

Revista de la Facultad de Medicina

Volumen 48
Volume

Número 6
Number

Noviembre-Diciembre 2005
November-December

Artículo:

Modelo Universitario de Salud Integral,
en la Universidad Nacional Autónoma
de México

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Facultad de Medicina, UNAM

Otras secciones de
este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



edigraphic.com

Artículo original

Modelo Universitario de Salud Integral, en la Universidad Nacional Autónoma de México

Joaquín J López-Bárcena,¹ Marcela G González de Cossío Ortiz²

¹ Secretario General en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

² Subdirectora de Investigación y Desarrollo Humano en la Dirección General de Servicios Médicos de la UNAM.

Resumen

Considerando la población estudiantil, se diseñó un nuevo modelo de atención integral a la salud para universidades a partir de un diagnóstico situacional de vulnerabilidad basado en factores de riesgo y protectores. Se integró con dos ejes fundamentales, la planeación estratégica y la rendición de cuentas y con cuatro áreas sustantivas: educación para la salud, prevención, atención al daño y al entorno. Fue operado como un Programa holístico y cinco líneas estratégicas de acción: atención médica integrada, intervención colectiva efectiva, desarrollo de recursos humanos, investigación y comunicación, la gestión y el desarrollo internos. **Resultados:** En tres años de trabajo se reorientó el plan de trabajo institucional, se modificó la estructura y se generó oferta de servicios dirigidos al fomento del autocuidado de la salud de los jóvenes. Se identificaron 12 marcadores de alta vulnerabilidad en 25% de los alumnos, lo que significa que la gran mayoría cuenta con factores protectores que deben ser fortalecidos.

Palabras clave: Atención integral de estudiantes, desarrollo humano, salud escolar, vulnerabilidad estudiantil, salud adolescente y adulto joven.

Summary

Considering the student population as a source of countries' social capital, a new model of integral health attention for universities was designed on the basis of a situational diagnosis of vulnerability through the identification of risk and protective factors. The model was integrated with two fundamental axes: strategic planning and account rendering, and with four substantive areas: health education, prevention, attention to damage, and attention to environment. It was operated with a holistic program and five strategic lines of action: integrated medical attention, effective collective intervention, human resources development, communication and research, internal management and development. **Results:** In three years the institutional work plan was reoriented, the structure mod-

ified, and an offer of services was generated aimed at promoting the students' health self care. Twelve markers of high vulnerability were identified in 25% of students, which means that the great majority depend on protective factors which must be strengthened.

Key words: *Students, human development.*

Introducción

“La salud es el cimiento sobre el cual se edifica el progreso”

Marc Lalonde,
Ministro de Salud de Canadá, 1974.¹

La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) ha sido pionera en nuestro país y en América Latina de proyectos educativos, de investigación y de servicios para resolver las necesidades de la población a través de la formación de profesionales de excelencia. Para contribuir en este proceso, desde hace 60 años, ha proporcionado servicios de salud para su comunidad estudiantil² a través de la Dirección General de Servicios Médicos (DGSM), la cual, en el año 2000, generó un proyecto fundado en la atención diferenciada a la salud del adolescente (10 a 19 años) y adulto joven (20 a 24 años), grupos etáreos en los que se encuentran la mayoría de los estudiantes universitarios.³

Esta modalidad de atención, tiene como finalidad coadyuvar en el fortalecimiento del capital social que representa nuestra universidad, contribuyendo así, en la evolución de las reformas sectoriales en educación y salud. La perspectiva está orientada a alcanzar el desarrollo humano, concebido éste como los derechos indispensables para el bienestar de todos: libertad, economía, ambiente y por supuesto la educación y la salud, conjunto que depende de programas administrados con transparencia, de calidad, costo-efectivos y enfocados a los aspectos de mayor relevancia.⁴

En este tenor, el Modelo Universitario de Salud Integral, responde a las necesidades de fortalecer la atención a la ju-

ventud, ya que ésta, ocupa actualmente un lugar preponderante en la agenda mundial por razones demográficas, económicas y de salud.

En cuanto a lo demográfico,⁵ de los casi 2 mil millones de adolescentes y jóvenes en el mundo, aproximadamente 160 millones viven en América Latina. Ellos, constituyen el 30% de la población de la región, 80% radican en el medio urbano, la distribución por género es similar y aunque casi 50% estudian hasta el 9º grado, sólo uno de cada 10, llega a la Universidad y pocos terminan los estudios superiores.

