AAR 3692

1esis GSAS 2008 J7

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO VICERRECTORADO ACADÉMICO DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO ÁREA DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y DE GESTIÓN POSTGRADO EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

DISEÑO DE UN MODELO ALTERNO DE SALUD ESCOLAR PARA EL MUNICIPIO NAGUANAGUA DEL ESTADO CARABOBO, BASADO EN LA EXPERIENCIA DEL PROGRAMA NAGUASALUD

Diagnóstico, Factibilidad y Propuesta Caso: Alcaldía de Naguanagua

Presentado a la Universidad Católica Andrés Bello por:

JIMÉNEZ SAGARZAZU JOSÉ ANTONIO

Como requisito para optar al título de **ESPECIALISTA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

Asesor

ALFREDO SALAS

Caracas, febrero de 2008

DEDICATORIA

A mí esposa Carmen y mí hija Ana Paula por haber soportado mi ausencia.

A Pablo, mí compañero de viaje, por haberme permitido compartir tantas experiencias inolvidables.

A mi tía Nena y mis hermanos por permanecer conmigo toda la vida.

A Dios por traerme sano y salvo durante todos esos viajes.

Finalmente, a mis compañeros de curso por lograr lo que se propusieron.

José Antonio Jiménez Sagarzazu

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Católica Andrés Bello, por honrar un convenio sin ser su obligación, mostrando la naturaleza y compromiso social de los Jesuitas en Venezuela.

A la Alcaldía de Naguanagua, por estimular el desarrollo personal de su gente, demostrando ser una de las mejores gestiones del país, abriendo la institución al cambio e impulsando políticas en materia de salud innovadoras acordes con los tiempos que vivimos.

A mi equipo de trabajo en la Dirección de Desarrollo Social, por estar siempre prestos a la colaboración y el apoyo sin esperar nada a cambio.

Finalmente a mi Tutora Francys Viaña, ya que sin su ayuda, consejos y colaboración este trabajo no hubiese sido posible.

José Antonio Jiménez Sagarzazu

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTOS	3
ÍNDICE DE TABLAS	7
ÍNDICE DE GRÁFICOS	8
RESUMEN	9
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA	
1.1 Planteamiento del Problema	12
1.2 Objetivos de la Investigación	18
1.2.1 Objetivo General	18
1.2.2 Objetivos Específicos	18
1.3. Justificación de la Investigación	18
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL	
2.1 Antecedentes de la Investigación	20
2.2 Bases Teóricas	25
2.2.1 La Promoción de la Salud	25
2.2.2 La Promoción de la Salud en el Ámbito Escolar	26
2.2.3 Componentes de la Promoción de la Salud Escolar	27
2.2.4 Educación para la Salud	27
2.2.5 Educación para la Salud en la Escuela	28
2.2.6 Servicios de Salud	29
2.2.7 Ambientes Saludables	29

2.2.8 Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud	29
2.2.9 Evaluación de Programas de Salud	30
2.2.10 Concepto y Desarrollo de un Instrumento de Diagnóstico Rápido para Programas de Salud en la Escuela	31
2.2.11 Desarrollo y Prueba de Instrumento	32
2.2.12 Fuentes de Información para el Diagnóstico y Análisis Rápido	32
2.2.13 Áreas de Investigación sobre el Diagnóstico y Análisis Rápido	33
2.2.14 Los Indicadores	33
2.2.15 Indicadores de Salud	36
2.2.16 Criterios para su Elaboración y Uso	37
2.2.17 Grupo de Indicadores Utilizados	39
2.2.18 Planificación Estratégicas Principios	41
2.2.19 Proceso de Planificación Estratégica.	42
2.2.20 Visión	42
2.2.21 Misión	43
2.2.22 Valores	44
2.2.23 Objetivos	44
2.2.24 Metas	44
2.2.25 Responsables o Estrategas	44
2.2.26 Estrategias	44
2.2.27 Unidad Estratégica de Trabajo	45
2.2.28 Diagnóstico Estratégico	45
2.3 Bases Legales	45
2.4 Sistema de Variables	46
2.4.1 Operacionalización de la Variable	46
CAPÍTULO 3. MARCO ORGANIZACIONAL	

3.1 Alcaldía de Naguanagua	47
CAPÍTULO 4. MARCO METODOLÓGICO	
4.1 Tipo y Diseño de la Investigación	57
4.2 Población y Muestra	58
4.3 Recolección, Procesamiento y Análisis de Datos	59
4.4 Metodología para la Formulación de la Propuesta	59
CAPÍTULO 5. LA PROPUESTA	
5.1 Fase Diagnóstica	60
5.2 Presentación y Análisis de los Resultados	60
5.3 Factibilidad de la Propuesta	76
5.4 Fase de Elaboración de la Propuesta	77
CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
6.1 Conclusiones	85
6.2 Recomendaciones	87
BIBLIOGRAFÍA	88
ANEXOS	91

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA No.		Pág.	
1	Actividades Realizadas 2002-2006 (Consultas)	61	
2	Casos Atendidos en Pediatría-Medicina 2002-2006 (Consultas)	62	
3	Casos Atendidos en Odontología 2002-2006 (Consultas)	63	
4	Casos Atendidos en Ginecología 2002-2006 (Consultas)	64	
5	Número de visitas realizadas a las comunidades del municipio Naguanagua. Período 2002-2006	65	
6	Número de Niños y Adultos Atendidos 2002-2006 (Consultas)	69	
7	Diagnósticos más comunes en pediatría-medicina. Período 2002-2006	71	
8	Diagnósticos más comunes en odontología. Período 2002-2006	73	
9	Diagnósticos más comunes en ginecología. Período 2002-2006	74	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRA	ÁFICO No.	Pág.
1	Actividades Realizadas 2002-2006 (Consultas)	61
2	Casos Atendidos en Pediatría-Medicina 2002-2006 (Consultas)	62
3	Casos Atendidos en Odontología 2002-2006 (Consultas)	63
4	Casos Atendidos en Ginecología 2002-2006 (Consultas)	64
5	Número de Niños y Adultos Atendidos 2002-2006 (Consultas pediatría-medicina)	69
6	Número de Niños y Adultos Atendidos 2002-2006 (Consultas odontología)	70
7	Diagnósticos más comunes en pediatría-medicina. Período 2002-2006	71
8	Diagnósticos más comunes en odontología. Período 2002-2006	73
9	Diagnósticos más comunes en ginecología. Período 2002-2006	75

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO DIRECCION DE POSTGRADO

ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD

DISEÑO DE UN MODELO ALTERNO DE SALUD ESCOLAR PARA EL MUNICIPIO NAGUANAGUA DEL ESTADO CARABOBO, BASADO EN LA EXPERIENCIA DEL PROGRAMA NAGUASALUD

Asesor: Alfredo Salas Autor: José Antonio Jiménez

Año: 2007

RESUMEN

El objetivo principal de este estudio es el diseño de un modelo alternativo de atención en salud al escolar del municipio Naguanagua del estado Carabobo, a partir de la evaluación del programa de salud escolar Naguasalud, ya implementado en este municipio, por la Alcaldía de Naguanagua. La investigación de tipo descriptiva, se desarrolló bajo la modalidad de proyecto factible, apoyado en estudio documental, con un diseño no experimental. La muestra censal, constituida por la totalidad de los informes quincenales elaborados por la coordinación del programa Naguasalud en el período de comprendido entre los años 2002 a 2006. El análisis de los datos se basó en los principios de la estadística descriptiva. Se estableció la factibilidad económica, social y política del modelo. Utilizando la metodología de la planificación estratégica, como fundamento de la elaboración de la propuesta. En cuanto a las conclusiones, se demostró a través de los resultados la efectividad del programa de salud escolar Naguasalud, se detectó que en el programa Naguasalud se debe incluir entre sus actividades y consultas la asesoría nutricional, despistaje visual y auditivo. Por tanto se enriqueció el modelo adicionando dentro de la unidad operativa pediátrica un área de asistencia nutricional, despistaje visual y audiometrías con un equipo portátil, tan importante en el desarrollo de los niños y adolescentes, para tratar, todos aquellos trastornos nutricionales, auditivos y visuales que pueden afectarlos en su desarrollo físico y mental.

Descriptores: Salud, Promoción de la Salud, Educación, Servicios de Salud.

INTRODUCCIÓN

Las instituciones públicas de un país, por tener como misión prestar un servicio social al ciudadano, necesariamente deben ser organizaciones con un funcionamiento acorde a las necesidades del colectivo en pro de garantizar el adecuado desarrollo social del aspecto que le compete. Es así como, gerenciar una institución, organización y/o empresa pública es compromiso de enormes magnitudes, más aún cuando una organización tiene como norte la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades de un colectivo.

En atención a esto, la Alcaldía de Naguanagua, es la organización Municipal que asume conducir con éxito este proceso, trabajando directamente en las escuelas situadas dentro de su territorio. En este caso particular, del estado Carabobo, esta organización que por brindar un servicio público y por tener un marcado matiz político debe estar gerenciada por líderes que logren una gerencia participativa, proactiva y efectiva para alcanzar las metas institucionales trazadas por el "Gobierno de Naguanagua".

Por ser este un gerente público, debe tener sensibilidad social y dentro de ella, lo educativo y lo sanitario, es relevante. Elevar la calidad de la atención sanitaria que se imparte en las escuelas, solo se puede lograr a través de una gerencia de calidad, donde el producto y el servicio sean satisfactorios, para ello es necesario enfocarse en el mejoramiento continúo de sus procesos, a través de cambios positivos que garanticen el éxito esperado.

Es de destacar, que las organizaciones inteligentes son aquellas que buscan constantemente la renovación a través de innovaciones y de evaluaciones constante de sus procesos, es así como este estudio se propone evaluar el programa Naguasalud implementado por la Dirección de Desarrollo Social de la Alcaldía de Naguanagua, para diseñar un modelo de atención al escolar del municipio, basado en la experiencia adquirida en cinco años de labor, utilizando ese conocimiento previo, para determinar las particularidades del escolar de Naguanagua y hacer los correctivos necesarios en pro de conducirlos hacia la calidad y excelencia.

En tal sentido, esta investigación presenta en su contenido cinco capítulos distribuidos de la siguiente manera:

Capítulo 1, se refiere a la problemática planteada, los objetivos de la investigación y la justificación del estudio.

Capítulo 2, aquí se exponen los antecedentes de la investigación, las bases teóricas y se enumeran las bases legales que sustentan el estudio y la operacionalización de la variable.

Capítulo 3, se refiere al marco organizacional, donde se describe el contexto objeto de estudio, en este caso la alcaldía de Naguanagua, en estado Carabobo.

Capítulo 4, este capítulo incluye el marco metodológico en el que se desarrolla el estudio, el tipo de investigación, el diseño, la población, la muestra, la recolección de datos, el procesamiento y el análisis de los datos.

Capítulo 5, este contiene los resultados de la investigación la presentación y análisis de los resultados, en la fase diagnóstica, seguida de la factibilidad de la propuesta y el diseño del modelo.

Capítulo 6, incluye las conclusiones y recomendaciones a las que se ha llegado con el estudio presentado a continuación.

Por último se presenta la lista de referencias bibliográficas consultadas y los anexos respectivos.

CAPÍTULO 1 EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

Toda organización, ya sea industrial, de servicio o educativa tiene como finalidad principal satisfacer las necesidades y cubrir las expectativas de calidad del usuario o cliente. Para ello, debe plantearse el mejor y mayor aprovechamiento de los recursos materiales, humanos y tecnológicos, con la finalidad de lograr lo que toda cultura organizacional tiene como punto clave la calidad de su gestión, es decir, la productividad y la competitividad.

En atención a lo indicado, es importante plantear que ninguna organización: empresa y/o industria tiene el deseo de ofrecer un mal servicio. Por el contrario, por más pequeña y sencilla que esta sea, se busca que el producto sea competitivo en el mercado, ya sea este producto un bien o un servicio. Para lograrlo, estas organizaciones están dispuestas a sufrir cambios, asumiendo procesos de apertura hacia la creatividad, innovación, comunicación y sinergia, de acuerdo a las particulares exigencias que la conduzcan hacia la productividad como una de las herramientas indispensables para generar la competitividad que le permitirá mantenerse en el mercado como una organización de calidad.

En este sentido, las organizaciones se construyen una base sólida con el fin de ir logrando avances progresivos hacia la calidad de sus productos o servicios para alcanzar la competitividad a nivel mundial, la cual en los momentos actuales se torna urgente, porque las naciones están insertas en una economía globalizada, donde las exigencias de indicadores de calidad de los clientes están referidos tanto a los productos y servicios, como al funcionamiento y a la gestión de la organización en su totalidad.

Así mismo, ante esas exigencias, se plantea la organización con su naturaleza sistemática, caracterizada por ser integral estratégica y global, donde todos los factores juegan un papel fundamental; los recursos humanos, materiales y tecnológicos; el tipo de organización: empresarial, educativa, de servicio, regional, nacional, pública o privada, y por supuesto los protagonistas que definen y determinan la calidad con su productividad y competitividad, representados por los trabajadores, empresarios, usuarios, clientes, directivos y gerentes.

La productividad y competitividad de las organizaciones vienen referidas a indicadores de calidad y al tipo de organización. Las organizaciones privadas establecen sus indicadores de calidad en atención a criterios establecidos mundialmente. En las organizaciones públicas la situación es diferente, debido a que en muchas ocasiones ni siquiera se plantean criterios de calidad y donde la competitividad de sus servicios y de sus productos es muy cuestionada, por esas mismas razones.

En este sentido, la Alcaldía de Naguanagua ha realizado grandes esfuerzos invirtiendo en la formación continua de su personal, firmando convenios con distintas instituciones de educación superior como lo son: La Universidad de Carabobo, el Colegio Universitario de Administración y Mercadeo y la Universidad Simón Bolívar a través de su unidad de políticas públicas en donde los integrantes de la institución pueden proseguir sus estudios, tanto a nivel de técnico superior (T.S.U), para los empleados sin calificación académica profesional, como para licenciaturas, diplomados y cursos de formación profesional especificas para los empleados mejor calificados, así como también los beneficios sociales ofrecidos a sus trabajadores en la contratación colectiva. Prueba de ello es haber recibido en tres ocasiones consecutivas el premio "Transparencia Internacional" en los años 2004 al 2006, como el municipio con mejor índice de transparencia entre setenta auditados para cada uno de los años.

En América Latina, las últimas políticas de reformas institucionales se orientan a crear instituciones necesarias para el Estado; se construyen, reconstruyen y reforman instituciones. Estas reformas buscan fortalecer el mercado mediante la reducción de funciones del estado, enfocándose en su "eficiencia burocrática", se intensifican las privatizaciones de las empresas para estatales, la contratación externa para la provisión de servicios públicos y se aplican métodos y técnicas de la gerencia privada a la gerencia pública en busca de optimizar el gasto de las funciones públicas del Estado y combatir la corrupción, fraude y despilfarro de los recursos públicos, que es uno de los grandes flagelos de estos países en vías de desarrollo.

En atención a lo anterior, Enríquez (1999), (citado por Vargas, 1997), indica que las características de la administración pública en Latinoamérica están relacionadas con la excesiva centralización de la autoridad; la inestabilidad de la supervisión y el control de la gestión, el legalismo, la comunicación inadecuada y la administración deficiente del personal que labora en las instituciones públicas.

Continúa afirmando Vargas, que existe consenso en que la administración pública tiene que reformarse para profundizar los cambios económicos, políticos y sociales en estos estados latinoamericanos. Los aparatos burocráticos de estos países centralizaron los procesos de toma de decisiones controlando los recursos y gasto de personal entre otros aspectos. Los puestos burocráticos superiores (gerenciales) son designaciones discrecionales de carácter político, es decir, el criterio que se toma para la selección de estos gerentes es el acercamiento político al gobierno de turno. Ni siquiera el proceso de descentralización asumido por algunos países ha podido mermar esta situación, aunque la transferencia de responsabilidades de planeamiento, administración y asignación de recursos del gobierno central a los gobiernos estatales y municipales ha hecho grandes avances.

En Venezuela, las organizaciones públicas han recibido muchas críticas que cuestionan su funcionamiento, por su baja productividad y escasa competitividad.

En los actuales momentos, inicio del siglo XXI, el país atraviesa una de las crisis económica, social y política más aguda de su historia, evidencia de ello son los índices de desempleo que alcanza 20,7% para febrero del 2003, un crecimiento demográfico relativo en 23,24% anual en comparación con el censo de 1990 al 2001 (Instituto Nacional de Estadística, 2002). Así mismo, se presenta una alta competencia en el campo laboral, destacándose la poca capacidad laboral y de empleo; especialmente en los cargos gerenciales por las exigencias políticas que la caracterizan.

Es así, como la administración o gerencia de las instituciones públicas venezolanas están signadas de fracasos, según Kelly (1999), reafirmando lo dicho, Venezuela pasó de ser el país latinoamericano con mayor estabilidad monetaria al último lugar en la escala de la inflación; la inseguridad ha alcanzado los índices más altos jamás vividos.

Situación similar se presenta en otros servicios sociales de gran relevancia para el bienestar social como la salud, la educación, la vivienda. Donde, según Kelly (1999), a pesar de que se han cambiado ministros, nombres del ministerio y otros aspectos que con mucha voluntad e inteligencia, los gobernantes no han logrado que las escuelas ni los hospitales sean de calidad. En atención a esto, Piñango (1998), plantea que una política social de gran impacto tiene tres ejes, educación, salud y vivienda; porque son elementos fundamentales del capital humano de una nación, que es lo que hace que esta sea competitiva, ya que si estos ejes no son de calidad, no se podría tener una gerencia pública

óptima que garantice productos y servicios competitivos.

