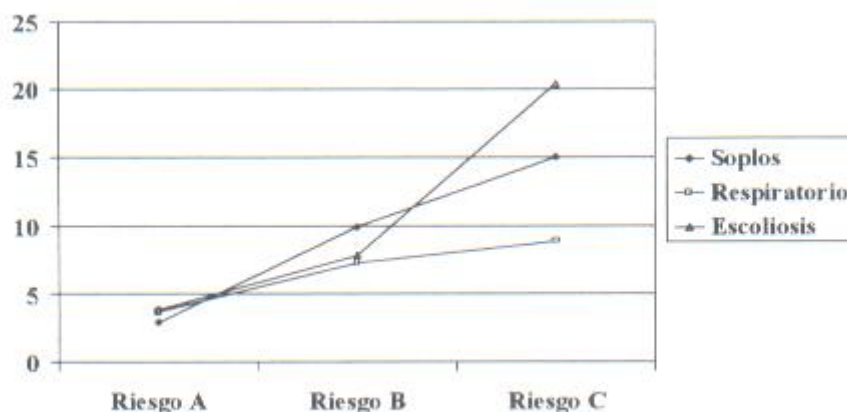
RELACION ENTRE EL RIESGO POR DISTRITO Y LA FRECUENCIA DE PATOLOGÍA CARDIOLÓGICA Y RESPIRATORIA



Los trastornos odontológicos demostraron un rango entre el 25 y 45 % en los Distritos I y IX, en tanto no pudo ser analizado el II por no contarse con profesional en el equipo durante el período de screening.

En el nivel primario se pudo constatar una mayor frecuencia de patologías ortopédicas, cardiológicas y respiratorias, con una señalable diferencia entre los niveles de riesgo. Tomando como trazadores a la escoliosis, los soplos y los trastornos respiratorios (3,8%, 7,8% y 20,4% en el primer caso; 3,4%, 9,9% y 15% en el segundo; 3,7%, 7,3% y 8,8% en el tercero, por Distritos Escolares I, II y IX respectivamente) se puede establecer también una relación determinante por riesgo incremental;

RELACION ENTRE FRECUENCIA DE PATOLOGIAS EN EL NIVEL PRIMARIO Y GRADO DE RIESGO



Los trastornos odontológicos presentaron también una gran frecuencia, así como los nutricionales; en este último caso en su totalidad referidos a la obesidad, constituyéndose ambos en dos importantes problemas de salud en la edad escolar, y determinando planes específicos de abordaje, tanto por las consecuencias sanitarias en la edad adulta como por el relevante costo-beneficio en términos de salud. (Figuras Nros. 17, 18, 19 y 20)

A.5 - Cobertura y Evaluación de los Subprogramas de Salud Escolar

Sin lugar a dudas, y a pesar de la importancia de mantener las actividades de *screening* por los hallazgos señalados, el Programa de Salud Escolar basa su trascendente impacto en las acciones promocionales, de protección de la salud y de prevención de la enfermedad que conforman su principal marco conceptual.

En la presente investigación se realiza por primera vez en la Argentina una evaluación de estos subprogramas bajo el método de Bichman, Rifkin y Shrestha. El propio método es objetivo metodológico del estudio, siendo aplicados a diferentes valores relativos poblacionales según las actividades por Distrito (Figura Nro. 21). En general, tanto poblacional como sanitariamente, el impacto alcanzado fue mayor en el Distrito Y,

sugiriendo que a mejor nivel socioeconómico familiar, mejor nivel organizativo escolar y mejor entorno de trabajo para los equipos interdisciplinarios, mayor es el resultado en términos de educación para la salud.

El **subprograma de epidemiología** (Figura Nro. 22) se caracterizó por introducir a los equipos interdisciplinarios el “raciocinio epidemiológico”, logrando crear un sistema de vigilancia epidemiológica con determinación de *clusters* (conglomerados) de riesgo de enorme valor en el futuro. Sin embargo se tienen aún problemas para llevar adelante investigaciones y publicaciones que den cuenta de estos hallazgos (rango de 21, 18 y 22 para una escala de 100 puntos).

El **subprograma de Inmunizaciones** (Figura Nro. 23) alcanzó niveles de cobertura totales -sobre los niveles iniciales ya comentados- permitiendo avanzar en algunas patologías, como el sarampión, sobre pautas de erradicación (rango de 90, 88 y 81). La estrategia de bloqueo epidemiológico fue de una efectividad casi total, no menor del 94% de los casos, y con seguimiento puerta-a-puerta. Los talleres, investigaciones de campo y publicaciones fueron aceptables y con poco diferencia interdistrital.

El **subprograma de Educación para la Salud** (Figura Nro. 24) alcanzó a más del 88% de las Escuelas con Publicaciones especializadas de un nivel superior al rango de 90 puntos de evaluación. En cambio la cobertura resultó muy disímil según el Distrito, con rangos evaluativos de entre 20 y 87 puntos y constitución de Proyectos Escolares de entre 43 y 67 puntos. Sin embargo, permitió un avance significativo en las relaciones Equipo- Escuela, que optimizarán los resultados en los años futuros.

El **subprograma de Salud Mental** (Figura Nro. 25) permitió -luego de varios años de listas de espera muy nutridas- alcanzar un puntaje de evaluación de 75 para el Distrito IX, 87 para el Distrito II y 92 para el Distrito I, con una articulación con los Equipos de Orientación Escolar (Secretaría de Educación) en un rango de 72 a 81 puntos. El análisis de los casos de trastornos de conducta y aprendizaje permitió un eficaz trabajo intersectorial con docentes y equipos de profesionales, pero un nulo impacto en la constitución de Comités de Salud Mental por Escuela, con intervención de padres,

docentes, profesionales y alumnos. En el futuro se deberá cambiar la estrategia para esta participación comunitaria, de tanta trascendencia en lograr actividades sostenibles y de alto resultado.

El **Subprograma de Violencia Familiar y Maltrato de Menores** (Figura Nro. 26) pudo trabajar exclusivamente en el área de vigilancia y análisis de casos emergentes, cubriendo la casi totalidad de derivaciones (eficiencia de casi 95 puntos en los tres Distritos), pero con bajo impacto en las tareas de información y asesoramiento (prevención primaria). Este resultado subóptimo fue aún más notable en la constitución de Talleres Comunitarios sobre el tema y en la producción de Publicaciones Especializadas, en general por dificultades médico-legales impuestas desde el Hospital Base, lo que implica un enorme campo futuro de modificaciones estratégicas para mejorar el resultado alcanzado en la presente etapa del Programa.

El **Subprograma de Odontología** (Figura Nro. 27) logró singulares resultados, teniendo en cuenta la complicación de las derivaciones y el costo de las intervenciones. El rango de resolución de tratamientos osciló entre 65 y 72 puntos, con una eficiencia mayor de 94 puntos en la constitución de talleres, actividades de cepillado y fluoración, lo que permitió dar cobertura tanto a la importancia de la frecuencia de los diagnósticos patológicos como a las actividades preventivas y de promoción.

El **Subprograma de Fonoaudiología** (Figura Nro. 28) logró una eficiencia en el rango de los 67 y 79 puntos en el aumento de los alumnos sin problemas fonoaudiológicos, pero tuvo un bajo impacto en el caso de los docentes, en tanto éstos estaban bajo la cobertura de su Obra Social. En cambio se logró un enorme impacto en la formación y capacitación de los equipos interdisciplinarios y en la formación de agentes multiplicadores entre los docentes.

El **Subprograma de Nutrición** (Figura Nro. 29) permitió contar con literatura infantil de promoción de la buena alimentación en tiempo y forma, incrementando modestamente (en casi 10 puntos) la población con estado nutricional normal en las

Escuelas, pero sin conseguir modificaciones significativas en las tendencias de consumo, medidas por encuestas nutricionales verticales.

El **Subprograma de Oftalmología** (Figura Nro. 30) alcanzó al total de Escuelas del Programa, con una eficiencia en la cobertura mayor de 96 puntos. Sin embargo los Distritos II y IX carecieron de impacto en la concreción de estudios epidemiológicos de campo y especialmente en la creación de cursos de capacitación para docentes.

El **Subprograma de Zoonosis** (Figura Nro. 31) tuvo una gran eficiencia en el Distrito I con evaluaciones superiores a 95 puntos en las áreas de cursos y seminarios y de escuelas bajo cobertura. En la primera variable el impacto fue de 62 en el Distrito II y de sólo 27 en el Distrito IX. En cambio en cuanto a la cobertura poblacional y a las publicaciones el progreso fue equivalente, con un eficaz control de areneros infantiles y de condiciones ambientales en las escuelas.

El **Subprograma de Adolescencia** (Figura Nro. 32) logró una cobertura total de las Escuelas de los tres distritos, logrando niveles de impacto en cuanto a su pertinencia, viabilidad y coherencia (variables seleccionadas por consenso para su seguimiento) no menores de 76 puntos. La cobertura de derivaciones fue total, integrando eficazmente los equipos interdisciplinarios y el servicio de la especialidad en el Hospital Base.

El **Subprograma de Educación Sexual, SIDA y ETS** (Figura Nro. 33) pudo planificar proyectos con un nivel de impacto superior a 89 puntos, cubriendo la totalidad de las derivaciones y realizando publicaciones y videos puestos a disposición de otras áreas programáticas. Sin lugar a dudas -por las dificultades del tema en el ámbito escolar y familiar- el resultado de estas actividades se contaron entre las más eficientes, eficaces y efectivas del Programa, permitiendo trabajos de investigación particulares y la constitución de cursos de posgrado y de educación continua para toda la comunidad profesional.

El **Subprograma de Comunidades Seguras y Saludables** (Figura Nro. 34) se caracterizó por abordar problemas de salud ambiental en el ámbito escolar, con especial referencia a los accidentes, en tanto la principal causa de morbimortalidad en la edad escolar. Se alcanzó una eficiencia de cobertura escolar mayor de 90 puntos, y de entre 83 y 91 puntos en cuanto a la vigilancia epidemiológica. Sin embargo, el abordaje de los problemas de salud ocupacional en el ámbito escolar alcanzó niveles muy pobres de eficiencia, no pasando de 27 puntos y con un piso de 16.

Por último, el **Subprograma de Adicciones** (Figura Nro. 35) permitió un impacto señalable en cuanto a las actividades de información y formación de agentes comunitarios (no menos de 90 puntos en todas las Escuelas), utilizando material audiovisual especial preparado por el Instituto Tecnológico Ryerson de Toronto (Canadá) por convenio de colaboración logrado dentro de las acciones del equipo interdisciplinario. Las derivaciones fueron asistidas en su totalidad, y se alcanzó un nivel de 72 puntos en los Proyectos de prevención Distritales.

B. Segundo Grupo Experimental

Tomando como base conceptual el trabajo el ya clásico trabajo de Castellanos ⁴ sobre la necesidad de disminuir el nivel de heterogeneidad en los conglomerados epidemiológicos, con el objeto de poner de manifiesto en forma más contundente y significativa las diferencias entre condiciones de vida y situación de salud, se seleccionaron dos escuelas por Distrito que tuvieran características socioeconómico-culturales extremas para la Clasificación de Goldthorpe .

Con este objetivo se seleccionaron las Escuelas 26 (I), 13 (II) y 30 (IX) en el nivel A y las Escuelas 25 (I), 10 (II) y 23 (IX) en el nivel C, comparándose los resultados para cada variable trazadora seleccionada.

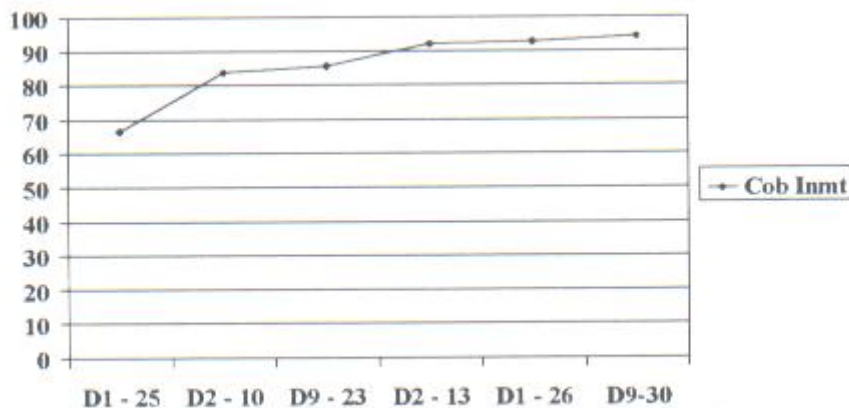
La matrícula total fue de 871 alumnos; 334 del Distrito I, 190 del Distrito II y 347 del Distrito IX , accediendo al *screening* 671 (77%), 185 del Distrito I, 148 del Distrito II y 298 del Distrito IX, con una población masculina del 332 (49,5 %) y una femenina de 339 (50,5 %).

Los valores hallados sugieren que;

1. El grado de cobertura inmunitaria está en relación directa con el grado de riesgo de la población de la Escuela (**OR 3.71 IC 95% de Cornfield 2.18 - 6.33 / χ^2 de Mantel - Haenszel 28.73 para $p < 0,001 MS$**)

En la figura siguiente se puede apreciar como en la Escuela Nro. 25 del Distrito Primero (correspondiente a la Villa de Emergencia Nro. 31 - Retiro) la cobertura llega a ser inferior al valor mínimo aceptable, debiendo en este caso procederse a la vacunación puerta-a-puerta si se quiere evitar un porcentaje de susceptibles y la consecuente aparición de brotes.

RELACION ENTRE NIVEL DE RIESGO DE LA ESCUELA Y COBERTURA INMUNITARIA DE LOS ALUMNOS

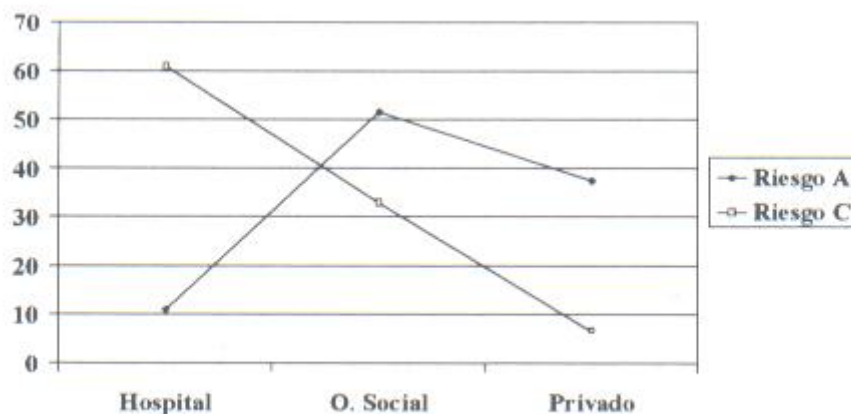


2. El Peso Normal alcanzaba en las Escuelas de Riesgo A al 89,1 %, mientras en las C sólo al 85,5 % de la población estudiada (**OR 1.39 IC 95% 0.81 - 2.38 / χ^2 MH 1.61 para $p > 0,05 NS$**). En general la obesidad era el problema nutricional más diagnosticado, cualquiera fuera el grado de riesgo.

Este dato permitió disponer de mas derivaciones hacia el Hospital Base y Centros de Salud en la población de riesgo; 6,8% contra 9,2%, pero sin significancia estadística (**OR 1.39 IC 95% 0.71 - 2.69 / χ^2 MH 1.09 para $p > 0,05 NS$**)

3. El análisis de cobertura por Subsistema de Salud (Público- Privado - Obras Sociales) demostró que en el cluster de menor riesgo relativo (A) predomina el uso de servicios de la seguridad social y privados (51,6% y 37,4%), mientras que en las de mayor riesgo (C) predomina largamente el Hospital Público (60,7%). Este dato consolida la información previa del Area Programática sobre la importancia del hospital público en la asistencia de la población de menor nivel socioeconómico y en la necesidad de optimizar el primer nivel de acceso para garantizar la equidad en su cobertura (**OR 12.44 IC 95% 8.05 - 19.25 / χ^2 MH 174.04 para $p < 0,001$ MS**)

RELACION ENTRE LA COBERTURA POR SUBSISTEMAS DE SALUD Y EL GRADO DE RIESGO ESCOLAR



4. La frecuencia de patología visual era más prevalente en la población de las escuelas de riesgo pero sin llegar a diferencias estadísticas importantes (**OR 1.54 IC 95% 0.99 - 2.38 / χ^2 MH 4.08 para $p < 0,05$ algo S**), alcanzando al 24,2% de la población contra el 17,2% del grupo A. Las derivaciones todavía discriminaron más, en tanto sólo se refirió al 8,2% del grupo de riesgo A y al 15% del C (**OR 1.97 IC 95% 1.13 - 3.44 / χ^2 MH 6.59 para $p < 0,05$ S**) .

5. Los trastornos odontológicos constituyeron una variable marcadora excepcional para diferenciar ambas poblaciones, alcanzando una prevalencia del 63,0% en la población de las Escuelas del Grupo de Riesgo C y de sólo el 26,9% en las del Grupo A. (**OR 4.63 IC 95% 3.15 - 6.79 / χ^2 MH 72,32 para $p < 0,001$ MS**)

6. En el área de los diagnósticos ortopédicos, el pie plano no mostraba diferencias estadísticamente significativas (**OR 1.05 IC 95% 0.72 - 1.53 / χ^2 MH 0,07 para $p > 0,05$ NS**), y tanto el genu varo como el valgo no permitían sumar argumentos a la hipótesis. Para la escoliosis se tenían pocos datos para inferencias epidemiológicas (**Test Exacto de Fisher $p = 0,014$**). Las derivaciones no tampoco lograban discriminar por nivel de riesgo, en tanto alcanzaron al 16,2% del grupo A y al 17,9% del C. (**OR 1.12 IC 95% 0.69 - 1.81 / χ^2 MH 0.25 para $p > 0,05$ NS**)

7. Las patologías respiratorias, sin diferencias entre ambas poblaciones (9,8% en los dos grupos) fueron en general tratadas in situ, sin requerir derivaciones a centros de mayor complejidad (**OR 1.00 IC 95% 0.54 - 1.84 / χ^2 c/corrección de Yates 0,02 para $p > 0,05$ NS**).

8. El diagnóstico semiológico de Soplos estaba más relacionado a las escuelas de menor riesgo (12,8 a 1,1 %) (**OR 0,08 IC 95% de Cornfield no adecuado - / χ^2 MH 19.77 para $p < 0,001$ MS**). Por ello también el número de derivaciones fue superior para la población de estas Escuelas (5,2% contra el 1,7%). Este dato -que surge sólo de la disminución de la heterogeneidad del universo- es discutible en su causalidad, pero podría sugerir una mayor supervivencia de la población de menor riesgo, aún con malformaciones congénitas, o la mayor prevalencia de hipercolesterolemias familiares en esa población u otros factores de riesgo hoy poco conocidos. El área programática ya ha estudiado algunos de estos factores, de todos modos ha sido el origen de un estudio de casos y controles específico para incorporar variables socioeconómico-culturales, cuyos resultados se conocerán próximamente.

9. Los trastornos psicosociales demostraban una mayor prevalencia en las escuelas de riesgo en el caso de problemas de conducta (3,8% contra 8,7% - **OR 2.39 IC 95%**

1.12 - 5.07 / χ^2 MH 6.28 para $p < 0,05$ S) y aún más en los de aprendizaje, en este último caso se convertía también en una variable trazadora, alcanzando al 20,8% en la población de mayor riesgo y sólo al 3,6% en la de menor riesgo (**OR 7.01 IC 95% 3.72 - 13.29 / χ^2 MH 51.22 para $p < 0,001$ MS**). La patología fue abordada por los equipos interdisciplinarios o por los EOE de las propias escuelas, por ello la cantidad de derivaciones fue exigua en ambos grupos.

10. La frecuencia de problemas fonaudiológicos era levemente superior en las escuelas de riesgo, pero sin alcanzar diferencias significativas (**OR 1.65 IC 95% 0.83 - 3.24 / χ^2 MH 2.40 para $p > 0,05$ NS**) . En cambio las de riesgo tuvieron mayor necesidad de derivaciones para asistir dificultades relacionadas con la adolescencia temprana (**χ^2 No Corregido 71.65 para $p < 0,001$ MS**).

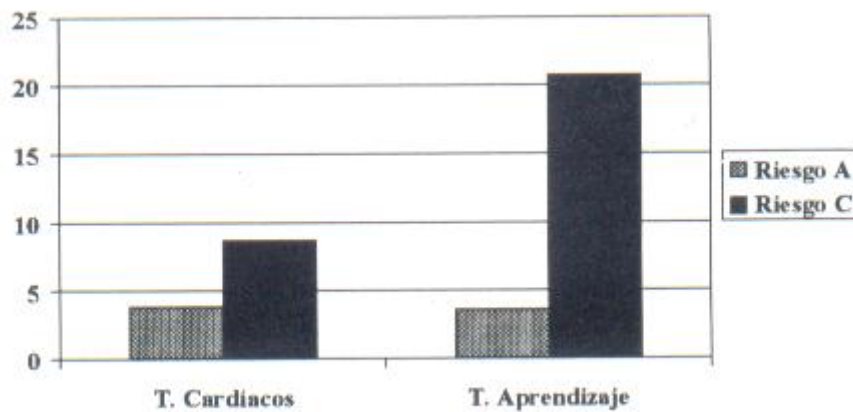


Figura Nro. 1
 GRADO DE COBERTURA DE LA MATRICULA
 Programa de Salud Escolar - Inicial - Hospital Fernández

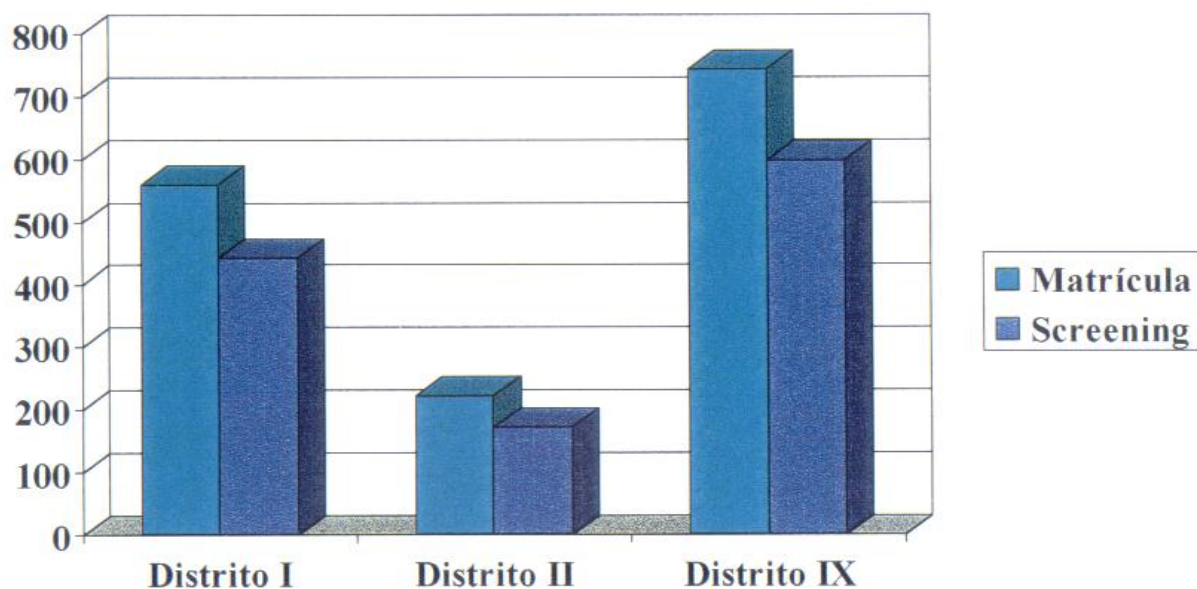


Figura Nro. 2
 GRADO DE COBERTURA DE LA MATRICULA
 Programa de Salud Escolar - Primario (1/7) - Hospital
 Fernández

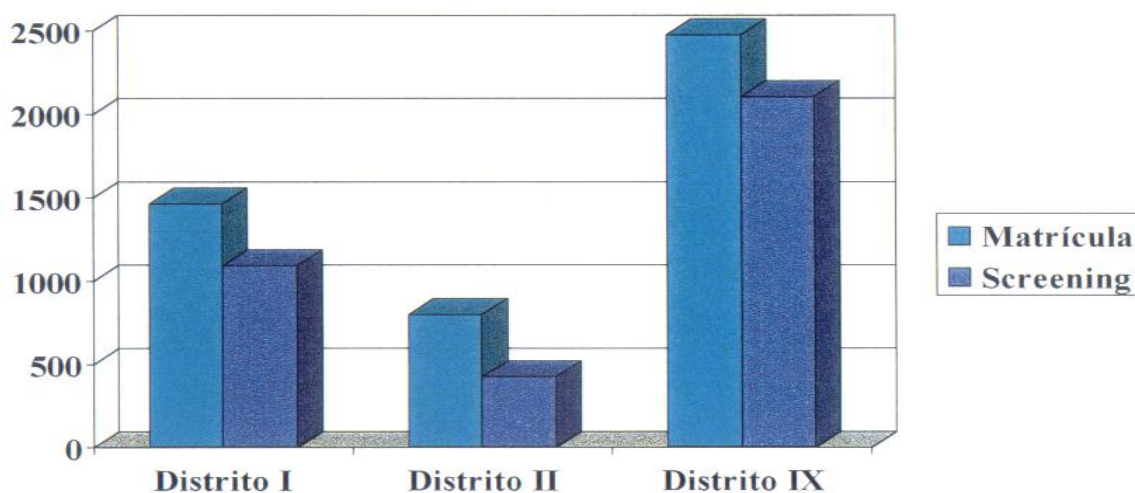


Figura Nro. 3
GRADO DE COBERTURA DE LA MATRICULA
 INICIAL Y PRIMARIO EN PORCENTAJE
 Programa de Salud Escolar - Hospital Fernández

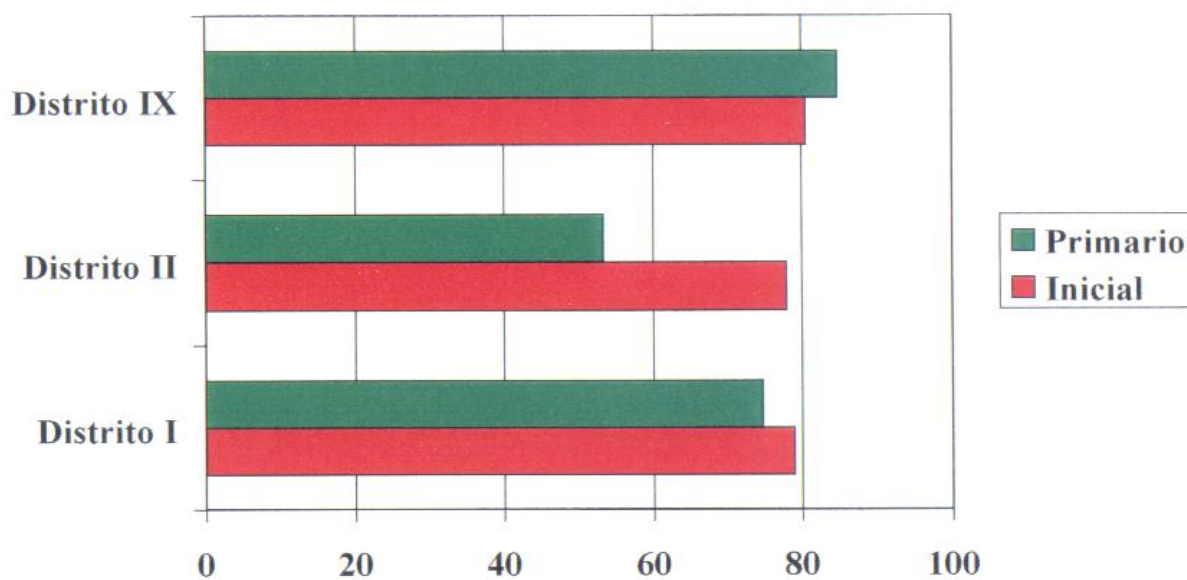


Figura Nro. 4
COBERTURA INMUNITARIA
 Programa de Salud Escolar - Inicial - Hospital Fernández

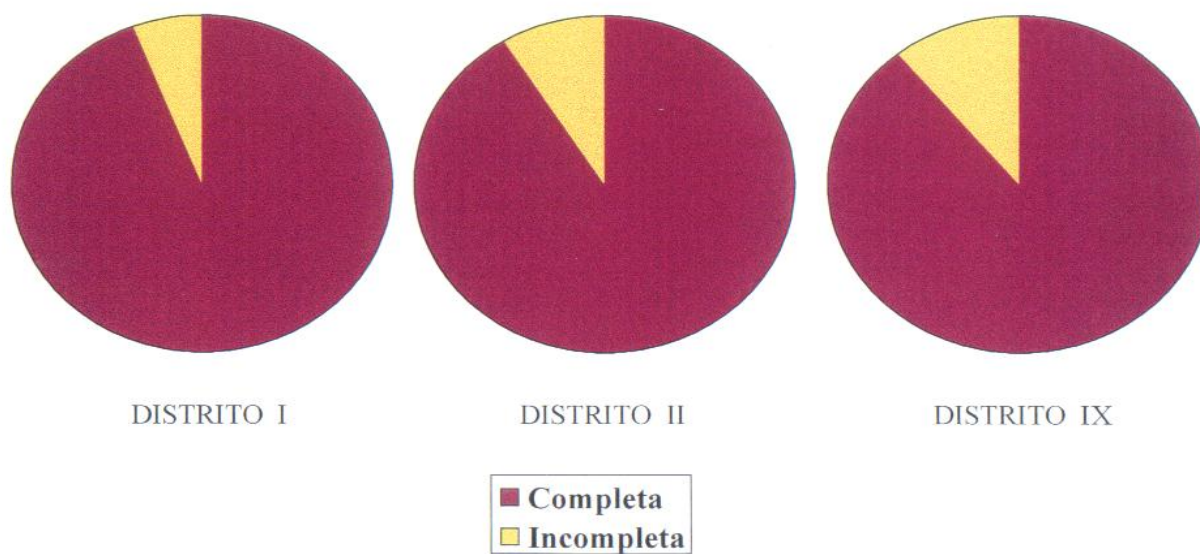


Figura Nro. 5
COBERTURA INMUNITARIA
 Programa de Salud Escolar - Primario - Hospital Fernández