Desde el punto de vista económico, es importante destacar el alto valor que tiene este grupo etáreo en la producción y consumo de bienes y servicios de los países, pues en los próximos años conformarán el grupo poblacional más numeroso y la mayor fuerza laboral o “bono demográfico”.⁶

En salud, en América Latina el peso de la enfermedad evidencia que el 30% de los jóvenes que mueren en la región y hasta el 60% en nuestro país, se debe a lesiones causadas por accidentes o autoinflictidas,⁷ mientras que el 70% de las muertes prematuras en adultos, se deben a comportamientos nocivos que se adquieren en la adolescencia y definen estilos de vida no saludables que tienen como consecuencia enfermedades crónicas y degenerativas.⁸

En ambos grupos, estas muertes anticipadas, ocasionan una pérdida considerable de “años de calidad de vida” (AVAD), medida utilizada para cuantificar la carga de la enfermedad que capta el impacto de la muerte prematura en años y el tiempo que vive una persona con discapacidad. Un AVAD representa un año de vida sana perdido. (Organización Mundial de la Salud, informe técnico 886, 1999), lo que representa un alto costo económico para las familias y los países, que se incrementa cuando se trata de profesionales en formación o egresados de las instituciones de educación superior.

A casi 30 años de los planteamientos de Marc Lalonde en torno a la importancia de la salud en el desarrollo de los países y de la influencia de los estilos de vida en la prevención, aún no hemos logrado una cultura de autocuidado y el aprendizaje de conductas saludables no se considera como parte esencial de la formación educativa. En este contexto, y con base en las recomendaciones de los diversos organismos internacionales^{9,10} es imperativa para la UNAM, la importancia de atender la salud de los estudiantes de manera integral, a través de programas enfocados al desarrollo humano de los alumnos.

Antecedentes

Los programas de salud escolar en su mayoría se han centrado en el conocimiento de enfermedades o complicaciones particulares; en algunos casos se han realizado intervenciones colectivas con el apoyo del personal de salud sobre vacunación, medición de peso y talla y en ocasiones, la revisión

clínica de alumnos. Estas últimas, en general han sido insuficientes, de cobertura restringida, alto costo, bajo impacto y salvo excepciones, sólo abarcan alumnos hasta la secundaria, dejando sin atención el nivel medio superior (bachillerato) o superior (licenciatura).

En algunas universidades de nuestro país, se han realizado esfuerzos importantes por atender problemas de los estudiantes relacionados con las adicciones, sin embargo los resultados no han reflejado el impacto deseado. Entre las posibles causas está la falta de inversión de las universidades en recursos humanos y financieros en estos programas, así como en la falta de credibilidad de los jóvenes en otras instituciones sociales, así como en los adultos que las conducen, ya que la mayoría sólo confían en los médicos y profesores.¹¹ La débil penetración de los programas también está condicionada por la falta de participación de los estudiantes, por acciones aplicadas a problemas aislados adicciones, sexualidad y violencia, entre otros, poca o nula coordinación interna (autoridades, profesores) y externa (sector salud, otras universidades, organizaciones no gubernamentales) y por la ausencia de una política de salud escolar universitaria que, además de la inversión en los servicios, incorpore en el currículo estos contenidos, particularmente en el bachillerato.

Metodología: estructuración del modelo

La configuración del modelo se basó en un proceso de reorientación organizacional que inició con una etapa de sensibilización a través de información y capacitación del nuevo enfoque; análisis estratégico por el grupo directivo y personal de confianza y en grupos de trabajo para consenso de prioridades. En el análisis se consideraron, la estructura y organización de la DGSM, las características de la población objetivo, la utilización y productividad de los servicios médicos; su posicionamiento interno y externo y la revisión de la orientación y resultados del examen médico automatizado (EMA). Se realizó el planteamiento del modelo nuevo con sus líneas de acción y, para la implantación, se iniciaron los proyectos que constituyen componentes estructurales que dan soporte al modelo: el diagnóstico institucional y la coordinación, tanto interna (institucional) como externa (interinstitucional).