En otro orden de ideas, Martínez (1996), afirma que un problema básico en la administración pública venezolana es la excesiva ingerencia política, determinante de la discrecionalidad de las decisiones públicas y la utilización de las lealtades partidistas personales como sustituto de las competencias profesionales de los funcionarios, es así como, una modificación relevante debe estar referida a desarrollar una administración eficiente caracterizada por la estabilidad, competencias técnicas, eficiencia y cumplimiento de leyes.

Evidencia de la grave situación de la gestión pública venezolana, lo señala Quintin (1996), cuando índica como rasgos de ineficiencia institucional:

El ingreso a cargos gerenciales no requieren requisitos de capacidad profesional.

No existe un organismo orientado a la formación de gerentes públicos.

No existe evaluación del desempeño, ni del rendimiento.

Los cargos gerenciales no son descritos ni evaluados, porque se desconoce su perfil.

Los cargos gerenciales están sujetos al llamado "sistema de botín".

Excesiva individualidad en los gerentes.

Esa cuestionada calidad de las organizaciones públicas venezolanas va dirigida a la de todo tipo, salud (hospitalaria), vivienda, policiales, militares, educativas, y alcanza no sólo a aquellas instituciones gubernamentales nacionales, sino también a las regionales y locales como la Alcaldía de Naguanagua.

Debido a la gran importancia que reviste la salud de los ciudadanos, esta debe ser atendida con óptima conducción. Por ello el Gobierno Municipal de Naguanagua en pro de buscar esa atención que conduzca a la excelencia de su proceso en materia de salud, tiene varios programas entre los que se destacan el programa Naguasalud, que se encarga de todas las actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades y disminución de riesgos con atención directamente en las escuelas, el control de vectores para la disminución de riesgos de enfermedades epidémicas, el estímulo a la consulta de control de embarazo y la dotación de alimentos a la paciente para garantizar la ingesta calórica adecuada durante el período de gestación, el despistaje de cáncer de cuello uterino y de mamas que se implementa en los Centros de Medicina Preventiva de la Alcaldía, la donación de medicamentos

para enfermedades agudas dirigido a los sectores más deprimidos de la población, son sólo algunos de los ejemplos de programas exitosos en el área de la salud implementados por el Municipio.

El presente proyecto pretende sistematizar la manera de intervenir en el ámbito escolar, no solamente influenciando en el tema de la salud, sino involucrando al entorno, para vincular a la familia y la comunidad en una carrera por la vida y por un futuro mejor para los jóvenes.

El Municipio Naguanagua se encuentra ubicado en la parte nor-central del país, formando parte del Estado Carabobo, uno de los más populosos de Venezuela. Cuenta con una superficie de 275 Km. cuadrados de extensión y una población de 160 mil habitantes aproximadamente, lo que representa el 6,29% de la superficie del Estado y una densidad de 611, 72 habitantes por kilómetros cuadrados, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2002).

La matrícula escolar es de 34.753 alumnos según censo del 2001 (INE, 2002), mientras que los registros de la Alcaldía reflejan una matrícula escolar de 43.898 alumnos según Distrito Escolar Nº 5 del Estado Carabobo para el año 2007.

La incorporación de acciones en beneficio de la salud y calidad de vida en el ámbito escolar son una prioridad impostergable, la cual debe concebirse desde un enfoque integral e integrador, con estrategias innovadoras que respondan a las nuevas dinámicas sociales, políticas y económicas que están prevaleciendo en la actualidad.

La salud y la educación son conceptos que no pueden desvincularse. Se trata de poder combinar conocimientos, actitudes, aptitudes y prácticas para enfrentarse a la vida de una manera exitosa; tomando en consideración el enfoque integral que apunta al desarrollo continuo de las potencialidades del ser humano, comprometiéndolo en la gestión para el logro de una mejor calidad de vida, la de su grupo familiar y de su comunidad en general.

La escuela como espacio social, de enseñanza, convivencia y crecimiento, es el lugar ideal para ejecutar programas dirigidos a promover estilos de vida saludables, los factores protectores de la salud y prevenir los factores de riesgo, formando ciudadanos y ciudadanas responsables y conscientes de la importancia de la salud integral como parte del desarrollo de las personas y de la sociedad.

Desde que se cambió la denominación al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en el año 2001, para ser Ministerio de Salud y Desarrollo Social, se eliminó el departamento de Higiene Escolar que tenía a su cargo todos los programas concernientes a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades en las diferentes escuelas y liceos de Venezuela. Esta competencia pasa a una estructura interministerial entre los Ministerios de Salud y Desarrollo Social y Ministerio de Educación, Cultura y Deporte por parte de Venezuela y los ministerios homólogos de la República de Cuba a través de la figura de la Misión Barrio Adentro en el marco del convenio entre ambos países y bajo el nombre de programa nacional: "La Escuela como espacio para la salud integral y la calidad de vida" (MSDS, 2001).

Esta iniciativa representa, a primera vista, un gran avance dentro de las políticas de salud dirigidas al medio escolar, sin embargo, los órganos competentes ya señalados no han logrado implementar en la práctica dicha política en las escuelas y liceos del municipio Naguanagua, ni en el resto del país, por tanto, la histórica práctica asistencialista en el sector salud, sigue siendo la norma.

No obstante lo anterior y no siendo su competencia, la Alcaldía de Naguanagua del estado Carabobo, a través de la Dirección de Desarrollo Social ha diseñado e implementado un programa de atención escolar en el municipio, teniendo a la escuela como espacio social objeto de estudio y evaluación.

En el año 2001 se dio inicio a este programa denominado Naguasalud, cuyo propósito inicial era realizar un diagnóstico participativo de la situación sanitaria de los escolares, en conjunto con las autoridades educativas del municipio. Se escogió una muestra de cinco centros de Educación Básica, ubicados en las comunidades más necesitadas del municipio, que poseían la mayor matrícula escolar.

El reto de esta investigación es analizar la información recabada durante estos cinco años de intervención en la salud escolar y diseñar un modelo alternativo de atención médico-odontológica que permita disminuir los riesgos, prevenir enfermedades, promover la salud y estilos de vida saludables en los niños y adolescentes, sin dejar de lado los aspectos curativos y rehabilitadores necesarios para restituir el bienestar de la población estudiantil y su entorno. Con base a lo anteriormente expuesto se formula la siguiente interrogante:

¿Cuáles elementos deben ser considerados para el diseño de un modelo alterno de atención al escolar, basados en la evaluación del programa Naguasalud, implementado en el municipio Naguanagua del estado Carabobo?

1.2 Objetivos de la Investigación

1.2.1 Objetivo General

Diseñar un modelo alternativo de atención en salud al escolar del municipio Naguanagua del estado Carabobo, a partir de la evaluación del programa de salud escolar ya implementado en este Municipio.

1.2.2 Objetivos Específicos

- a. Evaluar la experiencia del programa de salud escolar Naguasalud en el período 2002- 2006. Impacto y Cobertura.
- b. Establecer la factibilidad económica, política y social del modelo alternativo de atención en salud al escolar.
- c. Determinar cuales teorías ó referencias conceptuales del quehacer humano pueden enriquecer el planteamiento del modelo alternativo de atención en salud al escolar.

1.3 Justificación de la Investigación

En virtud de que luego de una exhaustiva búsqueda bibliográfica no se encontraron trabajos sobre salud escolar en el país, siendo este grupo de protección prioritaria a nivel internacional, se considera justificada la presente investigación ya que podría constituirse en un punto de comparación para futuras investigaciones en este campo de estudio, que entre otras cosas tiene en la ley orgánica de niños, niñas y adolescentes de Venezuela, su justificación legal.

Por otra parte, la discrepancia explicada anteriormente en esta investigación, que existe entre la información manejada de las matrículas estudiantiles, por el nivel central (Ministerio de educación cultura y deportes, Instituto Nacional de Estadística, etc.) y la manejada a nivel regional o local, revela que mientras más cerca se encuentre la fuente de información más exacta será esta y por ende las

políticas, modelos, programas y actividades que se realicen a partir de ellas tendrán mayor posibilidad de éxito.

En Venezuela, se hace indispensable poner en práctica la prevención, ya que su filosofía esta encausada a que en el siglo XXI, se alcance la meta de mantener a la mayoría de la población sana, con el menor número de consultas asistenciales. Reconociendo que la promoción de la salud es una estrategia de la OMS en la construcción de ambientes saludables, así como la adopción y desarrollo de nuevos programas y metodologías educativas incluidas dentro del entorno escolar. Bajo este nuevo contexto social, se considera preponderante diseñar un modelo de salud escolar que incentive el desarrollo de patrones de conducta saludables en este grupo estratégico.

El investigador pretende llamar la atención de las autoridades nacionales, regionales y locales sobre los beneficios que ofrece en materia de salud, la intervención temprana en el ámbito escolar y ofrecer una visión distinta al modelo de salud integral en la atención primaria, que hasta los momentos es la única alternativa que tiene la población venezolana en esta área de la seguridad social.

La realización de este estudio posee relevancia social ya que la población escolar constituye el grupo de mayor riesgo de padecer enfermedades, siendo este el sector propicio para aplicar programas y actividades en materia de salud, beneficiándose de este modo la población ya mencionada, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida del niño, niña y el adolescente.

CAPÍTULO 2 MARCO CONCEPTUAL

2.1 Antecedentes de la Investigación

En los años 70, los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud asumieron la meta de salud para todos y la responsabilidad de mejorar la cobertura, la calidad y la eficiencia de los servicios de salud que ofrecen. A pesar de ese compromiso, se ha avanzado poco en la profundización conceptual y el desarrollo de indicadores que permitan evaluar las características de las poblaciones con y sin cobertura, así como en conocer la relación entre la cobertura y las características de los servicios de salud. La mayoría de los países de América Latina y el Caribe están llevando a cabo reformas del sector de la salud y podrían beneficiarse de una nueva forma de enfocar esas áreas (OMS, 1998).

De una población total de 474 millones de habitantes, la población sin cobertura en 1995 se estimó en un mínimo de 40 millones según el indicador de cobertura con vacuna BCG y un máximo de 137 millones, según el del control prenatal. El análisis de los cuatro indicadores en cada país también permite identificar diferentes perfiles de desarrollo de los servicios de salud, que podrían sugerir distintos tipos de política en los procesos de reforma del sector. Finalmente se efectúa un análisis de correlación simple entre indicadores en 46 países y territorios, utilizando cinco indicadores de recursos, 10 de cobertura real y siete de resultados. Se observó una asociación estadísticamente significativa (P = 0,05) entre la cobertura alcanzada en el control prenatal y del parto, y los indicadores de resultados medidos por las tasas de mortalidad infantil y de mortalidad materna (ob. cit).

En el ámbito internacional, se reportan una gran variedad de programas educativos, con indicadores favorables en cuanto a las condiciones de salud, así en Colombia, Díaz y Jaramillo (1997), llevaron a cabo un estudio en la Universidad de Antioquia, denominado "La promoción de la salud en el ámbito escolar, Colegio Celestino Mutis, Medellín (1997-1998). Investigación participativa", desarrollada bajo el marco de la investigación cualitativa. El propósito de la investigación consistió en proporcionar la promoción de la salud en la estrategia de la Escuela Saludable, desde una opción pedagógica en 100% de la población. La metodología empleada se desarrolló en tres momentos: un momento investigativo, otro de tematización y un momento final de capacitación y acción. Se reportaron los siguientes

resultados como expresión de los acuerdos intersubjetivos con los actores, prevalecieron las categorías de salud y nutrición, así como la habituacional, con mayor preponderancia.

En la Ciudad de México, (Hernández, 1998), la Secretaria de Salud inicia el programa de Salud Bucal al Escolar, con la característica de ser preventivo-curativo, de atención progresiva desde 1990 el propósito del estudio "Impacto de un programa progresivo de salud bucal en escolares", fue determinar por el programa se ha modificado la incidencia y prevalencia de los padecimientos bucales caries dental, detectar si existe modificación en los componentes de los índices CPO-D y ceo-d, así como medir la calidad de higiene dental por medio del índice de higiene oral simplificado (IHOS), los resultados obtenidos de este trabajo demuestran que al termino del ciclo escolar los escolares participantes registraron un índice más bajo CPO-D de 3.85, aunque no existe en general una diferencia significativa entre las dos poblaciones esto; debido a que las actividades clínicas se realizaron principalmente en dientes temporales ya que la fase curativa del programa se realiza en el primer grado de educación primaria y a esta edad los escolares participantes registraron en promedio 2.75 dientes permanentes presentes. En el índice ceo-d los datos obtenidos son más altos, encontrándose una mayor estancia de dientes temporales.

Limonta y Araujo (1998), en la Clínica Estomatológica Provincial Docente en Cuba, realizaron una investigación denominada "Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de tercer grado". Para lo cual se realizó un estudio de intervención grupal educativa a fin de modificar los conocimientos sobre salud bucal en 123 alumnos de tercer grado del Centro Escolar "26 de Julio" de Santiago de Cuba, durante el primer semestre de 1998, aplicando un cuestionario que contenía 20 preguntas relacionadas con higiene bucal, caries, enfermedad de las encías, dieta cariogénica, flúor y hábitos bucales deformantes, que sirvió para valorar la información que poseían antes de la acción. Para lograr los objetivos trazados se elaboró el programa "Salud bucal", con técnicas educativas y afectivo participativas, complementado con el juego "Salud bucal" como retroalimentación. La evaluación efectuada 3 meses después reveló la eficacia del proceder en la adquisición y modificación de conocimientos al respecto, ya que la mayor parte de los integrantes de la muestra estudiada (94,3 %) que obtuvieron la categoría de adecuado, tenían un conocimiento inadecuado sobre salud bucal antes de la labor educativa; pero después de ella mejoró notablemente la situación en 87,9%, a través de las técnicas educativas.

Así como Restrepo (1998), en Colombia, midió el impacto de un programa de promoción y prevención en salud oral aplicado a escolares, posterior a la aplicación de un programa de salud oral en el lapso correspondiente a 6 meses en la escuela urbana "Olaya Herrera" del municipio Angelópolis, comparado con un grupo control de los alumnos del mismo grado de la Escuela "Santa Rita" del mismo municipio. Arrojando los siguientes resultados, los índices CPOD y ceo se mantuvieron constantes durante los 6 meses que aplicaron el programa; así como también, se incrementó la motivación de asistencia al odontólogo por parte de los niños.

En Chile, Prieto, Anaya y cols, (1998), realizaron una investigación cuya finalidad consistió en evaluar el impacto de las medidas de protección general y específicas de la Salud Oral, en los escolares de la Comuna de Viña del Mar, previo estudio se realizó un diagnóstico inicial de los índices ceo en escolares de 4 y 5 años y el índice CPOD en niños de 12, 13 y 14 años, analizándolos a través de un registro efectuado por odontólogos de algunos consultorios seleccionados, entre los meses de abril y septiembre de 1998. Los resultados mostraron cambios en la salud bucal de los grupos estudiados, comparados con los resultados obtenidos por la vigilancia epidemiológica del Flúor en el agua potable de la región, realizado por el ministerio (MINSAL) en años anteriores, avalan un impacto positivo de las medidas preventivas implementadas.

A partir del año 2001 en Panamá, se lleva a cabo un programa latinoamericano de educación para la salud bucal llamado "Sonríe Latinoamérica", con la participación de 12 países de la región que se sumaron voluntariamente a este emprendimiento, y bajo la coordinación de Evans y cols. El Programa "Sonríe Latinoamérica" tiene como objetivo primordial desarrollar un programa de salud a partir de la formación de agentes de salud y desde la prevención e implementar un Programa de Educación para la Salud en los grupos prioritarios para toda la Región Latinoamericana. Los resultados han sido positivos, con fuerte impacto en los indicadores de salud bucal, como mejoría del índice de higiene oral y cifras mantenidas el CPOD y ceo.

Así como también, Ruiz, Reyes y Bayona (2001), realizaron un estudio para medir el efecto del programa "El Club de la Sonrisa Feliz" en una población escolar y su núcleo familiar, en Colombia, en la localidad 20 de Sumapaz del Distrito Capital. A tal fin, realizaron una investigación experimental de intervención comunitaria en la población escolar comprendida entre los 5 y 14 años, de dicha localidad. En la fase experimental se tomó una muestra de 113 estudiantes, divididos en grupo control de

intervención. El estudio incluyó variables demográficas, de conocimientos, actitudes y prácticas, así como indicadores de salud oral. Observándose que con la intervención el grupo presentó mejores porcentajes (80%), en conocimientos, actitudes y prácticas, salvo en las variables relacionadas con el uso del hilo dental y el enjuague bucal donde sólo 20% de la población, tenían conocimiento de las mismas. En cuanto a los indicadores de salud oral utilizados, se encontró que el Índice de Green y Vermillón también mejoró significativamente en 80%, en el grupo de la fase experimental. Concluyendo que el programa tuvo el efecto benéfico esperado. Sin embargo no hubo cambio en el índice COPD, ya que el proyecto no incluyó actividades de práctica clínica.

En México, Moreno, Carreón y Alvear, (2001), destacan la importancia de fortalecer los programas de prevención en centros educativos luego de obtener una alta prevalencia de caries en un grupo de 662 escolares de ambos sexos entre 6 y 7 años de edad, para los diente deciduos la prevalencia fue de 95,9% con un ceo de 7 y para los permanentes la prevalencia de 33,7% con un CPOD de 0.8, en el estudio "Riesgo de caries en escolares de escuelas oficiales de la ciudad de México".

En Perú, Podestá (2001), se lleva a cabo un programa de educación y prevención denominado "Clínica al Bebé", dirigido por Podestá, en el Servicio de Odontopediatría del Hospital de la Fuerza Aérea (institución con 33 años de actividad), con una data de más de una década y cuyos resultados demuestran que sus pacientes tienen menos caries que el resto de la población, donde la caries ha descendido a 45% en la población con edades comprendidas entre 12, 24 y 36 meses respectivamente. Concluyendo que cuando se dirigen los esfuerzos a actividades de tipo educativo-preventivas se logran cambios conductuales en el niño y los padres, permitiendo el mantenimiento de la salud bucal.