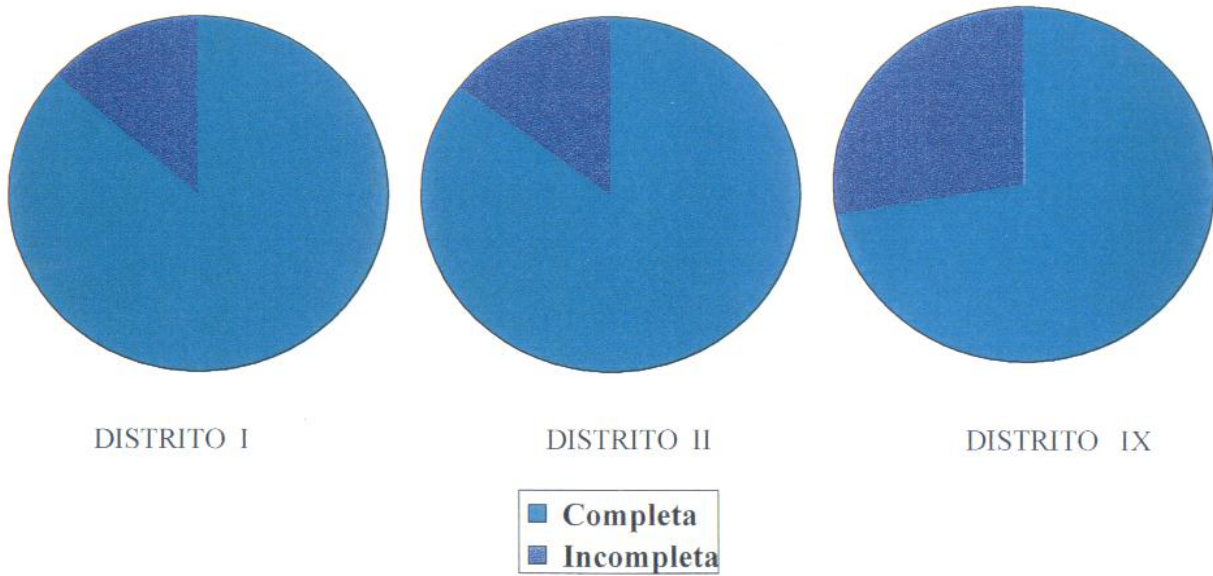


Figura Nro. 6
COBERTURA INMUNITARIA
 Inicial y Primario - Por Distrito Escolar

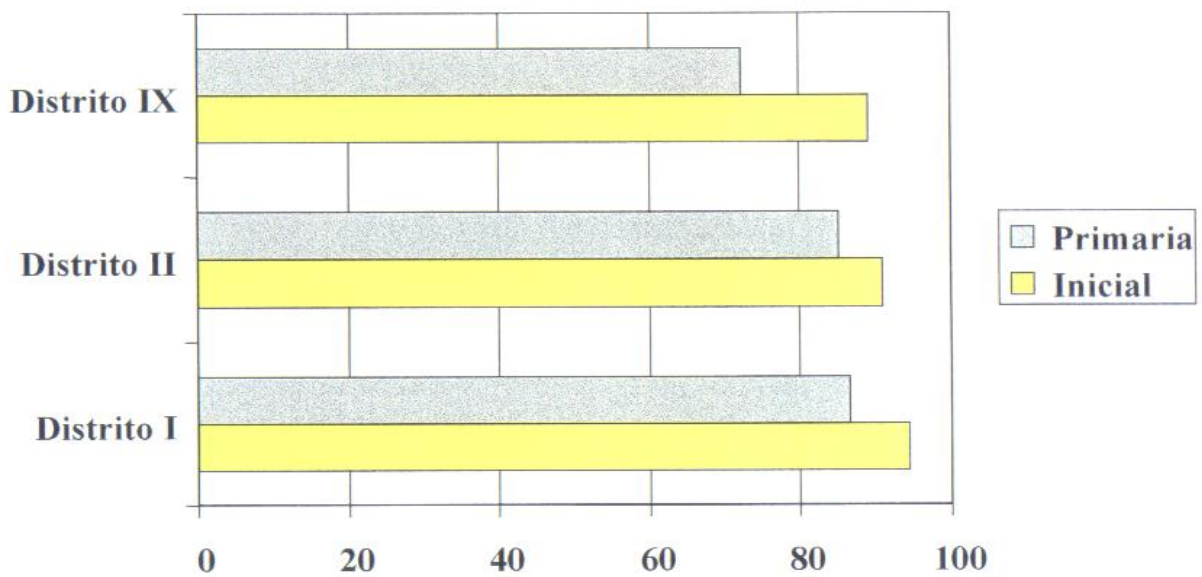


Figura Nro. 7
 Derivaciones a partir del Screening
 Nivel Inicial - Distrito I

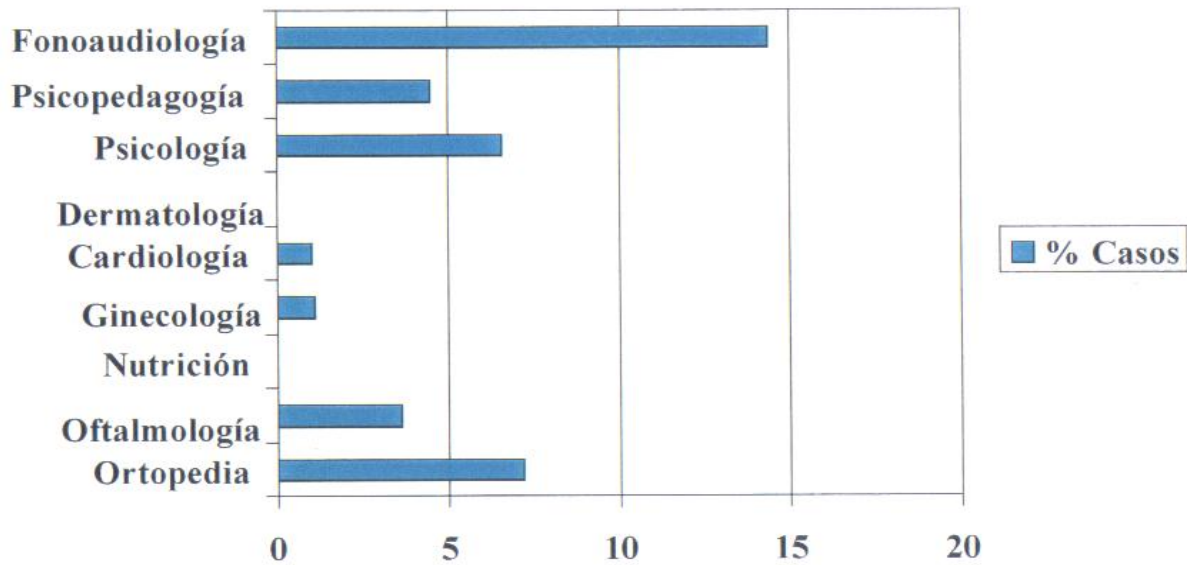


Figura Nro. 8
 Derivaciones a partir del Screening
 Nivel Inicial - Distrito II

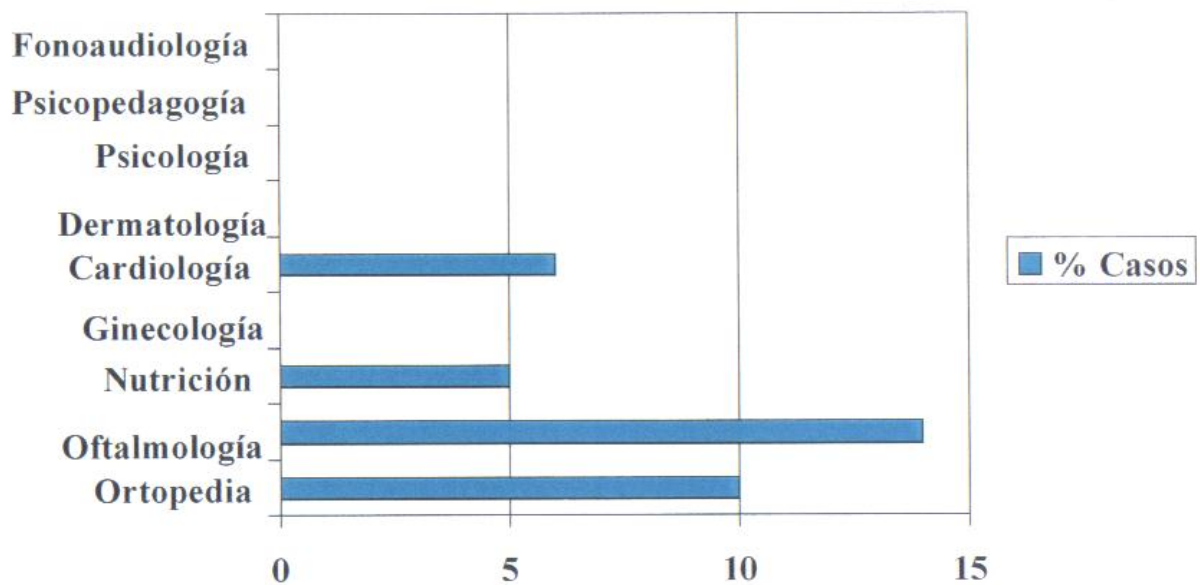


Figura Nro. 9
 Derivaciones a partir del Screening
 Nivel Inicial - Distrito IX

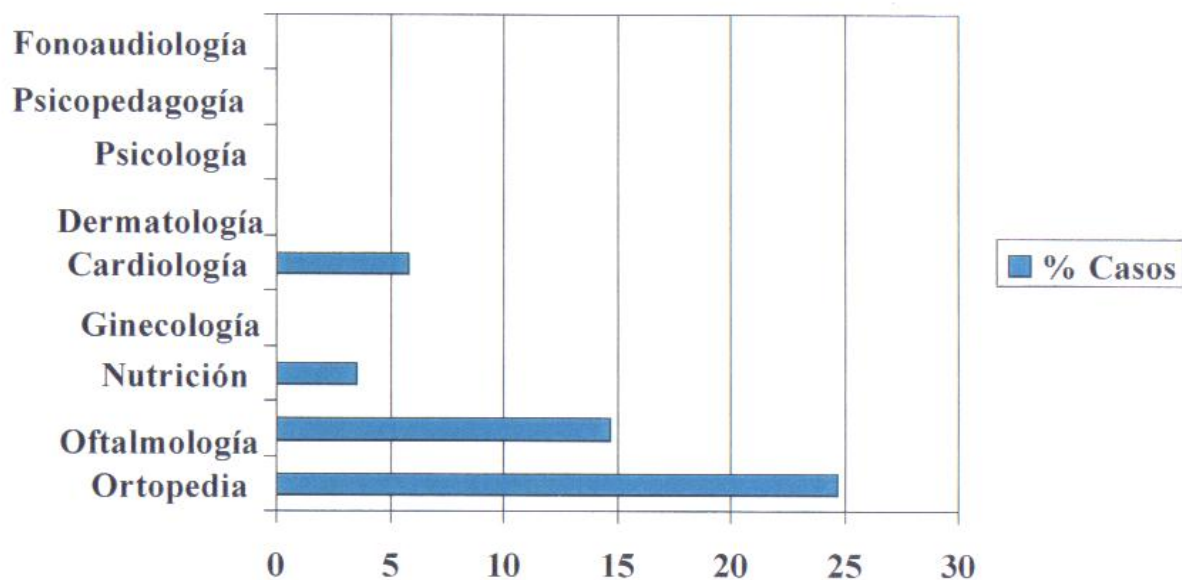


Figura Nro. 10
 Derivaciones a partir del Screening
 Nivel Primario - Distrito I

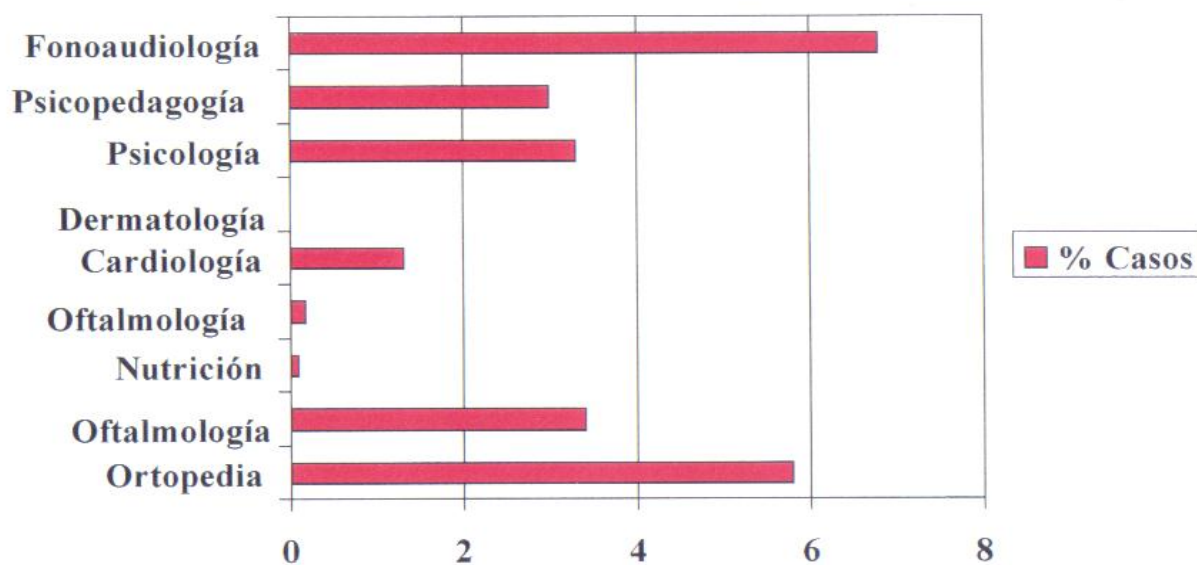


Figura Nro. 11
 Derivaciones a partir del Screening
 Nivel Primario - Distrito II

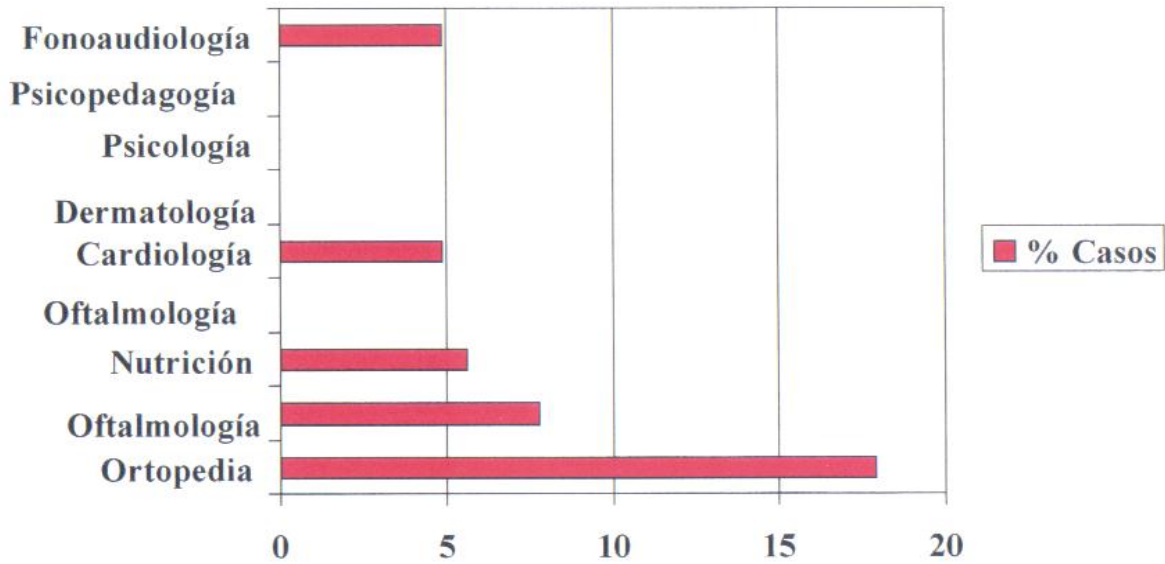


Figura Nro. 12
 Derivaciones a partir del Screening
 Nivel Primario - Distrito IX

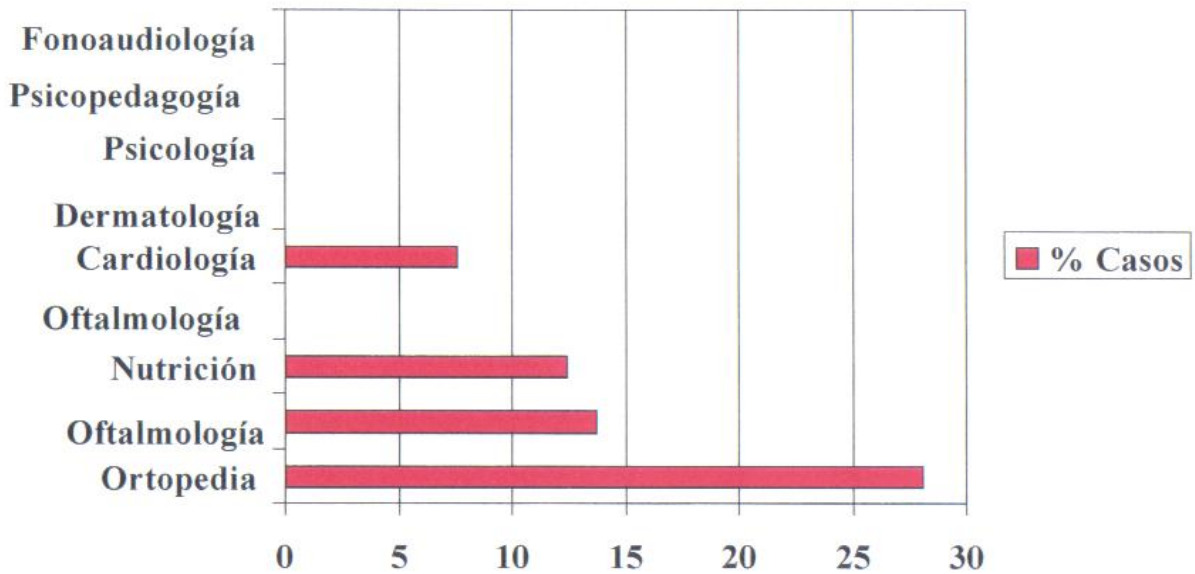


Figura Nro. 13
Frecuencia de Patologías - Valor Relativo sobre la
Población sujeta al Screening
Nivel Inicial - Distritos I - II - IX

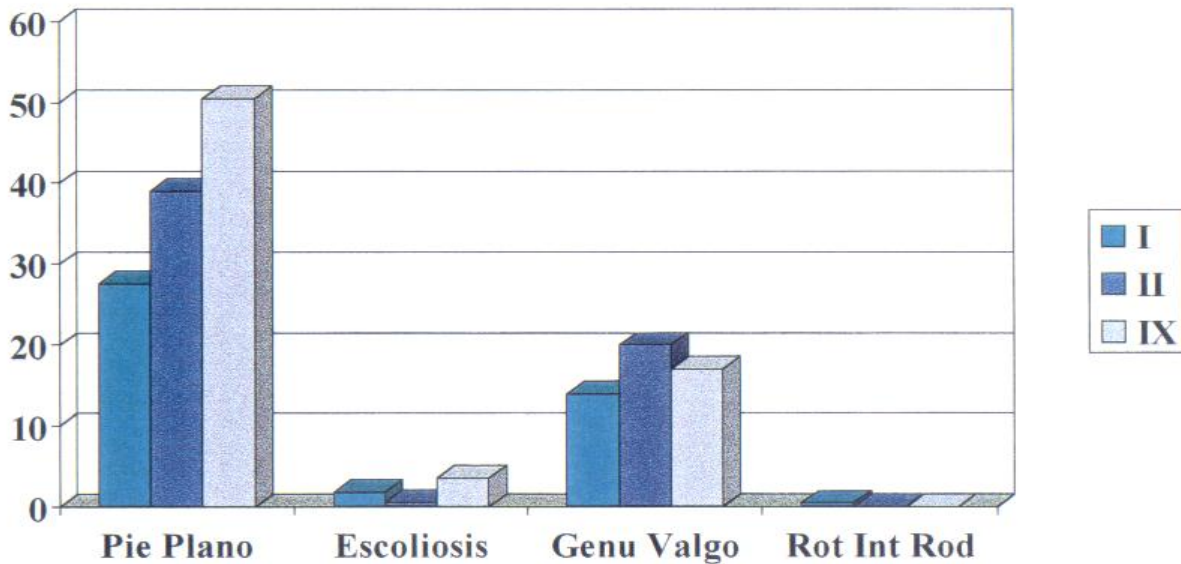


Figura Nro. 14
Frecuencia de Patologías - Valor Relativo sobre la
Población sujeta al Screening
Nivel Inicial - Distritos I - II - IX

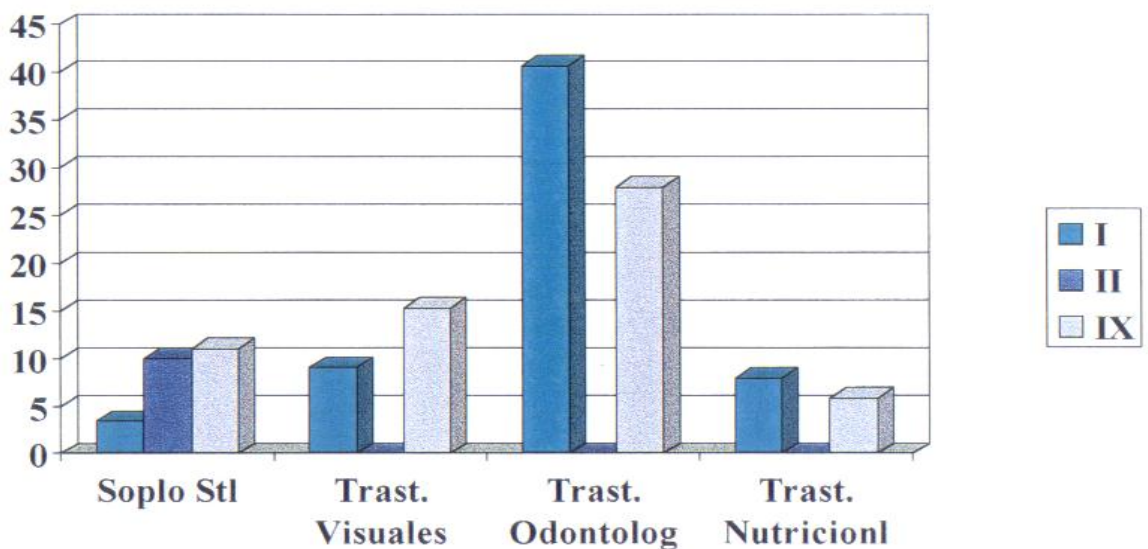


Figura Nro. 15
Frecuencia de Patologías - Valor Relativo sobre la
Población sujeta al Screening
Nivel Inicial - Distritos I - II - IX

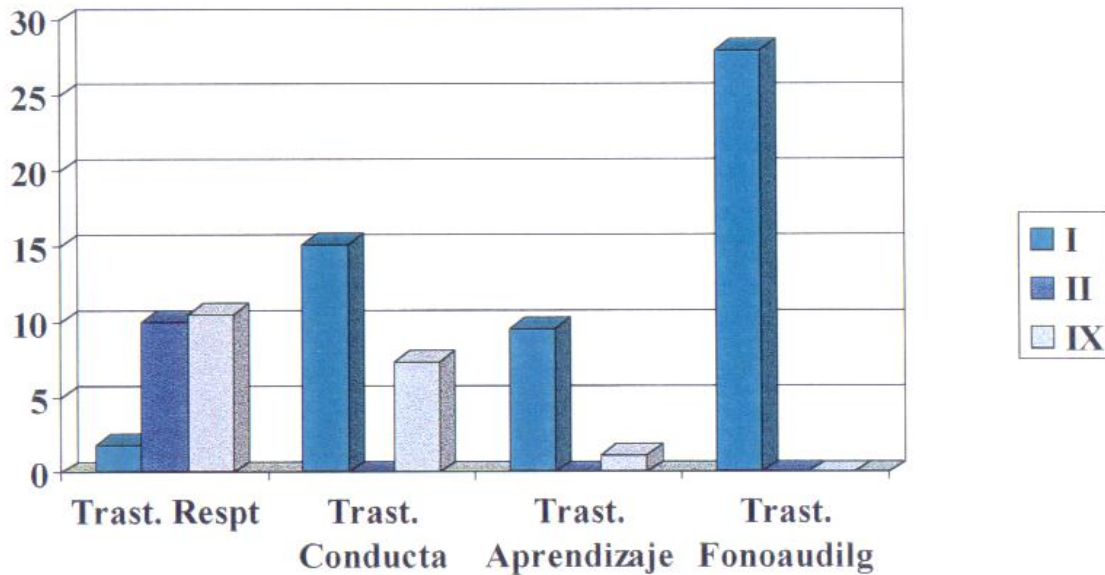


Figura Nro. 16
Frecuencia de Patologías - Valor Relativo sobre la
Población sujeta al Screening
Nivel Inicial - Distritos I - II - IX

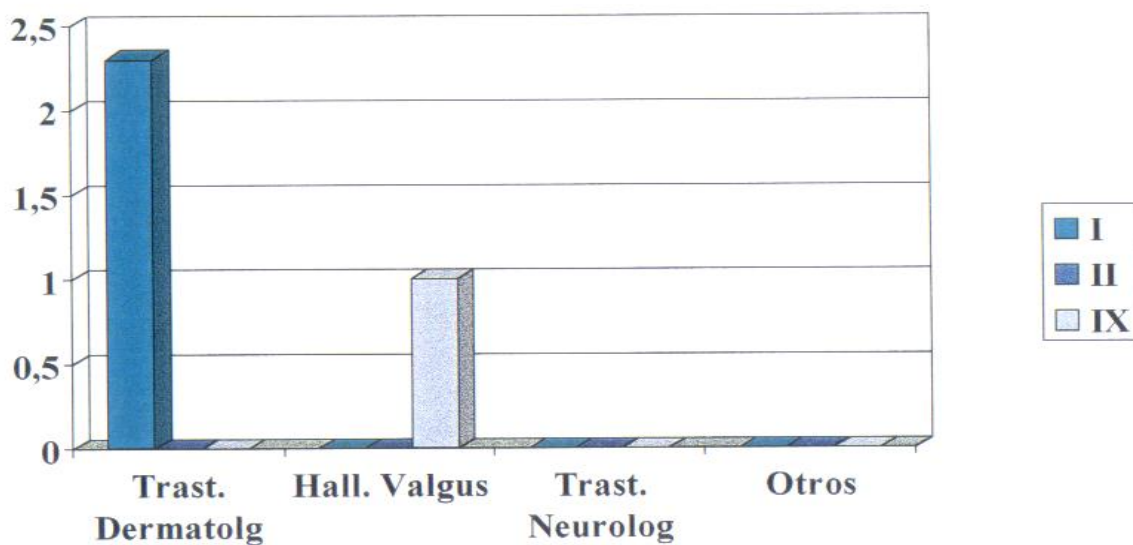


Figura Nro. 17
Frecuencia de Patologías - Valor Relativo sobre la
Población sujeta al Screening
Nivel Primario - Distritos I - II - IX

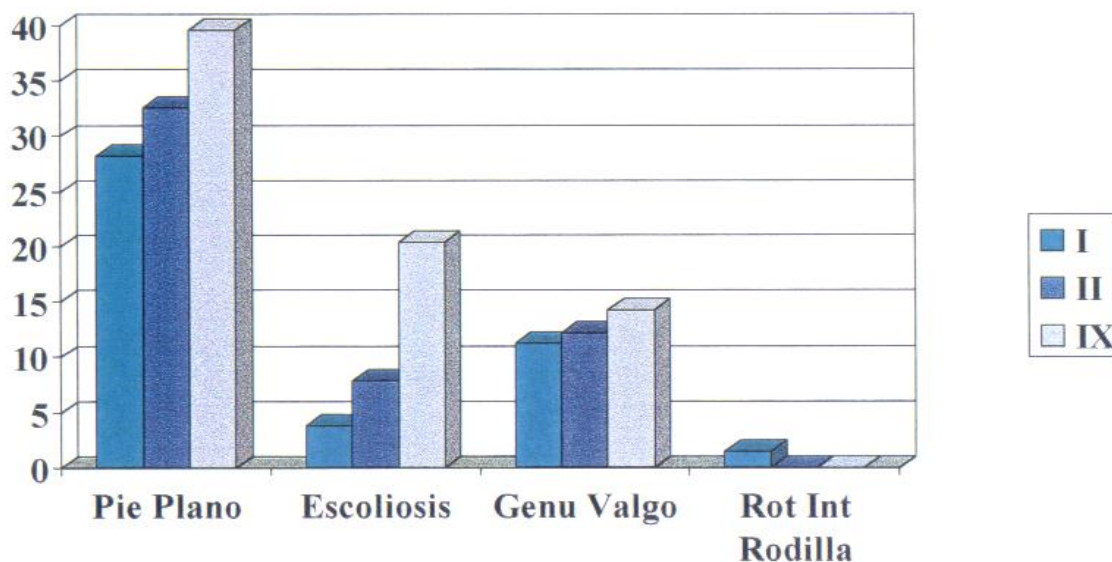


Figura Nro. 18
Frecuencia de Patologías - Valor Relativo sobre la
Población sujeta al Screening
Nivel Primario - Distritos I - II - IX

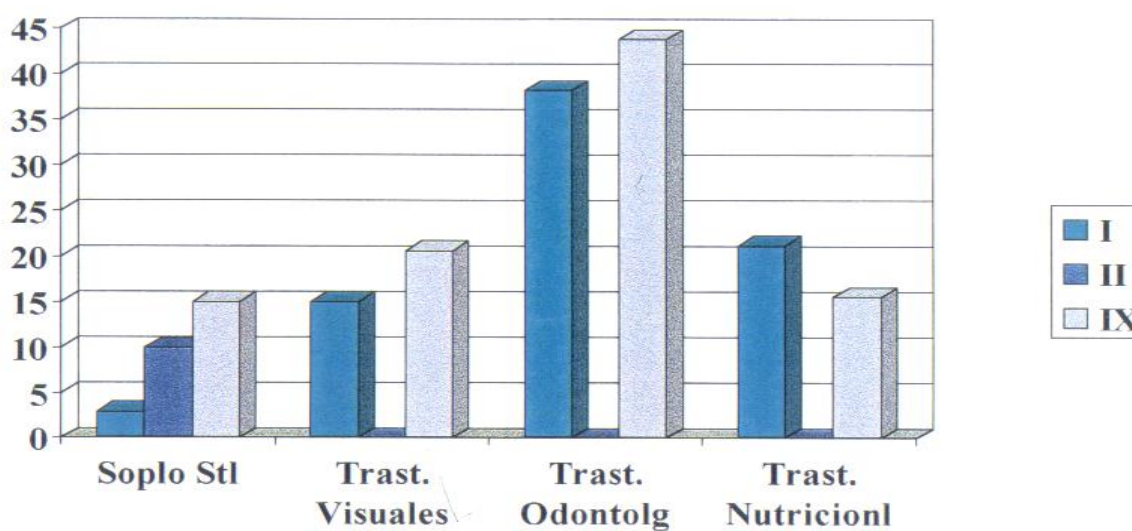


Figura Nro. 19
Frecuencia de Patologías - Valor Relativo sobre la
Población sujeta al Screening
Nivel Primario - Distritos I - II - IX

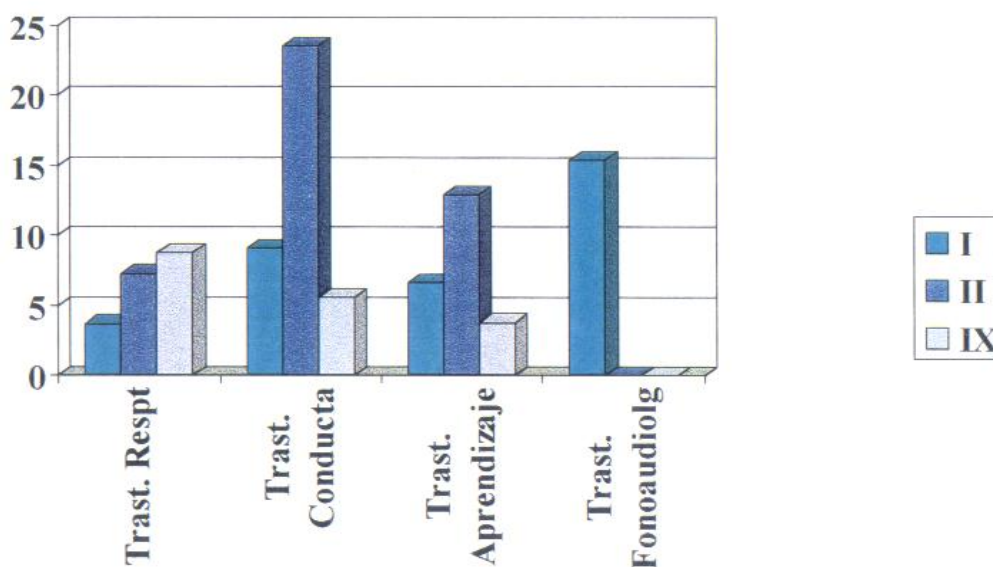


Figura Nro. 20
Frecuencia de Patologías - Valor Relativo sobre la
Población sujeta al Screening
Nivel Primario - Distritos I - II - IX