Del análisis estratégico, se identificó como fortaleza, la infraestructura de la DGSM que cuenta con consultorios en los 22 planteles universitarios del área metropolitana y un médico general por cada 1,500 a 2,000 estudiantes así como un Centro Médico en la Ciudad Universitaria con servicios de medicina general, 8 especialidades, urgencias médicas y servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento así como departamentos de odontología, psicología, trabajo social, orientación en salud y atención prehospitalaria. Tanto en la atención programada como de urgencia, existe un sistema de

referencia con el sector salud, principalmente con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

En cuanto a las debilidades, se ratificó que el funcionamiento era por demanda, en general con citas programadas y los motivos de consulta más frecuentes en un estudio de dos años, fueron las constancias de salud (48%) mientras que los padecimientos de mayor prevalencia fueron: lesiones leves (14%), infecciones de vías respiratorias o aparato digestivo (9%) y problemas de agudeza visual, de la piel, principalmente acné y odontológicos.¹² Se concluyó que la plataforma de la DGSM trabajaba con un esquema tradicional (figura 1), con énfasis en la consulta a enfermos y dando menor atención a las acciones de educación, promoción, diagnóstico de riesgos comunitarios e individuales y por ende, a la prevención del daño. Aunado a lo anterior, la evaluación, coordinación y la investigación eran muy reducidas, situación similar a lo ocurrido en otros centros escolares.¹³ Respecto al personal, si bien la mayoría tiene gran identidad institucional y ha desarrollado habilidades específicas para el trato hacia los estudiantes, su capacitación continua ha sido desigual y sin enfoque a la atención integral y diferenciada de adolescentes y adultos jóvenes y la investigación era prácticamente inexistente. Las áreas de atención al daño y las preventivas no tenían vinculación y la coordinación con otras dependencias universitarias y con otras instituciones, se basaba más en tareas aisladas o emergentes que en programas institucionales o proyectos conjuntos.

La población objetivo. La UNAM tiene una matrícula promedio de 260 mil alumnos, 39% en bachillerato, 53% en licenciatura y 8% en posgrado y carreras técnicas, la proporción entre hombres y mujeres es casi la misma con un leve predominio de ellas; 38% de los alumnos realizan sus estudios en 13 planteles que se ubican en Ciudad Universitaria y el 62% en 23 planteles distribuidos en diversos puntos de la zona metropolitana de la Ciudad de México y zona conurbada del Estado de México.¹⁴

El modelo integral (figura 2): Con base en lo anterior, se estructuraron la misión, áreas sustantivas, ejes estratégicos, las líneas de acción para la operación y los proyectos de soporte estructural

Misión: Que la DGSM se constituya como paradigma nacional a través de la vinculación de acciones en salud y educación para coadyuvar en el desarrollo humano de los estudiantes universitarios con el propósito de lograr una cultura de autocuidado en los estudiantes y un compromiso de inversión en salud por las autoridades de cada unidad académica.

Áreas sustantivas:

1) **La educación para la salud:** tiene como fin de lograr que los alumnos reaccionen a través del aprendizaje de competencias psicosociales que conjuntan “Habilidades para la vida”, programación neurolingüística e inteligencia emocional. Abarca la capacitación de profesores, el nivel cu-