En Nicaragua, Herrera, Medina y Maupomé (2005), determinan la "Prevalencia de caries dental en escolares de 6-12 años de edad de León, Nicaragua", a través de los índices ceo y CPOD en escolares de 6 a 12 años de edad una muestra representativa de 1.400 niños se obtuvo, el 28,6% de los niños estaba libre de caries en ambas denticiones. La prevalencia de caries en la dentición temporal a los 6 años de edad fue del 72,6% y la de la dentición permanente a los 12 años fue del 45,0%. La media de los índices de caries (ceo y CPOD) para la muestra fue 2,98 ± 2,93 y 0,65 ± 1,43. Los niños con antecedentes de caries en la dentición temporal tuvieron mayor probabilidad de presentar caries en la dentición permanente. Se observó una baja prevalencia de caries en la dentición temporal; la experiencia de dientes obturados, a diferencia de lo observado en la dentición temporal; la experiencia

de caries en la dentición temporal se encuentra asociada con la presencia de caries en la dentición permanente.

En el ámbito nacional, como un programa masivo donde se incluye la fase preventiva el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS, 2003), bajo la dirección del Ministro Capella, crea la "Misión Barrio Adentro", considerado un producto final del Plan Barrio Adentro, en el marco de un convenio Venezuela-Cuba, como respuesta del Estado Venezolano para la solución de las principales necesidades sociales y de salud; constituyéndose como el punto de partida para el desarrollo de la Red de Atención Primaria, prevista en la República Bolivariana de Venezuela y en el Proyecto de ley Orgánica y Sistema Público Nacional de Salud.

Su propósito consiste en garantizar el acceso de los servicios de salud a la población excluida, mediante un modelo de gestión de salud integral orientado al logro de un bienestar general. Uno de sus objetivos específicos habla de fortalecer la red ambulatoria en su capacidad resolutiva, haciendo énfasis en la promoción de salud y calidad de vida, abarcando la salud bucal en los niños de edad escolar. Esta Misión se basa en el concepto de salud integral, el cual trasciende la visión reduccionista, relacionando en este sentido a la salud con la economía, la cultura, el deporte, el ambiente, la educación y la seguridad alimentaria.

Además de este gran plan masivo de salud bucal existen numerosos planes regionales, entre estos:

En el Estado Amazonas, Municipio Guainia (1999), Cammarano y cols., realizaron programas de prevención, como un proyecto piloto (FIPO), cuya misión consistió en educar para lograr mejor salud, y prevenir para evitar las enfermedades en la población estudiantil venezolana. El propósito del estudio estuvo dirigido a formar escolares, en el área de la promoción de salud, para mejorar y mantener el estado de salud de los niños venezolanos, además de desarrollar actividades educativas, preventivas y odontológicas, a los niños de las escuelas, con el fin de mejorar y mantener su estado de salud. La metodología consistió en exposiciones sobre salud presentadas a la comunidad. De los 277 pacientes que se educaron con actividades de prevención y fomento, se logró un 75% de mejoría del índice de higiene oral.

Álvarez y cols., (2003) en el Estado Zulia realizaron una investigación de estrategias educativas para impulsar la salud bucal en preescolares, cuyo propósito consistió en analizar las estrategias

mediadoras de promoción de salud bucal implementadas en padres y niños del preescolar Fuerzas Armadas de Cooperación del Municipio Maracaibo. Previo diagnóstico de la salud bucal, se conocieron las concepciones de los padres con respecto a la salud bucal. Para tal fin se promocionaron estrategias y herramientas para facilitar y estimular el aprendizaje, observándose que el IHOS disminuyó de 1,12 a 0,59.

2.2 Bases Teóricas

A continuación se presentan las teorías y conceptos relacionados con la presente investigación.

2.2.1 Promoción de la Salud

La promoción de la salud, corresponde al primer nivel de prevención de Leavell y Clark, enmarcado en la "Prevención Primaria" y está dirigida a aplicar una serie de medidas específicas sobre el individuo, colectivo o medio ambiente a fin de disminuir la probabilidad de ocurrencia de patologías, creando las condiciones favorables para la salud y desfavorable para la enfermedad, así como aumentado la resistencia del individuo. (Gonzáles Sanz, 2002; Malagón-Londoño y Galán, 2002)

Del mismo modo la OMS (1998), la define como, una acción social, educativa y política que incrementa la conciencia hacia la salud, promueve estilos de vida saludable y acciones comunitarias; además de brindarles oportunidades a los ciudadanos a ejercerse derechos y responsabilidades para la formación de ambientes y políticas, favorables a su salud y bienestar físico, psicológico y social.

El primer informe oficial que se realizó con respecto a la Promoción de la Salud, fue el "Informe de Lalonde" (Canadá, 1974), este representó el punto de partida para el desarrollo moderno de dicho concepto, ya que reconoció que la salud dependía de diferentes sectores incluyendo al de salud. A partir de este momento la promoción y educación para la salud, se convirtieron en estrategias para modificar los estilos de vida basándose en la responsabilidad individual. Posteriormente se llevó a cabo la I Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, la Carta de Ottawa (OMS, 1986), afirmando que consiste en proporcionarles a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud., a fin de lograr una acción efectiva y hacer posible los principios de equidad y justicia social. Esta declaración representó un hito en la "salud pública moderna".

2.2.2 La Promoción de la Salud en el Ámbito Escolar

Según la Organización Panamericana de la Salud, (OPS, 2007), la promoción de la salud se ha dividido en tres áreas de acción, que son la educación para la salud, los ambientes saludables y los servicios de salud y alimentación. Para lograr los objetivos trazados para cada una de estas áreas se han definido las siguientes estrategias de acción: desarrollar políticas conjuntas para los sectores educativo y de salud; crear mecanismos de coordinación intersectorial, incluida la organización de comisiones mixtas para la elaboración de análisis, planes de trabajo y evaluación de actividades; e implementar programas que incluyan el diagnóstico de necesidades, formulación de planes de acción, diseño curricular, capacitación de maestros y producción de materiales educativos, así como la creación de actividades en las escuelas y la comunidad que faciliten la promoción de la salud.

Dentro de esta estrategia, el concepto de salud escolar va más allá de la instrucción sanitaria y de los servicios de control y actualmente se ha convertido en un principio conformado por ocho elementos relacionados entre sí:

- Impartir educación integral que fortalezca la autoestima y la capacidad de los jóvenes de formar hábitos y estilos de vida saludables;
- Brindar educación en salud basada en valores positivos que sean útiles en el futuro;
- Facilitar los medios para desarrollar la salud de los escolares en ambientes que refuercen la promoción de la salud;
- Llevar a cabo actividades de promoción de la salud que involucren al personal docente y administrativo;
- Ejecutar proyectos que lleguen a las escuelas y la comunidad;
- Prestar a los estudiantes servicios de salud, alimentación y nutrición que propicien la formación de hábitos saludables;
- Organizar actividades de educación física, recreación y deportes que contribuyan al desarrollo integral de la juventud;
- Poner a la disposición de los estudiantes servicios de asesoramiento y apoyo social.

Debido a que la educación para la salud es un programa diseñado con el fin de fortalecer la habilidad de los estudiantes para tomar decisiones fundamentadas y establecer prácticas y estilos de vida saludables, el énfasis de la metodología educativa deberá transferirse de la enseñanza al aprendizaje. Este cambio se basa en una nueva visión del proceso de enseñanza y aprendizaje que a su vez se inspira en un concepto holístico del ser humano.

Por otra parte, para que las escuelas puedan promover la salud, es necesario que sean lugares seguros, libres de elementos tóxicos, y que cuenten con todos los servicios e instalaciones necesarios para su funcionamiento adecuado. Además, deben ser centros educativos donde se fomenten el desarrollo humano sano y relaciones constructivas entre los integrantes de la comunidad, y que estén libres de violencia física, verbal y psicológica.

2.2.3 Componentes de la Promoción de la Salud Escolar

Los componentes de las actividades de promoción de la salud escolar, como se señalara anteriormente, están divididos en las áreas de educación para la salud, servicios de salud y ambientes saludables. Al mismo tiempo, cada área de acción está apoyada por las estrategias de desarrollo de políticas, mecanismos de coordinación y ejecución de programas.

2.2.4 Educación para la Salud

Además de la promoción a través de la epidemiología, se requiere de un engranaje de acciones, disposiciones y procedimientos que permiten la convivencia del individuo en un ambiente ideal y que le garanticen condiciones ideales de vida sin riesgo a enfermarse. Una de las piezas que encaja en dicho engranaje lo constituye la educación para la salud.

Ahora bien la educación para la salud es señalada como el cambio favorable que se debe producir en el individuo y en el colectivo en cuanto a conocimientos, actitudes y comportamientos con respecto a la salud (Bratos, 2002). En las nuevas definiciones, se ha incorporado la participación activa de los individuos responsabilizándolos de la protección, mantenimiento y mejoría de su propia salud.

Tomando en cuenta lo anteriormente expresado, la definición más ampliamente usada es la de Green

y Anderson (1976), que la considera como "cualquier combinación de experiencia de aprendizaje, diseñada para lograr adaptación voluntarias de conductas que conduzcan a la salud". Si se analiza esta conceptualización se puede observa que tienen una visión reduccionista, ya que en ella no se toma en cuenta ni los factores externos, ni la participación de los individuos (Citado por Rioboo, R., 2002, p. 1324).

Sin embargo más recientemente se ha desarrollado una definición más compleja dada por Perea Quesada (1991), que la define como "un proceso de educación permanente, que se inicia desde la infancia, dirigido hacia el conocimiento de si mismo en todas sus dimensiones tanto individuales, sociales y ambientales, así como ecológicas, con el propósito de obtener una vida sana y participar en la salud colectiva" (Citado por Rioboo, 2002, p. 1324).

Por lo que la educación para la salud bucal debe estar dirigida a la constelación de factores psicosociales, económicos y culturales que pueden influir y estimular la conducta en salud y la prevención. Estas son actividades que deben ser emprendidas por los individuos a fin de proteger, promocionar o mantener la salud y para impedir la enfermedad. Debería hacerse una distinción entre las conductas relacionadas con la salud con consecuencias para la salud oral emprendidas sin razones de salud no dental, y conductas dirigidas a la salud en relación con acciones llevadas a cabo en la creencia de que serán beneficiosas para la salud en general.

2.2.5 Educación para la Salud en la Escuela

Según la OPS, (2007), existen una serie de parámetros dentro de lo que se refiere a la educación para la salud dentro de las escuelas:

Desarrollo curricular. Esta actividad consiste en aplicar un programa educativo progresivo integrado con el plan de estudios, desde el ciclo de educación preescolar hasta el preuniversitario. Incluye el desarrollo de conocimientos, habilidades y prácticas para mejorar el estado de salud y la nutrición.

Desarrollo de material educativo. Requiere poner en marcha un programa de diseño y validación de material educativo impreso y audiovisual dirigido a los alumnos, los maestros y la comunidad en

general.

Formación y capacitación de maestros. Involucra organizar un programa de capacitación en el servicio para el personal docente en materia de salud escolar, especialmente de programas de salud con una metodología participatoria.

2.2.6 Servicios de Salud

Sistema de salud de tipo preventivo. Estos son servicios de salud cuyo énfasis radica en la prevención, detección temprana (mediante exámenes periódicos de la audición, visión, postura, etc.) y solución de los problemas de salud de los escolares (por medio de la provisión de primeros auxilios y de servicios para estudiantes discapacitados).

Servicios de alimentación. Se trata de programas asistenciales que provean de alimentos a los estudiantes y que también los ayuden a formar hábitos alimentarios saludables.

2.2.7 Ambientes Saludables

Medio ambiente escolar. Se refiere a las condiciones adecuadas del ambiente físico de las instalaciones escolares, así como al entorno psicológico que afecta al bienestar y a la productividad de los estudiantes y docentes.

Habilidades para la vida. En este programa de actividades teóricas y prácticas se busca que el estudiante analice los fenómenos que suceden en la comunidad con el fin de enseñarle habilidades básicas para la vida.

2.2.8 Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud

Se propuso crear una red latinoamericana de escuelas promotoras de la salud con objeto de facilitar la adopción de estrategias conceptuales y operativas para mejorar la salud de la comunidad educativa. Es decir, su influencia debe alcanzar no solo a los estudiantes, sino también a los padres y madres de familia, y a los maestros y demás trabajadores del sector educativo. La idea de crear una red de

escuelas promotoras de la salud surgió de las recomendaciones de la Conferencia Europea sobre Promoción de la Educación para la Salud (llevada a cabo en Estrasburgo, Francia, en 1990). A partir de las experiencias favorables de las redes europeas se ha determinado que es imperativo contar con el apoyo político para promover la educación para la salud y que es importante estructurar una red descentralizada y flexible que favorezca la gestión y coordinación.

Por otra parte, dentro de las condiciones básicas que la red debe reunir para poder alcanzar sus metas y objetivos se contempla, en primer lugar, la constitución de un comité interamericano de planificación que formule los principios de acción para las escuelas. También deberán designarse dos coordinadores por cada país, uno que represente al sector educativo y otro al sector de la salud. Asimismo, es necesario establecer los criterios para pertenecer a la red y organizar reuniones anuales o bianuales de los coordinadores nacionales. Finalmente, es preciso asumir la responsabilidad de difundir la información en el nivel regional y en cada país.

Por su parte, los países miembros de la red latinoamericana de escuelas promotoras de la salud deben comprometerse a fortalecer la promoción de la educación para la salud escolar en sus respectivos países y asegurar los mecanismos de coordinación y cooperación intersectorial de alto nivel entre las autoridades de educación y las del sector de la salud.

2.2.9 Evaluación de Programas de Salud

La administración moderna ha desarrollado un nuevo enfoque, más dinámico y analítico denominado planificación estratégica, resultando ser de suma utilidad para el desarrollo de toda actividad empresarial. Básicamente se describe como una manera distinta, más real y provechosa de ejecutar los postulados planteados. Stoner (1989), la define como el proceso formalizado de planeación a largo plazo, utilizado para definir y alcanzar las metas de la organización.

El planeamiento estratégico es planteado y desarrollado con el permanente aporte de todas las personas que integran el equipo de trabajo, lo que hace que la ejecución de las actividades sea un proceso más simple y aplicable, ya que es el resultado de la integración mental y la participación de todos los que conforman la empresa (Mendoza y Robles, 2000). Por lo que la planificación estratégica hace más participe a los integrantes de la empresa, ya que se determinan las condiciones en las que se

desenvuelve la misma; formulando preguntas que orienten a las soluciones de problemas planteados, de manera efectiva; estimulando al desarrollo empresarial con bases sólidas; cumpliendo lo proyectado y controlando los resultados.

En este sentido, una de las mejores vías para lograr la evaluación de los programas de salud, consiste en su abordaje a través del planeamiento estratégico, considerando que el proceso de evaluación enmarcado bajo este paradigma tiene las siguientes características:

Deben intervenir todos los actores, desde el establecimiento de las metas, hasta la definición de los indicadores para el proceso de evaluación.

Debe existir un proceso continuo de retroalimentación, una periocidad en la evaluación y tacto para plantear los resultados obtenidos.

La definición concertada de las metas y la definición de los objetivos, mejoran el desempeño. (Bolívar, 2002)

2.2.10 Concepto y Desarrollo de un Instrumento de Diagnóstico Rápido para Programas de Salud en la Escuela (OPS, 2007)

Los programas de salud escolar pueden influir en los estudiantes en lo que respecta a la formación de conocimientos y al desarrollo de su habilidad para promover y cuidar de la salud y para prevenir las prácticas y factores que la ponen en riesgo. Con esos fines, la OPS ha establecido acuerdos y convenios con instituciones académicas y de investigación, así como con organizaciones no gubernamentales (ONG) que trabajan en el campo de la salud y la educación. Las acciones planificadas comprenden el desarrollo de actividades y la producción de materiales para difundir y promover el intercambio de conocimientos y experiencias; la organización de talleres y cursos de capacitación para maestros y la publicación y distribución de materiales educativos dirigidos a estos y a los alumnos; y el diseño y la validación de instrumentos que permitan reconocer los hábitos y prácticas que ponen en peligro la salud de los estudiantes y realizar el análisis rápido, la supervisión y la evaluación de los programas para promover la salud escolar. Actualmente en Argentina, Bolivia, Chile, Costa Rica, El Salvador y México se están llevando a cabo actividades para poner a prueba los procesos de investigación sobre

formación de recursos humanos y de diagnóstico y análisis rápido (DAR).

El proceso de DAR permitirá evaluar la capacidad de cada país para poner en marcha y evaluar los programas de salud escolar. Esta metodología busca proporcionar una herramienta rápida y útil para la toma de decisiones; información sobre las políticas y normas de salud escolar vigentes, junto con sus virtudes y defectos; y mecanismos de coordinación entre los sectores de la salud y la educación.

El DAR se desarrolló a partir de la década de 1970 como instrumento para la toma de decisiones en la formulación de políticas y la planificación de programas, especialmente de nutrición y atención primaria de salud, y fue ampliamente utilizado en África, la India y América Latina; no obstante, este método aún no se ha aplicado al área de programas de salud escolar. El método de DAR, que proporciona información cuantitativa y cualitativa para la revisión y análisis de un programa en un plazo promedio de 2 meses, surgió como respuesta a la necesidad de los gobiernos de tomar decisiones, formular políticas y diseñar programas sobre la base del conocimiento de las conductas individuales y sociales de los beneficiarios. Dicho método también incluye la recopilación de datos de fuentes secundarias, observaciones y entrevistas con informantes clave y discusiones con grupos focales formados por los líderes oficiales y oficiosos de la comunidad.