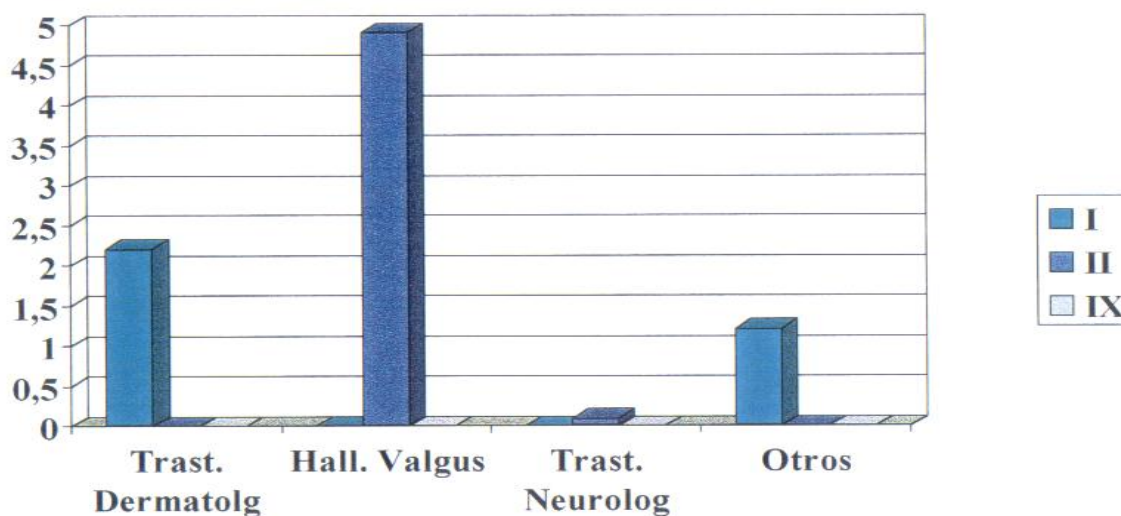


Figura Nro. 21
Valor Relativo Poblacional de la Cobertura en Educación
para la Salud
Niveles Inicial y Primario - Distritos I - II - IX

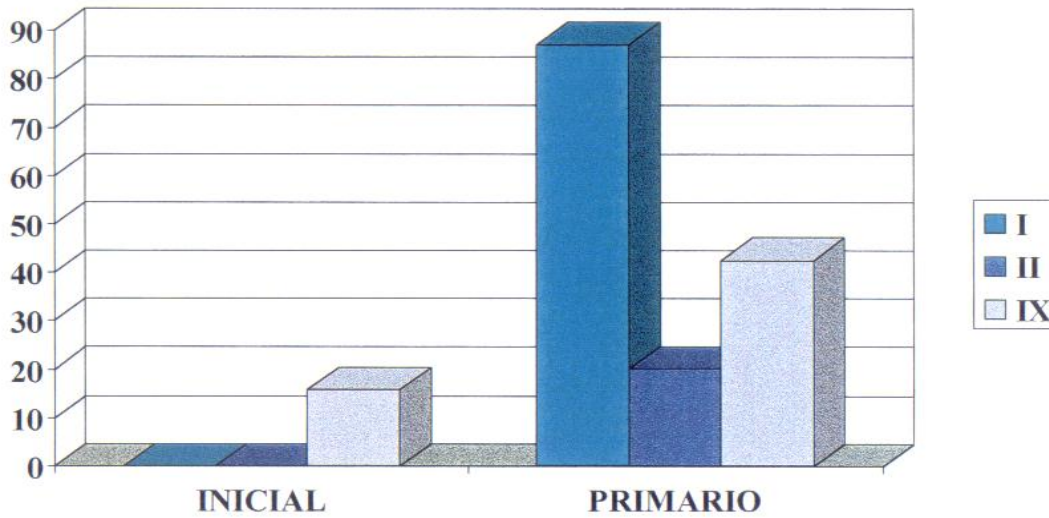


Figura Nro. 22
Evaluación de SubProgramas de Salud Escolar
SubPrograma de Epidemiología

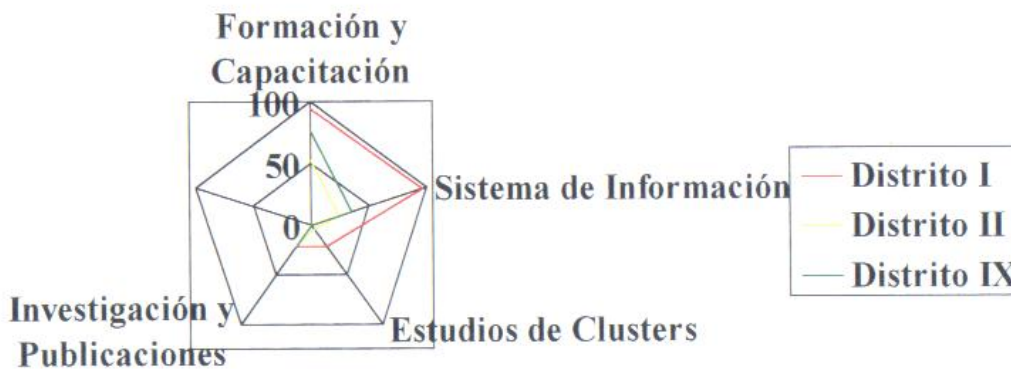


Figura Nro. 23
Evaluación de SubProgramas de Salud Escolar
SubPrograma de Inmunizaciones

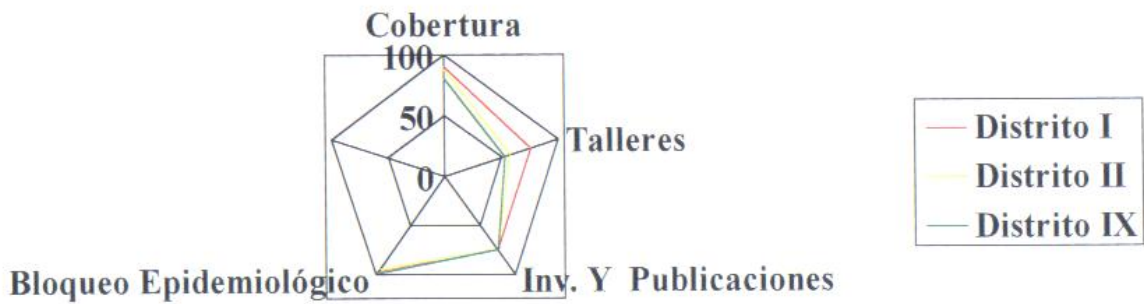


Figura Nro. 24
Evaluación de SubProgramas de Salud Escolar
SubPrograma de Educación para la Salud

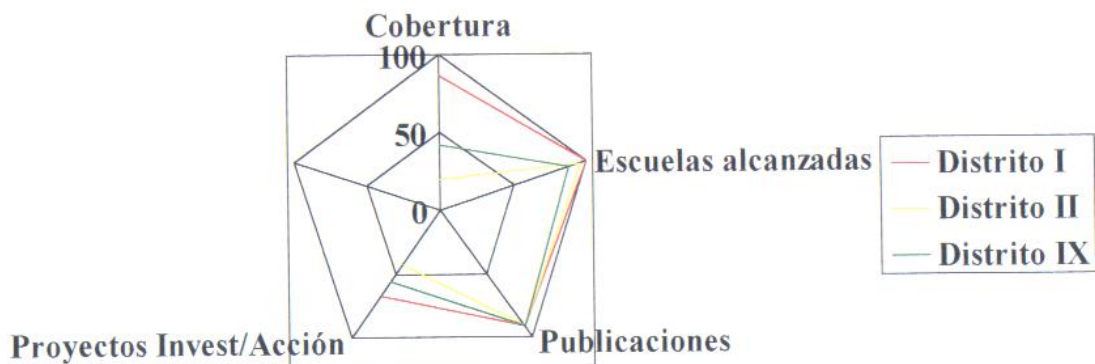


Figura Nro. 25
Evaluación de SubProgramas de Salud Escolar
SubPrograma de Salud Mental

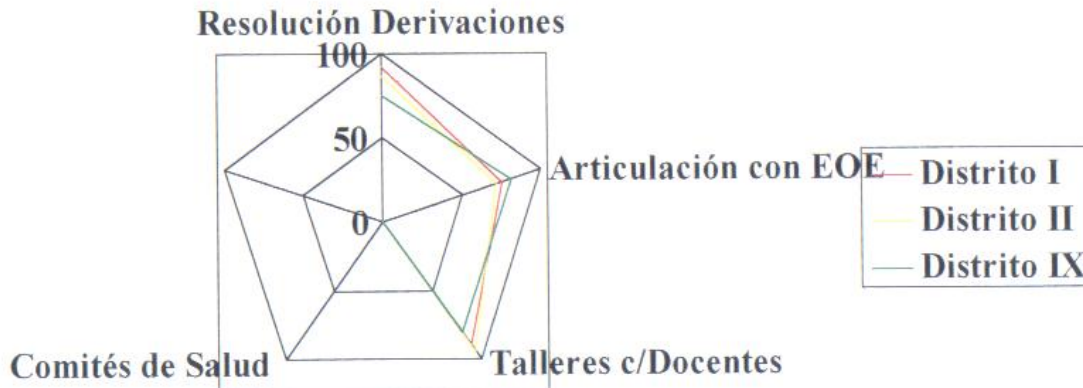


Figura Nro. 26
Evaluación de SubProgramas de Salud Escolar
SubPrograma de Violencia Familiar y Maltrato de
Menores

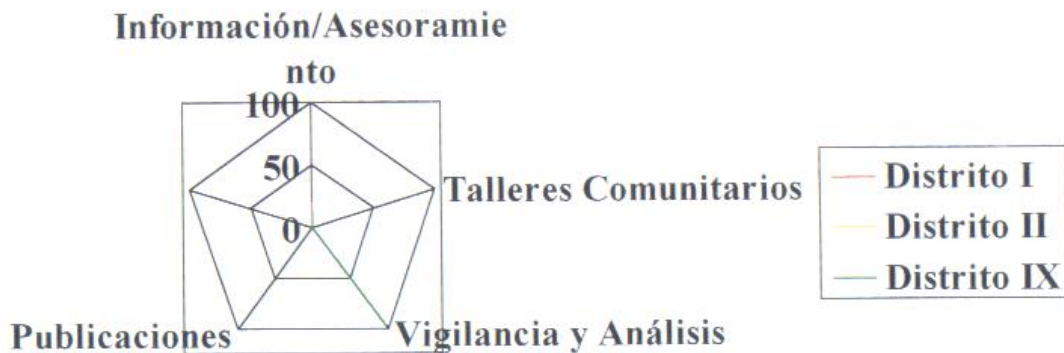


Figura Nro. 27
Evaluación de SubProgramas de Salud Escolar
SubPrograma de Odontología

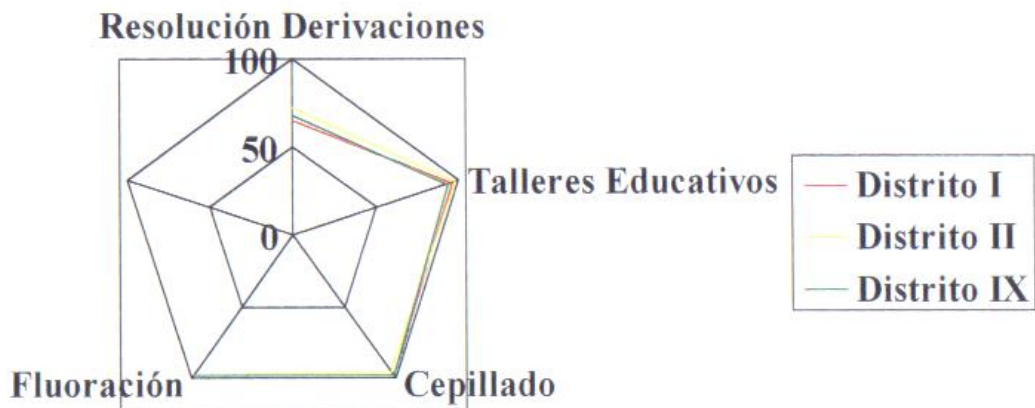


Figura Nro. 28
Evaluación de SubProgramas de Salud Escolar
SubPrograma de Fonoaudiología

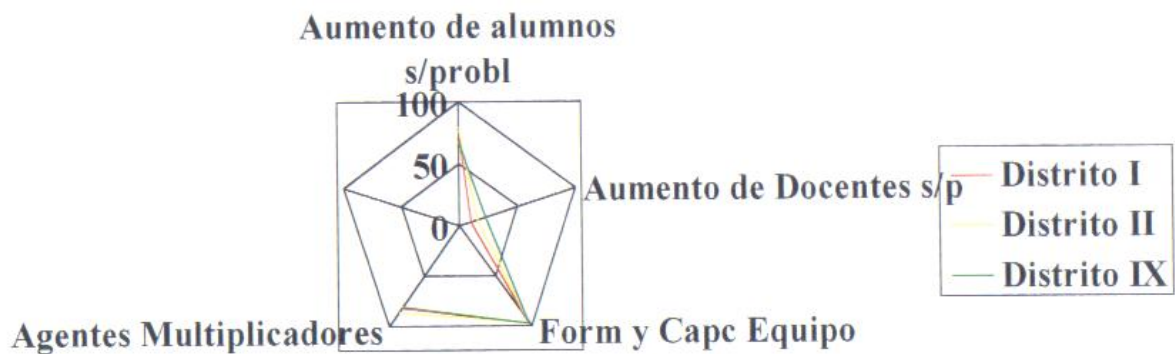


Figura Nro. 29
Evaluación de SubProgramas de Salud Escolar
SubPrograma de Nutrición

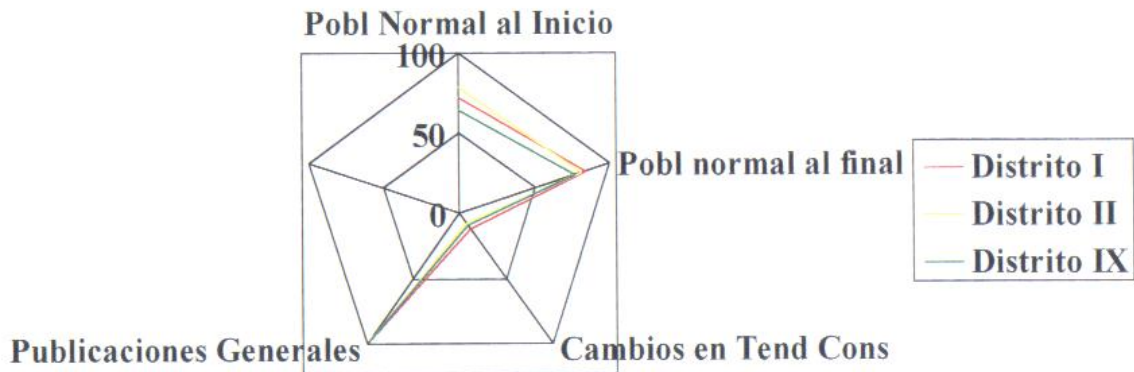


Figura Nro. 30
Evaluación de SubProgramas de Salud Escolar
SubPrograma de Oftalmología

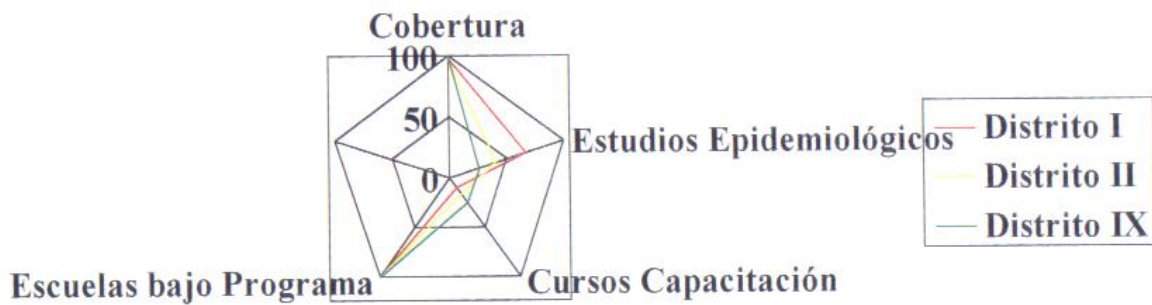


Figura Nro. 31
Evaluación de SubProgramas de Salud Escolar
SubPrograma de Zoonosis

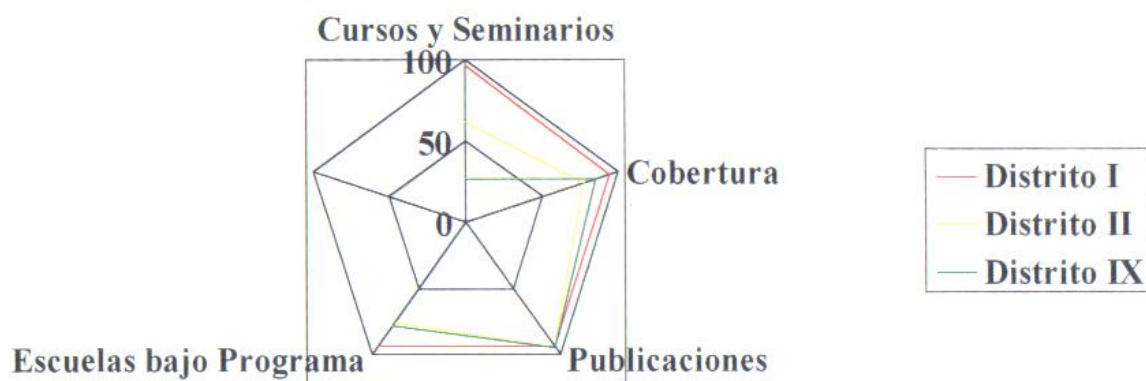


Figura Nro. 32
Evaluación de SubProgramas de Salud Escolar
SubPrograma de Adolescencia

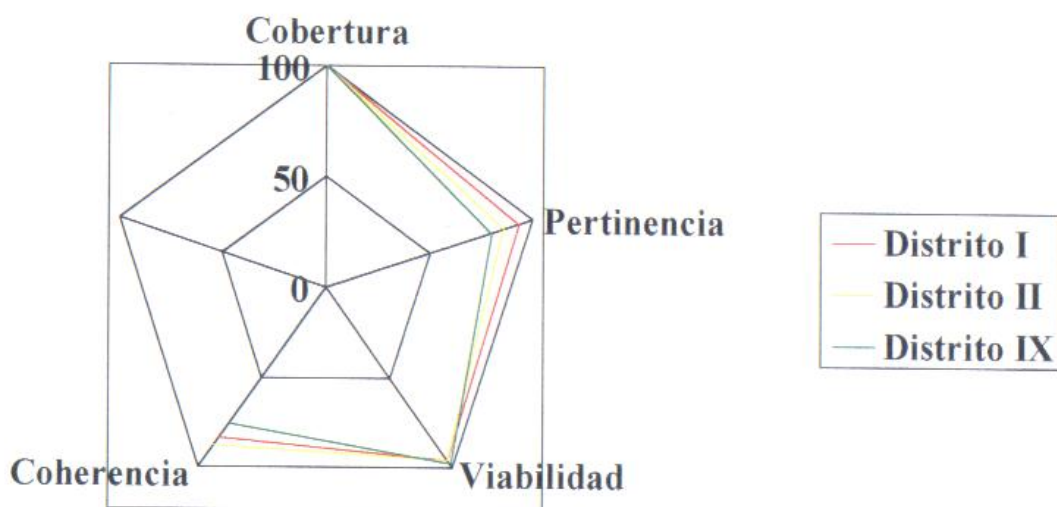


Figura Nro. 33
Evaluación de SubProgramas de Salud Escolar
SubPrograma de Educación Sexual, SIDA y ETS

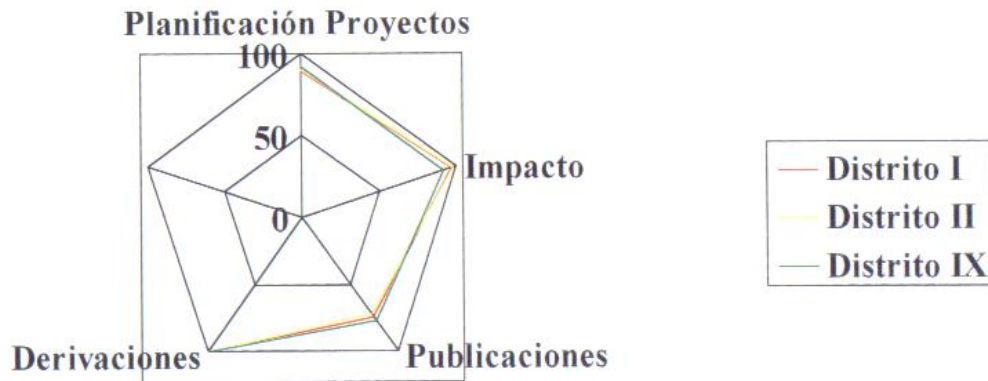


Figura Nro. 34
Evaluación de SubProgramas de Salud Escolar
SubPrograma de Comunidades Seguras y Saludables

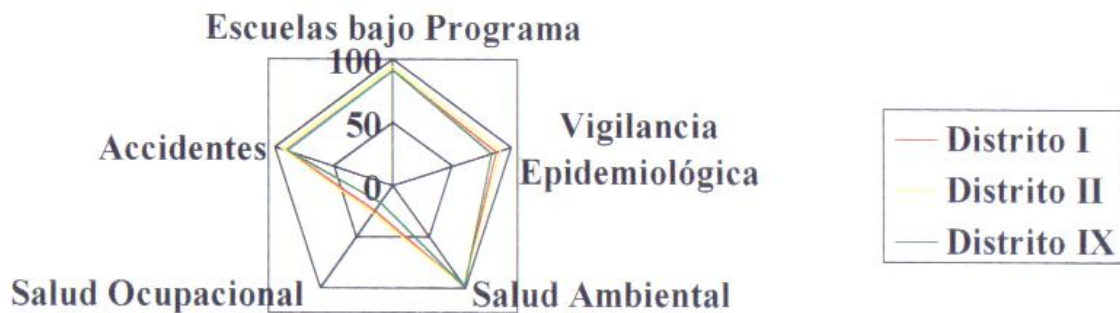
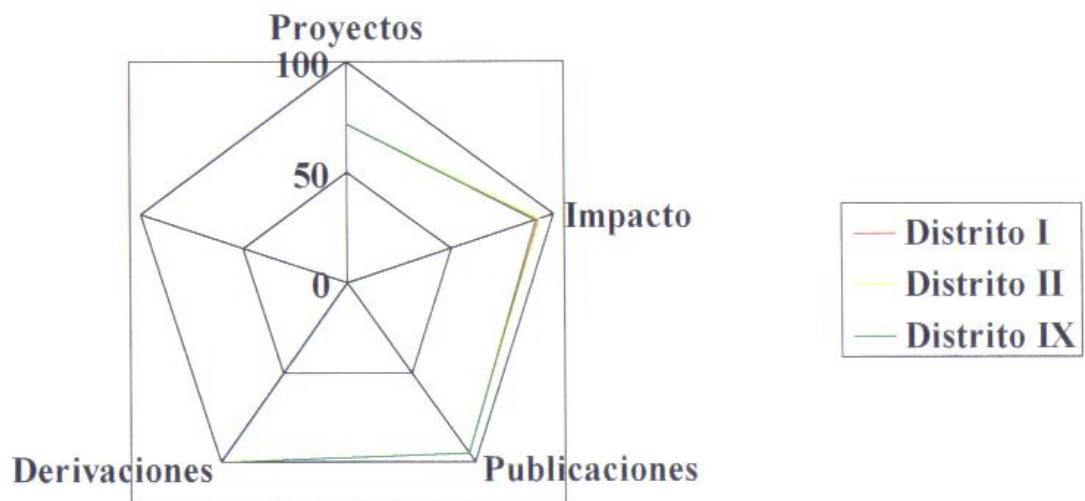


Figura Nro. 35
Evaluación de SubProgramas de Salud Escolar
SubPrograma de Adicciones



CAPITULO 4

CONCLUSIONES

Los resultados expuestos precedentemente sugieren específicas conclusiones que permiten cumplir con los propósitos generales, objetivos específicos e hipótesis fundamentales y accesorias planteados en el proyecto de investigación.

Al respecto y con el objeto de particularizar lo más sucintamente posible éstas, se puede señalar que existe evidencia suficiente para sostener que;

1. En el período estudiado se ha desarrollado conceptualmente, planificado las actividades, ejecutado según normas y evaluado su impacto en términos de prevención primaria, secundaria y terciaria, un Programa Integrado e Integral de Salud Escolar en el Area Programática Nro. 4 (Fernández). Este Programa -en términos de screening- alcanzó a 4.834 alumnos de tres Distritos y 32 Escuelas de nivel Inicial y Primario.
2. Tomando en cuenta los resultados del primer grupo experimental, que incluyó a la totalidad de la muestra, se pudo constatar que la asistencia a la convocatoria de los alumnos para el estudio de tamizaje está inversamente correlacionada con el riesgo socioeconómico-cultural, sugiriendo un menor interés en la población cubierta por diversos servicios de salud en forma planificada, en la oferta de estudios en aparente estado de buena salud.
3. La cobertura inmunitaria a nivel distrital estaba correlacionada en forma inversa con el nivel socioeconómico, siendo menor en el Distrito IX, de mayor riesgo, pero sólo en el nivel primario, sugiriendo una población de más difícil control anual de certificados al momento de la inscripción. Los alumnos ingresantes -a pesar de su condición igualmente

desfavorable- son mejor controlados y se les exige los comprobantes respectivos con mayor énfasis. Se deben tomar los recaudos para que en otros periodos estos resultados modifiquen las actividades propias de docentes y profesionales de la salud, en tanto se constataron niveles de susceptibilidad superiores a la norma.

3. El examen semiológico clínico-odonto-psicológico y social permitió tratar in situ diversas patologías, derivar para su tratamiento a otras y tener una vigilancia epidemiológica eficaz de la situación de salud de los educandos y -en algunos- casos de los propios docentes. Esta conclusión resulta importante si tenemos en cuenta que la eficacia del examen médico escolar ha sido muy cuestionada en otros países, mientras que en dos estudios nacionales se llega a conclusiones opuestas;

3.1 - Petersen y Col. evaluaron la eficacia del examen médico de ingreso a primer grado en un distrito escolar de Buenos Aires, en relación al número de niños con patologías detectadas por el examen, patologías confirmadas y tratamientos realizados. En sólo dos escolares se consideró la patología como resuelta, en seis de diez soplos fueron considerados funcionales por los cardiólogos y los otros se careció de información de contrarreferencia. Muy pocos al cabo de un tiempo de seguimiento estaban en tratamiento por problemas ortopédicos o nutricionales, o no había información a los padres. Las conclusiones fueron que en la población estudiada el examen masivo fue ineficaz para resolver los problemas que padecían los niños. Otras críticas internacionales se basan en la existencia previa de un buen control de salud en la misma población, en el bajo número de patologías nuevas que se detecta, la poca especificidad del examen médico, el escaso cumplimiento de las derivaciones y/o tratamientos sugeridos y la falta de tratamiento eficaz para algunas de las afecciones detectadas.

3.2 Pasqualini de Arroyo y Col. en cambio publicaron las características principales y los resultados de un Programa de Salud Escolar implementado en alumnos de séptimo grado de 8 escuelas también de la Ciudad de Buenos Aires. Los hallazgos anormales más frecuentes fueron la disminución de la agudeza visual, estrabismo, actitudes escolióticas, obesidad y soplos cardíacos, pero aceptaron en que es

necesaria una mejor capacitación de los profesionales del equipo interdisciplinario para lograr una mayor eficacia diagnóstica. Sólo el 25% de los examinados conocía previamente lo hallado en su examen. El 71% de ellos contaba con cobertura médica pero sólo el 50% tenía pediatra de cabecera. En el momento del examen físico solo el 75% había cumplido el esquema de vacunación completo. Los autores concluyeron que estos resultados fueron útiles para replantear los objetivos de futuros programas de salud escolar

En el presente estudio no se puede dejar de aceptar que, desde la administración estratégica, si bien son necesarios diversos tipos de ajustes en las actividades de los equipos, los resultados indican la extrema importancia de la patología relevada, tanto en el descubrimiento de enfermedades no conocidas como en la posibilidad de incidir en el más correcto seguimiento de las ya diagnosticadas pero mal tratadas. Un ejemplo concreto de esta enorme importancia es que tanto en el presente trabajo como en el de Pasqualini de Arroyo y Col. , la cobertura inmunitaria era deficiente, presentando una masa de susceptibles que podría determinar un brote epidémico de enfermedades prevenibles. En este caso el examen clínico permitió completar los esquemas y aventar este riesgo. Esta oportunidad perdida - paradójicamente- no fue evaluada en el trabajo de Petersen y Col. Estos últimos autores también aceptan que *un examen médico realizado en forma estandarizada* (como el presente) *y enfocado hacia determinadas patologías hubiese sido más eficaz.*

Pero la quizá la mayor importancia del screening, para el grupo etario considerado, es que permite un acercamiento a alumnos, padres y docentes, que optimiza el verdadero eje de los Programas de Salud Escolar; la promoción, protección y prevención. Realizar tareas de tamizaje - con toda la importancia que éstas tienen - no serían costo-efectivas en términos de salud, si no sirvieran de plataforma para abordar actividades de prevención primaria dentro de la Escuela. Es por ello que la realización del screening ***dentro de la Escuela*** es fundamental para un Programa de Salud Escolar, y es uno de los sesgos más importantes de los trabajos ya referidos. La citación de alumnos y padres al Hospital o a un Centro de Salud es inconveniente, ineficaz para la relación posterior en

actividades de promoción o prevención y -no menos importante- desfavorable para la normal asistencia en el establecimiento base.

En el nivel inicial predominaron en nuestro estudio los diagnósticos de alteraciones ortopédicas; pie plano, escoliosis, genu valgo, así como los soplos, los trastornos visuales, odontológicos y nutricionales, así como diversas patologías del sistema respiratorio, odontológicas, fonoaudiológicas y psicopedagógicas. Las diferencias más significativas entre los Distritos se concentraban en la constatación de soplos y trastornos respiratorios, que crecen en la medida del aumento del riesgo socioeconómico ambiental. En el nivel primario se pudo constatar una mayor frecuencia de patologías ortopédicas, cardiológicas y respiratorias, mientras que en ambos grupos estas patologías determinaban derivaciones de referencia y contrarreferencia a servicios de cardiología, ortopedia, oftalmología y nutrición, con criterios de trazadores para determinar situaciones de salud relacionadas con condiciones de vida.

Si bien útil para señalar patologías y necesidades de asistencia a la población -con sus consecuencias sanitarias y de administración hospitalaria - este estudio por clusters basados en Distritos no logró eliminar la falacia epidemiológica de la gran heterogeneidad de factores de riesgo socioeconómico-cultural. En cada Distrito coexisten Escuelas de gran riesgo con otras que compensan los resultados, no permitiendo una correlación eficaz de condición de vida / situación de salud. Es por ello que el rechazo de la hipótesis nula quedó absolutamente ligada al segundo grupo experimental.

4. La evaluación de subprogramas de promoción, protección y prevención fue uno de los logros más importantes del presente trabajo de investigación-acción, en tanto en la Argentina son muy escasos los estudios que analicen el impacto y resultado de las actividades de prevención primaria. La ardua tarea, utilizando métodos novedosos, alcanzó a las actividades programáticas de epidemiología, inmunizaciones, educación para la salud, salud mental, violencia familiar y maltrato de menores, odontología, fonoaudiología, nutrición, oftalmología, zoonosis, adolescencia, educación sexual-SIDA y ETS, Comunidades Seguras y Saludables y Adicciones. Aparte de medir la eficacia, eficiencia y efectividad de cada uno de ellos, se pudo comprobar el diferente impacto de los mismos en relación a los Distritos de mayor riesgo, sumándose a la comprobación de

la hipótesis. Los gráficos de área evaluativos expuestos se cuentan entre los primeros estudios argentinos sobre la administración estratégica de programas de prevención primaria e inauguran una actividad tan necesaria como exigible. Sin lugar a dudas la actividad de menor impacto ha sido la participación comunitaria, constituyéndose en el esfuerzo del futuro y en la base de nuevos estudios metodológicos e instrumentales.

5. Pero como ya se ha expresado, las conclusiones sobre las hipótesis planteadas necesitaron del Segundo Grupo Experimental, en donde se eligieron una Escuela por Distrito del Mayor Nivel de Riesgo y otra Escuela por Menor Nivel de Riesgo (según la Escala propuesta por Goldthorpe). Esto permitió, según la recomendación de Castellanos, disminuir cuasiexperimentalmente la heterogenidad, agrupando riesgos homogéneos y comparando sus resultados en términos de salud.