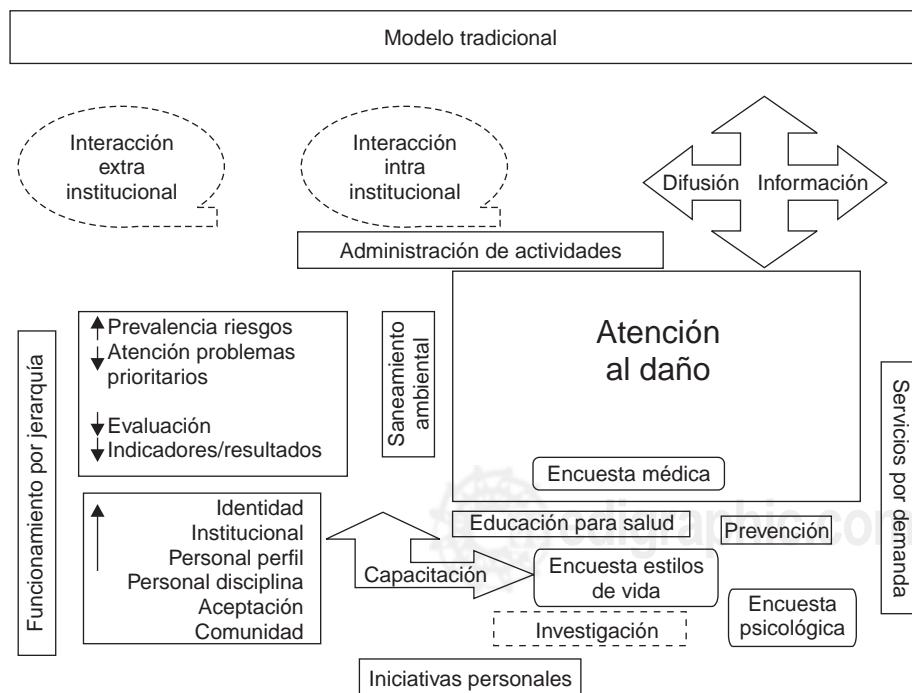


Figura 1. Modelo tradicional.

- rricular en el bachillerato y el institucional en la conformación de una cultura de autocuidado.¹⁵
- 2) **La prevención:** se incorpora la modalidad de “Primordial” entendida como soporte y promoción de factores protectores del desarrollo humano, cuyas acciones incluyen la consulta preventiva y el registro de los riesgos, la orientación en salud y propicia la efectividad de las intervenciones colectivas;
 - 3) **La atención al entorno:** reforzando el cuidado al ambiente y la vigilancia sanitaria del agua y de los alimentos. Se incorporan los procesos de certificación a los expendedores, la capacitación a los manejadores de alimentos y se promueve la participación de autoridades y profesores en proyectos que apoyen el desarrollo de sus alumnos, sus familias y su entorno comunitario; se propone el Programa de Apoyo al Desarrollo Familiar a través de seminarios con expertos que proporcionen asesoría sobre los problemas más relevantes en cada ciclo de evolución de la familia.
 - 4) **La atención al daño:** enfatiza la mejora continua de la calidad a través de la remodelación de las áreas físicas y renovación del equipamiento médico así como la capacitación del personal de salud. Atiende el daño en sus diferentes momentos de emergencia: urgencias médicas, atención prehospitalaria, soporte en crisis y consulta programada: atención curativa y atención a los factores de riesgos haciendo de toda consulta una intervención preventiva. Se establecen criterios para la referencia de alumnos al sector salud dando seguimiento a la evolución de los mismos.

Administración. A través de dos ejes fundamentales: la planeación estratégica y la rendición de cuentas, con el fin de realizar proyectos basados en el “Marco lógico”, lo que permite conducir los recursos de manera transparente, realizar acciones que generen productos superiores a su costo y promover la inversión en salud de parte de las autoridades de los planteles en congruencia con la misión y la perspectiva de la DGSM.

Funcionamiento. A través de un “Programa holístico” con 5 líneas de acción:

1. *Atención médica integrada:* ofrece servicios preventivos independientemente del motivo de la consulta e invita a los que, a través del examen médico automatizado han manifestado sus problemas y que se identificaron como alta vulnerabilidad; utiliza el aprendizaje de competencias psicosociales para favorecer los estilos de vida saludables en los alumnos y el apoyo o asesoría en aspectos educativos o de manejo del entorno social, escolar, comunitario y familiar.
2. *Intervención colectiva efectiva:* consiste en la promoción, conducción y colaboración en programas de promoción y educación para la salud tanto curriculares como extracurriculares coordinando acciones con instancias intra y extrauniversitarias, contemplando espacios para la participación de profesores, alumnos y familiares. Incluye el Programa “Universitario vacunado” con el fin de que todos los estudiantes cuenten con esquemas de inmunización completos para protección de sarampión, rubéola, tétanos y hepatitis B.