2.2.11 Desarrollo y Prueba del Instrumento

Inicialmente se establecerá el interés de las autoridades nacionales en fortalecer la promoción de la salud escolar y organizar las comisiones mixtas y el equipo intersectorial que participarán en la elaboración de los instrumentos para el taller de capacitación y la prueba piloto del DAR. Posteriormente, esta y el taller se llevarán a cabo mediante la recolección simultánea de información de fuentes secundarias. Después se realizará el proceso del DAR mediante entrevistas no estructuradas con informantes clave, grupos focales, personal de salud escolar de los niveles nacional y regional, administradores, maestros y estudiantes de escuelas seleccionadas, madres y padres y miembros de la comunidad.

2.2.12 Fuentes de Información para el Diagnóstico y Análisis Rápido

En el sector educativo, las fuentes de información más adecuadas son los formuladores de políticas,

normas, planes y programas educativos, así como los funcionarios dedicados a las áreas de diseño curricular, formación y capacitación de maestros y evaluación del rendimiento escolar. En cuanto al sector de la salud, las mejores fuentes de información son los individuos responsables de las áreas de salud y nutrición, salud maternoinfantil y salud de los adolescentes y escolares. También puede recurrirse a los representantes de centros formadores de maestros, las asociaciones de padres y las ONG involucradas en la atención de la salud de niños y adolescentes. En su fase inicial, el diagnóstico deberá centrarse en el análisis de ambos sectores en los niveles nacional y provincial. Posteriormente, se deberá analizar la capacidad municipal y local para organizar y llevar a cabo programas de salud escolar.

2.2.13 Áreas de Investigación sobre el Diagnóstico y Análisis Rápido

Para elaborar las guías de los grupos focales y las entrevistas con las autoridades nacionales, provinciales, municipales y locales se deberá incluir información sobre la salud escolar, así como información adicional derivada de los indicadores sociales.

Por último, se deberá asegurar la participación de todos los integrantes de los talleres de capacitación en cada una de las fases, desde la de diseño y planificación hasta la de evaluación y seguimiento. Las actividades se deberán estructurar con métodos participatorios que contemplen el desarrollo de habilidades, el análisis y la reflexión, la toma de decisiones, el manejo de conflictos y el logro de consensos y acciones conjuntas.

2.2.14 Los Indicadores

Para García Serven, (1993), toda actividad humana necesita medirse, comparase, no solamente en función de sus resultados, sino de los recursos disponibles, que en muchas ocasiones suelen ser insuficientes para los propósitos y metas establecidas, de aquí que la importancia y los logros de los Servicios de Atención Médica estén tan estrechamente vinculados, lógicamente, a los valores cuantificados de sus indicadores; entendiendo como tales, aquellas expresiones verbales o escritas que permiten medir la magnitud de cualquier situación observada.

Los indicadores constituyen valiosos instrumentos para obtener la información (efectiva) de las

actividades que identifican la gestión administrativo-asistencial de todo servicio médico, la organización de los recursos que deben asignarse y administrarse para hacer frente a los problemas que se presenten en cualquier situación de salud observada, para conocer las múltiples acciones capaces de satisfacer las necesidades y demandas de la población, así como para dar racionalidad a todos los cálculos y estimaciones dirigidas a obtener los mejores resultados de gestión y hacer posible un modelo operativo apropiado a la toma de decisiones en el nivel (gerencial) normativo.

En los servicios de atención para la salud es frecuente enfrentarse a la inexistencia de parámetros y cifras normalizadas que sean adecuadas a todas las estimaciones que tienen que elaborarse, hasta el punto de observar como cada institución de salud, dentro y fuera del país y aún los autores calificados, ofrecen y aplican resultados diversos y las cifras empleadas se muestran diferentes, aún para una misma actividad. Por esta razón es necesario contar, revisar y recopilar toda la información producida sobre el uso de indicadores en la atención médica y seleccionar los más comunes y de uso constante, para utilizarlos, para ampliar y mejorar en el futuro los valores numéricos encontrados y observados, y para tomarlos como marco de referencia para ahondar y profundizar en el conocimiento de los mismos. Aplicar valores elaborados en otros lugares sigue siendo útil, pero como casi siempre ocurre, su aplicabilidad no siempre se corresponde con las características del medio donde se desenvuelven las acciones y las actividades en estudio, por lo que pueden provocar diferencias apreciables. Es necesario construir, por tanto, patrones de referencia propios, sobretodo cuando se carece de ellos y cuando la información de que se dispone no es suficiente, ni confiable.

La gestión administrativa actual en salud se caracteriza por el uso de los más diversos insumos y por la ejecución permanente de procedimientos médicos y administrativos que deben producir actividades, servicios y bienes, dirigidos tanto al individuo sano como al enfermo. Cada paciente, cada usuario, genera tal cantidad de información, que aún recogiendo sólo una pequeña parte de la misma se puede obtener una visión global de sus problemas y sus consecuencias, lo que resulta útil para la oportuna toma de decisión y el logro de servicios efectivos, tanto en calidad como en cantidad.

El administrador de salud debe recoger apropiadamente todos los datos relacionados con el paciente, con el trabajador de la salud, con los costos, con las actividades, etc., de forma que pueda utilizar o desarrollar parámetros necesarios para hacer posible su gestión, adecuando la eficiencia de la organización en función de los rendimientos (por actividad), tanto en lo administrativo, como en lo

asistencial, para evitar lo que cotidianamente observamos, cifras (disponibles) que al analizarlas resultan muy agregadas o imperfectas, provocando sobre y subestimaciones en su significado real.

Hasta el presente la productividad y el rendimiento de las actividades del sector se vienen expresando numéricamente, asignándoles valores cuantitativos, en cambio no se observan valores cualitativos y esto obliga a pensar en la necesidad de construir objetivamente valores o cifras capaces de medir la calidad de los servicios que se prestan, que es realmente lo que percibe el individuo como usuario. A él poco le importan las cantidades numéricamente expresadas, en cambio sí, las actividades relacionadas con la comprensión y solución de sus necesidades. Por esta razón se debe intentar que las estimaciones y los cálculos sean lo suficientemente precisos, hasta el punto que permitan reflejar la satisfacción del usuario, así como la importancia, tampoco establecida, que ha representado el trabajador de la salud en esas actividades y sus resultados.

Una adecuada gestión administrativa de servicio para la salud estará en función del mayor o menor rango de complejidad de sus unidades funcionales y de las actividades que la conforman e identifican, que para implementarla requieren:

- Del estudio y análisis de su ámbito de influencia y de cobertura poblacional.
- De la búsqueda, selección y análisis de los datos recogidos en las distintas áreas operativas.
- De la identificación y especificación de las necesidades reales y potenciales, para traducirlas en actividades, en costo y en la elaboración de los presupuestos operativos.
- Del establecimiento de prioridades.
- Del análisis sistemático de los problemas operacionales y asignación de los recursos necesarios para su solución.
- Del aporte de recomendaciones, solucione técnicas y alternativas viables para la oportuna asignación de recursos y establecimientos de los costos operativos.
- Del establecimiento, coordinación y ejecución de los programas operativos para las áreas y sectores asignados en función de la información aportada, previa revisión y ajuste a los planes (programas) presentados.
- De la evaluación, en función del tiempo, de los planes de ejecución asignados a los programas aprobados y seleccionados de acuerdo a la prioridad que se haya establecido.
- De los estudios de rendimiento por instrumento en cada una de las unidades operativas, con el

- establecimiento del costo-efecto de acuerdo a la trascendencia del daño.
- De la estimación del costo-beneficio, de acuerdo a los logros obtenidos en los servicios prestados por unidad de servicio con los recursos disponibles (ob. cit.).

2.2.15 Indicadores de Salud

Se entiende como tales el conjunto de cifras, que expresadas como Índice, Promedio, Tasa, Razón o Porcentaje, permiten la expresión resumida y oportuna de los fenómenos observados y de las variables en estudio. Con su uso se nos facilita medir cualquier fenómeno y al mismo tiempo evaluarlo.

Toda planificación o programación requiere de indicadores. En la atención médica, la mayoría de la información manejada a diario está conformada por valores numéricos producto de los datos estadísticos disponibles, los cuales deben interpretarse y compararse para justificarlos y conferir validez a su uso.

El significado más importante del indicador en salud es representar el dato numérico referido a la persona, a la población, a sus problemas, a sus situaciones y al procedimiento o proceso de todas las actividades que identifican la atención médica.

Proceden de tres grandes fuentes: de la investigación científica, la experiencia y del manejo práctico (empírico) de la observación. La búsqueda de toda la información capaz de servir para su elaboración debe dirigirse por tanto, a sus fuentes estadísticas, a las demográficas, administrativas y las sociales. Todo indicador debe tener capacidad para describir la realidad estudiada, permitir explicar por su naturaleza lo que expresa y ofrecer tal sentido de orientación, que permita hacer predicciones y previsiones para favorecer la toma de decisiones y metas a lograr.

La elaboración de un "buen" indicador se enfrenta con numerosas dificultades, que comienzan con la inexistencia de datos numéricos confiables, los cuales para ser útiles deben poseer características de oportunidad, disponibilidad, calidad, simpleza (provenientes del calculo simple), reproducibles y específicos en cuanto a los fenómenos en estudio, sensibles a cualquier modificación, que tenga aceptabilidad y resistencia ante cualquier análisis razonado; capaces de mejorar tanto el conocimiento

de quien los utiliza, como las acciones que se requieren para su efectivo aporte en la toma de decisiones, todo lo cual se puede resumir, agrupar e identificar, en tres grandes requisitos: factibilidad, validez y simplicidad.

Es decir, que los indicadores serán los instrumentos capaces de responder y expresar cuantitativamente todas aquellas variables que identifican y son necesarias para la gestión administrativa de los servicios, para el diagnóstico de situaciones, para conocer la magnitud del daño; para cuantificar y evaluar los recursos disponibles y en todas las ocasiones, para reflejar el equilibrio entre las "cosas" (recursos) disponibles o servidas y aquellas deseadas o solicitadas. Los indicadores, por tanto, actuarían siempre como reductores de las variables y por ello es como permiten la explicación de los hechos ocurridos, operando como herramientas numéricas para el diagnóstico y evaluación de las situaciones observadas o esperadas. Sin embargo debe quedar claro que un indicador que sirva para todos los usos y que responda óptimamente a todas las exigencias, es de dificil construcción.

2.2.16 Criterios para su Elaboración y Uso

Los indicadores representan un marco de referencia que permiten efectuar los ajustes necesarios a las actividades a cubrir. Por tanto no pueden comportarse, ni identificarse, como metas. Requieren evaluarse permanentemente hasta lograr la mayor y mejor información que perfeccionen los resultados que se quieren presentar y la medida (cuantificación) de cómo se están alcanzando los objetivos fijados.

Los indicadores tradicionalmente utilizados adolecerán siempre delimitaciones relacionadas con su cantidad y oportunidad para manejarlos. Su complejidad y el Demanda: Consulta externa, consulta de emergencia, número de camas, admisión y recepción adecuadas, procedencia y desplazamiento del paciente.

Organización médico-administrativa: Niveles y organización de la atención médica, jerarquización y estructura del personal, dotación de equipos y distribución de los mismos, líneas y relaciones de autoridad, responsabilidad y comunicación.

Poder de conocimiento que otorga, estarán condicionados a la capacidad de quienes los reciben y utilizan.

Debe tenerse muy en cuenta el número de indicadores a utilizar, es decir, se debe contar con aquel número (limitado) que permita manejarlos adecuadamente. Resulta difícil obtener indicadores que sistematizan lo que realmente se busca comparar y medir. Por ello deben evitarse excesos de uso o aplicar simples esquematizaciones.

La selección del indicador debe ser hecha en función de las características y circunstancia de la situación observada. Por tanto, debe conocerse con exactitud su significado y referirlo a sus valores teóricos, planeados y normalizados, es decir a los valores "estandarizados".

La precisión de un indicador debe corresponderse con la utilización que se va a brindar al mismo.

La obtención, construcción y elaboración de indicadores es posible siempre y cuando se pueda contar con un sistema de información apropiado y confiable, desechándose todo aquello que no tenga valor cuanti-cualitativo.

Los factores que permiten construir un indicador por lo general provienen del dato estadístico, del dato administrativo, los censos de población y de encuestas.

Su utilización y aplicaciones deben satisfacer las necesidades de la demanda real o potencial y cubrir todos los aspectos dirigidos al manejo de los establecimientos médicos, tales como:

Mediante la aplicación de modelos matemáticos y basándose en estudios de tiempos y movimientos (técnica diseñada, para establecer el contenido de trabajo que de una tarea específica realiza una persona calificada), se pueden construir los indicadores necesarios para medir la productividad y eficacia de las actividades y tareas.

Todo el volumen de información sobre salud y que se refleja en sus indicadores, presenta tres (3) propósitos fundamentales:

Determinar las metas y planificar los recursos y servicios (necesarios) de una manera efectiva y racional.

Que la administración de dichos servicios se lleve a cabo de manera eficiente y productiva.

Favorecer la evaluación de los servicios y los programas planeados dirigidos a atender a la población en sus necesidades y demandas, así como la elaboración de alternativas y prioridades para las acciones a tomar (García Serven, 1993).

2.2.17 Grupo de Indicadores Utilizados

Indicadores para medir el nivel de salud de la población:

- Expectativa de vida al nacer.
- Tasa de mortalidad general y tasas específicas, tomando en cuenta la edad y el sexo.
- De mortalidad proporcional (porcentaje de muertes ocurridas en un grupo determinado de personas, sobre el total de defunciones).
- Tasa de mortalidad infantil (haciendo la diferencia, entre la mortalidad infantil temprana y la tardía).
- Morbilidad por enfermedades transmisibles y otras que sean de registro obligatorio (investigación de la morbilidad por censos o encuestas directas o por muestras de población)
- Riesgo en grupos especiales (de morbilidad o de mortalidad).

Indicadores de condiciones sanitarias del ambiente:

- Porcentaje de la población, urbana y rural abastecida con agua potable.
- Porcentaje de población urbana que usa servicios de disposición de excretas.
- Densidad de habitantes por vivienda y, si es posible por dormitorio.
- Tasa de accidentes para la población total; si es posible, por tipo de accidentes y por grupos de la población.
- Razón de mortalidad por sexo, del grupo de 1 a 4 años.

Indicadores de recursos y actividades de salud:

- Gastos a favor de la salud por habitantes al año (gasto social).
- Número de camas de hospital por cada 1.000 habitantes.
- Números de médicos por cada 10.000 habitantes.

- Porcentaje de la población, (por edades) inmunizada contra aquellas enfermedades prevalentes en la zona y para las cuales se dispone de agentes inmunizantes eficaces.
- Porcentajes de fallecidos con atención médica o con certificación médica de la muerte.
- Porcentaje de nacimientos en hospitales.
- Porcentaje de partos atendidos por médico, por comadrona, etc.
- Número de consultas prenatales y de lactantes en relación a los nacidos vivos.

Indicadores económicos-sociales:

- Ingreso nacional por habitante al año y su distribución en la población.
- Relación entre salarios e índice del costo de vida.
- Indicadores de alfabetismo y escolaridad en los distintos niveles de la educación.
- Porcentaje de población activa y porcentaje de desempleo entre los activos.
- Consumo total de calorías por habitante al día.

El análisis de la cobertura de los servicios de salud puede tener diversos aspectos. Por un lado existe la "cobertura financiera", es decir, la capacidad de pago o el derecho que tiene la población por pertenecer a sistemas de seguros que se hacen cargo de financiar la atención. En realidad esa cobertura financiera no se refiere a la verdadera atención recibida por la población, sino a la "capacidad" de la población de tener acceso a la atención en función de su capacidad de pago.

La cobertura también se puede analizar sobre la base de la oferta de los servicios. En este caso se relacionan el número y el tipo de servicios de atención con el tamaño de la población. El análisis de la "cobertura según la oferta de servicios" tampoco mide la verdadera utilización de los servicios, sino más bien la "capacidad" de la estructura de salud de brindarlos a la población en función de la disponibilidad y accesibilidad geográficas.

Una tercera forma de analizar la cobertura consiste en estudiar la utilización de los servicios por parte de la población, y en este caso es válido el concepto de "cobertura verdadera". Los indicadores para la medición proceden de relacionar las necesidades de atención de una población con la verdadera utilización de servicios. Por ejemplo, en el análisis de la cobertura de inmunización se estudia la relación entre la población que necesita recibir determinado tipo de vacuna y la población que verdaderamente la recibe en el tiempo y la forma adecuados.

Con esta misma lógica se pueden y deben crear indicadores de cobertura para cualquier acción de salud orientada a la atención integral de un grupo de población. En el análisis de la cobertura de la atención de la mujer embarazada, del niño en edad preescolar y de la atención del trabajador, o en el de la cobertura para el control integral de enfermedades específicas, como la diabetes mellitus o las enfermedades cardiovasculares, los indicadores de cobertura verdadera se derivan de la relación entre la población que necesita atención y la utilización de los servicios por esa población, de acuerdo con las normas de atención integral que se definan en cada caso.

En este sentido, el estudio de la cobertura verdadera total procede del análisis de las distintas coberturas alcanzadas en grupos de población definidos por medio de acciones de salud específicas orientadas a sus necesidades prioritarias. Lamentablemente, en la mayoría de los países no existen sistemas de información de salud que permitan realizar este tipo de análisis integral y total de la verdadera cobertura alcanzada. Mientras no se disponga de esos sistemas, los estudios de la cobertura total tendrán que apoyarse en datos sobre coberturas específicas provenientes de programas de acción prioritarios.

Por último, otro nivel de análisis consiste en estudiar los resultados o el impacto sobre la salud de la población atribuible a la acción de esos servicios (ob.cit.).