De este modo se pudo aceptar la hipótesis fundamental " *los alumnos de escuelas de predominio socioeconómico-cultural desfavorable poseen mayores indicadores de trastornos en las áreas biopsicosociales investigadas, así como menor impacto de las actividades de educación para la salud emprendidas*" Con gran confiabilidad bioestadística y epidemiológica (utilizando como instrumento el odds ratio, los estudios de correlación y el test de Mantel-Haenszel como prueba de significancia estadística) se demostró que existe una correlación positiva entre en nivel de riesgo de los alumnos y el diagnóstico de diversas patologías y trastornos de conducta y aprendizaje, en especial;

- en patología oftalmológica, necesitando con mayor frecuencia derivaciones diagnósticas y terapéuticas
- en trastornos odontológicos, donde se constataba una prevalencia del 63% en la población de riesgo y de sólo el 27% en la de mejor nivel
- en trastornos de conducta, con un riesgo doble, y en los trastornos de aprendizaje con un riesgo siete veces mayor, en las escuelas de tipo C sobre las A.
- en trastornos cardiológicos la correlación fue negativa, siendo más frecuentes en las escuelas de menor riesgo.

Pero la correlación (negativa) más importante y uno de los hallazgos de mayor trascendencia del estudio es el aumento de la cobertura inmunitaria en la medida que

disminuye el riesgo socioeconómico, sugiriendo cambios profundos en los métodos e instrumentos de abordaje, en tanto podría resultar tardío completar los esquemas al ingreso o en séptimo grado, permitiendo la aparición de brotes de patologías absolutamente prevenibles.

6. La Hipótesis Accesorio A fue corroborada, en tanto el Método de Bichman y Col. ha sido probado efectivamente en nuestro medio, siendo instrumentalmente pertinente y prácticamente sencillo para la medición del impacto de actividades subprogramáticas, aconsejándose su uso en otros Programas de Salud Escolar o en otras actividades de promoción y protección.

7. La Hipótesis Accesorio B, relacionada con demostrar que existen diferencias en cuanto al estado de salud de los alumnos en relación a la cobertura de los diferentes subsectores involucrados, permitió el rechazo de la hipótesis nula. El análisis de cobertura por Subsistema de Salud demostró que en el cluster de menor riesgo relativo (A) predomina el uso de servicios de la seguridad social y privados, mientras que en las de mayor riesgo predomina largamente el Hospital Público. La asistencia de la población de menor nivel socioeconómico es preferentemente llevada a cabo por el Hospital Público, que tiene que transformar su modelo de asistencia hacia la atención primaria, en tanto esta población tiene mayores dificultades de accesibilidad (económica, geográfica o cultural) y presenta por ello mayor frecuencia de patología biopsicosocial.

Por último, se estudió la respuesta del Hospital Base a las derivaciones surgidas del screening, comprobándose una respuesta oportuna y universal en todos los subprogramas, lo que demuestra que la estrategia de áreas programáticas ha sido absolutamente comprendida por los servicios intramurales, constituyendo una efectiva red de servicios de complejidad ascendente para el presente Programa Integrado e Integral de Salud Escolar.

El total de estas conclusiones permiten una contribución señalable a la administración estratégica de programas preventivos en la edad escolar (esta última definida como la *parte de la medicina que establece los medios de promoción, protección*

y recuperación de la salud física, mental y social del niño y su desarrollo normal durante el período de asistencia a la escuela) y abren el camino a otras tantas hipótesis como las que se planificó estudiar, ayudando en definitiva a crear un modelo conceptual mas integral e integrado y un mejor servicio a la comunidad bajo nuestra responsabilidad.

CAPITULO 5

BIBLIOGRAFIA

1. Lemus, J.D. - Atención Primaria de la Salud y otras Estrategias de Salud Pública - De. Univ. del Salvador, Escuela de Salud Pública, Buenos Aires, 1994
2. Lemus, J.D. - Atención Primaria de la Salud y Areas Programáticas Hospitalarias - Ed. Kohan, Buenos Aires, 1998
3. Alvarez Dardet, C.; Alonso, J.; Domingo, A. y Regidor, E. - La medición de la clase social en Ciencias de la Salud - SG Editores, Barcelona, 1995.
4. Castellanos, P.L. - Condiciones de Vida y Situación de Salud - Organización Panamericana de la Salud, Washington, 1993.
5. Smud, R.; Sermukslis, B. y Col. - Incidencia de Hiperlipoproteinemias en el recién nacido. Método de Detección y Prevención de las complicaciones de las hiperlipoproteinemias en la población general - I Jornadas Científicas del Hospital Fernández, Buenos Aires, 1982
6. Fuchs, A.; Alaluf, G.; Squillace, S.; Lemus, J.D. y Gaón, D. - Modificaciones de los factores de riesgo en la prevención primaria de la enfermedad coronaria a través de la dieta - Estudio intervencionista en una población escolar, con seguimiento a seis años - Premio Rioja, Fundación Cardiológica Argentina, Buenos Aires, 1991
7. Ortega Calvo, M.; Martínez Manzanares, C.; Galán y Galán, F. y Romero Velasco, E. - Máximo Erro Posible en la muestra en Asistencia Médica Primaria - N Arch Fac Med, 42 - 9 (439-443), 1984.

8. Muñiz, G.D.; Cordero, J.R.; Cosín, C.R. y Orzanco, A.P. - Programas de Salud, CBS, León, 1991
9. Organización Mundial de la Salud - Iniciativa mundial de salud escolar - Ginebra, 1996.
10. Henderson, A.C. - The importance of a helthy school environment. En Cortese, P. Middleton K, de. - The comprehensive school health challenge; promoting health through education, Vol. 1, ETA Associates, California, 1994
11. World Bank Development Report 1993 - investing in Health - Nueva York, Oxford University Press, 1993.
12. Organización Panamericana de la Salud - Promoción de la Salud; una Antología - Pub. Científica Nro. 557, Washington, 1996.
13. Alaluf, G.; Lemus, J.D y Gaón, D. - Estudio de factores de riesgo en escolares de séptimo grado - Mar del Plata, 1991.
14. Organización Panamericana de la Salud - Escuelas Promotoras de la Salud - Washington, 1998.
15. Petersen, M.C.; Polack, D. y Piasco, M. - El examen médico de ingreso a primer grado en un distrito escolar de la ciudad de Buenos Aires - Arch Arg Pediatr 92 (333-335), 1994.
16. Pasqualini de Arroyo, D.; Rodríguez, D. y Manterola, A.C. - Programa de Salud Escolar para adolescentes de séptimo grado - Arch Arg Padiatr 88 (5 - 11), 1990.
17. Guzzo Conte-Grand, R. y Merello Lafuente, C. - Taller Escolar de Salud - Actividades Interdisciplinarias - De. Cincel, Madrid, 1987.
18. Zanetta de Lima, G. - Saúde Escolar e Educaçao - Cortez Editora, San Pablo, 1985.

19. Lemus, J.D. – Salud Pública – Marco Conceptual e Instrumentos Operativos – Ed. Kohan, Buenos Aires, 2001.

20. Lemus, J.D. y Aragües y Oroz, Valentín – Auditoría Médica; Un enfoque Sistémico – Ed. La Librería de la Ciencia, Buenos Aires, 2004.

ANEXO

PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR

1. MARCO CONCEPTUAL

La íntima relación existente entre la educación y la salud, consideradas actualmente como basamentos indisolubles de la calidad de vida de nuestra sociedad, hacen necesaria la explicitación de un programa de atención integrada e integral de la salud de educadores y educando que garantice un satisfactorio estado psicofísico a partir del cual todos los integrantes del sistema educativo municipal puedan alcanzar las competencias básicas que les permitan en un futuro su inserción en el medio social y laboral.

La población escolarizada de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires no es homogénea desconocer sus desigualdades, dándole un tratamiento uniforme a todas las situaciones de aprendizaje, institucionaliza las marginaciones que provocan deserción, repetición y rendimiento diferencial. Por lo tanto garantizar la salud psicofísica y social de nuestros alumnos y docentes permite colocar en este aspecto de igualdad de oportunidades a los sectores sociales menos protegidos, responsabilidad del sector público que coadyuva en alcanzar la igualdad de oportunidades de acceso, permanencia y promoción.

Asimismo y por otra parte, esta población escolarizada de niños y adultos y los propios educadores forman en conjunto un importante núcleo que permite optimizar la prevención primaria, secundaria y terciaria, tal cual se practica con los programas de exámenes en salud laborales. En tal sentido, esta población, junto a los respectivos familiares de los educandos, se convierte en un agente multiplicador y de cambio, de trascendental importancia en las estrategias de educación para la salud.

2. FUNDAMENTACION DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA

El niño es una totalidad biopsicosocial cuyo crecimiento y desarrollo requieren de progresivos ajustes. Sus necesidades están planteadas en términos de seguridad y equilibrio (principalmente afecto, alimento, educación y salud) en que los contenidos serán provistos por un contexto complejo; madre, familia, comunidad y sociedad, en un marco institucional al que se incorpora en forma progresiva, participando activa y dinámicamente en un mundo de rápidos y permanentes cambios.

Las carencias que se verifiquen en cualquiera de los niveles enunciados – afectivos, alimenticios, sociales, de atención primaria, secundaria y terciaria– generan deficiencias en los demás y encadenan respuestas patológicas sucesivas que a veces podrán no tener traducción en las respectivas tasas de morbimortalidad, pero que pautan expresivamente la deserción y el desgranamiento, con las consecuencias que ello trae aparejado.

El grupo escolar es el sobreviviente natural del sector de edad más vulnerable (0-1 año), destinatario especialmente elegido pero no siempre abarcado con eficacia por los programas maternoinfantiles. Precisamente el grupo analizado tienen como ventaja indudable que el niño es hallado para su control dentro del ámbito institucional de la escuela o el jardín de infantes, lo cual facilita su cobertura.

Las patologías que predominan y que presentan como factor común la posibilidad de ser limitadas y controladas por acciones programadas y sistematizadas, están en relación con la desnutrición, las enfermedades transmisibles, la infestación parasitaria, las caries dentales, las alteraciones del aparato locomotor, las afecciones endocrinas, los trastornos sensoriales y, particularmente, los problemas de conducta.

La tarea exige que tanto el sector educación como el sector salud sean conscientes de la importancia de una labor en equipo, interdisciplinaria y coordinada con todos los sectores que de una u otra manera, tienen que ver con la población escolarizada.

Lo expuesto afirma la necesidad de efectuar un correcto y adecuado diagnóstico de salud de estos grupos etarios, con el objeto de implementar acciones sistematizadas en subprogramas adecuados, tanto como a evaluar y adecuar los servicios de salud a estas acciones fundamentales. Se debe trabajar en los niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria, y con el criterio de vigilancia epidemiológica de las patologías detectadas, mediante la referencia y contra-referencia con las especialidades pertinentes (técnicas de screening y case-finding), lo cual supone un ascenso eficaz y oportuno en la pirámide de complejidad y por ende un real desafío en relación a la eficiencia, eficacia y efectividad del servicio de salud involucrado, amén de la inclusión de otros recursos humanos del sector salud; los maestros, la familia y la participación activa de la comunidad.

La incorporación de los jardines maternos, adolescentes, adultos escolarizados y del personal docente a estos subprogramas hacen asimismo a la optimización definitiva del programa de salud escolar y la concreción de los objetivos del mismo.

El rasgo distintivo de estas acciones es su ubicación en la Escuela y en el Area Programática del Hospital Base, donde debe efectuarse el primer nivel de abordaje sistematizado, fundamentalmente en aquellos momentos de esta etapa con características propias, como son los jardines maternos (45 días a 5 años); nivel inicial (sala de cinco), el primero y séptimo grado del nivel primaria común; el ingreso de los adultos escolarizados (nivel primaria común); anualmente al nivel especial y al ingreso del nivel terciario, así como las actividades de educación para la salud y vigilancia epidemiológica del nivel secundario.

Así enunciados, estos elementos se constituyen en un verdadero sistema de salud escolar, que como todo sistema de relación social, es abierto, o sea, está en constante intercambio con su ambiente, ya que de él depende y sobre él influye.

En este sistema de salud escolar los elementos que deberían ingresar son:

1. Población escolarizada (jardines maternos, nivel inicial -sala de cinco-, primaria común, primaria especial, adultos escolarizados, enseñanza media, terciarios, gestión privada.)
2. Integrantes del equipo interdisciplinario de salud
3. Docentes
4. Padres y Familia
5. Comunidad
6. Información General
7. Información Particular sobre el funcionamiento del sistema
8. Recursos Materiales
9. Recursos Financieros
10. Otros recursos humanos

Mientras los emergentes serían:

1. Información (estadística, epidemiológica, nuevas formas de información para la acción)
2. Niños, adolescentes y adultos escolarizados, docentes, controlados en salud y, en su caso, referenciados
3. Docentes capacitados como agentes de cambio y multiplicación
4. Padres mejor informados y formados
5. Integrantes de los equipos interdisciplinarios de salud con educación continuada
6. Alimentación; evaluación y monitoreo del sistema
7. Investigación-acción

Estos sistemas se encuentran habitualmente ubicados dentro de ambientes que se caracterizan por dificultades en la coordinación de acciones inter e intrasectoriales, tanto como a la escasez de investigaciones sobre la real eficacia, eficiencia y efectividad de los servicios involucrados en su ejecución. Esto ha llevado a expresar que los problemas de salud no se agotan en subprogramas específicos, sino que éstos deben relacionarse con otros sectores, de manera de ubicar el sistema de salud escolar dentro del sistema de servicios de salud, verdadero desafío del presente programa, que asegura una total cobertura en el ámbito municipal.

Las secretarías de Educación y de Calidad de Vida acuerdan conjuntamente la elaboración, ejecución y evaluación de un *Programa de Salud Escolar* definido como un proceso de atención de la salud integrado e integral – es decir que contemple la prevención primaria, secundaria y terciaria en un contexto biopsicosocial, con un eficaz ascenso en los niveles de complejidad y con actividades de complementariedad entre los efectores de ambos sistemas– con el propósito de asegurar una óptima calidad de vida y el alcance de las competencias básicas que permitan en un futuro su inserción en el medio social y laboral.

4. ANTECEDENTES

Si bien desde la década del 60 se habían establecido acuerdos entre Educación y Salud, las actividades desarrolladas tuvieron características verticalistas con poca participación de los efectores locales y la toma de decisiones estuvo totalmente centralizada.

Estas acciones se cumplieron en forma aislada de otros programas de salud, adolecieron de graves errores de coordinación con los efectores de la Secretaría de Educación, la cobertura fue insuficiente, y si bien en algunas áreas se intentaba trabajar con un enfoque de riesgo, el programa distaba de ser equitativo.

En el año 1987 se comenzó un acuerdo entre las Secretarías de Educación, Salud y la Subsecretaría de Planeamiento a través de una Comisión Mixta. Esta Comisión redactó diversas líneas programáticas, la instrumentación de la descentralización administrativa y programática de los cuatro Gabinetes Psicofísicos y de su personal (Decreto M. 1936/87) hacia los 12 hospitales generales de agudos y sus efectores periféricos. A pesar de la mayor motivación no se le llegó a establecer un Programa ni subprogramas y el impacto siguió siendo aleatorio y voluntarístico, sin cobertura total y sin evaluación y monitoreo de actividades.

5. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

En ese contexto fue posible evidenciar la siguiente problemática a resolver:

- 1. Ausencia de Programa y de normatizaciones y monitoreo de actividades**
- 2. Desarticulación entre las acciones a cargo de las Secretarías de Educación y Calidad de Vida**
- 3. Múltiples acciones simultáneas, no comparables y sin coordinación, basadas fundamentalmente en el voluntarismo de los efectores**
- 4. Hipervaloración de la detección, en detrimento de la prevención y la atención.**
- 5. Atención uniforme y homogénea en detrimento de los sectores marginados, institucionalizando las diferencias.**
- 6. Inexistencia de seguimientos, falta de protocolización y ausencia de un sistema de información.**
- 7. Ausencia de agentes de salud o falta de capacitación y experiencia de éstos.**
- 8. Escasez e incorrecta utilización de los recursos físicos y humanos, con una coetánea mala distribución de los mismos.**

9. Superposición e indefinición de roles y de incumbencias profesionales en algunas áreas comunes de salud y educación .
10. Falta de coordinación y de políticas intra e intersectoriales
11. Desarticulación geográfica de áreas de servicios
12. Ineficaz ascenso en los niveles de complejidad del sistema de servicios de salud.
13. Ausencia de estudios epidemiológicos y de evaluación de resultados e impacto.
14. Recurso humano en inestabilidad laboral a partir de nombramientos de Capacitación (Instructores de Programas Especiales, Contratos, etc.) o Comisión de Servicios.
15. Ausencia o ineficaz acceso a la participación comunitaria a través de Comités de Salud.

6. PROPOSITOS Y OBJETIVOS DEL PROGRAMA

6-1 - Propósitos

Alcanzar a través de actividades conjuntas y complementarias, integradas e integrales, un óptimo estado de salud de docentes y alumnos del sistema educativo de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, con el ánimo de mejorar tanto su calidad de vida como su participación en las actividades educacionales, influyendo coetáneamente en la salud de la comunidad toda a través de la educación para la salud, la autorresponsabilidad y la participación comunitaria.

6.2 - Objetivos

Realizar las actividades necesarias, oportunas, dinámicas y continuas, en los niveles de subprogramación central, local y de erectores, que permitan:

6.2.1 - Diagnósticos de Situación

6.2.2 - Consensuación de estrategias

6.2.3 - Ejecución de actividades con equipos interdisciplinarios, protocolizados y con claras competencias sectoriales e incumbencias profesionales .

6.2.4 - Evaluación de resultados e impactos

6.2.5 - Retroalimentación y ajustes periódicos

7. ACTIVIDADES DE SUBPROGRAMACION CENTRAL

Estas han de ser desarrolladas por un Comité Central del Programa de Salud Escolar, integrado por los miembros que se explicitan en el Anexo I de este programa, y están fundamentalmente dirigidas a normatizar sobre:

7.1 La organización del nivel local de salud (Area Programática) y de Educación (Distritos Escolares) para optimizar las acciones que permitan

alcanzar los objetivos propuestos.

- 7.2 La presupuestación del programa**
- 7.3 La consensuación de protocolos, libretas y otros documentos a utilizarse**
- 7.4 La aceptación y supervisión de actividades y planes propuestos por los otros niveles y/o instituciones a aplicarse en el ámbito del Programa.**
- 7.5 La evaluación y monitoreo General del Programa.**
- 7.6 Los estudios epidemiológicos que surjan del sistema de información de Salud Escolar.**
- 7.7 Asegurar el espacio físico específico en los efectores de salud, exclusivamente destinado al desarrollo de estas actividades y adecuadamente equipado.**

8. ACTIVIDADES DE SUBPROGRAMACION LOCAL

Este nivel está conformado por el mayor representante jerárquico del Area Programática de los Hospitales Base y los Supervisores del o de los Distritos Escolares sobre áreas y los Coordinadores de Zona de los EOE, según la regionalización del Anexo II y sus actividades de tipo estratégico, comprenden:

- 8.1 Prever y adecuar al programa los recursos físicos, humanos y materiales del nivel local.**
- 8.2 La supervisión, evaluación y monitoreo continuo del total de actividades del programa.**
- 8.3 La calendarización de los exámenes de salud**
- 8.4 La optimización intra y extramural de las derivaciones al Hospital Base y sus efectores periféricos**
- 8.5 La vigilancia epidemiológica**
- 8.6 La investigación de los servicios de salud en cuanto a estructura, proceso y resultado**
- 8.7 La normatización y organización general de las actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria, dentro del año escolar.**
- 8.8 La optimización de las actividades dentro de las instituciones escolares.**

8.9 Coordinación de planes y actividades extra-institucionales que previamente hayan sido aprobados a nivel de la Comisión Central .

- **Quincenalmente se dispondrá una reunión de los Coordinadores de Salud Escolar y/o su Jefe de Area Programática, con los representantes del Comité Central, a la que se invitará a representantes de otros programas intra o extrasectoriales .**

9. ACTIVIDADES DE SUBPROGRAMACION SITUACIONAL

Este nivel está integrado en cada establecimiento educativo municipal y comprende a la Dirección de la Escuela, el Coordinador del Equipo de Orientación Escolar y el Coordinador del Equipo de Salud del Hospital Base de Area Programática, según la nómina de regionalización del Anexo III. Las actividades son de ajuste situacional y comprenden:

- 9.1 La coordinación de los equipos para cumplir con las actividades específicas**
- 9.2 El examen y análisis de los resultados epidemiológicos**
- 9.3 La adecuación puntual de los servicios para resolver derivaciones y consultas**
- 9.4 La elaboración y elevación de las tareas de investigación**

10. EQUIPO INTERDISCIPLINARIO E INTERSECTORIAL PARA EL PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR Y SUS ACTIVIDADES Y COMPETENCIAS

Comprende:

EDUCACION

10.1 Estudio de tamizado de la problemática pedagógica institucional, a nivel social, vincular e individual.

Responsable: Equipo de Orientación Escolar; Psicólogos, Lic. en Ciencias de la Educación, Psicopedagogos, sociólogos y asistentes sociales.

10.2 Seguimiento de casos determinados en 10.1 y/o derivados que se refieran al área pedagógica y social.

Responsable: ídem

10.3 Informes de vigilancia epidemiológica

Responsable: Dirección de cada establecimiento educativo

10.4 Educación para la salud de personal educativo, alumnos y padres.

Responsable: Total de los efectores educativos

SALUD

10.5 Estudio de tamizado de la población de educandos y educadores (Examen Periódico de Salud)

Responsable: Equipo interdisciplinario de Salud: Médicos, psicólogos, odontólogos, asistentes sociales, etc. y apoyo administrativo

10.6 Seguimiento de casos determinados en 10.5 y/o derivados que se refieran al área biopsíquica.

Responsable: sistema de servicios de salud del Hospital Base o efectores periféricos.

10.7 Investigación y vigilancia epidemiológica

Responsable: Area Programática del respectivo Hospital Base

10.8 Educación para la salud del personal educativo, Alumnos y Padres.

Responsable: Area Programática a través de los subprogramas del Anexo IV

Las actividades puntuales de estos Equipos se detallan en el Anexo IV así como la determinación de personal con base en el módulo de 1000 personas de la población bajo responsabilidad.

11. POBLACION COMPRENDIDA EN EL PROGRAMA Y NIVELES DE COBERTURA

El presente programa comprende el examen en salud de todas las gestiones, con la siguiente periodicidad:

- 11.1 - Nivel Inicial; sala de cinco, jardines maternas e integrales y escuelas infantiles.**
- 11.2 - Nivel Primaria Común; Primero y séptimo Grado**
- 11.3 - Nivel Primario Común (Adultos Escolarizados); al ingreso**
- 11.4 - Nivel Especial; Anualmente**
- 11.5 - Nivel Terciario; ingresantes**

En todos los casos se cubrirán las actividades integrales e integradas de los casos emergentes, cualquiera sea la gestión, nivel o grado, así como las de vigilancia epidemiológica y educación para la salud, especial mente las dirigidas al Nivel Medio (secundario), dónde el examen en salud estará determinado por las necesidades emergentes locales y los recursos del área programática respectiva. se utilizarán como únicos documentos para dichos exámenes de salud el Protocolo y la Libreta sanitaria de salud Escolar, quedando excluida la necesidad de emitir cualquier otro protocolo, certificado o documento para estas actividades. La posesión de la Libreta Sanitaria en tiempo y forma habilita al alumno y es documento suficiente para realizar las

actividades contempladas en los respectivos planes de estudio, comprendidas las actividades de educación física y natación e incluyendo torneos y competencias estudiantiles y actividades turísticas, salvo aquellas actividades contempladas en la Ordenanza Nro. 37.031 y modificatorias.

Los padres, tutores o encargados, así como el personal docente autorizado, tramitarán las respectivas exenciones dentro de la cobertura de salud correspondiente. Los protocolos de vigilancia epidemiológica serán recepcionados en tiempo y forma, mensualmente, en las áreas programáticas correspondientes.

En el caso de contar los educandos con cobertura en los subsectores de Obras sociales o Privados, las actividades de este programa podrán realizarse – con los mismos protocolos autorizados– en los mismos o a su cargo.

12. PROTOCOLOS

El Comité Central de Salud Escolar autoriza el diseño de todos los protocolos a utilizarse en el Programa. Los básicos se incluyen en el Anexo V. Las Áreas Programáticas que así lo requieran podrán, previa autorización, aplicar protocolos anexos para completar información particular para sus propias necesidades de investigación o información .

13. CAPACITACION EN SERVICIO

El Programa de Salud Escolar prevé la capacitación de profesionales en servicio, no excediendo al tercio del personal de planta aplicado al mismo a través de becas renovables a un año como máximo, y siempre que no interfieran con las actividades sustantivas. Los maestros y personal del área de la Secretaría de Educación autorizados serán integrados a los Cursos de

Agentes de Educación para la Salud que realizarán las respectivas Areas Programáticas, en el entendimiento de su trascendente importancia en la optimización de la prevención primaria.

14. SISTEMA DE INFORMACION Y VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Dentro del Sistema de Información Local y Central se procesaron los resultados obtenidos, tratando de extraer indicadores sencillos y sensibles que permitan la evaluación de resultados e impacto. Anualmente, cada nivel local y el central realizaron la investigación epidemiológica correspondiente para su elevación a las Secretarías de Educación y Salud, utilizando la estrategia de conglomerados (clusters) con las bases informáticas consensuadas.

15. PARTICIPACION COMUNITARIA

El programa propenderá a la integración de Padres y Familias y otros miembros de la comunidad escolar a través de la capacitación para la autorresponsabilidad y la educación para la salud, en todos los aspectos del diagnóstico de situación, planificación participante de actividades, ejecución y evaluación, a través de los subprogramas respectivos.

16. INTEGRACION CON OTROS PLANES Y PROGRAMAS DE LAS AREAS DE EDUCACION Y SALUD

El presente programa forma naturalmente parte de las estrategias programáticas de las Secretarías de Educación y de Salud, teniendo –a través de sus subprogramas estrechas relaciones con otros programas y con el sistema de servicios de salud comunitaria de la Ciudad de Buenos Aires, sea en forma intra o extrasectorial.

17. CONTROL DE SALUD AMBIENTAL EN LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS E INTEGRACION CON OTRAS SUBSECRETARIAS Y SECRETARIAS.

A través de los subprogramas respectivos y de las actividades concertadas y coordinadas con otros efectores intra y extrasectoriales (de medio ambiente, arquitectura, etc.) el programa propenderá a mejorar el ambiente de las instituciones educativas, especialmente en lo que respecta a control del agua, las excretas y los alimentos, tanto como a relacionar programas de otras secretarías y subsecretarías que hagan a los propósitos y objetivos enunciados.

18. DE LOS ANEXOS

Todos los Anexos serán actualizados anualmente antes del comienzo del año escolar por el Comité Central del Programa de salud Escolar y enviados a los niveles locales correspondientes para su información oportuna.

ANEXO I

Comité Central del Programa de Salud Escolar

El Comité procederá a nombrar un secretario de actas que registre en un libro foliado los acuerdos alcanzados.

ANEXO II

Distribución de Distritos Escolares según las diferentes Areas Programáticas para cumplimentar las tareas de subprogramación local;

AREA PROGRAMATICA DEL HOSPITAL BASE ALVARE.Z

- Distritos Escolares 7 - 12 - 14 - 17

ARFA PROGRAMATICA DEL HOSPITAL BASE ARGERICH

- Distritos Escolares 1 - 3 - 4 - 5.

AREA PROGRAMATICA DEL HOSPITAL BASE DURAND

- Distritos Escolares 2 - 6 - 7 - 8 - 9 - 14

AREA PROGRAMATICA DEL HOSPITAL BASE FERNANDEZ

- Distritos Escolares 1 - 2 - 9

AREA PROGRAMATICA DEL HOSPITAL BASE PIÑERO

- Distritos Escolares 7 - 11 - 13 - 8 - 18 - 19 - 21

AREA PROGRAMATICA DEL HOSPITAL BASE PIROVANO

- Distritos Escolares 9 - 10 - 14 - 15 - 16

AREA PROGRAMATICA DEL HOSPITAL BASE PENNA

- Distritos Escolares 5 - 6 - 8 - 19

AREA PROGRAMATICA DEL HOSPITAL BASE ZUBIZARRETA

- Distritos Escolares 16 - 17

AREA IJROGRAMATICA DEL HOSPITAL BASE VELEZ SARSFIELD

- Distritos Escolares 12 - 17 - 18

AREA PROGRAMATICA DEL HOSPITAL BASE TORNU

- Distritos Escolares 14 -15 - 17

AREA PROGRAMATICA DEL HOSPITAL BASE RAMOS MEJÍA

- Distritos Escolares 1 -2 - 3

AREA PROGRAMATICA DEL HOSPITAL BASE SANTOJANNI

- Distritos Escolares 13 - 18 - 20 . 21

ANEXO III

Nómina de Areas en donde se inscribe la subprogramación situacional:

ANEXO IV

Universo relativo poblacional del Programa de Salud Escolar;

1) Periodicidad Quinquenal o con la periodicidad que establezcan las Autoridades de la Secretaria de Educación:

- Población de los establecimientos educativos de todos los niveles
- Educadores
- Personal Técnico Educativo - Todo otro personal que actúa en tareas en la Escuela

2) Periodicidad por Gestión, Nivel o Grados o Años:

- Población de alumnos de los establecimientos educativos de gestión oficial o privada, con la siguiente periodicidad anual:
- Nivel inicial; sala de cinco, jardines maternales e integrales y escuelas infantiles
- Nivel Primaria común; primero y séptimo grado
- Nivel Primaria común; adultos escolarizados, al ingreso
- Nivel Especial; anualmente
- Nivel Terciario; ingresantes

Anualmente los respectivos Distritos Escolares elevarán la nómina de instituciones bajo programa y el número estimativo de alumnos a cubrir.

En el caso del ingreso, permanencia y egreso en la Carrera de Formación Docente (Resolución 1410/95 - Secretaria de Educación) si fuera necesaria la formación de una Junta Médica, ésta será determinada Ad-hoc por el Comité Central del Programa de Salud Escolar. En éstas se permitirá la presencia del médico tratante o propuesto por el alumno o aspirante, debidamente acreditado con antelación al acto evaluatorio. Este profesional podrá aportar datos de interés en cuanto a antecedentes, evolución y pronóstico, pero no podrá participar ni estar presente en el momento de la emisión del Dictamen. El alumno o aspirante citado a Junta Medica de aptitud deberá aportar toda la

documentación diagnóstica o terapéutica que posea y que guarde relación con la causal de salud motivo de la constitución de la Junta. Para el reingreso se procederá con similitud a lo normado precedentemente, previa solicitud fehaciente del alumno para la constitución de una nueva Junta Médica.

ANEXO V

Protocolos a utilizarse en el programa de salud Escolar;

- **Protocolo único de Examen de salud**
- **Protocolo único de Referencia/contra-referencia**
- **Protocolo único de Vigilancia Epidemiológica Mensual**
- **Libreta sanitaria del Programa de salud**
- **Escolar**

ANEXO VI

SUBPROGRAMAS CONSENSUADOS:

Los redactores del presente documento desean dejar en claro que por razones estrictamente gramaticales, y al sólo efecto de facilitar la lectura, se ha aplicado en aquellos casos en los que correspondiere, el género masculino como alternativa de ambos, tal como rige para nuestra lengua.

SUBPROGRAMA DE EPIDEMIOLOGIA

1. INTRODUCCION

1-1 El subprograma de epidemiología comprende la estrategia de optimización de las actuales actividades ligadas a la ciencia que se ocupa del estudio del nivel colectivo o poblacional de los problemas o eventos de salud-

enfermedad, en el caso específico de salud Escolar y por extensión a todas las actividades correlacionadas del área programática, habida cuenta de ser esta última una aplicación concreta del pensamiento o raciocinio epidemiológico, definido como «aquel que pretende introducir el interés colectivo y por tanto el punto de vista comunitario o público, en la generación de la respuesta que la sociedad ofrece a los problemas que surgen al mantener, recuperar o incluso promocionar el nivel de salud de la colectividad, en una actitud de búsqueda e investigación permanente de las situaciones en que se generan y/o mantienen los problemas de salud, para orientar y modificar o dirigir aquella respuesta (Nájera, OPS P:C: Nro. 88).»