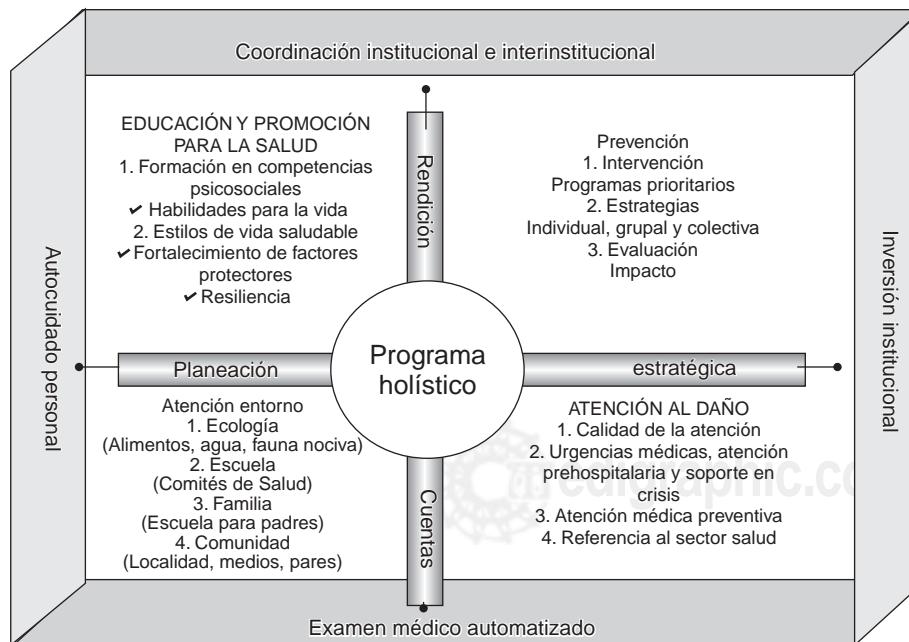


Figura 2. Modelo universitario de salud integral: UNAM.

3. Desarrollo de recursos humanos: para la capacitación de autoridades, profesores, padres de familia y grupos de alumnos en servicio social que realicen acciones y proyectos ejerciendo liderazgo en la atención individual de sus compañeros de alta vulnerabilidad y en la propuesta y realización de intervenciones colectivas tanto a nivel institucional como local;
4. *Investigación y comunicación*: que presentan la plataforma para el desarrollo de aportaciones al conocimiento en este grupo poblacional y la realización, coordinación, participación y difusión de programas, trabajos y servicios.
5. *La gestión y el desarrollo internos*: para garantizar la calidad de las tareas institucionales de carácter normativo que son atribución de la DGSM.

Componentes estructurales. El diagnóstico

En el conocimiento del perfil de los estudiantes de cada generación, un programa importante ha sido el diagnóstico de los alumnos de ingreso que se realiza de manera automatizada desde 1978, pero que también tuvo una orientación hacia la identificación de patologías individuales; los instrumentos utilizados tuvieron variación constante, la logística era de alto costo y tiempo y no se estableció un sistema de comunicación y utilización institucional de los resultados. Por lo anterior, este examen se reorientó para constituirse en la fuente primordial de información institucional en materia de salud, basada en el análisis colectivo de la situación de salud, como un proceso dinámico expresado en los grupos sociales y que implica una respuesta integrada no sólo por las instancias del sector educativo, sino por el nivel de coordinación ya sea institucional o interinstitucional (ASIS), en cada uno de los 36 planteles universitarios y en el diagnóstico de vulnerabilidad individual,¹⁶ esto es, la relación integral de daños, riesgo y factores de protección de los estudiantes universitarios.¹⁷

A partir de 2001, se integró el EMA, con el fin de identificar las necesidades y prioridades de salud, definir las intervenciones apropiadas y evaluar su impacto en cada generación de alumnos. El EMA se estructuró con tres cédulas que incluyen 223 preguntas que desagregan factores de riesgo conforme a la epidemiología moderna a partir de los condicionantes psicológicos, sociales (de estilos de vida y del entorno) y biológicos (clínicos y epidemiológicos) y que incluye la identificación de los factores de protección, daños, aspectos epidemiológicos y de participación social.

Para el análisis se definieron tres vertientes: prevalencia de factores de riesgo, prevalencia de factores de protección e identificación de alta vulnerabilidad. Para la identificación de los alumnos que pudieran ser más susceptibles de daño por deterioro en su rendimiento escolar o proyecto de vida, se definieron 12 ítems, denominados marcadores de “Alta vulnerabilidad” y que evidencian: falta de autocontrol (con-

sumo alto de alcohol o tabaco y uso de drogas ilícitas); efectos adversos del entorno (violencia sexual); consecuencias de prácticas de riesgo no seguras (embarazo no planeado e infección de transmisión sexual); efectos de estilos de vida no saludables (obesidad, desnutrición grave) o trastornos de salud mental (bulimia/anorexia, ideación suicida). También se consideraron aquellos que por tener sobrepeso y antecedentes familiares directos de hipertensión arterial o diabetes mellitus, estén más predispuestos a desarrollar algún síndrome metabólico en la vida adulta. Los resultados se presentan en 4 tipos de reportes: a) *reportes escolares* para uso de las autoridades de cada plantel en la estructuración de programas de promoción y educación para la salud; b) *reportes individuales* para uso de los médicos en la consulta integrada; c) *reporte ecológico* para mostrar al público en general, los resultados desagregados por nivel escolar y género y d) *reportes específicos* para el desarrollo de proyectos de investigación.