2.2.18 Planificación Estratégica Principios

Según Shapiro, (s/f), una estrategia es un enfoque global y un plan. Por eso, la planificación estratégica es la planificación global que permite la buena administración de un proceso. Además, te saca de las actividades del día a día de tu organización o proyecto y te proporciona un esquema de lo que estás haciendo y dónde vas a llegar. La planificación estratégica te da claridad sobre lo que quieres lograr y cómo lo vas a conseguir. La planificación estratégica te permite responder a las siguientes preguntas:

- ¿Quiénes somos?
- ¿Qué capacidad tenemos y qué podemos hacer?
- ¿Qué problemas estamos tratando?

- ¿Qué influencia queremos causar?
- ¿Qué asuntos críticos tenemos que responder?
- ¿Dónde debemos situar nuestros recursos y cuáles son nuestras prioridades?

Una vez que se han contestado estas preguntas, es posible contestar a lo siguiente:

- ¿Cuál debería ser nuestro objetivo inmediato?
- ¿Cómo tenemos que organizarnos para conseguir nuestro objetivo? (ver el apartado de Implicaciones Internas).
- ¿Quién hace el qué y cuándo? (ver la herramienta sobre Planificación de acción).

2.2.19 Proceso de Planificación Estratégica

El proceso de planificación estratégica no es algo que pueda pasar según vaya surgiendo en una reunión de planificación casual o durante una reunión del personal. Requiere una planificación cuidadosa para establecerla de modo que el proceso sea riguroso y exhaustivo. Cuando se desarrolla o revisa un plan estratégico, se establecen los parámetros para el trabajo de la organización, normalmente para dos o tres años o más. Así, tiene sentido invertir algo de tiempo y energía para el proceso de planificación estratégica.

Se necesita un proceso de planificación estratégica cuando se requiere desarrollar, aclarar o consolidar el marco estratégico en el que trabaja una organización o proyecto (Shapiro, s/f).

2.2.20 Visión

Las organizaciones y proyectos del sector sin ánimo de lucro existen normalmente porque se quiere generar una influencia en la sociedad. La organización tiene una visión de cómo podría ser la sociedad en el futuro. La visión no es algo que se pueda lograr por sí solo, sino algo que guía el trabajo y se piensa que se puede lograr si hay bastantes proyectos y organizaciones que comparten la visión y trabajan para conseguirla.

La visión es el punto de inicio para un marco estratégico. Forma el marco y le da la guía a la organización o proyecto.

2.2.21 Misión

La declaración de una misión es importante porque:

- Es una forma fácil de comunicarse con otros sobre lo que haces y cómo lo haces.
- Ayuda a aclarar y enfocar tu trabajo.

Si alguno de los componentes cambia, entonces la declaración de la misión también necesita cambiar. Por eso es importante revisar la declaración de la misión de vez en cuando.

En el contexto de un proceso de planificación estratégica, es conveniente introducir la misión de la declaración una vez que has aclarado la visión y los valores, pero no puedes finalizarla hasta que hayas llegado a un acuerdo sobre el objetivo final y los objetivos inmediatos.

La declaración de una misión describe lo que hace la organización, con quién o para quién y, a grosso modo, cómo lo hace.

Así, la declaración de una misión tiene cuatro componentes:

- Qué es la organización o el proyecto.
- Qué pretende conseguir la organización o proyecto.
- Cuál es el grupo objeto del trabajo y con quién se realiza.
- Cómo funciona y qué métodos utiliza.

El objetivo final que definimos, como los beneficios acumulados que los beneficiarios disfrutarán cuando el trabajo de desarrollo alcance su éxito.

El objetivo inmediato o el propósito del proyecto que describe la situación específica que quiere alcanzar la organización o proyecto.

El objetivo final está directamente relacionado con el problema significante que has identificado en el análisis del problema. El objetivo final está relacionado con La visión. El objetivo final se consigues convirtiendo la declaración del problema en una declaración positiva y describiendo la situación que

existirá cuando el problema se trate.

2.2.22 Valores

Los valores organizativos se comparten con los valores que respaldan el trabajo de la organización y las relaciones con los usuarios y otros interesados directos. Un valor es lo que piensas que es lo correcto hacer y para tratar con la gente y lo que piensas sobre la forma en la que el mundo se debe organizar. Los valores organizativos determinarán tus estrategias y tus principios operacionales.

Aclarar todos los puntos y llegar a un acuerdo sobre los valores de la organización es muy importante debido a que proporciona una base para tomar decisiones difíciles.

2.2.23 Objetivos

Son logros que se pretenden obtener a largo plazo, congruentes con la misión. Se define de manera amplia lo que la organización quiere alcanzar en distintos horizontes de planificación.

2.2.24 Metas

Son los logros que se pretender obtener a corto plazo, cuantitativos, consideradas etapas necesarias para que la organización encuentre sus objetivos y se cumpla la misión.

2.2.25 Responsables o Estrategas

Son los individuos o personas responsables del desarrollo de las diferentes actividades y de ellos dependerá el éxito o fracaso de lo que se ha emprendido como misión de una determinada organización.

2.2.26 Estrategias

Son las acciones que deben realizarse para mantener y soportar el logro de las metas de la organización y de cada unidad de trabajo y así hacer realidad los resultados esperados al definir la

planificación estratégica.

2.2.27 Unidad Estratégica de Trabajo

También conocida como unidad operativa, comprende las diferentes áreas necesarias donde se planean, desarrollan y ejecutan de los planes, según sus características y servicios que preste, puede ser, administrativa, de contabilidad, recursos humanos, según la naturaleza de la misión, una organización debe tener cuantas unidades requiera.

2.2.28 Diagnóstico Estratégico

Es el análisis de las fortalezas y debilidades internas de la organización, así como las amenazas y oportunidades externas que enfrenta la organización.

Fortalezas: Se refiere a las actividades internas que se realizan en la organización de manera efectiva, y además a los atributos, ventajas, físicas y operativas que contribuyen y apoyan el logro de los objetivos.

Oportunidades: Son los eventos, hechos o tendencias del entorno de una empresa, que facilitan o benefician el desarrollo de ésta, si son aprovechadas de manera oportuna y adecuada.

Debilidades: Son las actividades o atributos internos de una organización que inhiben el logro de los objetivos de la organización.

Amenazas: Son lo contrario de las oportunidades, es decir, eventos o tendencias del entorno de una organización que la limitan o dificultan su desarrollo operativo (ob. cit.).

2.3 Bases Legales

La presente investigación está fundamentada legalmente en base a la:

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

- Ley Orgánica de Educación.
- Ley Orgánica de Salud.
- Ley Orgánica de Poder Público Municipal.
- Ley Orgánica de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes.

2.4 Sistema de Variables

Una variable es una cualidad susceptible de sufrir cambios. Un sistema de variables consiste, por lo tanto, en una serie de características por estudiar, en función de sus indicadores o unidades de medida (Jany, 1994. P.197). Con base a lo antes expuesto, a continuación se presenta un cuadro contentivo de las variables relacionadas al problema de investigación:

2.4.1 Operacionalización de la Variable

Variable	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores
Modelo alternativo de atención en salud al escolar	Es el diseño de una opción integral de salud dirigida a los escolares del Municipio Naguanagua del estado Carabobo	Asistencial	Nº de consultas Nº de comunidades atendidas Nº de casos atendidos en pediatríamedicina general Nº de casos atendidos en odontología Nº de casos atendidos en ginecología Nº de niños atendidos Nº de adultos atendidos Diagnósticos/Actividades más comunes en pediatría y medicina general Diagnósticos/Actividades más comunes en odontología Diagnósticos/Actividades más comunes en odontología

CAPÍTULO 3

MARCO ORGANIZACIONAL

3.1 Alcaldía de Naguanagua

A continuación la institución objeto de estudio es la alcaldía de Naguanagua, presentando como se estructura, sus diferentes, áreas y características y funcionamiento.

Misión

"Garantizar la satisfacción de las necesidades del Municipio de Naguanagua prestando un servicio de calidad, oportuno y eficiente, con un personal competitivo generando y administrando los recursos de la comunidad bajo un criterio de desarrollo sustentable que permita el crecimiento del municipio".

Visión

"Lograr que Naguanagua desarrolle actividades que permitan la optimización de los sistemas de participación ciudadana, para elevar la calidad de vida de sus habitantes y de su entorno con la formación de una sociedad crítica, innovadora, productiva que sea generadora del conocimiento, de alta tecnología y que se incorpore al proceso de globalización y de cambios permanentes que nos imponen los nuevos tiempos".

3.2 Valores de la Organización

Respeto

Nuestros ciudadanos son personas responsables, conscientes, dedicadas, que se merecen recibir un trato digno y respetuoso.

Confianza y Apoyo

Nuestra Organización Municipal se caracteriza por la confianza, la autenticidad, la apertura y un clima solidario.

Participación y Compromiso

Consideramos que es imprescindible la participación y el compromiso de todos en la toma de decisiones dirigidas a los cambios que requiera la organización municipal.

• La Gente

La Alcaldía del Municipio Naguanagua, reconoce al funcionario público como su recurso más importante y valioso, por ello le ofrece oportunidades de crecimiento tanto profesional como persona. Asimismo, reconoce y respeta a la comunidad, a los contribuyentes, a los proveedores y relacionados, garantizando el cumplimiento de las condiciones convenidas y ofrecerles un servicio de calidad.

La Ética

Constituir la fuerza moral que guíe a la organización y que exprese el comportamiento íntegro de sus trabajadores, apegados a los principios morales y legales en relación a la comunidad.

La Excelencia

Alcanzar la excelencia a través del mejoramiento continuo de la calidad de las actividades, procesos y servicios que se prestan a la comunidad tanto del Municipio Naguanagua como de comunidades cercanas a ellas.

3.3 Reseña histórica del municipio Naguanagua

Las referencias históricas nos indican que para la época en que se inicia la invasión europea, el espacio geográfico que hoy ocupa el municipio Naguanagua, estaba poblado por una comunidad indígena de la etnia Caribe-Arawac. Su principal medio de subsistencia lo constituía el cultivo rudimentario del maíz, la batata y la yuca; con actividad complementaria de la caza del venado y la pesca de especies diversas.

Para la cuarta década del siglo XVI, ejercía el dominio de aquella comunidad el cacique Inagoanagoa, quien tuvo su primer contacto con el conquistador ibérico, cuando a sus dominios llegó el capitán Don Juan de Villegas, luego de que este descubriera y tomara posesión del Lago de Tacarigua el 24 de diciembre de 1547.

En los años siguientes el Valle de Naguanagua quedó bajo la figura jurídica de la Encomienda, asignada a Pedro Álvarez, alcalde de Borburata. Posteriormente y a mediados del siglo XVIII, surgió un movimiento de vecinos encabezados por los señores Don Bernardino López y Don Dionisio Matute, quienes solicitan, mediante documento fechado a 28 de marzo de 1782, al gobierno eclesiástico de la época, la creación de un curato para satisfacer sus necesidades espirituales. En consecuencia de

esta solicitud Monseñor Don Mariano Martí, en su carácter de Obispo de Caracas y Venezuela, firmó el decreto que creaba la nueva parroquia, bajo la advocación de Nuestra Señora de Begoña, el 14 de mayo de 1782. Meses más tarde, el 21 de enero de 1783, se demarcó sobre la sabana de Bucare, el sitio para la iglesia, la plaza, el cementerio y se determinó en 140 parcelas el ámbito urbano de la naciente parroquia, la cual al correr del tiempo y al esfuerzo de sus moradores evolucionó hasta alcanzar el rango de municipio del hoy pujante estado Carabobo.

3.4 Evolución política

- 1553 Para esta fecha, han discurrido cinco años de la llegada de los conquistadores y las tierras del Valle de Naguanagua se encuentran bajo la figura jurídica de la Encomienda, asignada a Pedro Álvarez, Alcalde de Borburata.
- 1718 Para este año es abolida definitivamente el sistema de la Encomienda y Naguanagua continúa en la categoría de sitio.
- 1782 El 14 de mayo Don Mariano Martí, obispo de Caracas y Venezuela firma el decreto que lo eleva a la categoría de Parroquia Eclesiástica, bajo la advocación de Nuestra Señora de Begoña.
 - 1810 Para este año pertenece al tenientazgo de Valencia, en calidad de pueblo.
 - 1881 Se crea el Distrito Valencia, Naguanagua pasa a ser municipio foráneo de este distrito.
- 1964 La comunidad Naguanaguense solicitó la creación del distrito Naguanagua. Esta solicitud fue negada y en su lugar se procedió a reformar la Ley de División Político-Territorial del Estado, para, injustamente, sumar a Naguanagua al área urbana de la ciudad de Valencia.
- 1993 El 21 de diciembre la Asamblea Legislativa decreta la reforma de la Ley de División Político-Territorial del estado, para la creación de cuatro nuevas entidades denominadas municipios, entre ellas Naguanagua.
 - 1.994 El 14 de enero el gobernador del estado le puso el ejecútese a la Ley de División Político-

Territorial del estado Carabobo, mediante la cual se crea el municipio Naguanagua.

1.996 Por primera vez los naguanaguenses eligen por sufragio directo y universal sus autoridades

municipales.

2.000 Se llevan a cabo las segundas elecciones municipales en las que es electo Julio Castillo como

alcalde de la jurisdicción

Demografia

La población de Naguanagua se estima -según cifras extraoficiales recogidas del censo nacional

realizado en el 2001-, entre los 160.000 y 180.000 habitantes, lo que representa una densidad

aproximada de 611,72 habitantes por kilómetro cuadrado.

Geografia

El municipio Naguanagua se encuentra ubicado en la parte nor-central del estado Carabobo. Cuenta

con una superficie de 275 Km.2, lo cual representa el 6.29% de la superficie del estado, y una altura

de 495 mts. Sobre el nivel del mar. Se caracteriza por poseer un excelente clima, con una temperatura

que oscila entre los 22°C y 25°C.

Capital:

Naguanagua

Parroquia: Naguanagua

Limita al Norte, con el municipio Puerto Cabello; al Sur, con el municipio Valencia; al Este, con el

municipio San Diego; y al Oeste, con el municipio Bejuma.

Economía

El municipio basa su economía en la actividad comercial; su ubicación estratégica le permite

un comercio de alta calidad con una infraestructura de servicios a la altura de las

principales ciudades del mundo. Además cuenta con un sector artesanal en desarrollo.

50

Educación

Todos los niveles de la educación, tienen vida en Naguanagua. Desde pre-escolar hasta la superior, tanto pública como privada.

La educación superior se encuentra representada por la Universidad de Carabobo (UC.), cuyas facultades se encuentren, es su mayoría, en Bárbula. También hay dependencias de la Universidad Bicentenaria de Aragua (UBA), así como la sede de la Universidad Nacional Abierta (UNA) y el Colegio Universitario de Administración y Mercadeo (CUAM). En cuanto al número de escuelas públicas están suman 67, mientras que los institutos de educación privada alcanzan un total de 46.

3.5 Servicios básicos - salud

El municipio cuenta con una buena infraestructura de servicios a todos los niveles, como son: acueductos, cloacas, electricidad, teléfonos, correo, telégrafo, Internet, aseo urbano, transporte público y posibilidades de instalar una red de gas doméstico. En cuanto a la salud, tienen su asiento en el municipio el Hospital Oncológico "Dr. Miguel Pérez Carreño", el Hospital Universitario "Ángel Larralde", el Hospital "Rafael González Plaza", el ambulatorio "Dr. Luís Guada Lacau" perteneciente al IVSS, el ambulatorio "Miguel Franco" de INSALUD, el ambulatorio militar "Paramacay", el ambulatorio "Las Trincheras", Hospital Metropolitano del Norte, así como los centros médicos ambulatorios de Las Quintas, y Brisas de Carabobo pertenecientes a la Alcaldía de Naguanagua y un número considerable de clínicas y consultorios médico-odontológicos privados.

3.6 Gobierno municipal

De acuerdo a lo establecido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y Ley Orgánica de Régimen Municipal, el municipio Naguanagua posee un gobierno autónomo y descentralizado cuyos órganos son: La Alcaldía, que representa el poder Ejecutivo y La Cámara Municipal, que representa el poder Legislativo.

3.7 Cámara municipal del municipio Naguanagua

Alcalde del Municipio Naguanagua

Julio Castillo Sagarzazu

Presidente

Julio Castillo Sagarzazu

Vicepresidente

José Luís Llovera

Concejales

Zuleida Camargo

Eduardo Ortega

Luís Estivenson Rivero

Octavio Táriba

Baldomero Mora

José Gregorio López

Orlando Acosta

William Ashby

Secretaria de Cámara

Thaiz Aguilar

Síndico Procurador Municipal

Dinorah Cudemus

Contralor Municipal

Marisol Núñez

Cronista Oficial de Naguanagua

Armando Alcántara Borges

Prefecto del Municipio

Juan Rodríguez

3.8 Junta parroquial

Es un órgano creado con el objeto de descentralizar la administración municipal, promover la participación ciudadana y la mejor prestación de los servicios públicos locales. La sede de la Junta Parroquial esta ubicada en la calle Girardot al lado de la prefectura de Naguanagua.

3.9 Despacho del alcalde

Unidad administrativa conformada por dos Direcciones que ejercen las funciones de dirección, coordinación y control en cuanto a la consecución de los objetivos y metas de la gestión municipal.

Las actividades de esta unidad administrativa son lideradas por el Director General, quien coordina las materias de integración de todas las Direcciones, Oficinas y entes descentralizados y un Director de Despacho que coordina y dirige la operatividad de las funciones administrativas delegadas por el Alcalde.

3.10 Dirección de administración

Es la encargada de planificar, supervisar y centralizar todas las actividades de dirección y coordinación de la administración del Municipio en materia presupuestaria, contable, compras y suministros. Funcionan con tres (3) unidades:

- Unidad de Presupuesto Realiza la coordinación para la ejecución presupuestaria de las distintas unidades operativas realizando los ajustes, transferencias y modificaciones al presupuesto cuando se correspondan, siempre dentro de las normas y procedimientos que las leyes permiten.
- Unidad de Contabilidad Registra los ingresos ordinarios y extraordinarios de los ingresos y gastos del Municipio, así como del control de inventario de bienes muebles e inmuebles y el registro y ejecución de los estados financieros del municipio.
- Unidad de Tesorería Municipal Encargada del manejo financiero de los ingresos conforme a la ejecución presupuestaria y del mantenimiento, registro y control de las finanzas y el pago de los compromisos del Municipio.