1.2 Planteo del problema

1.2.1. Definición: necesidad de contar con un subprograma de vigilancia epidemiológica regionalizado o de base local –en el moderno sentido de investigación-información/acción– dentro del programa de salud escolar, que permita sustentar el proceso de planificación participante, optimizando científicamente los diagnósticos de situación (especialmente en lo referente a condiciones de vida y salud), la evaluación del impacto y resultado y las actividades de ejecución; en este programa y por extensión, a todos los establecidos local o localmente para los distintas áreas programáticas.

1.2.2. Antecedentes: ha sido tradicional en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, las dificultades en poseer información epidemiológica que no fuera obvia, tardía, inoportuna y por lo tanto inútil para sustentar planes y programas sustantivos de salud. En general, existe coincidencia en que esta situación es el resultado de la inexistencia de una extensión del raciocinio o pensamiento epidemiológico a los efectores locales, persistiéndose en coleccionar datos primarios en los niveles centrales, con amplios

subregistros e imposibilidad concreta de cualquier análisis, y sin utilizar otros avances metodológicos de la moderna epidemiología. Se cuentan por lo menos tres dificultades para persistir en estas prácticas de colección de datos primarios sin indicadores e índices; a) el mal uso dado ocasionalmente a estudios de niveles locales (apropiación indebida), b) la ausencia de devolución analítica poblacional o por conglomerados que sirva el efector que produjo el dato, y c) la paradójica insistencia en cumplir con las «planillas de denuncia» de turno.

Estas dificultades, sumadas a las ya comentadas estrecheces metodológicas, han sido una de las razones que sustentaron la creación de áreas epidemiológico-sociales (programáticas) y la consecuente implementación entre 1988 y 1991 de diversos programas de capacitación local, que debieran permitir ahora la puesta en marcha de actividades de investigación y docencia concretas en cada área programática de los respectivos hospitales-base.

1.3. Descripción

1.3.1 - Diagnóstico de la situación problema: ausencia o falta de optimización de investigaciones epidemiológicas de base local en el Programa de salud Escolar y por extensión de otros programas, con la correlativa dificultad para establecer el perfil epidemiológico de la correspondiente área-programa.

1.3.2.- Pronóstico: posibilidad de persistir en la actual situación de recolección de datos sesgados que impiden la construcción de indicadores e índices de base epidemiológica en el Programa de salud Escolar y en otros programas.

1.3.3. - Técnicas o medios para resolver, eliminar o atenuar el problema:

1.3.3.1 Contemplados en el programa: actividades de formación, capacitación continuada, investigación aplicada, extensión metodológico instrumental e informática.

- 1.3.3.2. No desarrolladas en el programa: se contemplan las necesidades de asistencia a Congresos y Jornadas y de apoyo de entidades intra y extrasectoriales.

2. PROPOSITOS Y OBJETIVOS DEL SUBPROGRAMA

2.1 Propósitos Generales

Establecimiento de un subprograma de epidemiología que teniendo como punto de partida el Programa de salud Escolar, optimice la extensión del raciocinio epidemiológico, la investigación aplicada y la capacitación continua, con el fin último de lograr optimizar los nuevos usos y perspectivas de la epidemiología en el nivel local.

2.2 Objetivos Específicos

2.2.1. Delimitación del área geográfico-poblacional; se considera a los efectos del subprograma como «cluster» o conglomerado mayor la respectiva área programática, dividida –en el caso del Programa de salud Escolar en los respectivos Distritos y éstos en Instituciones de Enseñanza, y en el caso de otros programas de salud comunitaria, en las respectivas áreas operativas creadas o por crearse.

2.2.2. El periodo de duración del subprograma estará ligado al considerado para el programa base (salud Escolar) y a la estrategia horizonte (área programática).

2.2.3.

Objetivo (meta) 1

Extensión del raciocinio epidemiológico y de la capacitación continua en epidemiología

Objetivo (meta) 2

Enumeración, desarrollo, implementación y análisis de impacto de investigaciones epidemiológicas (vigilancia en el sentido de información acción) en el espacio cuadripolar (Castellanos, 1.992).

Objetivo (meta) 3

Extensión del método epidemiológico a todas las actividades de planificación y programación hospitalarias, tanto desde el punto de vista descriptivo, analítico, cuanto experimental, con especial referencia a los sistemas de vigilancia y los programas de prevención y control (Corey, G.,- Organización Panamericana de la salud - Vig. epid, 1993) como a los aspectos involucrados en el uso de la epidemiología en la organización de servicios de salud y en la toma de decisiones en el nivel local (Lemus, 1993)

3. ACTIVIDADES

Para el Objetivo 1: (Programa CIDES)

- Módulo de capacitación continuada para epidemiólogos de áreas programáticas
- Módulo de formación en el raciocinio epidemiológico para profesionales de la salud de las áreas programáticas
- Módulo de extensión del método epidemiológico y de los usos y perspectivas de la epidemiología a los profesionales del Hospital Base
- Módulo de extensión de conceptos epidemiológicos para el nivel educación

Para el Objetivo 2:

- Desarrollo de investigaciones sobre: cuantificación y caracterización de riesgos identificables que están presentes en la escuela y la población
- identificación de factores de riesgo y factores preventivos para un evento de salud determinado

- aplicación de la información sobre la historia natural e histórico-social de un problema de salud
- determinación de validez y confiabilidad de procedimientos de diagnóstico e intervención
- evaluación de la eficacia de un procedimiento o agente profiláctico o terapéutico
- evaluación del impacto potencial de la eliminación de un factor de riesgo
- evaluación del impacto obtenido por una actividad, servicio, acción o programa de salud
- construcción de modelos epidemiológicos para análisis y simulación

Para el Objetivo 3:

- Describir la frecuencia y distribución de los problemas de salud en la población ⇒ finalidad: conocer la situación de salud en la comunidad, participando en el diagnóstico de salud.
- Identificar los factores etiológicos relacionados con esos problemas de salud ⇒ finalidad: conocerlos factores causales determinantes del mecanismo de producción de los problemas de salud
- Identificar los principales problemas de salud que afecten a la comunidad y conocer sus factores determinantes ⇒ finalidad: reconocer los grupos de riesgo (diferenciales de mayor probabilidad de enfermar y morir) y las áreas prioritarias de acción.
- Diagnosticar y medir las necesidades de salud de la población, así como sus tendencias ⇒ finalidad: colaborar y orientar en la planificación y en la adopción de decisiones e intervenir en la formulación de programas para las actividades de prevención y control.
- Medir los resultados obtenidos en función de los objetivos y propuestas para el control ⇒ colaborar y participar en la evaluación del proceso de control de las necesidades y problemas de salud.

- Participar en el ordenamiento de los datos disponibles, en la búsqueda y rastreo de información existente pero habitualmente no disponible, y en la producción de nueva información, proponiendo nuevas metodologías para la obtención de datos (REA, metanálisis, S/E.C., etc.).
- Entender en el análisis de la información, seleccionar y aplicar las metodologías más adecuadas para el logro de las metas propuestas, para el mejor y más adecuado conocimiento de los problemas de salud y sus tendencias.
- Participar en la selección de alternativas y prioridades y colaborar en la elaboración de programas de control, así como en la evaluación del cumplimiento de los objetivos de los mismos.

4. INDICADORES DE EVALUACION

Para el Objetivo 1:

- **Indicador del cumplimiento de las actividades de formación y capacitación**
 Módulos realizados
 Módulos Planificados
- **Indicador de población formada y capacitada Población Alcanzada**
 Población Target

Para el Objetivo 2:

- **Indicador de trabajos realizados**
 Nro. de trabajos producidos
 Nro. de trabajos planeados
- **Indicador de trabajos publicados**
 Nro. de trabajos publicados en el año
 Nro. anterior promedio anual de Tr. Publ.

Para el Objetivo 3:

Boletín Epidemiológico

Si No

- Indicador de extensión epidemiológica al Hospital Base Nro. de Análisis epid. en el HB en el año

Nro. promedio años anteriores

- Perfil epidemiológico del área

Si No

La evaluación será presentada según la metodología consensuada descrita por Bichmann y Col. (1989) OPS/OMS.

5. CRONOGRAMA

SUBPROGRAMA DE INMUNIZACIONES

1. Introducción

En el marco del Programa de salud Escolar, acordado entre la secretaria de salud Pública y la secretaria de Educación, y por la obligatoriedad del cumplimiento del Calendario Nacional de Inmunizaciones –actual y futuros– se plantearán en este subprograma estrategias para efectivizar un adecuado nivel de cobertura en inmunizaciones en la población escolar.

2. Planteo del problema

A partir de los datos obtenidos por los Equipos de Salud Escolar, dependientes de las Areas Programáticas de los distintos hospitales base de la MCBA, se observó en diferentes regiones y períodos, una deficiente cobertura de inmunizaciones en la comunidad educativa, lo cual acarrea un grave riesgo de enfermar por patologías prevenibles por vacunas.

Otra cuestión a evaluar es la posibilidad de incorporación de las restantes vacunas aceptadas nacional e internacionalmente para la prevención de enfermedades –existentes y futuras– y para lo cual se solicitaría la intervención de las autoridades pertinentes.

3. Meta

Mejorar la calidad de vida de la comunidad educativa en los diferentes niveles y gestiones.

4. OBJETIVO GENERAL

Disminuir la morbimortalidad de las patologías prevenibles por Inmunizaciones en nuestra jurisdicción, logrando niveles de cobertura superiores al 90%, de acuerdo con los criterios planteados por la OMS.

5. OBJETIVOS PARTICULARES

- Mantener una adecuada interacción entre las autoridades educativas y sanitarias
- Promover la participación de toda la comunidad educativa en la organización y ejecución de este Subprograma
- Establecer la interacción con todos los subprogramas de salud escolar

- **Articular acciones con organismos gubernamentales y no-gubernamentales, y todas las instituciones relacionadas con esta temática.**
- **Establecer conexiones con los servicios de los hospitales efectores para las , actividades intramuros.**

6. ACTIVIDADES

- **Realizar en forma periódica reuniones conjuntas entre Salud y Educación, en los diferentes niveles (Central, Regional y situacional), a los efectos de coordinar acciones.**
- **Implementar Cursos de Capacitación y Actualización sobre esta temática dirigidos a los integrantes de los distintos Equipos de Salud Escolar de Salud y Educación, docentes y padres.**
- **Organizar talleres para alumnos a los efectos de concientizar sobre el tema.**
- **Producir material informativo (impreso, audiovisual, etc.) a los efectos de acompañar las actividades de este subprograma**
- **Realizar reuniones conjuntas con los restantes subprogramas de salud escolar para desarrollar actividades en común.**
- **Dar a conocer este subprograma a los distintos servicios de los Hospitales Efectores Base, acordando actividades conjuntas con Salud Escolar.**
- **Confeccionar una ficha-registro del estado de vacunación .**
- **Vacunar a los alumnos y docentes que no presenten esquemas de inmunización completos, en los lugares destinados para tal fin.**
- **Peticionar ante las autoridades pertinentes la exigencia de la presentación del esquema de inmunizaciones completo para la inscripción en las instituciones educativas.**
- **Establecer contacto con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que aporten elementos para la mejor realización de este subprograma**

En todas las actividades a realizar se destacará la importancia del cuidado del medio ambiente en relación a la salud

7.EVALUACION

En base a los registros obtenidos se determinarán los niveles de cobertura en inmunizaciones de la población sobre la cual se desarrollarán las actividades. La evaluación cualitativa del proceso se realizará por el método de Bichmann y Col, a partir de cuestionarios ex-ante y post-facto a las reuniones, cursos y talleres, técnicas de informantes clave, etc.

SUBPROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD

1. FUNDAMENTACION

Tradicionalmente el término «salud» evoca un conjunto no sistematizado de ideas, conceptos e imágenes vinculadas con ámbitos hospitalarios o asistenciales. Dentro de todo ello aparecía como el elemento común y nucleante una enfermedad y su tratamiento profesional. Las razones de esto podrían encontrarse en la construcción del saber médico y su ejercicio, que quedaron circunscriptos a los espacios determinados por su misma institucionalización: hospitales, consultorios, sistemas de atención. Quedaban fuera de estos ámbitos la práctica cotidiana de vida, en la cual la salud es un valor concreto y un objetivo a sostener en tanto elemento básico que permite y promueve toda posibilidad de reproducción y producción social e individual .

La delimitación de un campo de conocimientos en un ámbito académico – la facultad, el hospital– dejó frecuentemente de lado aquellos elementos del saber popular relacionados con la salud difíciles de incorporar o que resultasen contradictorios con éste. Fue necesario mucho tiempo, seguridad y humildad para poder reconocer y discriminarlo verdaderamente erróneo o perjudicial de

otras prácticas y conocimientos sencillos, menos fundamentados teóricamente aunque firmemente asentados sobre valores populares y culturales.

Igualmente habitual es pensar estos dos espacios –el académico y el cotidiano– como separados y estancos, aunque en verdad no hubieran podido construirse uno sin el otro y continúen retroalimentándose y en interdependencia. Esta falsa percepción de parte de profesionales y de la comunidad genera una serie de dificultades en la producción y mantenimiento de la salud.

En los últimos 50 años, la Educación Sanitaria –que en la década del 60 comenzó a llamarse «educación para la salud»– entra en un proceso de acelerada transformación, reconceptualiza su doctrina y redefine sus estrategias y metodología.

Su propósito fundamental ya no queda limitado a brindar información o procurar conocimientos sino que plantea básicamente el logro de conductas útiles individuales y sociales. Cada vez más se va poniendo el énfasis en la motivación y, finalmente, se evoluciona hacia un momento en que toman significación decisiva las tradiciones, las normas sociales, los estilos de vida, y las formas de comunicación e interacción existentes en la comunidad.

El modelo educativo sanitario fue primero cognoscitivo, luego motivador y en definitiva ecológico.

Históricamente los efectores de salud han puesto especial énfasis en un modelo curativo-prescriptivo no participativo dentro del cual la educación para la salud jugó exclusivamente el rol de difundir nociones y normas. Este modelo reforzó la delegación de la responsabilidad acerca de la salud individual y colectiva en los técnicos, como únicos depositarios de la información válida, acentuando la hegemonía de este grupo sobre la comunidad. Dentro de este esquema no se incluía la actitud crítica ante las propuestas de la oferta de

atención ni se fomentaba la elección consciente y responsable del «destinatario» de acuerdo con sus necesidades. Este estilo prescriptivo no participativo a veces es reforzado con el mal uso de los medios masivos de comunicación, cuando emiten mensajes bajo la forma de campañas publicitarias a un público pasivo, sin posibilidad de adecuación del mismo a la realidad concreta para tomar decisiones acerca del cuidado de su salud.

La Educación para la Salud debe convertirse en un proceso social de aprendizaje crítico y participativo, orientado a la autorresponsabilidad de las comunidades, en defensa y producción de su propia salud y la de los demás, comprometiéndose en la redefinición de los roles de los profesionales y de los servicios, vinculándolos a las condiciones de vida de los destinatarios.

El proceso de aprender y el proceso de enseñar son ante todo procesos de producción de saber, de producción de conocimiento y no de transferencia de conocimiento. No hay un lugar fijo para el saber sino intercambio de roles porque se da un intercambio de valores que modifica la propia visión de la realidad. Si aprende uno, aprende otro. En el punto de encuentro no existe ni una ignorancia absoluta ni una sabiduría absoluta, sólo seres humanos que juntos intentan aprender más de lo que ya saben.

En el proceso de aprendizaje ligado a la propia realidad en que se vive, conocimiento significa poder utilizar los datos sobre algo para poder entender y transformar la propia existencia, problematizar situaciones, no depositar ni ser depositario del saber.

El proceso de Educación para la Salud como forma específica de adquirir y compartir, conocimientos, tiende a lograr que la población se apropie de nuevas ideas, utilice y complemente sus conocimientos para así estar en capacidad de analizar su situación de salud y decidir cómo enfrentar mejor, en cualquier momento, sus problemas.

Educación para la salud implica un conocimiento previo del grupo objetivo o comunidad para que el trabajo se adapte a la realidad local, ganar la confianza y participación de la comunidad en la promoción de la salud, trabajando en función de sus necesidades, anhelos e inquietudes.

El compromiso con la Educación para la Salud exige que todo el equipo de salud cambie radicalmente su manera convencional de pensar y actuar, como así también requiere un ejercicio permanente de evaluación de las prácticas de enseñanza, los aciertos y limitaciones, las diferencias culturales con los participantes que impiden o aportan al proceso educativo.

Si participación es la movilización activa, con creatividad propia, capaz de generar importantes transformaciones en defensa de la salud cuando se la asume como derecho, la Educación para la Salud excede lo sanitario, ya que reconoce la influencia que en el proceso salud-enfermedad ejerce la calidad de vida y orienta entonces su acción hacia todos los factores que hacen a la misma: sociales, económicos, culturales, sanitarios.

El equipo de salud es colaborador en el crecimiento social de la comunidad. Esta propuesta apunta a lograr que la Educación para la Salud sea una estrategia; no un tema sino una actitud hacia la vida.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos Generales

- 2.1.1. - Fomentar la participación crítica de los miembros de la comunidad en la promoción, protección y prevención de la salud.**
- 2.1.2. - Favorecer que la Educación para la Salud se constituya en el eje transversal de todos los subprogramas del Programa de Salud Escolar.**

2.2 Objetivos Específicos

- 2.2.1.- Favorecer la capacitación permanente de los actores comunitarios en los marcos teórico-prácticos específicos e inespecíficos**
- 2.2.2. - Contribuir a la formación de agentes multiplicadores en salud.**
- 2.2.3.- Articular acciones de salud en forma consensuada entre los distintos actores, tanto a nivel local como central.**

3. ACTIVIDADES

- **Para el Objetivo 1:**

- 3.1. - Cursos de capacitación permanente en servicio para los integrantes de los distintos equipos, acerca del marco teórico-práctico de la atención primaria en salud y del trabajo interdisciplinario e institucional.**
- 3.2. - Cursos de capacitación en el abordaje preventivo de temáticas específicas.**
- 3.3. - Talleres con docentes, padres y/o alumnos sobre cuestiones vinculadas a la prevención y promoción de la salud .**
- 3.4. - Publicación y distribución de materiales de divulgación relacionados con la Educación para la Salud elaborados por los miembros de los comités de salud escolares.**
- 3.5. - Producción y difusión de materiales pedagógico-didácticos orientadores de la tarea docente.**

- **Para el Objetivo 2:**

- 3.6.- Encuentros periódicos intersectoriales de intercambio, articulación y reflexión sobre las tareas desarrolladas.**

- **Para el Objetivo 3:**

- 3.7. - Encuentros periódicos intersectoriales de intercambio, articulación y reflexión sobre las tareas desarrolladas.**

- 3.8. - Articulaciones con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y organizaciones intermedias.
- 3.9. - Diagnóstico situacional de las instituciones con que se trabaje.
- 3.10. - Elaboración de proyectos locales relacionados con la organización de comités de salud escolares y distritales .

4. TIEMPO

El período de duración de este subprograma estará relacionado con el del Programa de salud Escolar y las estrategias desarrolladas por las Areas Programáticas.

5. RECURSOS HUMANOS

Dado el carácter interdisciplinario de la tarea en Educación para la Salud, se requiere para su planeamiento, ejecución y evaluación, la participación de profesionales de diversas disciplinas (psicólogos, psicopedagogos, licenciados en Ciencias de la Educación, psicólogos sociales, licenciados en Ciencias de la Comunicación, sociólogos, antropólogos, fonoaudiólogos, abogados, odontólogos, trabajadores sociales, médicos, etc.), que se desempeñan en las Areas Programáticas, miembros de la comunidad escolar (alumnos, docentes, padres, auxiliares y profesionales del sector Educación), miembros de organizaciones intermedias, agentes comunitarios, promotores culturales, etc.

6. EVALUACION

6.1. - Evaluación Cuantitativa

Indicador 1: Nro. de personas que asisten a la formación

Nro. total de integrantes de los equipos

Indicador 2: Nro. de talleres o cursos realizados

Nro. de talleres o cursos propuestos

Indicador 3: Nro. de docentes alcanzados

Nro. de docentes de escuelas municipales

Indicador 4: Nro. de publicaciones de educación para la salud en el año

Promedio de publicaciones del periodo anterior

Indicador 5: Nro. de publicaciones distribuidas en el año

Nro. de publicaciones editadas en el año

Indicador 6: Nro. de proyectos elaborados en el año

Promedio de proyectos elaborados en el periodo anterior

Los resultados serán presentados por la estrategia consensuada de Bichmann y Col. (1989). .

6.2. - Evaluación cualitativa

6.2.1. - Evaluación de proceso, de método y de producto a través de observaciones, entrevistas, encuestas formales e informales, anónimas y grupales, previas y posteriores a la actividad.

6.2.2. - En relación a los materiales utilizados en las actividades o producidos en las mismas, se sometieron a prueba con anterioridad a su utilización y difusión.

SUBPROGRAMA DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD ESCOLAR

«La promoción de la salud mental debe concebirse como inherente a la salud integral y al bienestar social de los individuos, familias, instituciones y comunidad. La tarea no puede concebirse sino bajo una perspectiva transdisciplinaria».

La coexistencia con otras concepciones mantiene una polémica siempre dinámica que posibilita la impregnación mutua; ninguna especialidad se debe pensar como totalizadora, pues sería una postura reductora e ilusoria. Sólo a los efectos de la presente convocatoria hacemos este recorte.

Psicoanálisis y Salud Mental - E. Galende - Ed. Paidós, 1.990.

1. OBJETIVOS GENERALES

- Promover la salud mental en la comunidad escolar.
- Proteger la calidad de vida en la comunidad educativa.

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Coordinar acciones con los demás servicios del Hospital y otros Subprogramas, tendiendo a promover la asistencia integral.
- Promover la realización de encuentros mensuales locales, entre equipos de Salud Escolar, EOE y GC y Psicopatología, con el fin de consensuar la modalidad de las acciones de prevención y asistencia.
- Brindar asistencia clínica al niño y su familiar.
- Promover la participación de los distintos estamentos de la Institución Escuela en las acciones desarrolladas.
- Formar agentes multiplicadores de salud entre docentes-padres-alumnos.
- Facilitar la comunicación entre los distintos estamentos de la comunidad educativa.
- Promover la creación de espacios conjuntos de capacitación para los profesionales de las secretarías de Salud y Educación .
- Generar espacios de contención, capacitación y supervisión para los profesionales que actúan en el Subprograma.
- Promover acciones de salud con participación de equipos interdisciplinarios.
- Generar espacios para la protección de la salud del docente .
- Prevenir el fracaso escolar.

3. METODOLOGÍA _

- Encuentros locales y Area Programática Psicopatología y Educación: Encuentros participativos intersectoriales para consensuar acciones e

implementarlas en forma articulada a fin de arribar a un diagnóstico compartido.

- El primer abordaje lo hace el EOE, quien detecta la demanda; el análisis de la demanda y su procesamiento será realizado en forma conjunta entre salud y educación.
- Análisis de la demanda con los distintos estamentos de la comunidad educativa realizados en forma conjunta.
- El EOE realiza el relevamiento de las escuelas con el fin de hacer un diagnóstico institucional. Esta primera etapa se continúa con la articulación de los equipos de salud escolar y EOE a nivel local, con el fin de implementar estrategias conjuntas o específicas a cada sector, pero complementarias entre si.
- El EOE realiza la tarea de detección de casos (trabajando desde a demanda del docente) y deriva a los Equipos de Salud Escolar o Gabinete Central(Educación Especial), quien realiza diagnósticos diferenciales.
- El screening psicológico y psicopedagógico se realizar conjunta o independientemente del médico y/u odontológico; tendrá lugar visitando los primeros y últimos grados, conversando con los docentes y/o con los alumnos. Se completará la planilla en los casos que se consulte. La consulta puede provenir del padre, del docente, de otros profesionales y del alumno. Se articulará con los EOE.
- Los equipos de salud Escolar reciben la derivación de los EOE y/o Gabinete Central y elaboran las estrategias diagnósticas y terapéuticas a implementar.
- Diagnóstico Individual, grupal, familiar, institucional o comunitario (psicológico y/o psicopedagógico) .
- Psicoterapia individual, familiar o grupal.
- Tratamiento psicopedagógico individual familiar o grupal], en forma simultánea a las estrategias terapéuticas en el hospital.
- Se realizará seguimiento, orientación al docente del paciente a cargo de los EOE en acuerdo con el terapeuta.
- Interconsulta con otros servicios del Hospital o Centro de Salud.

4. INTERVENCIONES INSTITUCIONALES

- **Elaboración e implementación de estrategias de intervención institucional en forma conjunta con los EOE y/o GC, Gabinetes Escolares de las Escuelas del Área de Educación Especial.**

5. EDUCACION PARA LA SALUD

6. COMITE DE SALUD

- **Convocatoria a integrantes de la comunidad escolar (personal de conducción, docentes, no docentes, alumnos) y representantes del Hospital, EOE y GC.**
- **El programa de salud Mental se articulará con otros subprogramas de salud Escolar.**
- **Las acciones de Salud en el nivel Medio se realizarán a partir de la demanda de las escuelas y con el encuadre de Educación para la Salud.**
- **Los certificados de aptitud en el Área de Salud Mental para el nivel Terciario serán realizados por Psicopatología y/o Área Programática, según las formas y oportunidades que determinen las normas emanadas del Comité Central del Programa de Salud Escolar.**
- **La implementación del Subprograma dependerá de la cantidad de recursos humanos con los que se cuente y las características del área.**

7. CAPACITACION

A partir de la elaboración del Subprograma de Salud Mental en la Comunidad Escolar se propone la formación de un Ente de Docencia e Investigación con los profesionales de Salud y Educación que estén desarrollando tareas en este Subprograma.

Sus objetivos serán: Organizar y/o auspiciar cursos y jornadas.

La Comisión del Subprograma se reunirá en los meses de marzo, mayo, agosto y noviembre, el último martes de cada mes a fin de evaluarlo y reformularlo cuando sea necesario.

8. EVALUACION GENERAL

Se procederá según la metodología de Bichmann y Col. (1989), además de las evaluaciones locales de impacto de cada actividad emprendida.

SUBPROGRAMA COMITE DE SALUD EN LA ESCUELA

1. MARCO TEORICO

«Salud es el completo bienestar físico, psíquico y social del individuo y no sólo la ausencia de enfermedad» (Organización Mundial de la Salud).

El médico ha sido en este siglo, muchas veces, el gran reparador en nuestra sociedad. Sin embargo otras posturas proponen, desde hace bastante tiempo un cambio en la conciencia social.

La salud, como decíamos, no es ausencia de enfermedad, ni descansa en un otro que repara la perdido.

La salud no es patrimonio de especialistas, sino que es un derecho y es responsabilidad social y subjetiva. Así también una responsabilidad objetiva vehiculizada a través de las políticas del Estado.

Partimos de una concepción de salud no asociada a enfermedad y curación únicamente, sino que comprende aspectos físicos, psicológicos,

sociales y culturales y que, por lo tanto tiene dimensiones individuales y colectivas. Esto representa que todos profesionales o no – tenemos la responsabilidad, la obligación y el derecho de la toma de decisiones sobre el cuidado de la salud y que solo unos – profesionales y otros: comunidad en interrelación a través de la comunicación, elaboración y producción de conocimientos, normas y hábitos, permitirá construir mejores estrategias de salud. sin dejar fuera elementos del saber popular relacionados con ella.

Todo esto nos lleva a replantearnos el lugar de la prevención como de vital importancia.

2. ANTECEDENTES

- Documento 1986/7 Secretaria de Salud.
 - Decreto 3362/89 consensuado entre la Secretaria de Calidad de Vida y la Secretaria de Educación y Cultura, dando sustrato jurídico al Programa de Salud Escolar.
 - La Secretaría de Educación y Cultura llama el 713192 a una Jornada solidaria frente a la aparición del cólera en el país. Se convoca a las Areas Programáticas y a Defensa Civil. se sugiere la formación de Comités de salud en todas las escuelas del ámbito municipal .
 - El Distrito Escolar 5to., además de los Comités de salud, crea la CODISA (Comité Distrital de salud).
 - A partir de las Primeras Jornadas de salud Escolar, llevadas a cabo en la Universidad del Salvador en noviembre de 1994 surge la necesidad de elaborar en forma conjunta entre Educación y Salud, subprogramas de las diferentes temáticas que se desarrollan en el marco del Programa de Salud Escolar, con el doble objetivo;
- a) Intercambio de experiencias y elaboración conjunta de las acciones que se llevan a cabo, y darle una entidad orgánica a estas prácticas.

3. PROPOSITO

Optimizar el desarrollo de la Educación para la salud en toda la comunidad.

4. OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad de vida de la población en general y de la comunidad escolar en particular, logrando la participación comunitaria.

5. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Propiciar la creación de Comités de salud en todas las escuelas municipales de gestión oficial.
- Recepcionar las propuestas e inquietudes con respecto a la salud de la Comunidad Escolar.
- Elaborar propuestas y acciones conjuntas.
- Analizar la demanda para priorizar los ejes temáticos.
- Propiciar la creación de Comités Distritales de salud, con representantes de cada instancia de los Comités de cada Escuela.

6. METAS

- Convocar a las diferentes instancias de la comunidad escolar y profesionales de ambas secretarías para la participación en los Comités.
- Divulgación de la creación de los Comités y sus objetivos, recoger las demandas e inquietudes que surjan.
- Implementar las acciones (a través de diferentes modalidades) adecuadas a cada demanda
- Conformar la CODISA

7. CONFORMACION DEL COMITE

- Convocar a toda la comunidad escolar (personal de conducción, personal de ejecución, auxiliares, alumnos, padres, miembros de cooperadora) para la participación a través de representantes de cada instancia, elegidos democráticamente para la formación del Comité en cada Escuela y Profesionales del Area Programática del Hospital Efector y de la Secretaría de Educación.
- Elegir a los representantes de cada comité para la formación del Comité Distrital para dar cuenta de su funcionamiento.

8. ACTIVIDADES

- Trabajar las temáticas del Comité que según la definición de salud de la OMS que adoptamos abarca aspectos físicos, psíquicos y sociales.
- Los temas a trabajar dentro de este marco surgirán de una encuesta de determinación de necesidades dirigida a toda la comunidad escolar.
- Los temas que surjan serán trabajados en el ámbito escolar cotidiano, articulado con el Diseño Curricular, con la modalidad que se haya acordado en el comité.

9. MODALIDAD DE LAS ACTIVIDADES

A través de distintas metodologías y estrategias, propiciar la difusión y ampliar la participación, tales como:

- Buzones de ideas;
- Talleres;
- Grupos de Reflexión:
- Edición y elaboración de periódicos:
- Participación en radio
- Emisión de boletines informativos;
- Preparación de maquetas, representaciones, fotos, posters, murales, videos, y;

- **Propiciar la organización de una Jornada Anual para difundir lo trabajado.**

10. TIEMPO

La duración del subprograma estará ligada a la existencia del Programa de Salud Escolar y por otro lado a la que la propia comunidad le imprima de acuerdo a sus intereses y necesidades.

11. FRECUENCIAS DE LAS REUNIONES DEL COMITE

- **Como mínimo una vez al mes**
- **Tener en cuenta la demanda de la comunidad educativa y el proyecto de actividades que haya fijado el Comité.**

12. DURACION

- **Mínimo dos horas con posibilidad de adecuarse a cada institución y al proyecto de trabajo que esté transitando el Comité.**

13. RECURSOS

13.1 - Humanos

Equipo interdisciplinario designado por el Área Programática del Hospital Efector y equipo interdisciplinario designado por la Secretaria de Educación.

13.2. - Físicos

Escuela; Hospital; Instituciones intermedias barriales: Teatros y Salas de Convenciones .

13.3. - Materiales

Material didáctico; Videos; Filmación de Videos; Fotocopias; Casetes y Elementos de imprenta. .