3.11 Dirección de hacienda

Tiene bajo su cargo la interpretación y aplicación de la legislación impositiva municipal a través de

instrucciones que permiten la ejecución de las normas en áreas de su competencia, evitando la aplicación de criterios contradictorios dentro de su propia estructura en materia de creación, recaudación y distribución administrativa de los ingresos.

3.12 Dirección de desarrollo urbano

Es la encargada de planificar, coordinar, supervisar y controlar los proyectos sobre la infraestructura del Municipio, en la búsqueda de lograr una mejor calidad de vida para la Comunidad. La ejecución de muchos de los objetivos de esta Dirección es posible debido a la relación coordinada con entes Intergubernamentales de financiamiento. Cuenta para apoyar su estrategia con 3 unidades:

- Unidad de Control Urbano Corresponde a esta unidad velar por el seguimiento de las normas y
 procedimientos contempladas en la legislación vigente, que permiten el ordenamiento urbanístico del
 Municipio.
- Unidad de Obras Públicas Realiza actividades de planificación; contratación y ejecución de las obras públicas contempladas en los requerimientos comunitarios y plasmados en los objetivos de la gestión.
- Unidad de Catastro Efectúa actividades en relación al inventario de inmuebles urbanos y rurales del Municipio.

3.13 Dirección de desarrollo social

Sus actividades están relacionadas con el propósito de satisfacer necesidades del Municipio en materia de Desarrollo Comunitario, de asistencia al niño, al adolescente y a los ancianos, aspectos educativos, culturales y deportivos así como el mantenimiento de los programas de Salud.

• Unidad de Acción Social Dentro de sus funciones esta el establecimiento de programas dirigidos a la búsqueda de bienestar de jóvenes, niños y ancianos, para ello se apoya en el otorgamiento de becas a estudiantes de bajos recursos residentes en el municipio, pensiones a los ancianos, estudios socioeconómicos para mejoras y ayudas, capacitación a la comunidad a través de la labor de los

facilitadores.

 Unidad de Acción Vecinal Es la encargada de atender a las comunidades organizadas o no a través de la canalización de los trámites que implican la resolución de los diversos problemas comunitarios.

Tiene como labor principal ayudar a todos los vecinos para que se organicen en asociaciones de vecinos, es decir, prestar la colaboración necesaria en todo lo referente a su conformación legal, a fin de que ingresen como vecinos organizados al listado de la juntas parroquiales, de las juntas de vecinos de la alcaldía y puedan gozar de los beneficios que les ofrece esta condición.

3.14 Dirección de recursos humanos

Esta Dirección es la encargada de la elaboración, implementación y ejecución de las políticas, normas y procedimientos del sistema de Administración de los Recursos Humanos de la Alcaldía.

Durante el ejercicio Fiscal 2001 la Dirección de Recursos Humanos realizó una serie de actividades propias de su competencia con relación a la formación y desarrollo del recurso humano en la organización.

3.15 Oficina de Protección del Niño y del Adolescente

Se encarga de desarrollar las normas contenidas en la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente, aprobada el 1° de abril de 2000, a fin de crear un Sistema de Protección de los sujetos amparados por esta Ley y la Ordenanza.

Esta dependencia ofrece asesoría jurídica y orientación en caso de violación de los derechos de niños y adolescentes. De igual manera canaliza cada caso, dependiendo de sus características, para que sea tratado por los organismos encargados.

Actualmente Prodenagua adelanta cuatro programas: Programa de Promoción y Difusión de la Lopna: "La Lopna al alcance de todos" destinado a dar a conocer la Ley; Socio-educativo: "Tengo una

Oportunidad", cuyo objetivo principal es el permitir el cumplimiento de aquellas sanciones no privativas de libertad impuestas a los adolescentes por infracción del ley penal y Programa de Fortalecimiento Familiar: Crecer Naguanagua, a los fines de estimular la integración del niño y del adolescente en el seno de su familia y de la sociedad. Prodenagua tiene su oficina en el tercer piso del Centro Comercial Paseo La Granja, sede de la alcaldía de Naguanagua.

CAPÍTULO 4 MARCO METODOLÓGICO

4.1 Tipo y Diseño de la Investigación

Balestrini (2002), indica que la investigación orientada a proporcionar respuestas o soluciones a problemas planteados en una determinada realidad (organizacional, social, económica, educativa, etc.), son denominados proyectos factibles y se caracterizan por tener dos etapas: la primera etapa consiste en la realización de un diagnóstico de la situación existente con la finalidad de determinar las necesidades del hecho a estudiar, lo cual se enmarca dentro tipología de investigación evaluativa; la segunda etapa estriba en la formulación de un modelo operativo viable en función de las demandas de la realidad abordada, por lo tanto, la presente investigación se enmarca en la modalidad de proyecto factible.

Según las distintas características que presenta esta investigación es considerada una investigación proyectiva o también conocida como proyecto factible. Al respecto la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL, 1998), manifiesta que:

"El proyecto factible consiste en la elaboración de una propuesta de un modelo operativo viable, o una solución posible a un problema de tipo practico para satisfacer necesidades de una institución o grupo social. La propuesta debe tener apoyo, bien sea en una investigación de tipo documental y debe referirse a la formulación de políticas, programas, métodos y procesos. El proyecto debe tener apoyo en una investigación de tipo documental, de campo o un diseño que incluya ambos modalidades". (p.7)

La investigación según su propósito es descriptiva, ya que busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier fenómeno que será sometido a análisis. Se basan en la medición de uno o más atributos del fenómeno descrito y mide de manera independiente los conceptos o variables a los que se refiere (Sabino, 1986).

Los proyectos factibles, deben de tener un apoyo ya sea de tipo documental, de campo o una modalidad que los incluya a ambos, para la UPEL (1998), la investigación documental es el estudio de un problema con el propósito de ampliar y profundizar el conocimiento de su naturaleza principal, en trabajos previos, así como información y datos divulgables por medios impresos. Pérez, (1997), señala como característica de la investigación documental, que los datos a emplear han sido ya recolectados

en otras investigaciones y son conocidas mediante los informes correspondientes (datos secundarios), porque ya han sido obtenidos por otros y nos llegan elaborados y procesados de acuerdo a los fines de quienes inicialmente los manejaron, tal y como es el caso del presente estudio, donde se recopilaron los datos, a través de informes previamente elaborados.

Un diseño de investigación es el plan básico que guía las fases de recolección y análisis de datos del proyecto de investigación. Es la estructura que especifica el tipo de información que se recolectará, las fuentes de datos y el procedimiento de recolección de datos.

El estudio en cuestión tiene un diseño no experimental, ya que no se manipulan las variables, tal y como lo señala, Sierra (2004), es la investigación donde no se hace variar intencionalmente las variables independientes, sólo se observan los fenómenos, para después analizarlos.

4.2 Población y Muestra

El universo o población de la presente investigación esta constituido por la totalidad de los informes quincenales elaborados por la coordinación del programa Naguasalud en el período de tiempo comprendido entre 2002 a 2006 y consignados en la Dirección de Desarrollo Social de la Alcaldía de Naguanagua. Así mismo la muestra, está representada por el total de dichos informes.

La población es el conjunto de todos los elementos que presentan una característica determinada o que corresponden a una misma definición y a quienes se le estudiarán sus características (Sierra, 2004).

Según, Orozco, Labrador y Palencia (2002), refieren que la población no siempre son seres humanos, pueden ser inclusive artículos producidos por máquinas; dichas autoras señalan que cuando el tamaño de la muestra es igual al de la población se denomina muestra censal, en este caso en particular la muestra estuvo conformada por la selección de todos y cada uno de los informes quincenales en un período de tiempo de 2002 hasta 2006, lo que la convierte en una muestra de tipo no probabilística opinática, ya que la selección de los elementos no dependerá de la probabilidad, es decir, no se usará técnica de azar alguna para su selección sino será el propio investigador según su opinión y los objetivos del estudio quien elige a los sujetos que conformarán la muestra.

4.3 Recolección, Procesamiento y Análisis de Datos

Sabino (1986), indica que un instrumento de recolección de datos es, en principio, cualquier recurso de que pueda valerse el investigador para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos información.

El procesamiento y análisis de los datos se realizó en el programa Excel de Microsoft Office a partir, de los informes quincenales de Naguasalud que se encuentran consignados en archivos de la Dirección de Desarrollo Social de la Alcaldía de Naguanagua.

Una vez recolectada la información, se organizó, tabuló y codificó con la finalidad de describir y explicar las tendencias reflejadas, a través de la estadística descriptiva.

4. 4 Metodología para la Formulación de la Propuesta

Para el diseño de un modelo alternativo de atención en salud al escolar del municipio Naguanagua del estado Carabobo, se realizó previamente la evaluación de la experiencia del programa de salud Naguasalud, ya implementado en este municipio, y se estudió la factibilidad económica, política y social, ahora bien cabe señalar cuáles elementos metodológicos van a ser utilizados para elaborar la propuesta y enriquecerla, se emplearán los fundamentos de la planificación estratégica, formulando la visón y misión de la unidad móvil médico odontológica la cuál llevará a cabo la ejecución del diseño alternativo, se hará el diagnóstico estratégico con sus fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, que permitirá analizar y comprender plenamente la organización, posteriormente, se elaborará detalladamente los objetivos, metas, las estrategias que permitirán su ejecución, señalar el recurso humano responsable de las actividades, determinar los recursos materiales, el tiempo de realización, y un aspecto muy importante, el cómo controlar y medir todo el proceso, a través de índices de gestión obtenidos a partir de cada meta y el seguimiento de este control a través del monitoreo.

CAPÍTULO 5

LA PROPUESTA

5.1 Fase Diagnóstica

Fase de evaluación del programa de salud escolar Naguasalud en el periodo 2002-2006, a través de la siguiente presentación de los datos obtenidos de los informes quincenales presentados por la coordinación del programa Naguasalud en el período de tiempo comprendido entre los años 2002 a 2006 y consignados en la Dirección de Desarrollo Social de la Alcaldía de Naguanagua.y el análisis de los mismos.

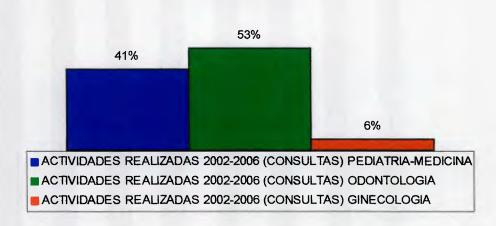
5.2 Presentación y Análisis de los Resultados

Se procedió a analizar los resultados obtenidos de los informes quincenales del modelo de salud escolar, en base a las frecuencias absolutas y relativas dispuestas en las siguientes tablas y gráficos estadísticos.

Tabla Nº 1

ACTIVIDADES REALIZADAS 2002-2006 (CONSULTAS)													
PEDIATRIA-MEDICINA	ODONTOLOGIA	GINECOLOGIA											
24.089	30.493	3.223											

Gráfico No. 1

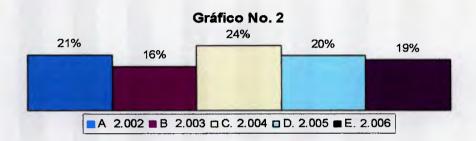


Análisis

Según lo que se observa en la tabla y gráfica anterior, las consultas realizadas por el programa Naguasalud durante el período en estudio fueron principalmente distribuidas en Odontológicas (53%) y Pediátricas – Medicina General (41%), con solo un 6% de actividades en las consultas de Ginecología, cabe destacar que las consultas ginecológicas están dirigidas a la prevención de cáncer de cuello uterino y mamas en maestras y madres de los escolares atendidos.

Tabla Nº 2

CASOS A	CASOS ATENDIDOS EN PEDIATRIA-MEDICINA 2002-2006 (CONSULTAS)													
A. 2.002	B. 2.003	C. 2.004	D. 2.005	E. 2.006	TOTAL									
4.938	3.954	5.802	4.888	4.507	24.089									



Análisis

En Pediatría-Medicina se puede observar, que en el 2004 fue el año donde se atendieron más casos en estas especialidades (24%), sin embargo, se demuestra que durante todo el período en estudio ha existido una estabilidad en consultas, es decir, la variación de casos atendidos en cuanto a cantidad ha sido mínima de un año a otro.

Tabla Nº 3

CASOS ATENDIDOS EN ODONTOLOGIA 2002-2006 (CONSULTAS)													
A. 2.002	B. 2.003	C. 2.004	D. 2.005	E. 2.006	TOTAL								
4.931	4.190	5.149	5.872	10.351	30.493								

Gráfico No. 3

34%

16%

17%

19%

A. 2.002

B. 2.003

C. 2.004

D. 2.005

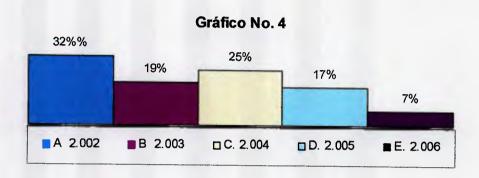
E. 2.006

Análisis

En la parte Odontológica, se puede ver claramente un crecimiento en la cantidad de casos atendidos, el cual se ve manifestado en un 34% para el año 2006, casi el doble de casos atendidos en los años 2004 y 2005.

Tabla Nº 4

CASO	CASOS ATENDIDOS EN GINECOLOGIA 2002-2006 (CONSULTAS)													
A. 2.002	B. 2.003	C. 2.004	D. 2.005	E. 2.006	TOTAL									
1.008	625	807	562	221	3.223									



Análisis

En el área de Ginecología, se puede observar un decrecimiento notable en la cantidad de casos atendidos, llegando en el 2006 apenas a un 7%.

Tabla Nº 5

Número de visitas realizada	ac a lac comunida	adec del municir	io Maguananua	Período 2002 2006

ALTOS DE ROSA INES	4
AMBULATORIO LAS QUINTAS	1
EL RINCON	4
ARTURO MICHELENA	9
U.E JOSE FELIX SOSA	13
AV. BOLIVAR	3
AV. VALMORE ROBRIGUEZ	1
BARRIO COLON	2
CAMPAMENTO INFANTIL	2
LAS ADJUNTAS	3
BARRIO COROMOTO	6
BARRIO GUERE	10
BARRIO OESTE II	8
BARRIO LA LUZ	9
VIVIENDA RURAL DE BARBULA	17
BARRIO OESTE I	6
BARRIO OESTE III	2
TARAPIO III	4
BARRIO UNION	8
BELLA VISTA	7
CANCHA GONZALEZ PLAZA	4
TEOTISTE DE GALLEGOS	9
BRISAS DE CARABOBO	2
BRISAS DE GONZALEZ PLAZA	7
CAMPO DON BOSCO	1
CASA DE REPOSO SAN ONOFRE	2
BRISAS DEL CAFÉ	1
C.A.I.P.A	1
ASILO SAN VICENTE DE PAUL	1
C.C DEL NORTE	1
C.C LA GRANJA	3
CAIPA	1
PSICOPEDAGÓGICO	1
FUNDAMENORES I	1
FUNDAMENORES II	1
COLINAS DE GONZALEZ PLAZA	6
CAPREMCO	6
LOS PROCERES	8
CASA DE LA CULTURA	3
U.E MARIBEL CABALLERO DE TIRADO	3
CASCO DE NAGUANAGUA	6
PLAZA BOLIVAR	11

CENTRO ALBERTO RAVELL DE FUNDAMENOR	1
COMPLEJO BICENTENARIO	1
COLIMAS DE GIRARIO.	7
LA CIDRA	17
COLINAS DE TARAFIO	5
TAZAJAL	8
EL NARANJAL I	1
EZEQUIEL ZAMORA	2
CAS	2
LAS PALMERAS	1
GUALAFAL.	5
JI VALLE VERDE	2
U.E NI WA COMONIO	1
U.EMAKA BRESTON NEL	6
JARDÍN DE INFANCIA VALLE VERDE	2
PROPERTY OF THE LIFE OF THE PARTY OF THE PAR	2
LA DEMOCRACIA	1
LA ENTRADA	10
NUEVA ESPARTA I	2
LAS QUINTAS	9
A OBENIZO FERMINIDEZ	15
LORENZO FERNANDEZ	6
LOS GUAYABITOS	3 2
LOS CERRITOS	1
EOS CERRITOS	3
LOS MANG II	9
S E OMDECU	2
LOS SAMANES	4
MALAGON	19
MARIANA FEBRES CORDERO	1
MERCADO PERIFERICO	7
MONTESION	2
N MADEA	2
NUEVA SPARTA II	1
NUEVA ESPARTA III	1
OPERALLY MEGAMERO L	1
PARQUE LOS GUAYABITOS	4
POLITICO MISABL DEL ADO	1
The Control of the Co	1
PRE-ESCOLAR TIERRA FERTIL	1
GONZALEZ PLAZA	1
REGISTRO CIVIL	1
FUNDANAĞUA	1
POLICE ATURE PAL	2

			4		2	2	2		7	9	3				8			2	2			4		4		2	9		3		9				8	6		9
REGISTRO M	RETEN DE MENORES ALBERTO RAVELL	RETEN DE MENORES PASTOR OROPEZA	SANTA ANA	SANTA EDUVIGIS	U.E ENRIQUE BARRIOS SÁNCHEZ	SEDE AMBULATORIO MIGUEL FRANCO	SEDE DE INAGER	SEDE DE U.E BOMBONA	SIMON BOLIVAR	TARAPIO	TARAPIOI	43	U.E. ABDÓN CALDERON	U.E. CRISPINA MERCADO	PRE-ESCOLAR TEOTISTE DE GALLEGOS	U.E. JARDÍN DE INFANCIA JOSE FELIX SOSA	U.E. JOSE FELIX SOSA	U.E. MANIA TERESA CORONEL.	U.E. MARIBEL CABAL TIRADO	U.E MONTALBAN	U.E ARMANI O REVERON	U.E ATANASIO GIRARDOT	U.E SANTA ANA	U.E BATALI,A DE BOMBONA	U.E NEGRA MAT	U.E. LISANDRO LECUNA	MERCADO MINICIBAT	E JESUS	U.E.C.ESAR SANCHEZ FONT	018	ANUELC	U.E COLINAS DE GIRARDOT	CASA HOGAR PADRE FEBRES CORDERO	U.E.LISANDRO LECUNA	U.E CRISPINA MERCADO	U.E NACIONAL BARBULA	U.E. BOLIVARIANA TRINCHERAS	U.E TEOTISTE DE GALLEGOS

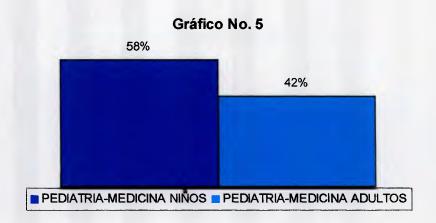
U.E FLOR TORREZ DE NUNEZ	3
U.E GUAYABAL	2
AMBULATORIO BRISAS DE CARABOBO	3
U.E J.F SOSA	1
U.E LA UNION	1
C.J PASTOR OROPEZA	1
U.E BATALLA DE BOMBONA	1
U.E J.I CODAMAC (INTI)	1
U E JESUS BERBIN LOPEZ	6
MERECURE	1
PRE-ESCOLAR CESAR SÁNCHEZ FONT	1
CONSCRITO MILITAR	1
HOSPITAL CARABOBO	1
COMUNIDAD SIMON BOLIVAR	1
U.E TEOTISTE DE GALLEGOS	1
U.E.PRE-ESCOLAR BARBULA II (BOMBONA)	2
GALPONES DE MALARIOLOGIA	1
U.E RAUL LEONI	5
.U.E SIMON BOLIVAR	1
BARRIO SIMON RODRÍGUEZ	1
CASA ABRIGO	2
PRE-SELECCIONADOS DE LA POLICIA MUNICIPAL	1
U.E PRE-ESCOLAR JOSE FELIX SOSA	1
U.E VENEZUELA	1
FUNDACIÓN CARABOBO	10
VALLE DE GONZALEZ PLAZA	2
VALLE DE LA ENTRADA	1
VALLE VERDE	3
VIVIENDA RURAL	2
COMPLEJO BICENTENARIO	1
TOTAL	571

Análisis

En la tabla anterior, se puede apreciar la gran cantidad de comunidades atendidas por Naguasalud, dando un total de 571 visitas de la unidad móvil médico-odontológica en el período estudiado. Entre estas comunidades, 49 son unidades educativas y preescolares, dando de esta forma una relevancia significativa a lo que es la atención al escolar.

Tabla Nº 6

NO. DE NINC	NO. DE NINOS Y ADULTOS ATENDIDOS 2002-2006 (CONSULTAS)											
PEDIATRIA	N-MEDICINA	ODONTOLOGIA										
NIÑOS	ADULTOS	NIÑOS	ADULTOS									
14.082	9.999	15.565	14.929									



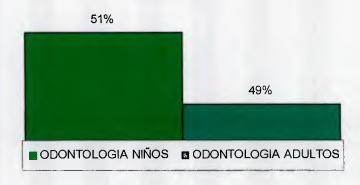
Análisis

En el Gráfico No. 5 se detalla que la cantidad de niños atendidos por NaguaSalud es mayor en las consultas de Pediatría-Medicina (58%) que la cantidad de adultos (42%). Dejando entrever, la importancia que tiene la atención a la salud de la población en edad escolar para este proyecto.

Tabla Nº 6

NO. DE NINC	NO. DE NINOS Y ADULTOS ATENDIDOS 2002-2006 (CONSULTAS)										
PEDIATRIA	A-MEDICINA	ODONTOLOGIA									
NIÑOS	ADULTOS	NIÑOS	ADULTOS								
14.082	9.999	15.565	14.929								

Gráfico No. 6



Análisis

En el Gráfico No. 6, se puede observar que el comportamiento visto en el gráfico anterior continúa en el área Odontológica (51% de niños atendidos vs. 49% de adultos).

Tabla Nº 7
Diagnósticos más comunes en pediatría y medicina. Período 2002-2006

Desnutrición	122
Escabiosis	285
Alergia	101
Amigdalitis*	445
Anemia	92
Anorexia-Deficit de peso	389
Dermatitis	557
Diarrea	160
Asma	196
Bronquitis	105
Sindrome gripal/viral	344
Caries	688
Cefalea	211
Conjuntivitis	118
Déficit Pondo-Estatural	620
Hipertensión arterial	227
Control peso- talla/Obesidad	155
Fimosis	278
Cura de herida	109
Faringitis -	122
Otros	419

Gráfico No. 7



Análisis

Se puede observar, según los datos obtenidos en los informes de NaguaSalud, que los diagnósticos más comunes en Pediatría-Medicina son Caries y Déficit Pondo-Estatural (11% C/U), sin embargo, detallando un poco más los datos obtenidos se puede entrever que los trastornos alimenticios también tienen una relevancia, si unimos la Anorexia (7%), el Control de peso y Obesidad (3%) y la Desnutrición (2%) encontramos un punto importante para desarrollar en un modelo de atención de salud, como lo es la nutrición, principalmente en los niños y adolescentes debido a que se encuentran en etapa de crecimiento y desarrollo.

Tabla Nº 8

Diagnósticos más comunes en odontología. Período 2002-2006

Adaptación	286		
Amalgamas	13.359		
Apertura de cámara y drenaje	34		
Cura	188		
Cura con eugenol	44		
Cura con formocresol	518		
Emergencia	37		
Exodoncias	4.079		
Fluor	2.803		
Historia Clinica	7.343		
Profilaxis	5.419		
Pulpectomia	245		
Resinas	4.131		
Conjuntivitis	3.153		
Otros	175		

Fuente: Informes quincenales del programa Naguasalud. Período 2002-2006

Gráfico No. 8 32% 16% 13% 10% 10% 8% 7% 0,08%,04%0,1% 1% 0,08% 1% 0,4% 1% ☐ Apertura de cármara y drenaje □ Cura Adaptación ■ Amalgamas ■ Exodoncias Emergencia Cura con eugenol Cura con formocresol Profilaxis ■ Pulpectomia Historia Clínica Fluor ■ Tartrectomias Otros ■ Resinas

Análisis

En odontología, se puede observar fácilmente que el diagnóstico o actividad más común es la colocación de amalgamas (32%), seguido por la revisión de la historia clínica (16%).

Tabla Nº 9

Diagnósticos más comunes en ginecología. Período 2002-2006

Diagnosticos mas comunes en ginecolog	ia. I el loud 2002-200	
Amenorrea	74	
Quiste mamario	55	
VPH	61	
Autoexamen de mamaS	49	
Candidiasis	138	
;Cervicitis	387	
Citología	1.876	
Condición fibroquística	47	
Control Ginecológico	860	
Dismenorrea	32	
Menopausia	171	
Embarazo	107	
Planificación familiar	116	
Evaluación de examenes de resultados	41	
Examen de mamas	87	
Fibromatosis	38	
Infección urinaria	44	
Infección vaginal	114	
Leucorrea	51	
Otros	375	

Fuente: Informes quincenales del programa Naguasalud. Período 2002-2006



Análisis

En Ginecología, las actividades o diagnósticos más comunes son las Citologías (40%) y el Control Ginecológico (18%).

5.3 Factibilidad de la Propuesta

Factibilidad económica

El modelo a diseñar puede ser incluido dentro de los planes y programas que desarrolla la alcaldía de Naguanagua del estado Carabobo, por lo tanto se cuenta con las partidas presupuestarias necesarias, ya que cuenta con parte del recurso humano, técnico y material necesario para llevar a cabo la propuesta, los recursos financieros fueron aprobados por el concejo municipal en la ordenanza de presupuesto del año 2007 e imputados al sector 13 partida nº 403.01.05.00 denominada, servicios médico odontológicos y otros servicios de sanidad prestados por el sector privado. Además, la alcaldía ha previsto incluir en el presupuesto del año 2008, el funcionamiento de la unidad médico-odontológica y la adquisición de los test de despistaje visual y el equipo portátil de audiometría.

Factibilidad social

Siendo los escolares un sector priorizado en la legislación y atendiendo a las políticas sociales del municipio Naguanagua, se considera de suma importancia la creación del modelo de salud escolar objeto de la presente investigación.

Factibilidad política

En los diferentes estudios de gestión que ha realizado la alcaldía de Naguanagua, el programa de salud escolar Naguasalud ha resultado ser el más reconocido, con el puntaje más elevado en la opinión de los ciudadanos que viven en el municipio.

5.4 Fase de Elaboración de la Propuesta

DISEÑO DE UN MODELO ALTERNO DE SALUD ESCOLAR PARA EL MUNICIPIO NAGUANAGUA DEL ESTADO CARABOBO, BASADO EN LA EXPERIENCIA DEL PROGRAMA NAGUASALUD

El programa Naguasalud, es un programa de la Dirección de Salud y Desarrollo de la alcaldía de Naguanagua dirigido a las escuelas públicas de educación básica del municipio Naguanagua, consta de dos planes, un plan escuela y un plan comunitario, el plan escuela se lleva a cabo en una unidad médico-odontológica móvil, en horario comprendido de 7:30 am y 1:30 pm, ésta posee consultorio odontológico, pediátrico y ginecológico y brinda atención en estas áreas, en este plan es donde encaja el modelo alterno de salud escolar. El plan comunitario proporciona los mismos servicios pero no en escuelas sino directamente en la comunidad los fines de semana.

MISIÓN

Garantizar la satisfacción de las necesidades de salud del municipio de Naguanagua presentando un programa de calidad, oportuno y eficiente, con un personal competitivo, generando y administrando los recursos de la comunidad bajo un criterio de desarrollo sustentable que permita el crecimiento del municipio, dirigido especialmente al escolar, las madres y los maestros, a través de planes operativos de salud en las áreas odontología, pediatría y ginecología.

VISIÓN

Lograr que la salud escolar en Naguanagua sea una muestra del excelente desarrollo de estrategias y acciones en salud que permitan la optimización de los sistemas, para elevar la calidad de vida de sus habitantes y de su entorno con la formación, una sociedad crítica, productiva, generadora del conocimiento, y que se incorpore al proceso de cambios permanente que nos imponen los nuevos tiempos.

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

DEBILIDADES

- 1. Necesidad de un sitio adecuado para la conexión eléctrica y de agua de la unidad móvil médicoodontológica
- 2. Poco espacio físico dentro de la unidad móvil

FORTALEZAS

- 1. Dotación de equipos e instrumental adecuado a las actividades
- 2. El que la unidad sea móvil y se traslade a donde se requiere
- 3. Un equipo de trabajo entrenado y motivado
- 4. Control de insumos y materiales tanto médicos como odontológicos
- 5. Elaboración de informes de actividades quincenales
- 6. Disponibilidad de presupuesto de ente municipal para ejecución de los programas

OPORTUNIDADES

- 1. Posibilidad de involucrar a la familia del escolar por la proximidad de la vivienda a la escuela
- 2. Población a ser atendida cautiva en la escuela
- 3. Diagnóstico precoz de enfermedades médico-odontológicas

AMENAZAS

- 1. Al ser un programa municipal que se realiza en escuelas estadales, depende de la autorización de las autoridades regionales
- 2. Inseguridad personal, en ocasiones la unidad móvil médico-odontológica debe conectarse fuera de las instalaciones escolares

UNIDAD OPERATIVA ODONTOLOGÍA

OBJETIVOS

1. Dar de alta al 80% de la matrícula escolar de educación básica en 20 escuelas en un período de 5 años

METAS

- 1.1 Realizar 4.000 consultas de saneamiento básico bucal, en la matrícula escolar de educación básica de las 20 escuelas en 40 semanas
- 1.2 Realizar 40 actividades de educación para la salud bucal dirigidas a los escolares, maestros, y padres una vez por semana (40 semanas)

ACTIVIDADES

1.1 Saneamiento básico:

Amalgamas

Sellantes

Resinas

Tartrectomías

Profilaxis

Topificación con fluoruros

Exodoncias

Pulpotomías

1.2 Educación para la salud:

Realización de charlas y talleres

Proyección de películas sobre técnicas de higiene oral

Elaboración de dípticos y trípticos con material informativo sobre prevención de enfermedades bucales

Informar los días de consulta y de educación para la salud

ESTRATEGIAS

- 1. Realizar 20 consultas de saneamiento diarias
- 2. Adiestramiento y enseñanza a través de modelos de las técnicas de cepillado, hilo dental y enjuague bucal
- 3. Construcción de una base de datos, para invitar masivamente a la comunidad

RECURSOS MATERIALES

Unidad odontológica
Unidad de rayos x
Lámpara de fotocurado
Material descartable (guantes, gorro, bata, tapaboca, paletas)
Instrumental y material odontológico
Televisor, películas, material informativo impreso
Modelos dentales

TIEMPO

40 semanas, el equivalente a un año escolar

ESTRATEGAS

Un odontólogo

Una asistente dental

INDICADORES DE GESTIÓN

- 1.1 Número de consultas realizadas x 100 / número de consultas planificadas =
- 1.2 Número de actividades de educación para la salud bucal realizadas x 100 / Número de actividades planificas =

MONITOREO

Se realizará el monitoreo de manera continua, es decir, cada vez que se realice la actividad y a las 40 semanas, esto se verá reflejada en los informes quincenales del modelo de salud escolar que maneja la unidad móvil médico odontológica de la alcaldía de Naguanagua.

UNIDAD OPERATIVA PEDIATRÍA

OBJETIVOS

1. Brindar atención pediátrica de niño sano al 100% de los escolares de educación básica de 20 escuelas seleccionadas en el municipio Naguanagua, en un período de un año escolar

METAS

- 1.1 Atender en consulta de niño sano al 100% de los escolares en 40 semanas
- 1.2 Realizar evaluación y control de peso-talla al 100% de los escolares en 40 semanas
- 1.3 Realizar test de despistaje visual en el 40% de los escolares en 40 semanas
- 1.4 Realizar audiometrías en el 40% de los escolares en 40 semanas
- 1.5 Mejorar las condiciones nutricionales del 100% de los escolares que así lo requieran en 40 semanas

ACTIVIDADES-ESTRATEGIAS

- 1. Solicitar autorizaciones de los padres por escrito la semana anterior a la fecha de la consulta
- 2. Realizar 250 consultas de niño sano semanales, que totalizan 10.000, con un promedio de 25 consultas de pediatría al día
- 3. Realizar test visual y audiometrías en un sistema integral, dando prioridad a primer grado, ya que es el niño que se atiende por primera vez, tercer grado y sexto grado por ser la ultima oportunidad de evaluarlo
- 4. Seguimiento de niños que presentan algún desorden nutricional a8obesidad, desnutrición, etc.)
- 5. Planificar una consulta familiar e incluir a estas familias en talleres informativos sobre nutrición
- 6. Contribuir al asesoramiento de los comedores escolares sobre alimentación balanceada

RECURSOS MATERIALES

Balanza con tallador Equipo de otorrinolaringología (ORL) Kit de despistaje visual Equipo portátil de audiometría Material descartable (guantes, gorro, bata, tapaboca, paletas) Televisor, películas, material informativo impreso

TIEMPO

40 semanas, el equivalente a un año escolar

ESTRATEGAS

Dos médicos pediatras

Una enfermera

Dos promotores de salud

INDICADORES DE GESTIÓN

- 1.1 Número de escolares atendidos en consulta x 100 / Número de escolares por atención =
- 1.2 Número de escolares evaluados peso-talla x 100 / Número de escolares por evaluar =
- 1.3 Número de escolares con test de despistaje visual x 100 / Número de escolares por evaluar =
- 1.4 Número de escolares con audiometrías x 100 / Número de escolares por evaluar =
- 1.5 Número de escolares en buenas condiciones nutricionales x 100 / Número de escolares que requieran mejorar las condiciones nutricionales =

MONITOREO

Se realizará el monitoreo de manera continua, es decir, cada vez que se realice la actividad y a las 40 semanas, esto se verá reflejada en los informes quincenales modelo de salud escolar que maneja la unidad móvil médico odontológica de la alcaldía de Naguanagua.

UNIDAD OPERATIVA GINECOLOGÍA

OBJETIVOS

1. Brindar atención preventiva en ginecología a las maestras y madres de los escolares de educación básica de las 20 escuelas seleccionadas en un año escolar

2. Asesorar al 100% de las escuelas que deban desarrollar programas académicos con contenido sobre educación sexual en un año escolar

METAS

- 1.1 Realizar 500 citologías ginecológicas en 40 semanas
- 1.2 Adiestrar 500 pacientes en el autoexamen de mamasen 40 semanas
- 1.3 Realizar 20 asesorías sobre educación sexual en 40 semanas

ACTIVIDADES

- 1. Toma de muestras citológicas
- 2. Adiestramiento de autoexamen de mamas
- 3. Reunirse con los maestros para asesorías sobre educación sexual
- 4. Diseño de material informativo

ESTRATEGIAS

- 1. Realizar cinco tomas de muestras citológicas
- 2. Realizar cinco adiestramientos de autoexamen de mamas
- 3. Realizar una asesoría semanal

RECURSOS MATERIALES

Laminillas

Fijador

Espéculos desechables

Baja lenguas

Sobres y etiquetas

Material impreso informativo

Material descartable (guantes, gorro, bata, tapaboca, paletas)

Televisor, películas

TIEMPO

40 semanas, el equivalente a un año escolar

ESTRATEGAS

Un médico ginecólogo

Una enfermera

INDICADORES DE GESTIÓN

- 1.2 Número de citologías efectuadas en 40 semanas
- 1.3 Número de pacientes adiestrados en autoexamen de mamas
- 1.4 Número de asesorías sobre educación sexual realizadas en 40 semanas

MONITOREO

Se realizará el monitoreo de manera continua, es decir, cada vez que se realice la actividad y a las 40 semanas, esto se verá reflejado en los informes quincenales del modelo de salud escolar que maneja la unidad móvil médico odontológica de la alcaldía de Naguanagua.