14. EVALUACION

La evaluación del subprograma será realizada en base a los objetivos – general y específicos– cuali-cuantitativamente por los integrantes del Comité de Salud. La misma será realizada anualmente y difundida a la comunidad, utilizando la metodología descrita por Bichmann y col. (1.989).

SUBPROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR Y EL MALTRATO DE MENORES

1. INTRODUCCION

Luego de distintos trabajos realizados por sectores abocados a la Violencia Familiar y el Maltrato de Menores, y habiéndose llevado a cabo diferentes intentos respecto de su prevención primaria, se ha llegado a la necesidad de sistematizar y organizar tareas conjuntas en el ámbito educativo y de la salud escolar que involucren a alumnos, docentes, padres y demás integrantes de la comunidad en su conjunto. Para ello cabe preguntarnos qué entendemos por violencia.

Ives Michud, en «Violencia y Poder» (1989), explica que se da un hecho violento cuando:...»en una situación de interacción, uno o varios autores actúan de manera directa o indirecta, compacta o distribuida, atacando a otros o a varios otros en grados variables, ya sea en su integridad física, su integridad moral, sus posesiones o en sus participaciones simbólicas o culturales»...

Conceptualizamos la violencia como el modo de resolución de las crisis y conflictos a través del uso de la fuerza en sus distintas manifestaciones y desde un lugar de asimetría de poder. Se caracteriza por ser una conducta aprehendida y transmitida transgeneracionalmente y que por su repetición ha llegado a un estado de naturalización tal que es necesario revisar sus causas

para desnaturalizarla y transformarla de dilema aun problema, claramente definido, para así lograr que surjan soluciones alternativas.

2. ANTECEDENTES

El equipo de prevención de la Violencia Familiar de la Secretaria de Educación de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, viene realizando desde Julio de 1991 acciones específicas en las escuelas en el área de prevención. Durante los años 1991/92 contó con la colaboración del Consejo de la Mujer de la MCBA, que aportó profesionales especializados en la coordinación de talleres de trabajo. Durante 1994, la Universidad de Buenos Aires, con la Carrera de posgrado en Violencia Familiar de la Facultad de Psicología, el Consejo de la Mujer y la Escuela de Pichón Riviere, intervinieron en la capacitación de los talleristas, actuando aquel equipo de prevención como coordinador de actividades, selección y supervisión de escuelas.

La continuidad de ese proyecto, «Resolución de conflictos por métodos no violentos», fracasó debido a la racionalización presupuestaria que afectó al Consejo de la Mujer, perdiendo a los talleristas ya capacitados. Son numerosos los talleres de prevención realizados en escuelas.

Desde el área de salud, profesionales, equipos y comités especializados pertenecientes a los distintos hospitales municipales, y a través de sus Areas Programáticas han venido respondiendo a las distintas solicitudes que mediante el desarrollo del Programa de salud Escolar y desde los Equipos de Orientación Escolar de los Distritos Escolares de la Capital Federal y de las autoridades escolares, Supervisores y Directivos, puntualmente así lo han requerido.

La unidad de violencia familiar del Hospital Pedro de Elizalde colabora, desde su creación, en programas de prevención primaria, capacitando a

profesionales de distintas disciplinas en la concientización y detección del maltrato infantil (1989).

Durante el año 1987 se realizó una experiencia piloto organizada por el Equipo de atención del niño maltratado con sede en el Centro de Salud Mental Nro. 3, con el propósito de concientizar al personal escolar acerca de la temática y capacitar para la detección y derivación de casos .

A partir de 1989 se han realizado cursos de capacitación en Violencia Familiar y Maltrato Infantil, en los Centros de Salud y en los Hospitales Municipales desde el Programa de Capacitación de la MCBA, destinado a residentes, Instructores de Residentes e Instructores de Programas Especiales, como así también para profesionales con tareas de coordinación intramuro y extramuro de los equipos interdisciplinarios de salud.

A partir del año 1992 se ha constituido la Red de Salud Mental contra la Violencia y el Maltrato Infantil desde la Dirección de Salud Mental de la MCBA, donde los profesionales (abogados, médicos, psicólogos, psicopedagogos, sociólogos y asistentes sociales, etc.) hemos encontrado un ámbito de reflexión inter y multidisciplinaria sobre la casuística que nos arroja el abordaje de esta temática desde los diferentes centros de dependencia municipal en las áreas de salud, educación y acción comunitaria. Logrando una articulación apropiada para generar acuerdos inter e intrasectoriales y complementar la implementación de programas tendientes a la salud mental y la capacitación especializada.

Se han realizado diferentes encuentros multidisciplinarios con la participación del área judicial; «Primeras Jornadas Interdisciplinarias sobre el Niño Maltratado», organizadas por la secretaría de Calidad de Vida –Áreas Programáticas– MCBA, año 1991; «Primeras Jornadas Intersectoriales de Salud Escolar», convocadas por la Coordinación de Salud Escolar de las Secretarías de Salud y Educación y las Áreas Programáticas de la MCBA, año

1994; «Jornada de Integración de la Red de Violencia y Maltrato», convocada por la Dirección de Salud Mental de la Secretaría de Salud de la MCBA y el Poder Judicial, año 1995.

Ha sido en el marco de las Primeras Jornadas de Salud Escolar y del Seminario sobre Violencia Escolar, organizadas por el Comité Central del Programa de Salud Escolar Dirección General de Programas Operativos, Subsecretaría de Política Sanitaria - MCBA, año 1994, dónde con mayor relevancia ha surgido la necesidad de esclarecer la etiología de los conflictos y la posibilidad de un cambio, encausando, sistematizando y discriminando las necesidades planteadas en el ámbito educativo en lo que se ha dado en llamar la Violencia Escolar.

Este subprograma refleja el primer intento de articulación de las Areas Programáticas de los Hospitales Generales, de Agudos de la MCBA, con el Equipo de Prevención de la Violencia de la Secretaría de Educación de la MCBA, para planificar y sistematizar acciones preventivas a través de las estrategias de Atención Primaria de la Salud, para iniciar un camino de acuerdos participativos en la investigación sobre la violencia en el escenario de la comunidad educativa.

3.OBJETIVOS

A. Proporcionar información técnico-teórica a los profesionales de los equipos de salud (psicólogos, psicopedagogos, médicos, odontólogos, asistentes sociales, sociólogos, antropólogos, terapistas ocupacionales, etc.) y de los equipos de orientación del escolar (psicólogos, psicopedagogos y asistentes sociales), sobre las características de la detección, interconsulta, derivación, tratamiento, seguimiento y medidas de prevención en violencia familiar y maltrato infanto-juvenil, para aminorar algunos de los prejuicios o el actuar desde el desconocimiento y así concientizar sobre la magnitud y

trascendencia del síndrome del maltrato y su impacto en la morbimortalidad infantil.

A.1 - Actividades

- A.1.1. - Difundir información sobre; El SNAM (Síndrome del niño y adolescente maltratado). Definición de Violencia Familiar y Maltrato a Menores. Circuitos de derivación, atención y asesoramiento. Normas de Procedimiento Institucional; área salud (intramuro y extramuro) y área educación .**
- A.1.2. - Promoción para la salud puntualizando el vínculo madre-hijo durante los primeros años de vida. Paternidad Responsable. Formación de agentes de salud que multipliquen acciones preventivas. Tales como:**
- Transferir a los padres y cuidadores de niños los conocimientos sobre el desarrollo evolutivo infantil. Qué esperar de los niños en las diferentes etapas evolutivas.**
 - Revalorizar el ser niño**
 - Propiciar la actividad lúdica y la expresión corporal**
 - Favorecer el aprendizaje de la educación sexual desde la primera infancia**
- A.1.3. - Incluir la violencia como tema disparador de actividades para ser trabajadas en el grado por el docente en el contenido curricular acorde a las etapas evolutivas. Legislación Argentina sobre minoridad y familia. Los derechos del niño en la Constitución Nacional.**
- A.1.4. – Pesquisar indicadores de potenciales padres abusivos y niños en situación de riesgo.**
- A.1.5. - Hacer un relevamiento de las familias de alto riesgo por escuela; por distrito escolar, por área programática o por red zonal.**

- A.1.6. - Conformar una red comunitaria; generar espacios de reflexión, autoayuda y reeducación, en el ámbito de la escuela y su comunidad.**
- A.1.7. - Coordinar y armonizar actividades con otras instituciones afines, (privadas, públicas, nacionales, internacionales, municipales, no gubernamentales, etc.)**
- A.1.8. - Realiza un estudio antropológico en base al análisis de las funciones parentales, estereotipos, valores y prejuicios culturales, crisis vitales (grupos, familia, instituciones, comunidad).**
- A.1.9. - Definir causas de la violencia escolar**

A.2 - Indicadores de Evaluación

- Actividad 1 - Indicador 1 Número de demandas de información y asesoramiento técnico recibidas; Tipo de demanda, Materiales de apoyo; folletos, cartillas, videos, Documentación Técnica, Orientación o apoyo especializado, Otros.**
- Actividad 2 - Indicador 1 Número de talleres con participación de la comunidad, por escuela, por distrito escolar, por centro de salud comunitaria. - Indicador 2 Temas que se eligen para ser desarrollados.**
- Actividad 3 - Indicador 1 Elaboración de materiales informativos dirigidos especialmente a los alumnos . Anexo 3; Tipo de Material, Número de Ejemplares, Lugar de distribución**
- Actividad 4 - Indicador 1 Análisis del registro de Indicadores obtenidos.**
- Actividad 5 - Indicador 1 Diseñar un protocolo de vigilancia - Indicador 2 - Tipificar los indicadores**
- Actividad 6 - Indicador 1 Revisión de las experiencias de Red Comunitaria.**

- **Actividad 7 -Indicador 1 Evaluación de las tareas interinstitucionales - Indicador 2 - Relevamiento de datos para enlace interinstitucional**
- **Actividad 8 - Indicador 1 - Realización del proyecto de investigación de las características del entorno y situaciones de riesgo en que se produce el maltrato en el ámbito familiar.**
- **Actividad 9 - Indicador 1 Realización del proyecto de investigación de las causas que determinan la violencia en d ámbito escolar**

B. Unificar y coordinar los criterios de abordaje interdisciplinario en base a la existencia y funcionamiento de una normativa de procedimiento específica para el ámbito educativo y para el ámbito hospitalario, teniendo en cuenta los niveles de complejidad y recursos que los efectores de salud y sus áreas programáticas posean.

B.1. - Actividades

- B.1.1. - Difundir documentos de normatización local y tipificación mundial del maltrato en la infancia.**
- B.1.2. - Distribución de los Anexos 1 y 2 (Documentos anexos sobre Violencia Familiar y Maltrato Infantil)**

B.2. - Indicadores de Evaluación

- **Actividad 1 - Indicador 1 Número de demandas de información y asesoramiento técnico recibidas; Tipo de demanda, Documentación técnica, Bibliografía, Orientación o apoyo especializado, Otros.**
- **Actividad 2 - Indicador 2 Material informativo normatizado; Anexo 1 y 2: Número de ejemplares, Ambito de Distribución,**

C. Motivar la capacidad resolutoria en el ámbito educativo, colaborando en el desarrollo de acciones tendientes a evitar que los adultos, en general, no seamos un irritador o generador de violencia más; revisando nuestro lenguaje, actitudes, niveles de exigencia, rigidez de control, comunicaciones sancionadoras al hogar, intervenciones profesionales a repetición.

C.1. – Actividades

C.1.1. - Esclarecer la etiología de los conflictos que se desarrollan en el ámbito escolar, Dificultades de comunicación e interpretación (conflictos entre conducción y docentes, entre docentes y padres, entre docentes y alumnos, entre alumnos, entre instituciones, entre institución y comunidad, etc.)

C.1.1.2.- Realizar reuniones con nivel de conducción y ejecución

C.1.1.3. - Realizar reuniones con docentes y auxiliares

C.1.1.4 - Realizar reuniones con padres y/o familiares

C.1.1.5.- Realizar reuniones con alumnos

C.1.1.6. - Realizar reuniones con instituciones intermedias

C.1.2. -

C.1.2.1. - Realizar técnicas de abordaje grupal

C.1.2.2. - Grupos de Reflexión y/o talleres

C.1.2.3. - Jornadas, Charlas, campañas

C.1.2.4. - Buzón de inquietudes

C.1.2.5. - Grupos operativos

C.1.3. -

C.1.3.1.- Encausar la expresión por canales creativos mediante técnicas operativas

C.1.3.2. - Dramatizaciones

C.1.3.3. - Collages, murales

C.1.3.4. - Radio Escolar, gráfica en general, encuestas

C.1.3.5. - Radio Escolar, Técnicas audiovisuales

C.2. - Indicadores de Evaluación

- **Actividad 1 - Indicador 1 Registro de los tipos de demanda y de respuesta a las demandas de información y asesoramiento técnico para la realización de reuniones e intervenciones profesionales, y el origen de su procedencia.**
 - **Tipo de Demanda - Formas de abordaje - Origen de la demanda**
- **Actividad 2 y 3 - Indicador 1 - Número de demandas de información y asesoramiento técnico recibido.**
 - **Tipo de demanda - Elaboración de proyectos de difusión audiovisual**

Los resultados de evaluación serán expresados anualmente mediante la técnica de Bichmann y Col. (OPS/OMS, 1989)

4. FLUJOGRAMA OPERATIVO VINCULANTE - INTRA E INTERINSTITUCIONALES CRONOGRAMA

FIGURA 4.A - Flujograma Operativo

FIGURA 4.B - Cronograma

F.E. 1; Fase de exploración F.E. 2; Fase de ejecución

F.E. 3; Fase de evaluación

A y B; Fases propiamente dichas

B; Evaluaciones

M; Mes

El desarrollo del programa abarcaría todo el desarrollo del Programa de Salud Escolar.

Se deberán realizar cronogramas específicos para cada uno de los tres objetivos generales del programa y según corresponda al momento de realizarlas tareas específicas.

5. RECURSOS

5.1 - Financieros

Incorporación de personal necesario en el caso de resultar insuficiente y/o inestable en sus funciones profesionales el recurso actual. Se requerirá presupuesto para la impresión de material gráfico de distribución, en el caso de no obtener un patrocinio.

5.2 - Humanos

Se tenderá especialmente a la optimización y coordinación del recurso que actualmente conforman; los Equipos de Salud con actividades extramuro afectados al Programa de Salud Escolar y Centros de Salud Comunitaria, los coordinadores de Programas y de tareas intra e interinstitucionales de las Areas Programáticas de los Hospitales Generales de Agudos de la Secretaria de Salud, y el Equipo de Prevención de la violencia y los Equipos de Orientación del Escolar, de la Secretaria de Educación .

5.3 - Físicos

El Subprograma no tiene requerimientos edilicios ya que se desarrolla en las instalaciones disponibles (escuelas municipales, centros de salud, centros comunitarios, Hospitales, etc.)

SUBPROGRAMA DE ODONTOLOGÍA

1. FUNDAMENTO GENERAL Y PROPOSITOS

La acción de salud escolar pretende en odontología abarcar los aspectos del problema de la salud oral en la infancia.

Para llegar en definitiva al «beneficio físico, mental y social» de la comunidad entrelazando lo técnico, lo social, lo estético, lo psicológico y lo económico.

Cumpliendo de esta manera con la Ley de Asistencia Dental Obligatoria para niños en edad preescolar-escolar y adolescentes- adultos escolarizados que concurren o no a establecimientos oficiales o incorporados a la enseñanza primaria, secundaria, normal, especial o superiores todo el territorio de la Nación. (Ley 12.912, Decreto 22.839/44)-

2. OBJETIVOS

- El odontólogo escolar debe programar, aplicar y evaluar acciones preventivas correspondientes a la prevención primaria en su período prepatogénico y patogénico, haciendo el seguimiento después de realizar el screening.
- Promover la atención dental obligatoria de las patologías a través de las instituciones correspondientes.

3. POBLACION COMPRENDIDA EN EL PROGRAMA TRABAJO DE CAMPO

- Universo educativo municipal de alumnos que comprende enseñanza oficial y privada con un total de 627.393 niños, aproximadamente.

- Además se contempla la atención de escuelas diferenciales, normales, especiales, de verano, jardines maternas, hogares de tránsito, viajes de egresados (Turismo de la Nación), colonias municipales y profesorados. Las tareas se realizan en establecimientos educativos porque la escuela, principal institución educativa, organizada en la comunidad, tiene la responsabilidad de ofrecer una educación sanitaria efectiva.

4. METODOLOGIA

- Planificación de la tarea a realizar con objetivos específicos de prevención primaria, screening y talleres, desarrollo, actividades, recursos, tiempo de duración y planificación.
 - a) Screening: Se realiza ficha odontológica detectando caries, patologías periodontales, malaoclusiones, hábitos e inspección de tejidos blandos.
 - b) Talleres: Se realiza enseñanza de cepillado con macromodelos, prevención de enfermedades periodontales, control de dieta e ingesta de dulces y derivaciones correspondientes a fonoaudiólogos y psicólogos por malos hábitos y degluciones atípicas.
 - c) Recursos: El programa se lleva a cabo con la ayuda de láminas, macromodelos y clases informativas a padres, docentes y alumnos para transformarlos en agentes multiplicadores de salud.
 - d) Tiempo de Duración: 6 horas por grado de 20 alumnos aproximadamente para realizar Screening y talleres junto con el equipo interdisciplinario (pediatras, asistentes sociales, fonoaudiólogos, psicólogos y psicopedagogos).

5. RECURSOS HUMANOS

Hay escasos recursos humanos para realizar estas tareas ya que hay hospitales que cuentan con uno o dos profesionales odontólogos, dentro del área programática.

6. EVALUACION

- Evaluación de resultados e impactos
- seguimiento de los niños revisados
- Estadísticas correspondientes con porcentaje de niños con caries y/o enfermedades periodontales y malaoclusiones estructurales y por hábitos .
- Evaluación por el modelo de Bichmann, Rifkin y Shrestha (1989)

7. RESUMEN

- El objetivo principal más importante es alcanzar con actividades conjuntas (secretaría de Educación y secretaria de salud), complementarias e integradas con óptimo estado de salud de los alumnos del sistema educativo municipal con la participación de otras entidades comunitarias.

- Establecer un control de circuito: Programa Población

- ESCUETA ⇒

- CONSULTA ⇒

- ORIENTACION ⇒

- ASISTENCIA Y/O DERIVACION ⇒ SEGUIMIENTO ⇒ ESCUELA

8. IDEAS FUERZA DE LAS TAREAS DE EDUCACION PARA LA SALUD

- La caries es una enfermedad que afecta al 98% de la población.
- Para que se produzca deben existir tres factores; un diente susceptible, microbios culpables y residuos alimenticios apropiados.
- La susceptibilidad del diente, puede ser reducida, por ejemplo; con flúor.
- Los microbios viven en la boca y forman parte de la llamada placa bacteriana por lo cual hay que eliminarlos.
- Los dulces (los hidratos de carbono en general) son residuos apropiados para que los microbios los transformen en ácidos que disuelven los dientes.

- La placa bacteriana, es una película que se deposita sobre nuestros dientes y que contiene bacterias.
- Estas deben eliminarse con un correcto cepillado después de cada comida y con el hilo dental, para las caras del diente, entre uno y otro lugar donde el cepillado no llega a limpiar.
- La técnica de cepillado debe ser enseñada por nuestros odontólogos. Se utiliza un cepillo firme, pequeño con penachos de cerdas de nylon blandas terminadas en un mismo plano.
- El mango del cepillo debe quedar paralelo a la hilera de dientes a limpiar. Los penachos apuntarán hacia los dientes en un ángulo inclinado de 45°.
- Se cepilla lentamente y por espacios reducidos en la unión con la encía y el diente con movimientos horizontales pequeños. De esta manera, se protege a los tejidos duros (esmalte dentario) y a las encías (tejidos blandos).
- La limpieza finaliza con el uso del hilo dental quien nos ayuda a eliminarlos residuos que se ubican entre diente y diente .
- Eliminando la placa bacteriana, eliminamos la posibilidad de destrucción de nuestras piezas dentarias.
- Los niños deben tener una dieta balanceada, con una alimentación completa, sana y natural (verduras, carnes, lácteos y frutas) y pocos hidratos de carbono. Estos actúan más por continuidad que por cantidad (es decir es conveniente comer los dulces todos juntos y no a cada rato). Luego de la ingesta se realiza un correcto cepillado. Existen golosinas o dulces menos pegajosos que otros los cuales son menos nocivos.
- Para aumentar la resistencia de nuestros dientes y que tengan menos posibilidades de enfermarse hay que ingerir flúor. El niño puede tomar éste con gotitas o comprimidos diarios, según la edad y el asesoramiento del odontólogo. (tenor de flúor del agua de consumo).
- También se presenta en forma de buches y en pastas dentales adecuada. Además, el odontólogo, en su consultorio, puede realizar las topicaciones de flúor que sirven también para fortalecer nuestros dientes.
- El cuidado de nuestras encías también es muy importante. Estas se protegen con el cepillado. Si no se realiza correctamente se inflaman y sangran. Si la

inflamación persiste comienzan a afectarse los tejidos que sostienen a nuestros dientes dentro de los maxilares y las piezas comienzan a tener movilidad por la pérdida de fibras y pueden llegar a caerse definitivamente.

- Los dientes temporarios (o vulgarmente llamados dientes de leche) son tan importantes como los permanentes. Deben cuidarse pues permiten una correcta masticación, fonación, estimulan el crecimiento del hueso y mantienen el espacio que luego van a ocupar los dientes permanentes .

- **RESUMEN DE IDEAS FUERZA:**

- **Visita periódica al odontólogo**
- **Disminución de ingesta de azúcares**
- **Dieta balanceada**
- **Cepillado después de cada comida y especialmente el nocturno controlado por un adulto**
- **No ingerir nada después del último cepillado**
- **No llevar objetos o dedos a la boca que ocasionen trabas en la alineación dentaria**
- **Cuidado con la aparición del primer molar permanente, muela que aparece a los 6 años, por detrás de los temporarios y que muchos creen que es un diente de leche.**

SUBPROGRAMA DE FONOAUDIOLOGIA

1. INTRODUCCION

El presente subprograma tiene por objeto aunar criterios de trabajo del Área Fonoaudiológica, como integrante del equipo de salud escolar. En el mismo se detalla la problemática que nos ocupa, las patologías de la comunicación, nociones de la Historia de la Fonoaudiología, los objetivos del área, las acciones a desarrollar e indicadores de evaluación, cronogramas, etc.

2. PLANTEO DEI. PROBLEMA

Se han ocupado los especialistas a través del tiempo de las necesidades de quienes padecen dificultades en la comunicación, dentro del campo de la medicina (clínicos, pediatras, otorrinolaringólogos, neurólogos, odontólogos, fonoaudiólogos, psicólogos, etc.); han estudiado y especificado prolijamente las alteraciones del lenguaje, audición y voz y su repercusión en la expresión oral.

Quienes estamos en contacto directo con los escolares debemos estar alerta para descubrir estas dificultades que pueden tener origen patológico, entre éstas están las dislalias, las que forman un grupo numeroso entre las logopatías de los escolares. La dislalia es la incapacidad de pronunciar bien ciertos fonemas: la alteración se presenta en el punto y el modo de articulación del mismo. Puede ser funcional u orgánica. En la adquisición del lenguaje atravesamos las siguientes etapas: comprensión, expresión, pensamiento verbal, lectura y escritura. La dislalia representa una perturbación en la etapa de expresión; el niño puede presentar esta síntoma como única alteración evidenciable o presentar dificultades en el aspecto comprensivo y de pensamiento verbal, acompañado de problemas neurológicos, psicológicos u otorrinolaringológicos; entre ellos las hipoacusias.

La hipoacusia es la disminución del umbral auditivo y de acuerdo a la ubicación de la lesión se clasifican en: conductivas (oído medio) o perceptivas (oído interno o vía auditiva). La pérdida de audición que se encuentra generalmente en los escolares suele ser leve y corresponder a afecciones del oído medio (obstrucción tubaria, otopateias serosas, otitis media aguda). Muchas veces los trastornos auditivos quedan encubiertos por «problemas de conducta, distracción, aislamiento o defectos de articulación (dislalias audiógenas). Debido al mal uso y abuso vocal que hacen algunos escolares suelen detectarse niñas con disfonía.

La disfonía es la alteración de la voz en cualquiera de sus cualidades (intensidad, altura y timbre). Puede ser de tipo funcional u orgánico (esbozos nodulares, etc.).

Cabe destacar también la observación temprana de las estructuras odontoestomatológicas. Las patologías que se observan, con más frecuencia en los niños son: la deglución atípica, la respiración bucal y las malaoclusiones dentarias.

La deglución atípica comprende cualquier desviación del patrón deglutorio normal, como así también la persistencia de la deglución más allá de los dos años de vida.

La respiración bucal es un hábito que surge como consecuencia de una vía área obstruida por causas congénitas o adquiridas que altera la fisiología normal y compromete funciones como la masticatoria, deglutoria, fonatoria y auditiva.

Las malaoclusiones dentarias observadas en los niños como producto de la respiración bucal se deben a deformaciones del macizo maxilofacial, ya que éste completa su osificación entre los 6 y 8 años de edad, y se ha comprobado que cualquiera de los factores que actúen obstruyendo, durante un tiempo y este período, la vía nasal modifican la anatomía ósea.

Dado que las dificultades de la comunicación inciden no sólo en la adquisición del lenguaje, sino en futuros aprendizajes integradores en el escolar; es de vital importancia el rol del fonoaudiólogo como integrante del Equipo de Salud Escolar.

3. BREVE RESEÑA HISTORICA DE LA FONOAUDIOLOGIA

A partir del año 1950 por iniciativa del Prof. Dr. Manuel Tato, Titular de la II Cátedra de ORL de la UBA, se crea el curso de Audiología y Foniatría y se lo denomina; «Fonoaudiología».

En 1959 el Dr. Bernaldo de Quirós crea, en la Universidad del Salvador, la carrera de Fonoaudiología, y en 1972 en la Universidad del Museo Social Argentino.

Posteriormente surgieron las Licenciaturas en las tres Universidades y el Doctorado en el Museo Social.

4. ORIGEN DE LA PARTICIPACION DE FONOAUDIOLOGIA EN PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD (APS) .

A partir del año 1980 se llevan a cabo múltiples tareas interdisciplinarias en diferentes Hospitales Municipales con intervención de las fonoaudiólogas.

La Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires crea los Gabinetes Psicofísicos para el acceso de los escolares. Estaban integrados por médicos pediatras, psicólogos, odontólogos, psicopedagogos, técnicos de laboratorio y fonoaudiólogos. En 1984 se crean las Áreas Programáticas dentro de la Secretaria de Salud Pública. En 1985 se firma un Convenio entre las autoridades de la Carrera de Fonoaudiología (UBA) y la Secretaria de Salud y Medio Ambiente (MCBA). El mismo propició la pasantía de las egresadas por las diferentes Áreas Programáticas y dio origen al curso de Posgrado «Fonoaudiología en APS» que se dictó en URA en 1990/91. Dado que anteriormente todas las acciones de prevención se centraban en la enfermedad y actualmente se trata de jerarquizar la Atención Primaria de la Salud, nos preocupamos por detectar tempranamente las alteraciones de la voz, audición y lenguaje.

5. OBJETIVOS DEL ÁREA FONOAUDIOLOGICA

- Promoción, prevención y protección de la salud desde el punto de vista fonoaudiológico en la Comunidad Educativa

6. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Detección precoz de las dificultades fonoaudiológicas; trastornos articulatorios, hipoacusias, respiración bucal, deglución atípica, disfonías, tartamudez, retrasos en la adquisición del lenguaje y otros trastornos que interfieran en la comunicación, en los escolares desde el nivel inicial.
- Orientación, derivación y seguimiento de las dificultades encontradas en los diferentes aspectos fonoaudiológicos antes mencionados.
- Asistencia en niveles de complejidad creciente de acuerdo a las posibilidades de cada Area Programática, priorizando a aquellos que no tengan cobertura social.
- Admisión en el Area Programática de niños de 2do. a 7mo. grado derivados por docentes para su evaluación y derivación de los mismos al servicio de fonoaudiología del Hospital.
- Orientación en la Escuela a alumnos de 2do a 7mo grado con dificultades para concurrir por demanda espontánea al servicio de Fonoaudiología del Hospital Base.
- Educación para la Salud en la Comunidad Escolar (padres, docentes, personal de la escuela, alumnos)

7. POBLACION

Este subprograma abarca toda la Comunidad Escolar de los 21 distritos escolares de la Capital Federal que se distribuye entre las 12 áreas programáticas de los hospitales municipales de la Ciudad de Buenos Aires, según los diagramas de regionalización de los Anexos precedentes. Cabe destacar que esta población es heterogénea, pues pertenece a zonas de diferente nivel socioeconómico y cultural.

8. METODOLOGIA DEL SCREENING

El equipo de Salud Escolar, compuesto por pediatras, odontólogos, asistentes sociales, fonoaudiólogos, efectúa la revisión de los alumnos del nivel inicial, primero y séptimo grado de las Escuelas que corresponden a los Distritos Escolares de cada efector.

La dinámica y encuadre de cada revisión varía de acuerdo al efector donde se confecciona el cronograma de revisiones y su correspondiente citación.

Así, las revisiones pueden hacerse; en cada escuela, en el Centro de Salud, o en el área programática del hospital que cuente con el espacio adecuado para tal tarea. Otros profesionales del Equipo como psicólogos, psicopedagogos, sociólogos, etc. pueden acompañar al equipo en la revisión o quedar en el hospital base para la interconsulta. Esto dependerá de la modalidad de abordaje de cada área.

La revisión fonoaudiológica consiste en la evaluación de:

- **lenguaje comprensivo y expresivo:** Se efectúa por medio de una charla espontánea, motivada por preguntas, láminas, cuentos, etc. que permiten observar el lenguaje conversacional del niño.
- **habilidad fonarticulatoria:** Se evalúa el punto y modo de articulación que ejecuta el escolar, a través de un barrido fonemático
- **Voz:** Se evalúan las cualidades acústicas de la emisión vocal y la actitud postural y fonatoria
- **despistaje auditivo:** La evaluación auditiva varía significativamente de acuerdo al recurso técnico con que cuente el Equipo (logo a campo libre con lista de palabras fonéticamente balanceadas; voz cuchicheada; diapason; audiómetro pediátrico «Interacustics»; Audiómetro en cámara sonoamortiguada: impedanciómetro, etc.) El ruido ambiente del ámbito escolar no suele permitir un método objetivo de medición auditiva.

- **función odontoestomatológica:** se observa la respiración (nasal-bucal); la posición lingual y la postura de los labios en la deglución, y las oclusiones dentarias - paladar, etc. junto con el odontólogo.

9. PORCENTAJE DE PATOLOGIAS HALLADAS

Las patologías más frecuentes se distribuyen generalmente de acuerdo a los siguientes datos:

**Dislalias 30% - Respiración Bucal 16% -
Hipoacusias 9% - Disfonías 2%**

10. DINAMICA DE DERIVACION Y SEGUIMIENTO

Se efectúa la derivación de los niños detectados con patología fonoaudiológica a; Servicio de ORL del Hospital Base, Obras Sociales, Sistemas de Prepagos, etc.

El seguimiento se controla a través de planillas de «referencia» y «contra-referencia» que completa el profesional que recibe la derivación, una vez cumplimentada la revisión y tratamiento.

11. EDUCACION PARA LA SALUD

Al igual que otras áreas, fonoaudiología cuenta con una amplia temática de «educación para la salud» ya sea desde el aporte fonoaudiológico específico o en combinación con otros profesionales del Equipo:

CHARLAS INFORMATIVAS A PADRES Y DOCENTES DE ALUMNOS DE NIVEL INICIAL Y PRIMER GRADO

Objetivo: Orientar a padres y docentes sobre la evolución normal del lenguaje de acuerdo a las diferentes etapas, su estimulación, sus dificultades y su incidencia en el aprendizaje de la lectoescritura.

Informar sobre las funciones que intervienen en la comunicación audición, respiración fonación, articulación y sistema odontoestomatológico.