CAPITULO 6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

La situación de la infancia en el mundo, en el principio del siglo XXI, se halla condicionada por un denominador común de muchos de los males que aquejan a la población del planeta, la pobreza y el subdesarrollo. Los problemas económicos en los países en desarrollo se han incrementado, y esto ha dado lugar a una disminución en el ritmo de satisfacción de las necesidades de los niños y escolares. Erradicar la pobreza es el objetivo de las agencias, organismos e instituciones que trabajan por los derechos de la infancia y el escolar, y el primero de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Además, en el "Informe sobre la Salud en el Mundo en relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio" de la Organización Mundial de la Salud, se denuncia un progresivo deterioro de la salud infantil debido al aumento de las diferencias entre ricos y pobres. El desfase entre los países desarrollados y los menos adelantados ha aumentado en los últimos diez años, a pesar de los rápidos cambios sociales, económicos, tecnológicos, y culturales que se han extendido por todo el mundo en esta pasada década.

En el inicio de este siglo XXI no hay prioridad mayor que hacer frente al desafío que supone la pobreza, la ignorancia y la enfermedad. La edad escolar es el momento en el que se establecen las diferencias entre ricos y pobres. La espiral del subdesarrollo y del analfabetismo debe detenerse. Es la infancia la que sufre con más rigor estos problemas. Las transformaciones que se requieren para ello son muy profundas y deben hacerse coincidiendo con el comienzo de la vida misma. De aquí la importancia de la educación infantil, los maestros y los profesionales de la salud son, junto a los padres, y particularmente las madres, los grandes actores sociales de este cambio substancial.

La malnutrición es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil en el mundo, en el Sur y en el Norte, la malnutrición de la abundancia, es también uno de los más graves problemas socioeconómicos de los países desarrollados.

Por otro lado, el subdesarrollo, con la pobreza y la incultura, llevan irremediablemente a la enfermedad (muchas veces infecciosas) como expresa la OMS "la incultura y la miseria son los mayores obstáculos para la salud y el desarrollo de los pueblos" Pero es importante recordar que el

subdesarrollo comienza por las personas al "no sentir sus problemas". De aquí la importancia de la información, concienciación, promoción y educación para la salud y desarrollo, que logren interesar a las personas para participar activamente en la resolución de sus propios problemas, y no convertirse en receptores pasivos de medicamentos o cuidados sanitario – sociales.

La victoria contra las enfermedades pasa por la victoria contra el subdesarrollo. Entendemos por desarrollo un proceso tendiente a la promoción de la dignidad y del bienestar humano y a la eliminación total de la pobreza que constituye el mayor obstáculo para el progreso nacional e internacional.

Por otro lado, los objetivos previstos para esta investigación, se han logrado primeramente a través de la evaluación del programa de salud escolar Naguasalud, durante el período 2002-2006, el segundo objetivo cumplido al realizar la factibilidad económica, política y social de la propuesta, el tercer objetivo con la selección de la metodología con el fin último como es el de diseñar un modelo alternativo de atención en salud al escolar del municipio Naguanagua del estado Carabobo, haciendo evolucionar el modelo actual al enriquecerlo con la información obtenida.

A partir de los resultados derivados del análisis de los informes del período en estudio, se ha podido determinar la efectividad del programa escolar Naguasalud, así como también, los elementos que pueden nutrir este programa para ser presentado como alternativa exitosa en las políticas locales.

Naguasalud está en la capacidad de atender a todo un municipio ofreciendo un aporte asistencial a los escolares, a través de consultas pediátricas, odontológicas e incluyendo, según resultados obtenidos en los informes, un área de asistencia nutricional, tan importante en el desarrollo de los niños y adolescentes. Es importante atacar la desnutrición, la anorexia, la obesidad y todos aquellos trastornos nutricionales que pueden afectar al niño y al adolescente en su desarrollo físico y mental, trayendo graves consecuencias que pueden llegar incluso a la muerte.

Por otra parte, cabe señalar la gran cantidad de pacientes odontológicos atendidos, siendo la consulta más solicitada (53%), por lo que se sugiere darle una importancia primordial a esta unidad.

6.2 Recomendaciones

Después de realizada esta investigación, se recomienda:

- 1. Incluir la Asistencia Nutricional, despistaje visual y auditivo como base fundamental del modelo.
- 2. No eliminar ninguna de las actividades o consultas para el público.
- 3. Prestar principal importancia a las consultas odontológicas.
- 4. Realizar investigaciones posteriores a esta en las que se mida la eficiencia y cobertura de la inclusión de consultas nutricionales en el modelo.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, C., Navas, R., Rojas T. y Zambrano, O. (2003). Estrategias Educativas para impulsar la Salud Bucal en Preescolares. Universidad Del Zulia, Facultad de Odontología, Instituto de Investigaciones. En el marco del V Congreso Internacional de Investigaciones Odontológicas: Febrero, 2004.
- Balestrini, M. (2002). Como se elabora el proyecto de investigación. Caracas: Consultores Asociados.
- Bolívar, E. (2002). Manual de Planificación en Salud. Una visión Estratégica. Mayo, Valencia.
- Bratos, Calvo E. (2002). Educación para la Salud Bucodental. En Rioboo, R. (Comp.). Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria. (Capítulo 49. Tomo II). Madrid: Ediciones Avances Médico-Dentales S.L.
- Cammarano, F. y cols. (1999). Programas de la Fundación para la Integración de la Prevención Oral (FIPO). Proyecto Piloto. Estado Amazonas Municipio Guainia. Documento en línea. http://www.odontologia-nline.com/casos/part/AL/AL05/AL0503/al0503.html. [Consulta: 2005, Enero, 12].
- Díaz, M. y Jaramillo G. (1997). La promoción de la salud en el ámbito escolar, Colegio Celestino Mutis, Medellín, 1997-1998. IX Encuentro de Investigación, 1998. Asociación Colombiana de Facultades de Odontología. Colombia.
- Evans, J., Acuña, B., López, C. y Sandoval, J. (2001). **Programa Latinoamericano de Educación para la Salud Bucal "Sonríe Latinoamérica"** Comisión Latinoamericana de Prevención de Fola. Panamá: Enero. Documento en línea. http://www.folaoral.org/programas.htm. [Consulta: 2005, Enero,12].
- García Serven, J. (1993). Indicadores de gestión para establecimientos de atención médica. Guía práctica. Caracas: Disinlimed.
- Gonzáles Sanz A. (2002). **Métodos en Odontología Comunitaria: APS**. En Rioboo, R. (Comp.). Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria. (Capítulo 44. Tomo II). Madrid: Ediciones Avances Médico-Dentales S.L.
- Green W. y Anderson L. (1986). Community Health. Mosby, College Publishing. St. Luis USA.
- Herrera, M.; Medina, C. y Mauponé, G. (2005). Prevalence of dental caries en 6-12 year old schoolchildren in Leon, Nicaragua. Gaceta
- Hernández, S. (1998). Impacto de un programa progresivo de salud bucal en escolares. [Documento en línea]. Disponible: http://www.iztacalco.df.gob.mx/html/actividades/saludb/artículo.doc. Consulta: [2006, noviembre, 18]

- Instituto Nacional de Estadística. (2002). Anuario Estadístico de Venezuela. División de publicaciones y arte gráfico.
- Kelly, J. (1999). Debilidades de la Administración Pública debates, IESA. Gobernar venezuela. Volumen 4 Nº 1. Caracas Venezuela.
- Limonta, E. y Araujo T. (2000). Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de tercer grado, 1998. MEDISAN; 4(3):9-15. Cuba.
- Malagón-Londoño y Galán M. (2002). La Salud Pública. Situación actual. Editorial Médica Panamericana propuestas y recomendaciones. Colombia: Editorial Médica Panamericana.
- Martínez, B. (1996). Apartado por Pana U., M, L a crisis del modelo de la Administración Nacional y Municipal venezolana. Documento en línea. mparra45@cantv.net.Venezuela. [Consulta: 2005, Enero, 12].
- Mendoza, P. y Robles L. (2000). Planeamiento estratégico en gerencia aplicado a servicios de salud. Facultad de Medicina de San Fernando UNMSM. Lima, Perú, Mayo.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2003). Misión Barrio Adentro... 14 de Diciembre 2003. Caracas, Venezuela. Documento en línea http.www.barrioadentro.gov.ve [Consulta 2004, Octubre, 14].
 - (2001). Modelo de Atención Integral. Conceptualización, normas y procedimientos. Septiembre. Caracas. Venezuela
- Moreno, A.; Carreón, J. y Alvear, G. (2001). Riesgo de caries en escolares de escuelas oficiales de la ciudad de México. Revista mejicana de pediatría. Vol. 68. Nº 6, Nov-Dic. 2001, p.228-233.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2007). Componentes educativos de los programas para la promoción de la salud escolar. Programa de Publicaciones 525 Washington, DC 20037, EUA.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1998). Promoción de la Salud. Glosario. Ginebra.
 - (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional sobre Promoción de la salud. Asociación Canadiense de Salud Pública. Notario, Canadá: Noviembre.
- Orozco, C. Labrador, M. y Palencia, A. (2002). **Metodología**. Manual teórico práctico de metodología para tesistas, asesores, tutores y jurados de trabajos de investigación y ascenso. Venezuela.: Ofimax de Venezuela.
- Piñango, R. (1998). Tres ejes para la Política Social. Debates IESA. Gobernar en Venezuela. Volumen 4 Nº 1. Caracas Venezuela.
- Pérez, L. (1997). Guía Práctica Auto Instruccional para la Elaboración de Proyectos de Investigación. Maracaibo: Impresos Gráfica Moderna, C.A.
- Podestá, M. (2001) Políticas De Salud Bucal Aplican Programas Ajenos A Nuestra Realidad. Programa Clínicas al bebe de Odontopediatría del Hospital de la Fuerza Aérea. Perú.

- Documento en línea. http://www.gestion.com.pe/GM/archivo/edicion/lodon.htm. [Consulta : 2005, Enero, 12].
- Prieto, F.; Anaya, C.; Olivares, M.; Díaz, X.; Estevez, M.; Cornejo, L.; Gallegos, S.; Bolivar, J.; Norman, V.; Pinto L.; Arreño, M J.; Mondaca, M.; Martínez, L. y Montenegro A. (1998).

 Protección general y específica de la Salud Oral, en los escolares de la Comuna de Viña del Mar.

 Chile. [Documento en Línea]. Disponible: www.sdpt.net/modulo%20simon%20bolivar.htm [Consulta: 2004, Enero, 20]
- Quintin (1996). Apartado por Pana U., M, L a crisis del modelo de Función Pública en la Administración Nacional y Municipal. Venezolana.

 mparra45@cantv.net.Venezuela. [Consulta: 2005, Enero, 12].
- Restrepo, C. (1998). Impacto de un Programa de Promoción y Prevención en Salud Oral, aplicado a escolares, en Angeópolis. IX Encuentro de Investigación, 1998. Asociación Colombiana de Facultades de Odontología. Colombia.
- Rioboo, R. (2002) Epidemiología; Bases Conceptuales, Métodos y Aplicaciones en Odontología. En Rioboo, R. (Comp.). Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria. (Capítulo 27 Tomo II). Madrid: Ediciones Avances Médico-Dentales S.L
- Ruiz, M.; Reyes J. y Bayona R. (2001). Proyecto "El Club de la Sonrisa Feliz". Colombia. Documento en línea:

 http://www.fepafem.org.ve/investigaciones/ano2002/sonriza_feliz.htm. [Consulta: 2005, Enero,12].
- Sabino, C. (1986). El Proceso de Investigación. Caracas: Editorial Panapo.
- Shapiro, J. (s/f). Herramienta de planificación estratégica. www.iespana.es/traduc
- Sierra, C. (2004). Estrategias para la elaboración de un proyecto de investigación. Insertos Médicos de Venezuela. C.A. Venezuela.
- Stoner, J. (1989). Administración... México: Editorial Prentice-Hall. Hispanoamericana S.A.
- Universidad Pedagógica Experimental Libertador (1998). Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales.
- Vargas, J. (1997) Algunos planteamientos sobre Gestión Pública local del Desarrollo Regional. Centro Universitario del Sur. Jalisco México.



INFORME GENERAL

Dirección de Desarrollo Social Atención: Dr. José Antonio Jiménez.

Para su consideración y fines consiguientes anexo a la presente el informe de las actividades realizadas en la unidad móvil Naguasalud en el período comprendido entre el 17 y 23 de Noviembre del año en curso en LA U.E ENRIQUE BARRIOS SANCHEZ Y LA COMUNIDAD DE EL NARANJAL I DEL MUNICIPIO NAGUANAGUA.

Sin más a que hacer referencia, quedo de Ud.,

Atentamente,
Por: SOEMCA

Juan Carlos Giusti Director General

C/C Dr. Jorge Cure. Jefe de Salud. C/C Director de Administración.

C/C Contraloría

INFORME GENERAL Nº 123

Periodo del 17 al 23 de Noviembre del año 2.003

COMUNIDAD

U.E ENRIQUE BARRIOS SANCHEZ

EL NARANJAL I

NOVIEMBRE 2.003

128

ACTIVIDADES REALIZADAS

Nº DE PACIENTES ATENDIDOS

Consultas Pediatría-Medicina

Período: 17 al 21 de Noviembre del 2.003

Lugar: U.E ENRIQUE BARRIOS SANCHEZ.

HALLAZGOS ENCONTRADOS (Diagnóstico)		
Sanos	61	
Síndrome viral	10	
Déficit Pondo-estatural	10	
Parasitosis	10	
Sobrepeso	5	
Dermatitis	4	
Hiperactividad bronquial	4	
Talla baja	3	
Síndrome bronquial	3	
Cefalea	3	
Verruga vulgares	2	
Amigdalitis	2	
Neuropatía	2	
Micosis	2	
Caries dental	2	
Faringitis	1	
Hipertensión portal	1	
Sindrome dismórfico	1	
Luxación de mandíbula	1	
Cura de herida	1	

Fimosis		1
Otitis		1
Cuerpo extraño en oído		1
Gastritis		1
Escabiosis		
	1	
Astigmatismo		1

ACTIVIDADES REALIZADAS

Nº DE PACIENTES ATENDIDOS

Ajuste de oclusión

Consultas Odontología

Período: 17 al 21 de Noviembre de 2.003

Lugar: U.E ENRIQUE BARRIOS SANCHEZ.

TRATAMIENTOS REALIZADOS	
Amalgamas	101
Historia Clínica	90
Exodoncias	30
Profilaxis	21
Resinas	11
Tartrectomías	5
Cura con formocresol	5

ACTIVIDADES REALIZADAS

125

1

Consultas Ginecología

Período: 20 de Noviembre de 2.003

Lugar: U.E ENRIQUE BARRIOS SANCHEZ.

Nº DE PACIENTES ATENDIDOS 5

Hallazgos Encontrados (diagnóstico)

Citologías	2
Ginecológico normal	
	2
Embarazo	1
Infección urinaria	1
Candidiasis	1
ACTIVIDADES REALIZADA	S
Consultas Pediatría	-Medicina
Período : 22 y 23 de Noviem	bre del 2.003
Lugar: EL NARANJAL I.	
Nº DE PACIENTES ATENDIDOS	27
HALLAZGOS ENCONTRADOS (Diagr	nóstico)
Niño sano	9
Hiperactividad bronquial	4
Dermatitis	3
Rinofaringitis	2
Conjuntivitis	1
Otitis	1
Pié plano	1
Traumatismo	1
Sinusitis	1
Secreción en ojo	1
Síndrome viral	1

ACTIVIDADES REALIZADAS

Vulvovaginitis

Caries dental

Consultas Odontología

1

1



Período: 22 y 23 de Noviembre de 2.003

Lugar: EL NARANJAL I.

Resinas

Fluoruros

Nº DE PACIENTES ATENDIDOS	46
TRATAMIENTOS REALIZADOS	
Amalgamas	31
Profilaxis	8
Tartrectomías	6

Cura con formocresol 3

Exodoncias 2

2

ACTIVIDADES REALIZADAS

4

1

Consultas Ginecología

Período: 22 y 23 Noviembre de 2.003

Lugar: EL NARANJAL I.

Retraso menstrual

Nº DE PACIENTES ATENDIDOS 15 Hallazgos Encontrados (diagnóstico) Citologías 6 Ginecológico normal 3 Cervicitis 3 Evaluación de mamas 2 Infección vaginal 1 Condición fibroquística 1 Mastalgia 1 Menopausia 1 Laberintitos 1 Embarazo 1 Fibromatosis 1

RESUMEN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS

PACIENTES ATENDIDOS	Período Actual	Acumulado 2.003	Período 2.001-02	Total Acumulado
PEDIATRIA-MEDICINA	155	4.391	9.445	13.836
ODONTOLOGIA	171	4.555	9.063	13.618
GINECOLOGIA	20	777	2.012	2.789
TOTAL PACIENTES	346	9.723	20.520	30.243

SE ENTREGARON 41 DESPARASITANTES A LOS NIÑOS DE LA U.E ENRIQUE BARRIOS SANCHEZ.

DURANTE EL FIN DE SEMANA EN LA CONSULTA DE ODONTOLOGÍA SE ATENDIERON UN TOTAL DE 46 PACIENTES, SIENDO 36 ADULTOS Y 10 NIÑOS.