TALLERES DE «STRESS Y VOZ EN EL DOCENTE»

Objetivo: Crear un espacio de reflexión para contener al docente estimulando mecanismos de autogestión que le permitan enfrentar demandas inherentes a su rol, sin utilizar su aparato fonador como único depositario de «stress».

TALLERES DE PROFILAXIS VOCAL

En estos talleres se intenta hacer llegar a docentes (maestros, profesores de música, educación física, etc.) recopilaciones de observaciones y estudios fisiológicos de la voz normal y patológica, como así también de las diferentes técnicas específicas para la prevención o reeducación de los problemas de la voz, para dar orientación práctica a quienes tienen a su cargo grupos de niños y adolescentes y utilizan su voz como herramienta de trabajo.

CHARLAS DE PREVENCIÓN SOBRE EL CUIDADO DE LA VOZ EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Objetivo: Orientar a niños y adolescentes sobre la importancia del cuidado del aparato fonador, uso y abuso del mismo. Su relación con la muda vocal. Relajación, respiración y fonación. Factores que inciden en la formación de las patologías; factores psíquicos, ambientales, emocionales, endocrinos y propios de la personalidad del adolescente. Principales patologías y su prevención.

CHARLAS INFORMATIVAS SOBRE LOS TRASTORNOS AUDITIVOS CAUSADOS POR CONTAMINACION AMBIENTAL

Fundamentación: Considerando el ruido como uno de los agentes de Contaminación Ambiental que incide directamente en el oído humano dañándolo de manera irreversible es necesario concientizar a la población escolar de los riesgos ante su exposición y duración.

Objetivos;

- **Prevención del efecto nocivo del ruido en su relación con la pérdida de la agudeza auditiva**
- **Protección de la Audición en ambientes ruidosos**
- **Información del uso adecuado de instrumentos que generan sonidos de alta intensidad - Modificación de conductas ante situaciones de ruido para preservar la salud física y psicosocial del individuo.**

TALLERES DE PREVENCIÓN DE TABAQUISMO

Objetivo: Prevenir una generación de futuros fumadores creando un espacio para reflexionar sobre los efectos nocivos del cigarrillo y analizar las conductas que inducen al hábito de fumar y su camino a la adicción. Uno de los objetivos del área fonoaudiológica es la prevención del cáncer laríngeo. Contamos para este trabajo con material fílmico y folletería suministrada por LALCEC.

12. PARTICIPACION DEL AREA FONOAUDIOLÓGICA COMO INTEGRANTE DEL EQUIPO DE SALUD ESCOLAR

- **Integrar los Comités de Salud Escolares y Distritales**

- Colaborar en charlas sobre diferentes temas de Salud que desde la comunidad escolar.
- Participar en Cursos sobre la «Formación de Agentes Multiplicadores dirigidos a docentes y a la Comunidad Escolar.

13. ACTIVIDADES EN ESCUELAS DE VERANO

- Revisación fonoaudiológica de la población asistente.
- Talleres de prevención sobre diferentes temas de salud.
- Charlas sobre pautas fonoaudiológicas y profilaxis de la voz.

14. OTRAS ACTIVIDADES DOCENCIA E INVESTIGACION

- Trabajos de investigación sobre la problemática fonoaudiológica en escolares y docentes (Presentados en Jornadas)
- Capacitación y formación de fonoaudiólogas concurrentes en el Area Programática.
- Intervención en los diferentes Cursos de Capacitación que se dictaron en las Areas Programáticas.
- Asistencia a Cursos de Capacitación

15. INDICADORES DE EVALUACION

- Aumento del % de niños en tratamiento fonoaudiológico
- Disminución del % de deserciones de tratamiento por el control y seguimiento de los mismos.
- Disminución del % de patología fonoaudiológica a través de los grados escolares.
- Aumento del nivel de interés de docentes y padres sobre la importancia de la problemática fonoaudiológica.
- Disminución de problemáticas de aprendizaje en relación a la patología fonoaudiológica encontrada.

Estos indicadores de evaluación son el resultado:

- a) del proceso de intercambio de consultas con docentes, padres, servicios de fonoaudiología de cada hospital; profesionales del Equipo de Salud y demás interconsultas con otros profesionales y servicios intervinientes (evaluación cualitativa)
- b) de la intervención del Equipo de fonoaudiólogas a través de acciones puntuales y/o generales en la Institución Escolar.

Los procesos de evaluación serán asimismo realizados unívocamente con todas los demás efectores a través del método de Bichmann y Col. (1989).

16. CRONOGRAMA

Se intenta cumplimentar los objetivos del Subprograma en el término del año lectivo (10 meses)

1 era. Etapa; se efectúa; a) Screening, orientación y derivación de los alumnos del nivel inicial y 1er. grado; b) Admisión, orientación y derivación de alumnos de otros grados (por demanda), c) Actividades de Educación para la salud.

SUBPROGRAMA DE NUTRICION

1. INTRODUCCION

El subprograma de nutrición comprende la estrategia para la promoción de un mejor estado nutricional de todos los miembros de la comunidad escolar. Ella se basa en la educación alimentaria con participación comunitaria orientada según la vigilancia y observancia de valoraciones antropométricas y hábitos o tendencias de consumo.

Propone además la interacción con otros subprogramas de Salud Escolar, la capacitación de todos los profesionales que participan en él, la investigación asociada a la nutrición y la participación en la planificación de asistencia alimentaria.

2. LA EDUCACION NUTRICIONAL EN LA ESCUELA

El propósito de la educación nutricional en las escuelas es que el niño pueda tener una concepción más amplia acerca de los beneficios de una alimentación correcta y equilibrada, así como conocer el rol que los nutrientes contenidos en los alimentos que forman la dieta habitual, cumplen sobre el organismo.

Independientemente de la edad y del grado, los niños en la escuela primaria se encuentran en diferentes estados de desarrollo.

A esta edad los escolares necesitan de historias concretas o experiencias para poder incorporar conceptos abstractos. Muchos conceptos nutricionales son abstractos para los niños (por ejemplo, las vitaminas constituidas en los alimentos, la digestión, las enfermedades debidas a una incorrecta alimentación, etc.)

Sin embargo existen muchas experiencias de educación en nutrición, en las que valiéndose de la utilización de los materiales didácticos, se logró presentar esta información en forma concreta y accesible .

La educación nutricional que se propone en este subprograma es unir la teoría con la práctica, a través de actividades cuyo contenido se integren a las materias y currícula del ciclo lectivo, los conceptos abstractos como ya se mencionara, se introducen a partir de una cuidadosa elaboración de actividades dirigidas a maestras (fundamentalmente, agentes primarios lógicos

y probados) y a alumnos, con formas accesibles de información (videos, folletos, materiales didácticos).

2. MARCO CONCEPTUAL

Entendemos la alimentación como proceso estrechamente vinculado a la salud que favorece al crecimiento, desarrollo y reproducción de la especie humana.

Deficiencias nutricionales a edades tempranas producen secuelas a corto y largo plazo como trastornos neurológicos irreversibles, disminución del rendimiento escolar y del potencial de trabajo en la adultez, entre otras.

Por otro lado una mala alimentación con inadecuación de nutrientes por exceso o disarmonía a la condición biológica puede favorecer la aparición y progresión de ciertas enfermedades. También es común observar dietas incompletas por condicionamiento en las opciones alimentarias por escasez de recursos o por desconocimiento de otras alternativas alimentarias .

Todo esto en el marco sociocultural conforma la costumbre alimentaria arraigada en la población. Estos hábitos de alimentación que siempre deben ser respetados pueden ser mejorados en aras de la calidad de vida. En este sentido el ámbito escolar a cualquier nivel es un medio propicio para la educación alimentaria tendiente a optimizar la alimentación y por ende la salud y condición del individuo, su familia y la sociedad.

4. PROPOSITOS Y OBJETIVOS

4.1 Propósito General

Promover el adecuado estado nutricional de los miembros de la comunidad escolar dentro del marco de la educación para la salud, partiendo de la interdisciplina y junto con la comunidad.

4.2 Objetivos Específicos

- 1. Conformar el perfil epidemiológico de la nutrición a través de la valoración antropométrica del estado nutricional y el conocimiento de las tendencias de consumo.**
- 2. Favorecer la adecuada asistencia alimentaria en los comedores escolares y en otros programas de apoyo nutricional y el conocimiento de las tendencias de consumo.**
- 3. Promover adecuados hábitos alimentarios con la comunidad escolar.**
- 4. Promover la formación de Comités de Salud que contemplen dentro de sus temáticas el enfoque nutricional.**
- 5. Interrelacionar aspectos comunes con los otros subprogramas de Salud Escolar.**
- 6. Capacitar a los profesionales afectados al programa de Salud Escolar y demás profesionales que participan de las acciones dentro de las escuelas.**
- 7. Promover la investigación en el área de la nutrición.**

4.2.1 - Delimitación del área geográfica

El subprograma de nutrición se propone para todas y cada una de las áreas programáticas de los Hospitales Generales de Agudos y dentro de ellas se contempla la división por distritos escolares y en ellos las instituciones educativas.

4.2.2 - Duración

Coincidente con el Programa de Salud Escolar y acorde a los tiempos de cada área programática en consecución a objetivos y estrategias.

5. ACTIVIDADES

Para 1.:

Recolectar los datos antropométricos (peso, longitud o talla, perímetro cefálico y perímetro del brazo), edad (en años y meses) y sexo.

- Construir los indicadores antropométricos individuales a saber; peso, talla, peso para talla, perímetro cefálico para edad, utilizando tablas de referencias comunes. Se sugiere considerar también perímetro del brazo como indicador complementario. Las tablas a utilizar son; curva patrón para la República Argentina de peso, talla, perímetro del brazo para varones y mujeres de 0 a 19 años preparados por Lejarruga y Orfila, o Marquievich (1975-1983); tabla de referencia de perímetro cefálico en varones y mujeres de 0 a 18 años de Nelhaus, G. Pediatrics, 1968 todas ellas recopiladas en; Criterios de Diagnóstico y Tratamiento, Crecimiento y Desarrollo, SAP 1986.
- Efectuar el diagnóstico de estado nutricional antropométrico según el criterio de sugerencia de normalidad;
 - El indicador P/E se sugiere como probable normalidad entre los Pc 3 y 97
 - El indicador T/E se sugiere como probable normalidad entre los Pc 3 y 97
 - El indicador P/T se sugiere como probable normalidad entre los porcentajes de adecuación entre 90 y 110
- Estimación del porcentaje de adecuación peso/talla; consideradas las variables; sexo, edad y talla del individuo a evaluar antropométricamente se procederá del siguiente modo:
 - observar la edad que corresponde al valor de estatura del sujeto a evaluar, en el percentilo 50 de la curva patrón talla/edad del mismo sexo.
 - observar luego el peso del percentilo 50 a la edad estimada en punto anterior en la curva patrón peso/edad del mismo sexo.
 - relacionar peso actual del sujeto con el peso estimado en punto anterior y multiplicar por cien, según se sintetiza en la siguiente ecuación; $\text{Peso Actual} / \text{Peso (Pc 50)} \times 100 = \% \text{ Peso/talla}$.
 - Evaluar resultados antropométricos del universo estudiado
 - Diseñar y llevar a cabo métodos de investigación de las tendencias de consumo (encuestas alimentarias cuali y/o cuantitativas y otras) con

definición de objetivos, estimación de muestra, definición de variables y su operacionalización, recursos necesarios y evaluación de resultados.

- Confrontar la valoración antropométrica de estado nutricional con la realidad alimentaria captada en el/los métodos de investigación utilizados.
- Elaborar conclusiones por áreas programáticas y generales, respecto de la epidemiología de la nutrición en el ámbito del programa de salud escolar.

Para 2:

- Establecer vínculos entre profesionales de salud escolar de ambas secretarías y comedores de instituciones educativas para consensuar actividades .
- Articular acciones entre quienes participan de la asistencia alimentaria escolar de cualquier tipo en todas sus etapas, entendiéndose por asistencia alimentaria toda entrega de alimentos de cualquier valor nutritivo.

Para 3:

- A partir de hábitos alimentarios conocidos de la comunidad con la que se trabaja, realizar actividades tendientes a reforzar las costumbres alimentarias más adecuadas y modificar las menos deseables. Para esto utilizar distintas técnicas de dinámica grupal que integre a esa comunidad en su organización, desarrollo y evaluación.
- respetando las estrategias contempladas en el punto anterior realizar educación alimentaria con contenidos básicos referidos a alimentación adecuada en las distintas etapas de la vida, valor nutritivo de los alimentos, pautas de prevención de enfermedades vinculadas a la nutrición .
- interrelacionar con distintas instituciones que puedan aportar al tema (organizaciones gubernamentales, no gubernamentales e intermedias) .

Para 4:

- participar en actividades de educación para la salud junto a padres, alumnos y docentes tratando de generar la necesidad de crear un espacio que se ocupe del cuidado de la salud.– proponer y participar con técnicas de

dinámica grupal para reflexionar y jerarquizar las cuestiones de salud y en particular las que se relacionen con la nutrición.

Con la coordinación y apoyo del Centro Municipal de Nutrición:

Para 5:

- **efectuar reuniones periódicas de intercambio entre quienes participan de las etapas de ejecución de éste y los demás subprogramas de salud escolar que tengan puntos de contacto con el de nutrición .**
- **efectuar reuniones periódicas entre los participantes del presente subprograma a fin de someterlo a evaluación continua para modificarlo, actualizarlo, etc.**

Para 6:

- **organizar jornadas interdisciplinarias con temas vinculados a la nutrición.**
- **capacitación continua a nivel local de agentes de salud para la ejecución adecuada del subprograma.**
- **elaborar material de difusión para todos los participantes del programa de salud escolar.**

Para 7:

- **diseñar y llevar a cabo proyectos de investigación vinculados a la nutrición**
- **facilitar la actualización de los profesionales participantes en distintos temas que beneficien el desarrollo del subprograma**

6.RECURSOS

6.1 . Humanos

Para el cumplimiento de los objetivos que plantea el presente subprograma y

dado el carácter interdisciplinario de la tarea se requiere la participación de; profesionales del equipo de salud del área programática - profesionales de la secretaria de educación y miembros de la comunidad educativa de las escuelas afectadas al subprograma

6.2 - Físicos y Materiales

Espacio adecuado otorgado por cada escuela que permita la semiología exposición de decúbito- Balanza pediátrica - Balanza de Palanca para adultos - Pediómetro - Tallímetro - Cinta métrica inextensible - Gráficas de crecimiento especificadas - Papel para formularios, planillas de registro, folletos de difusión, etc. - Material didáctico.

7- INDICADORES DE EVALUACION

7.1 Del estado nutricional

% de la población con diagnóstico de estado nutricional normal (final)

% de la población con diagnóstico de estado nutricional normal (inicio)

7.2 De las tendencias de consumo

Observancia de resultados de métodos de investigación de tendencias de consumo al inicio y final del período a evaluar

7.3 Del impacto del subprograma

Método de Bichmann y Col. (1989) según lo consensuado por el Comité Central del Programa.

SUBPROGRAMA DE OFTALMOLOGIA

1. INTRODUCCION

La detección de las anomalías visuales en la población estudiantil de nivel primario debe efectuarse en forma precoz. De esta forma se evitan las molestias propias de los problemas refractivos, y así las consecuencias

emergentes por la falta de corrección no llegan a procesos irreversibles como las ambliopías.

El presente subprograma, pretende dar una solución real y efectiva a la problemática visual de los educandos, realizando una orientación adecuada de fácil aprovechamiento.

2. OBJETIVOS

- 2.1: Detección y orientación de las ametropías (Durante el ciclo lectivo)**
- 2.2: Detección y orientación de enfermedades oculares en general. (Durante el ciclo lectivo)**
- 2.3: Tratamiento «in situ» de patologías oculares de ojo externo factibles de diagnóstico simple**
- 2.4: Instrumentar reuniones informativas a nivel de los docentes para que colaboren con el programa (desde el inicio del ciclo lectivo).**
- 2.5: Instrumentar la divulgación de los informes de prevalencia e incidencia**
- 2.6: Seguimiento de las patologías detectadas y control del niño con visión normal**
- 2.7: Promover una generación estudiantil con una salud visual controlada.**
- 2.8: Realización de cursos de capacitación para la detección de la patología visual orientado a docentes y profesionales del equipo de salud.**

3. ACTIVIDADES

- 3.1: Examen visual individual a cada alumno de las escuelas de riesgo sanitario, «in situ» por los equipos interdisciplinarios y especialistas aplicados al subprograma**
- 3.2: Examen visual y detección de patologías oftálmicas a los alumnos de las escuelas por agentes de salud capacitados.**
- 3.3: Cursos de capacitación a docentes y profesionales del equipo de salud con el fin de incrementar la detección oportuna de las patologías visuales.**
- 3.4: Reuniones informativas**

3.5: Notificación y derivación oportunas

3.6: Confección de estudios epidemiológicos sobre los datos relevados.

4. RECURSOS

Los recursos humanos y materiales adecuados para las actividades del subprograma

5. INDICADORES DE EVALUACION

1. Nro., de escuelas examinadas x 100

Nro. de escuelas asignadas

2. Nro. de alumnos presentes examinados x 100

3. Nro. de estudios epidemiológicos realizados x 100

Nro. de estudios programados

4. Nro. de cursos de capacitación realizados x 100

Nro. de escuelas bajo programa

5. Informe general anual de impacto del programa según método consensuado de Bichmann y col.

SUBPROGRAMA DE ZONOSIS

. Síntesis operativa del texto original

1. INTRODUCCION

El control de las zoonosis (enfermedades de los animales que se transmiten a los seres humanos) requiere de la aplicación de programas

integrados de protección y promoción de la salud, en los cuales las acciones de educación para la salud jueguen un papel fundamental.

La presencia de los animales domésticos, como objeto de compañía o de trabajo, genera importantes valores afectivos y/o materiales en los seres humanos, lo que promueve un estilo de convivencia particular.

En aquellos casos en los que las condiciones de vida coinciden con pobreza, marginalidad, desprotección sanitaria y bajo nivel educativo, esa convivencia puede incrementar el riesgo de contagio de las enfermedades zoonóticas.

Resulta imprescindible la aplicación de acciones educativas que favorezcan y colaboren en la toma de conciencia de la comunidad acerca de los peligros de contraer una zoonosis y del conocimiento de las medidas de prevención y control que se deben tomar para disminuir estos riesgos. Esto resulta relevante en aquellas poblaciones que por sus características epidemiológicas pueden ser definidas como de riesgo sanitario permanente .

2. ANTECEDENTES

Entre los años 1984 y 1986 el instituto de Zoonosis «Luis Pasteur» desarrolló, conjuntamente con la Dirección General de Medio Ambiente, un programa de educación para la salud denominado «Salud y Educación».

Los resultados alcanzados por las actividades desarrolladas indicaron la importancia y la necesidad de continuar con este tipo de acciones.

Se estableció contacto con la Coordinación del Programa de Salud Escolar dependiente de la Secretaria de Educación de la MCBA y se elaboró un proyecto conjunto entre ambas partes con acciones educativas tendientes al conocimiento de las medidas de prevención y control de las zoonosis de ciclo urbano en escuelas primarias ubicadas en zonas de alto riesgo epidemiológico en comunidades margino-excluidas y en Áreas Programáticas de Hospitales Municipales (Marcos y Col., 1995).(Programa de Educación para la Salud en Zoonosis).

El impacto determinó la necesidad y la importancia de continuar este tipo de acciones en forma orgánica, programada, cronogramada y enriquecida por la participación interdisciplinaria de profesionales de todas incumbencias que actúan en el área de la salud pública y, fundamentalmente, de la comunidad que es el objeto final de la tarea.

3. PROPOSITO

El propósito del presente subprograma es colaborar en evitar la aparición de casos humanos de enfermedades zoonóticas, a través del conocimiento y la difusión de las medidas tendientes a disminuir la prevalencia de las mismas en los animales domésticos, controlando los mecanismos de transmisión y reduciendo las posibilidades de contagio.

Este propósito se encuadra, a su vez, en el interés general del sistema nacional de salud consistente en la elevación de la salud del individuo, mediante la participación comunitaria en forma organizada, consciente, activa, solidaria y responsable.

4. OBJETIVO GENERAL

Difundir el conocimiento de los mecanismos de prevención y control de las enfermedades zoonóticas en la población de la Ciudad de Buenos Aires, a través de agentes multiplicadores de la información, utilizando diferentes estrategias en función del grado de riesgo relativo, asegurando al mismo tiempo una participación solidaria, real y efectiva de la comunidad toda para colaborar en el logro del objetivo.

5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Difundir medidas sanitarias para controlar la transmisión de las enfermedades zoonóticas
- Promover la figura del tenedor responsable de animales domésticos .
- Promover la vacunación y desparasitación de los animales

- **Impulsar un control comunitario sobre el crecimiento de las poblaciones animales**
- **Educar a las poblaciones escolares y estudiantiles acerca de la prevención y cuidados en casos de lesiones producidas por animales domésticos y de las enfermedades que ellos puedan transmitir.**
- **Favorecer conductas sociales que eviten la contaminación del medio ambiente**
- **Colaborar en la mejora de las condiciones higiénicas y de los hábitos sanitarios de la población**
- **Difundir los conocimientos necesarios para la prevención de las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) que revisten carácter de zoonosis.**
- **Inculcar los criterios de salud y bienestar animal**
- **Promover la participación y la integración multidisciplinaria de las distintas profesiones vinculadas a los sistemas de salud y educación**
- **Gestar y aportar datos primarios para colaborar en un diagnóstico epidemiológico (socio-sanitario-ambiental).**
- **Ampliar el campo de investigación de los condicionantes sanitarios**
- **Capacitación interdisciplinaria, tanto en el área de salud como de educación, para formar agentes multiplicadores de este subprograma (objetivo de docencia)**
- **Interactuar coordinadamente con el resto de los subprogramas que integran el Programa de Salud Escolar.**
- **Trabajar en forma articulada con las Comisiones de Salud que funcionen en las escuelas y distritos escolares.**

6. FORMULACION

6.1 Contenido Programático

6.1.1 - Enfermedades Zoonóticas

El subprograma contemplar el tratamiento de dos grupos de enfermedades zoonóticas, de acuerdo a que las mismas presenten su ciclo epidemiológico dentro del ámbito de la Ciudad de Buenos Aires o que sean de relevancia nacional .

En el primer grupo se pueden citar las siguientes zoonosis: Rabia, Psitacosis, Leptospirosis, Toxocariasis, Toxoplasmosis, Tuberculosis, Dermatomicosis, Sarna. Este listado no es exhaustivo y eventualmente pueden incorporarse al mismo otras patologías, en la medida en que las condiciones epidemiológicas así lo determinen.

Dentro del segundo agrupamiento se incorporaron: enfermedad de aliagas, hidatidosis, fiebre hemorrágica, triquinosis.

6.1.2. - Indice Temático

Para cada una de las enfermedades citadas precedentemente se preparó el material didáctico adecuado, teniendo en cuenta los siguientes aspectos. Agente etiológico, mecanismos de transmisión, sintomatología y profilaxis.

6.2 Contenido Educativo

El basamento conceptual de este subprograma es que la educación para la salud no puede ni debe ser una simple transmisión de la información, ni debe tener como objetivo el acopio de conocimientos, sino el obtener una modificación favorable de los comportamientos y conductas.

Se utilizarán mensajes educativos entendibles, que atraigan la atención de los distintos receptores y que sean compatibles con las necesidades, expectativas, intereses y sentimientos de los mismos, profundizándose los contenidos de acuerdo a los diferentes niveles de los destinatarios.

Se intentará establecer mecanismos participativos, desechándose la estructura de «charla» o exposición magistral, por considerar que es erróneo concebir el proceso educativo como un acto de transmisión o de extensión sistemática (Freire,1984). Se tomará en cuenta el criterio de que todo acto comunicativo para ser eficiente necesita un acuerdo entre los sujetos recíprocamente comunicantes. Ese acuerdo se establecerá en base al conocimiento de la problemática real o necesidades de cada nivel de receptores.

6.3 Selección de la población objetivo

Para la ejecución del presente subprograma se han definido niveles de población-objetivo sobre los que se desarrollarán las acciones educativas.

6.3.1. - Nivel Escolar

- docentes (maestros y profesores), alumnos y estudiantes de escuelas primarias y colegios secundarios ubicados en las áreas de mayor riesgo sanitario desde el punto de vista epidemiológico (beneficiarios primarios)
- docentes (maestros y profesores), alumnos y estudiantes de escuelas primarias y colegios secundarios del resto de la ciudad de Buenos Aires (beneficiarios secundarios).

6.3.2. - Nivel Comunitario

Pobladores de los asentamientos y/o comunidades margino-excluídas (villas de emergencia, etc.) que constituyen las áreas de mayo riesgo epidemiológico (beneficiarios primarios)

- resto de los habitantes de la ciudad de Buenos Aires (beneficiarios secundarios)

6.3.3. - Nivel Profesional

- Profesionales vinculados a la salud humana y animal que desarrollen sus actividades en el ámbito de la Ciudad de Buenos

Aires, particularmente aquellos relacionados laboralmente con las Areas Programáticas de los Hospitales cuyas jurisdicciones incluyan las áreas de riesgo.

- **Profesionales vinculados a las actividades educativas, tanto a nivel primario como secundario, en establecimientos municipales, religiosos o privados.**

7. METODOLOGIA

Se utilizará, en todos los niveles, métodos globales que promuevan la participación plena de la población-objetivo, a través del debate y la discusión de los temas, desarrollando la solidaridad como concepto clave para la resolución de los problemas comunes.

El contenido programático de la temática propuesta será llevado adelante bajo una concepción dialoguista, problematizadora y concientizadora, evitando lo «asistencialista». Se profundizará la aplicación de los conceptos que se engloban en la teoría de la psicogénesis educativa, desarrollando una teoría no vertical del proceso educación aprendizaje e incorporando al mismo todos los conocimientos previos que presenten los grupos humanos con los que se trabaje, rescatando así el «saber popular» sobre el tema de la convivencia con animales y los riesgos que ello puede acarrear. Se respetarán las etapas secuenciales del proceso de enseñanza aprendizaje; –preparación de la información, difusión, recepción por parte de los destinatarios, actitudes de éstos, modificación actitudinal.

8. MEDIOS, MATERIALES Y RECURSOS HUMANOS

Se utilizaron todos aquellos medios audiovisuales y de apoyo didáctico disponibles, así como los recursos humanos del IZLP, Areas Programáticas, Secretaria de Educación, incluyendo Escuelas y Colegios Municipales, así como los agentes comunitarias necesarios.

9. EVALUACION

La evaluación permanente, consistente en el seguimiento y la supervisión de las actividades del subprograma, sondeando la respuesta de los receptores del mismo, será el control de calidad que permitirá conocer la eficiencia, la eficacia y la efectividad del proceso de enseñanza aprendizaje. Se utilizará el modelo CIPP, propuesto por Stufflebeam en 1981, para la evaluación de programas educativos, y que será tomado como base para evaluar este subprograma. Para la inclusión en la etapa de evaluación general se utilizará el método descrito por Bichmann y col. (1989).

El proceso de evaluación se realizará para valorizar las acciones desarrolladas, posibilitando el control del cumplimiento de los propuesto y permitiendo la instrumentación de cambios en el momento oportuno. Para todo ello se determinaron los siguientes indicadores;

1. Total de cursos y seminarios realizados

Cursos y seminarios programados

2. Nro. de docentes/alumnos participantes asistentes

Nro. de docentes/alumnos participantes programados

3. Nro. de escuelas visitadas

Nro. de escuelas bajo programa

4. Cursos ejecutados en el periodo

Cursos programados

5. Beneficiarios alcanzados

Beneficiados potenciales

6. Nro. de cartillas distribuidas

Nro. de cartillas producidas

7. Idem para folletos

8. Nro. de folletos distribuidos

Nro. de personas asisten

9. Nro. de cartillas distribuidas

Nro. de docentes participantes

10. Calificación de acciones (grados)

Acciones realizadas

11. Objetivos cumplidos

Objetivos planificados

12. Costo efectivo de las actividades

Actividades realizadas

13. Costo efectivo del material producido y distribuido

Cantidad de material producido

Además, durante la aplicación del presente subprograma se desarrollaron nuevos indicadores cualitativos, que permitan medir el impacto de estas actividades en las poblaciones-objetivo y en el cumplimiento del propósito y del objetivo general.

SUBPROGRAMA DE ADOLESCENCIA

1. INTRODUCCION

La preocupación por el crecimiento y desarrollo del niño aparece a principios de este siglo y sólo después de la Segunda Guerra Mundial se

extiende a los problemas de salud de la adolescencia. La Pediatría, la endocrinología, la psicología, la clínica, la sociología, la epidemiología y la antropología acercan conocimientos muy valiosos sobre el adolescente y su mundo.

La adolescencia constituye una etapa biopsicosocial del desarrollo humano, etapa específica de la vida del individuo, con necesidades y derechos definidos y con perspectivas de futuro.

La tasa de mortalidad de los adolescentes es relativamente baja, comparada con otros grupos etáreos, la mayoría de las causas de muerte son prevenibles, por eso debe atenderse a ellas: violencia, accidentes, suicidios, consumo de alcohol y/o drogas, enfermedades de transmisión sexual, embarazos inoportunos, abortos, etc.

En esta tarea debemos participar todos (padres, maestros, médicos, psicólogos, instituciones), para asegurarla mejor inserción del adolescente en la vida adulta.

2. PLANTEO DEL PROBLEMA

En la adolescencia tienen lugar modificaciones corporales y de adaptación a nuevas estructuras psicológicas y ambientales que conducen de la niñez a la adultez. La duración de esta etapa es variable según las diferentes sociedades y culturas y se ha ido modificando con el paso de los años. Las sociedades occidentales tienden a facilitar una adolescencia más larga, fundamentalmente con un sistema educativo prolongado que trata de mejorar la productividad del adolescente, pero que posterga su inserción en la sociedad adulta. En la República Argentina hay 32.608.687 habitantes (censo 1991), los adolescentes representan aproximadamente el 20% de la población total. De este porcentaje el 80% vive en áreas urbanas.

La XLII Asamblea Mundial de la Salud de 1989 trató el tema y en base al análisis de las discusiones técnicas «La salud de los jóvenes» insta a los Estados Miembros a conceder la debida prioridad a las necesidades sanitarias de los adolescentes y facilitar los recursos y servicios para evaluar su situación, identificar factores importantes que puedan influir en su salud actual y futura, establecer programas y servicios sociales culturalmente aceptables para atender a las necesidades de salud y desarrollo de los adolescentes, detectar a los grupos especialmente vulnerables o desfavorecidos, formar a los agentes de salud y a los de otros sectores y colaborar estrechamente con las organizaciones no gubernamentales, en particular las juveniles, en la elaboración, ejecución y evaluación de los programas.

La Secretaria de Salud, reconociendo la trascendencia de la salud integral de los adolescentes y la importancia de dar una respuesta a las necesidades de salud y desarrollo a los actuales y futuros integrantes de este grullo etéreo, en el marco de la nueva estructura del Ministerio, crea en 1991 el Departamento de Atención del Niño y el Adolescente y elabora el anteproyecto de un Plan Nacional de Salud Integral del Adolescente, que es puesto a consideración de los Jefes del Programa Materno Infantil de las diferentes jurisdicciones nacionales.

En 1992, en la Reunión Nacional de la Dirección de Salud Materno Infantil, se trabaja con los Jefes de Programa organizados por regiones y como resultado de ese proceso y de acuerdo a la Resolución IX del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud de 1992 a la cual suscribe, en marzo de 1993 considera la necesidad de implementar el PLAN NACIONAL DE SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE, dentro del marco técnico conceptual propuesto por el Programa de Salud integral del Adolescente en las Américas.

3. OBJETIVOS

Objetivo General:

Promover el crecimiento y desarrollo biopsicosocial de los adolescentes, contribuyendo a dar respuesta a las demandas de ese grupo etáreo, con especial énfasis en las actividades de promoción y protección de la salud.

Objetivos Específicos:

- **Movilizar todos los recursos disponibles sectoriales y extrasectoriales a fin de lograr la salud integral del adolescente mediante la prevención de riesgos y daños prioritarios.**
- **Ofrecer servicios de salud adecuados a las necesidades de los adolescentes, teniendo en cuenta el abordaje interdisciplinario.**
- **Introducir la tarea preventiva en el quehacer educativo, involucrando en la misma a la comunidad toda.**
- **Enfatizar la articulación entre los sectores Salud y Educación, para lograr una adecuada integración y operatividad en las acciones.**
- **Promover procesos de normatización y líneas de investigación operativa, referidas a este grupo etáreo, así como la evaluación de estrategias de intervención y resultados del subprograma.**
- **Articular acciones con otras instituciones comunitarias, para llevar a cabo conjuntamente tareas de prevención, con el objeto de aprovechar al máximo esfuerzos y recursos.**
- **Propiciar la puesta en marcha de alternativas de tiempo libre, que apunten a una mejor calidad de vida.**
- **Lograr del adolescente su autocuidado y la posibilidad de ejercer acciones de promoción de salud en sus pares.**

3. METODOLOGIA DE ABORDAJE

De lo que se consensúe entre cada efector de salud y las autoridades educativas, se propiciará la realización de las siguientes actividades, que se llevarán a cabo en los establecimientos de enseñanza media de gestión pública de la MCBA, dentro del marco del presente Programa de Salud Escolar . Los

efectores del subprograma realizaron sus acciones en el área geográfica de su incumbencia.

- Reuniones periódicas de los distintos niveles de coordinación
- Encuentros con los equipos de conducción y docentes de cada escuela, para la planificación conjunta de la tarea a encarar.
- Cursos y talleres de formación para docentes
- Diseño y elaboración de instrumentos y recursos que permitan conocer al alumnado, con vistas a una mejora cualitativa en su desarrollo
- Elaboración y adecuación de materiales de Educación para la Salud en consenso con la Secretaría de Educación.
- Promoción y creación de grupos y/o agentes de salud entre pares.
- Propiciar un diálogo claro, reflexivo, brindando información y formación, con el fin de favorecer un crecimiento en la autoconfianza, la responsabilidad, el autocuidado y la ayuda mutua.
- Impulso de las actividades que incluyan la participación de los padres.

Se han sugerido las siguientes estrategias de intervención:

- torbellino de ideas
- talleres
- juego de roles
- dramatizaciones
- debates
- publicaciones escolares
- carteles, murales, videos y audiovisuales
- folletos

Recursos Humanos y Materiales; cada efector de salud evaluará la disponibilidad presupuestaria del hospital base para encarar las tareas propuestas.

5. CRONOGRAMA Y UNIDAD DE IMPLEMENTACION

Cuando se especifiquen las relaciones de los diferentes subprogramas y actividades que incumban al presente, en las áreas programáticas, se implementará el cronograma anual que puntualice unidad ejecutora y calendario de actividades, incluyendo comunicación y coordinación como se anuncia en los acápites pertinentes. El subprograma Adolescencia trabajará conjuntamente con otros subprogramas referidos a este grupo etéreo, como ser:

- Educación Sexual, ETS y SIDA
- Violencia
- Adicciones
- Nutrición
- Inmunizaciones
- Educación para la Salud, etc.

6. CONTROL DE GESTION Y EVALUACION

Se definirán las variables a partir de las cuales se evaluará el desarrollo de las acciones del subprograma adolescencia. Se evaluará:

1. Pertinencia
2. Viabilidad
3. Coherencia

Asimismo se analizará la eficacia de las acciones en el tiempo, a través de la metodología y de los recursos humanos y materiales. Los resultados se evaluarán de acuerdo a los objetivos propuestos a corto, mediano y largo plazo, reformulándolos si fuera necesario. El impacto, por el consenso alcanzado, se evaluará con el método de Bichmann y Col. (1989)

SUBPROGRAMA DE EDUCACION SEXUAL, SIDA Y ETS

Si nuestras familias pueden ser ámbitos de paz, un hogar de comunicación e intercambio, todos nos hacemos presentes en la sociedad, en el trabajo seremos confortados y respaldados y podríamos llevar a esta sociedad es cuota de serena comunicación, de solidaridad, de amor que tanto nos falta.

La educación de la sexualidad y el amor es educar para construir y vivir en una sociedad mejor.

- **Destinatario; todos los niveles y modalidades de la comunidad escolar (Alumnos, docentes, padres)**

1. INTRODUCCION

La educación tiene por objeto primero producir actitudes e internaliza valores en los individuos y grupos humanos, destinados a generar un comportamiento de acuerdo a los roles emergentes de una determinada sociedad, y segundo incentivarla capacidad creativa de los seres humanos estimulando el espíritu critico y la autodecisión.

Ambos objetivos construyen la educación.

La educación sexual es una parte de a educación general, de la educación para la vida (en el concepto de bienestar físico, psíquico y social) que vincula a dos grandes prioridades nacionales; la Educación y la Salud como prevención. Va desde la concepción biológica hasta la senectud, con distintas modalidades según las edades, cobrando especial importancia y características en la adolescencia.

En la República Argentina, con respecto a lo sexual, hemos sufrido en pocos años un brusco cambio psíquico-social, pasamos de la posición llamada «conspiración del silencio» a la eclosión de lo sexual en todos los medios de

comunicación; radio, televisión, cine, prensa, conferencias, cursos, etc. pero infortunadamente sin el sentido de una auténtica educación sexual.

Educación sexual es orientar, ejercer influencias con el objeto de que el individuo cumpla con los fines a los que está destinado sexualmente. Esta asociado a la moral sexual y comprende la educación no verbal, la del ejemplo, de la conducta. La instrucción es informativa, la educación sexual es formativa; pero en, realidad están imbricadas entre sí.

Qué es educación sexual?

Es en primer término, una educación para el amor, es decir, para desarrollar conductas altruistas: en segundo lugar, es una educación para el rol, lo que equivale a decir para poder cumplir con nuestro destino de hombre y mujer, y en tercer lugar, es una educación para la genitalidad, entendiendo por tal, el amor humano adulto en sus expresiones conductuales y en sus contenidos psicoemocionales, en donde el acto sexual constituye una forma más de comunicación que tiene la pareja humana y que no es ni la única ni la más importante .

Si se cumplen los dos primeros términos, el tercero se daría por lógica consecuencia, ya que un individuo educado para el amor y para cumplir con su destino de hombre o de mujer arribaría sin problemas a la genitalidad que como expresión adulta del afecto, sería la culminación de este proceso educativo.

La educación sexual, entonces, puede entenderse como una educación del carácter y tiende al desarrollo de los aspectos físicos, psicológicos, emocionales, espirituales y culturales en las relaciones humanas.

La sexualidad se proyecta como una parte importante en el conjunto de experiencias y vivencias de la vida y se convierte en una fuente de salud y energía creadora. Por lo tanto, la Educación Sexual da al individuo la oportunidad de integrar su sexualidad dentro de un proceso armónico de

maduración que le permite realizarse y vincularse con los otros, y al poder asumir su libertad y sus responsabilidades, encontrar un equilibrio psicoemocional que le asegure bienestar.

La Educación sexual beneficia al individuo ya la sociedad, ya que es una educación para ser persona. Debe comenzar en el nacimiento y como es una educación para el amor, la principal y genuina educadora es la familia. Las demás instituciones; escuelas, hospitales, clubes, iglesias, etc. - intervienen únicamente ayudando a la familia, que sólo es reemplazada cuando ésta no es capaz de poder cumplir con su función educativa.

2. FUNDAMENTOS METODOLOGICOS

¿Se justifica una educación sexual en las escuelas?

La educación sexual en la década de 1960 a 1970 se ha extendido a la escuela con una sorprendente rapidez, especialmente en toda Europa y EEUU. En esta década se llega a una conclusión generalmente admitida; la escuela debe contribuir a la educación sexual de sus alumnos.

Cómo y dónde «nos educamos» en la sexualidad nosotros, los adultos de hoy?

Creemos que las respuestas son bastante unánimes: dónde, cómo y cuando pudimos. Con muchos errores, con varios complejos. Con secuelas y condicionamientos muy perturbadores que se perciben en la relación de pareja, en los matrimonios, en la familia. En los consultorios médicos y psicológicos estas huellas se constatan con una persistencia dolorosa.

Sin entrar en repercusiones profundas, constatamos una realidad palpable, podemos «bromear», hacer «chistes verdes», agredir sobre la sexualidad pero cuánto cuesta encararla con profundidad y libertad, encararla con espontaneidad con nuestros chicos o entre los adultos. La sexualidad sigue siendo un tema difícil y su abordaje nos cuesta.

Pero por otro lado, lo sexual y lo erótico se viven por todos lados; el cine, las revistas, la televisión; los comportamientos y las actitudes en las calles y las plazas; los albergues transitorios, son un símbolo de nuestra ciudad. Nuestros niños y nuestros adolescentes están impregnados de sexo e incitados a una práctica sexual cada vez más exigente, so pena de quedar marginados de determinados grupos o sufrir la presión de un complejo de inferioridad o de desvalimiento viril o femenino.

Las «virtudes» de ayer (virginidad y castidad) ¿rigen hoy? y si rigen ¿qué significación tienen?

El «doble código de ayer» (libertad sexual para los varones y control para las mujeres) ¿sigue existiendo o en la actualidad hay una libertad sexual semejante para ambos sexos?

Cuando hablamos con los padres, las preguntas cantinelas son éstas: Qué hago si el niño no pregunta? Cuándo debo comenzar a hablarle? Hasta dónde debo hablarle?, etc.

Estas preguntas nos revelan:

- **Que a veces no se han percibido las múltiples señales de preguntas que hicieron los chicos**
- **Que no se ha hablado ni se habla**
- **Que el tema genera una serie de temores y de angustias aún antes de producirse**
- **Que el tema es muy movilizador para nosotros los adultos.**

Los padres no hablan sobre el tema fundamentalmente por tres motivos:

- **Porque no podemos: en algunas circunstancias ello obedece a represiones inconscientes, a resistencias emocionales, a inconvenientes sentimentales de vergüenza y de temor. Porque la propia vida de comunicación afectiva y sexual es un serio conflicto o está teñida de malentendidos que mejor no tocar el tema.**

- Porque no tenemos una preparación suficiente y adecuada: porque no conocemos los temas, porque no tenemos el lenguaje apropiado, porque estamos a una distancia sideral de nuestros hijos, porque desconocemos su problemática evolutiva y sus intereses, etc. Tal vez nuestro bagaje de conocimiento nos alcance para lo más simple, pero sobre los temas «discutibles» surgen la angustia y la dificultad de encararlos, o se los trata mal.
- Porque... o como vamos a hablar de esto?. Por una autodesvalorización o autodescalificación para colocar en «otro», la responsabilidad que es propia.

Hablaremos de «paternidad responsable» del «derecho natural» de los padres, pero... lo estamos dejando de lado en muchas ocasiones, no nos tenemos confianza, ni tenemos confianza en nuestros hijos, creemos que nos pedirán toda a la perfección...

Los jóvenes, especialmente, los púberes y los adolescentes no pueden vivir al margen de las preocupaciones e interrogantes que les plantea su propio desarrollo evolutivo y el ambiente erotizado en que vivimos. Si los padres o la escuela no satisfacen esos intereses, el encontrará satisfacción en otras fuentes: su barra, sus amigos, sus «iniciadores», la calle. Este proceso presenta habitualmente las siguientes características;

- a) el aprendizaje está impregnado de informaciones falsas y experiencias muy negativas, llegando algunas a ser traumáticas y con huellas muy dolorosas para el futuro.
- b) el aprendizaje, porque se realiza en la clandestinidad, adquiere una valoración y resonancia negativa, vergonzosa, «mala», con lenguaje torpe, soez y sádico.
- c) consecuencia para nosotros, padres y educadores: si no estamos presentes en esta área, en sus inquietudes y necesidades, en este aspecto dejaremos

de ser padres y orientadores; en este aspecto los dejaremos abandonados a su suerte, los dejamos «huérfanos».

Creemos que lo dicho anteriormente basta para justificar la necesidad de la educación de la sexualidad. Hoy no se puede prescindir de ella. Queremos señalar algunas razones para indicar su conveniencia, especialmente en la escuela:

- es imprescindible que los conocimientos sean graduados, sistemáticos, comprensivos y con un nivel de objetividad y de vocabulario que no todas las familias suelen poseer.
- la familia es el primer ámbito de gestación de actitudes y conductas de amor, de donación, de identidad sexual, etc. Pero es un ámbito reducido máxime en familias poco numerosas .
- la escuela es el ámbito de la «socialización»: de conocimientos y de encuentros interpersonales. La escuela debe contribuir al aprendizaje de estas actitudes, del desarrollo psicosexual de cada individuo y de los grupos, a la superación de miedos, temores, y aversiones, ayudar al intercambio, al mutuo conocimiento y ayuda, a encontrar formas de servicio, etc.
- La escuela debe hacerse presente y contribuir a la subcultura de los grupos de pares de igual o diferente sexo, para ayudarlos a crecer, a investigar y discriminar modelos y valores, para encontrar intercambios, servicios e ideales humanos. La escuela debe ayudar a los líderes grupales y debe constituir una experiencia de convivencia social de varones y niñas que se ayuden, se respeten, y se responsabilicen mutuamente.

2. OBJETIVOS GENERALES

- Articular acciones entre educación y salud destinadas a la promoción y valoración de la sexualidad como un impulso de vida.
- Unificar criterios de información y divulgación de temas relacionados con la esfera sexual en los establecimientos educacionales dependientes de la MCBA

- Favorecer la toma de conciencia en toda la comunidad educativa de la necesidad de instaurar la «educación sexual» como proceso que va unido al de socialización y al de construcción de la identidad, crecimiento y desarrollo de las seres humanos.
- Promover actitudes de flexibilidad, reflexión crítica, apertura frente al conocimiento científico y relatividad histórica cultural del hecho de ser varón o mujer, neutralizando aquellas que refuerzan prejuicios, estereotipias y discriminaciones.
- Realizar prevención primaria en los temas relacionados a la sexualidad y sus manifestaciones.

3. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Promover un ámbito de reflexión, información, intercambio y debate que permita revisar actitudes, mitos y costumbres que determinan el campo de nuestra sexualidad y de nuestras concepciones acerca de la sexualidad humana estableciendo un espacio que facilite una revisión crítica de los conocimientos sobre la temática.
- Promover la intervención de manera positiva desde la escuela para contener, prever y solucionar las situaciones que se presentan.
- Capacitar a docentes y padres para abordar el tema en una forma sistemática, interactiva y organizada.
- Acompañar a los individuos a consolidar firmezas y valores personales que reduzcan la probabilidad de que se hagan daño a sí mismos o a sus semejantes, fomentando la autoestima.
- Favorecer la comprensión de que cada individuo tiene un tiempo distinto para crecer. Esta variación es debida a factores constitucionales.
- Destacar la relación hombre-mujer basada en lo biológico y afectivo.

4. CONTENIDOS

- Anatomía y fisiología del aparato genital femenino y masculino

- Etapas evolutivas del desarrollo psicosexual del niño desde su primer año de vida hasta la pubertad, incluyendo; menstruación, polución, masturbación y hábitos de higiene y etapas transitorias homosexuales.
- Sexualidad y anticoncepción. Discusión de los métodos actuales.
- Enfermedades de transmisión sexual, SIDA, Enfermedad, Contagio. Prevención. Factores Sociales y Culturales.
- Estructura de la familia y su papel. Roles y funciones de sus miembros.
- Educación Sexual, concepto – objetivos – Educación sexual en la familia y en la escuela
- Embarazo y Parto
- Temores, miedos, fantasías, mitos, prejuicios, etc.

5. METODOLOGIA

Las temáticas serán implementadas de acuerdo a las diferentes modalidades y características de las comunidades donde se llevan a cabo, utilizando para esto distintas metodologías; talleres, charlas, jornadas, videos, etc.

Cabe destacar que en todas las actividades se tendrá en cuenta las necesidades específicas del grupo con el cual se piensa trabajar.

6. EVALUACION

Será sistemática, ajustándose a las actividades específicas desarrolladas en cada ámbito, convirtiendo al subprograma en un espacio abierto, dinámico, expuesto a modificaciones según los obstáculos que puedan surgir en su implantación y/o evaluación. La evaluación general y el impacto global serán determinados por el método de Blichmann, Rifkin y Shrestha (OMs; 1989).

SUBPROGRAMA DE ADICCIONES

«Quien puede ser mejor que tu esperanza, quién puede con tu amor, quién puede con tu fe, quién te detiene. «

LITO NEBBIA

1. INTRODUCCION

El subprograma de prevención de adicciones surge como respuesta consensuada entre los sectores de salud y educación, frente a la necesidad de articular una política de prevención en la comunidad escolar que aúne los esfuerzos de ambos sectores y contribuya a gestar una intervención amplia, global y coherente.

Las adicciones se han convertido en nuestro días en uno de los depositarios predilectos de la angustia social, gestándose alrededor del tema una red de prejuicios elaborados que hace necesario que toda acción realmente preventiva se encamine, por lo menos en sus inicios, a esclarecer y propiciar la reflexión sobre las motivaciones que subyacen al problema de las dependencias y a generar un cambio de actitudes que supere los mecanismos de exclusión .

El consumo de drogas se desenvuelve en la confluencia de multitud de factores psicológicos, sociales, culturales y económicos.

La intervención preventiva, teniendo en cuenta éstos y otros factores deberá fomentar acciones que contribuyan a facilitar la salud física, emocional y social de los individuos.

La tarea es encarada desde el marco de la prevención inespecífica a través de una metodología participativa que lleva implícita la idea de proceso integrado, armónico y coherente que trascienda la aplicación circunstancial de una técnica.

Este estilo de intervención se fundamenta en el principio de que en todo proceso de trabajo se parte de una concepción de los participantes como

actores, cogestores y sujetos activos de dicho proceso. La metodología participativa se contrapone a la comunicación vertical y unidireccional proponiendo en su lugar vías horizontales que favorezcan el potencial crítico y creativo de los participantes partiendo de la práctica real y cotidiana.

Desde esta concepción participativa, el equipo de profesionales que intervenga se define como «facilitador»; es decir, se opone a la figura tradicional del «experto» poseedor del saber, pues no se trata de llegar hasta las personas, grupos o instituciones para mostrar su realidad circundante, sino más bien de diseñar procesos para que ellos mismos la definan, redescubran y conceptualicen.

2. PLANTEO DEL PROBLEMA

A nivel de la comunidad escolar, existe una presión evidente de exigirle a los alumnos resultados tangibles; subyace por otro lado el supuesto de que todo aquello que no tenga relación directa con el mejoramiento del rendimiento escolar es una pérdida de tiempo

Esto trae aparejada una clara resistencia a incorporar la educación para la salud no sólo a los programas sino a la dinámica de funcionamiento de las instituciones. Se plantea una falsa antinomia «lo pedagógico» versus lo preventivo o asistencial, que entendemos debe superarse integrando los tres aspectos en la labor educativa en su conjunto y en el programa de prevención de adicciones en particular. Además de estas dificultades para la implementación de la labor preventiva, debemos analizar, autocríticamente, nuestros estilos de intervención como profesionales, que no siempre son los más felices o facilitadores.

A modo de ejemplo caben citar:

- los abordajes inadecuados que consisten en la realización de acciones puntuales y descontextuadas; del estilo de las conferencias a cargo de expertos, de las acciones puntuales con alumnos sin previo trabajo con los docentes y sin un diagnóstico de la situación real y concreta de esa escuela.
- yuxtaposición de distintas respuestas o modelos de intervención de los sectores de salud y educación que llegan a la escuela sin coordinar ni aunar criterios, para poder así definir la pertinencia de la intervención de uno y otro o ambos sectores.
- los abordajes cerrados en la escuela en sí misma, sin incluir el contexto macro en que la misma está inmersa.
- Enfatizar la articulación entre los sectores de salud y educación en todos los niveles, privilegiando el nivel local o de trabajo de campo (articulaciones equipo de salud y equipo de orientación escolar o de apoyo institucional en educación media).
- Propiciar la capacitación conjunta de profesionales de ambos sectores en esta temática específica.
- Como tarea de investigación, sondear las actitudes y disponibilidad de los docentes, sus sentimientos y opiniones con respecto al posible rol de la escuela en la prevención de acciones.

Dado que el docente está en contacto permanente con los alumnos descontamos que es quién tiene un lugar privilegiado para trabajar con ellos en prevención. Si compartimos este supuesto debemos propiciar entonces el trabajo con adultos (docentes y padres) teniendo en cuenta los qué, los cómo y los porqué que preocupan a los mismos en relación al tema adicciones. Con ellos se diseñaron, entonces, las propuestas de trabajo, de acuerdo a las características de cada comunidad.

3. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- **Enfatizar la articulación de los sectores Salud y Educación para desarrollar, ajustar y evaluar el subprograma de prevención .**
- **Implicar en las intervenciones y consecuentemente en la planificación y evaluación a toda la comunidad escolar.**
- **Articular acciones con otras instituciones comunitarias (municipales y barriales) para llevar a cabo conjuntamente actividades de prevención, con el objeto de aprovechar al máximo los esfuerzos y recursos**
- **Propiciar la puesta en marcha de alternativas de tiempo libre que supongan mejoras y aprovechar las ya existentes.**
- **Introducir la tarea preventiva en el quehacer educativo cotidiano de la escuela para evitar acciones puntuales o dramatizadoras.**
- **Estos objetivos se postularon para toda el área abarcada por el programa de Salud Escolar, a saber; todas las escuelas dependientes de la MCBA, comprendidas en las áreas programáticas de los hospitales base efectores.**

4. METODOLOGIA Y ABORDAJ E

Considerando que las actividades se adecuarán al diagnóstico previo de cada comunidad escolar y a la consensuado con los integrantes de la misma, se propiciará la realización de las siguientes actividades:

- **reuniones periódicas de los distintos niveles de coordinación de los sectores salud y educación responsables del programa.**
- **Encuentros en los equipos de conducción y docentes de cada escuela para la planificación conjunta de la tarea a encarar**
- **Cursos y talleres de formación para docentes**
- **Diseño o reelaboración de instrumentos y recursos que permitan conocer al alumnado con vistas a una mejora cualitativa y cuantitativa de la relación de los docentes con ellos y de ellos entre sí.**

- Organización de los horarios de forma que permitan destinar un tiempo semanal de trabajo con los docentes y faciliten la posibilidad de que ellos aborden la tarea con alumnos.
- elaboración y puesta en práctica de materiales curriculares de carácter preventivo (Dirección de Currículum de la Secretaría de Educación) .
- impulso a las actividades que requieran la participación de los padres: encuestas, consultas, talleres.
- Articulación de los subprogramas de Salud y Educación con los de otras instituciones barriales.

Como ejemplos de **TECNICAS** para trabajar grupalmente sugerimos:

- * Estudio de caso
- * Lectura de imagen
- * Trabajo con prensa
- * Torbellino de ideas
- * Juego de roles
- * Video-debates
- * Historietas
- * Dramatizaciones
- * Carteles y murales
- * Periódico escolar

Siendo el presente subprograma una propuesta global, cada efector de salud y educación lo afrontará con los recursos humanos y materiales existentes .

5. EVALUACION

La evaluación que imaginamos es –como el resto del programa– un marco referencial que debe adaptarse a las diversas realidades escolares en las que se lleve a cabo la propuesta.

La evaluación debería informarnos acerca de:

- la propia planificación de proyecto, si es o no adecuada atendiendo a factores como; el planteo del problema, el análisis de la población con la que trabajamos, la pertinencia de objetivos generales y específicos, el ajuste entre las distintas actividades planificadas con los objetivos que se pretenden, la viabilidad de los recursos personales y materiales de que se dispone y su organización, y la coherencia del modelo teórico de prevención en el que se enmarca el proyecto.
- el desarrollo del proyecto, esto es, si las actividades que se están realizando así como los recursos empleados se adecuan a los programas determinando su eficacia; si las personas que llevan a cabo el proyecto están lo suficientemente cualificadas teórica y metodológicamente; si la metodología empleada es oportuna para el logro de los objetivos.
- los resultados del proyecto, es decir, si los objetivos del mismo van siendo conseguidos en su totalidad o en que parte de ella, determinando por tanto su eficacia.

Al hablar de resultados se trata no sólo de los finales, sino también de los que se vayan alcanzando con la realización de cada una de las actividades. Asimismo se propone la metodología de Bichmann y col. Para la evaluación unívoca de impacto y resultado global del subprograma adoptada por el resto de los subprogramas.

Por otra parte, la Comisión redactora, como el Comité del Subprograma que la seguirá asumirán la difusión del mismo, aspirando a que las intervenciones preventivas en escuelas realizadas por profesionales del sector salud y/o educación, como así también de otros organismos, se ajusten a la ideología de trabajo y los criterios metodológicos aquí propuestos.

Los integrantes de la mencionada comisión se comprometen a realizar reuniones mensuales con el propósito de; a) compartir experiencias vinculadas con la ejecución del programa para realizar ajustes y facilitar la evaluación, b)

revisar y analizar propuestas de organismos gubernamentales u ONGS sobre el tema, c) capacitarse conjuntamente, intercambiar experiencias de formación y materiales y d) propiciar la articulación de las Secretarías de Educación y Salud con otras instancias municipales, asociaciones intermedias o entidades que se ocupen de prevención de adicciones, actividades deportivas y de tiempo libre, etc.

SUBPROGRAMA DE COMUNIDADES SEGURAS Y SALUDABLES

1. INTRODUCCION

Marco Conceptual

La salud es un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales así como las capacidades físicas, la salud es creada y vivida por la gente en el marco de su vida cotidiana. Las ciudades son participes clave en el movimiento de salud para todos. La salud depende del mantenimiento de los recursos naturales del mundo así como de la calidad del medio ambiente natural y de las construcciones. Los efectos nocivos en la salud de las comunidades no surgen sólo de la pobreza sino también de otras desventajas sociales y educativas.

La salud es principalmente el resultado de la acción combinada de la sociedad (o de la falta de acción) en el medio ambiente físico o social, por lo que las mejoras respecto a ella se deben sólo en parte a los avances de los sistemas de atención médica o asistenciales.

Por todo ello se impone la integración de actividades que conduzcan:

- a establecer mecanismos intersectoriales efectivos para el desarrollo de políticas públicas saludables.

- a desarrollar un programa de salud para las ciudades que identifique los mayores desafíos en el terreno de la salud y a proponer una amplia estrategia intersectorial de toda la ciudad para llevarlas a cabo.
- a establecer un equipo de trabajo adecuado para la organización de una ciudad saludable y una comunidad sana.
- a crear mecanismos para la responsabilidad pública de los efectos de la toma de decisiones en temas de salud
- a asegurar una participación efectiva de la comunidad en todas las decisiones y acciones que afecten a la salud
- a llevar al ámbito educativo las actividades que conviertan al docente y al educando en un potencial agente de salud para la seguridad ambiental, la conservación del medio ambiente y la prevención de accidentes .

2. OBJETIVOS

Definición:

«Una ciudad saludable es aquella que de forma continua está mejorando su ambiente físico y social y potenciando aquellos recursos comunitarios que permiten a la población realizar todas las funciones de la vida y autodesarrollarse hasta su máximo potencial desde una perspectiva de apoyo mutuo (Hancock y Duhl, 1986)».

2.1 Objetivo General

Promover el bienestar de la población de la Ciudad de Buenos Aires a través de actividades de protección de la salud y prevención de la enfermedad, emprendidas desde la escuela – de cualquier gestión, nivel o grado – con especial referencia a los problemas de salud con origen en el medio ambiente o resultado de falta de seguridad en el área, mejorando la calidad de vida, estableciendo un equilibrio entre los estilos de vida y los problemas medioambientales y desarrollando un compromiso para reducir las desigualdades en las condiciones de vida y salud, a través de la acción intersectorial y la participación de la comunidad .

2.2 Objetivos Específicos

Ayudar a proporcionar a través de la acción intersectorial y comunitaria, el establecimiento en el docente, el alumno y su familia la conciencia de:

- 2.2.1. Un medio ambiente físico limpio y seguro, de gran calidad (incluyendo la calidad de la vivienda).**
- 2.2.2. Un ecosistema que sea estable ahora y conservarlo a largo plazo**
- 2.2.3. Una comunidad fuerte que se apoye mutuamente y actúe con solidaridad**
- 2.2.4. Un elevado nivel de participación del público en las decisiones que afectan a sus vidas, salud y bienestar**
- 2.2.5. La cobertura de las necesidades básicas (alimentos, agua, vivienda, seguridad y trabajo) para todos los habitantes .**
- 2.2.6. Un acceso a una amplia variedad de experiencias y recursos, con la posibilidad de contactos, interacciones y comunicación**
- 2.2.7. Una economía variada, vital e innovadora**
- 2.2.8. Un estímulo a la conexión con el pasado, con la herencia cultural y biológica de los ciudadanos y con otros grupos e individuos.**
- 2.2.9. Un nivel óptimo de cobertura en el Sistema de Servicios de Salud Comunitaria, especialmente de atención primaria de la salud, con especial énfasis en los aspectos locales de una atención integrada (prevención primaria, secundaria y terciaria) e integral (biopsicosocial), a través de las áreas programáticas, las unidades de promoción y protección de la salud y los servicios sociales de todos los hospitales generales base.**
- 2.2.10. En síntesis, un buen estado de salud (altos niveles de salud positiva y bajos niveles de enfermedad) creando desde la escuela los hábitos adecuados para ello.**

3. METODOLOGIA

3.1 - Planificación local dirigida a:

- lograr un eje de lugar, extendiéndose desde un lugar de acción limitada a trabajar con funcionarios y políticos dentro del gobierno de la ciudad, a trabajar completamente extramuralmente con grupos de comunidades, con énfasis en el escenario escolar.
- efectivizar un eje focal que se extiende desde un punto de vista de desarrollo sustentable, hasta un punto de proyectos de acción
- determinar un eje de programación, que se extiende desde un proceso estratégico totalmente racional a una forma completamente reactiva e incrementalista.

3.2 - Acciones dirigidas a:

- formular y llevar a cabo subprogramas intersectoriales de promoción y protección de la salud extramurales, especialmente los afincados en la escuela, con un fuerte componente ambiental de la salud, basados en estrategias de áreas programáticas y atención primaria de la salud.
- asegurar los recursos humanos y materiales para seguir y llevar a cabo el programa, en este caso, equipos interdisciplinarios del programa de salud escolar.
- informar regularmente de los progresos logrados y compartir la información y las experiencias prácticas con las redes intrasector y extrasector del subprograma.
- Apoyo a las futuras redes nacionales de ciudades y municipios saludables.
- establecer un Comité coordinador del subprograma y otros locales que reúnan a los profesionales de distintas disciplinas y departamentos para desarrollar y llevar a cabo actividades de medio ambiente y prevención de los accidentes. –promoción de la seguridad.
- establecer mecanismos de participación comunitaria organizada, mediante el estímulo al análisis de las condiciones de vida y salud y la colaboración con los medios de comunicación.

- realizar estudios sobre la salud de la población – especialmente la comunidad escolar – y, en particular, valorar y estudiar las necesidades de los grupos sociales más vulnerables.
- Implicar y estudiar a las organizaciones no gubernamentales locales para que apoyen las actividades del subprograma.
- desarrollar lazos activos de trabajo con otros programas de municipios saludables y seguros, fomentando intercambios técnicos y culturales y organizando actos y reuniones, con el apoyo de entidades nacionales e internacionales (OPS, UNICEF, BID, PNUD, etc.)

4. INDICADORES DE EVALUACION DEL PROGRAMA

4.1. Accidentes

Actividades de Educación para la salud en la escuela sobre accidentes, seguridad y comunidades saludables:

Nro. de escuelas alcanzadas

Nro. de escuelas totales oficiales

- Actividades de Vigilancia Epidemiológica

Nro. de Estudios de vigilancia por área

12

- Actividades de investigación:

Nro. de trabajos de investigación

Nro. promedio de períodos anteriores

4.2. Salud ambiental

- Actividades de investigación:

Nro. de trabajos de investigación

Nro. de trabajos promedio de períodos anteriores

- **Boletín Ambiental local del Area programática**

Si

No

4.3. Salud ocupacional

Actividades de investigación de efectores por área

Si

No

4.4.Indicadores Globales de Impacto

Método de Bichmann y Col. según consenso de evaluación unívoca de los subprogramas.