Componentes estructurales: Coordinación

Institucional: se constituyó formalmente la Coordinación Universitaria de Programas y Servicios de Salud,¹⁸ se realizó el diagnóstico de las acciones en la materia y se iniciaron actividades de apoyo a los programas de cada dependencia; Interinstitucional: la DGSM coordinó el grupo para generar la propuesta sobre “Bienestar integral del adolescente con enfoque holístico” para el Programa Nacional de Adolescencia a cargo de la Secretaría de Salud, se inició la coordinación de la Red Nacional de Universidades para la Prevención de las Adicciones (REUNA) con la que se realizó la Primera Reunión Nacional con 71 universidades y el Primer Congreso con más de 50 instituciones de educación superior públicas y privadas.

Resultados

Con el nuevo modelo, en el lapso de tres años, se reorientó el plan de trabajo, se modificó la estructura y se generó una oferta de servicios basados en la incorporación de la comunidad universitaria en un programa institucional para el autocuidado de la salud, como eje del “proyecto de vida” de los alumnos.

Se empezó a generar oferta de servicios preventivos definidos, dirigidos hacia programas prioritarios, con proyectos en cada uno y que se guían por ejes conductores comunes que los articulan entre sí, principalmente los relacionados con el diagnóstico y la capacitación en competencias psicosociales, con el fin de proporcionar en todos los casos atención integrada y no sobre un problema en particular.

Esta integralidad en las intervenciones, funciona con base en criterios que privilegian la conservación de la salud, pro-

porcionan atención anticipada de los riesgos, utilizan los factores de protección, incorporan en sus actividades, al entorno escolar, familiar y comunitario y se enfocan al desarrollo humano del alumno.

En cuanto al diagnóstico institucional, el EMA se aplicó a 53,807 alumnos de nuevo ingreso en el ciclo escolar 2001-2002, de los cuales 37,385 cumplieron con los requisitos de llenado correcto. De éstos, sólo 2.1% reportaron padecer enfermedades como hipertensión arterial, diabetes mellitus, epilepsia y otros padecimientos crónicos, lo que refuerza el dato acerca de que la mayoría de los jóvenes son sanos.

Sin embargo, la identificación de "Alta vulnerabilidad" con los 12 marcadores del EMA, muestra que más de la cuarta parte de los alumnos son fuertemente susceptibles a tener daños inmediatos o tardíos debido a factores de riesgo relacionados con síndrome metabólico, dependencia a sustancias psicoactivas, consecuencias de prácticas sexuales inseguras, de nutrición, violencia y salud mental (cuadro 1).

De la prevalencia de otros factores de riesgo en el entorno, 5% reportaron violencia familiar; 44% han sido asaltados, 30% son sedentarios, 11% han tenido accidentes y 7% se han

fracturado 2 o más veces; casi la mitad de los padres tienen escolaridad inferior al bachillerato y 3% reportaron haber reprobado 2 o más años escolares.

En sentido contrario, el análisis de los factores de protección muestran que la mayoría de los alumnos de la UNAM, no tiene violencia física y verbal en su familia y además cuentan con aceptación en la misma, no consumen drogas ilícitas, no presentan trastornos psicoafectivos, no tienen un alto índice de reprobación y no perciben mal su salud (cuadro 2).

Estos resultados, son congruentes con la epidemiología internacional pero identifican las diferencias en la población universitaria, por lo que sientan las bases para la gestión de intervenciones efectivas que consoliden la configuración del Modelo Universitario de Salud Integral.

Para marzo de 2003, los directores de los planteles del bachillerato y de las escuelas y facultades de licenciatura, contaban con los reportes escolares del EMA de dos generaciones de nuevo ingreso y los referentes a la primera generación de egreso investigada (4º año de licenciatura), se generó el primer reporte ecológico en disco compacto, y un software que procesa en un día los tres tipos de reportes de una generación.

Cuadro 1. Examen médico automatizado UNAM generación de primer ingreso 2002 marcadores de alta vulnerabilidad.

Marcadores	Alumnos de todos los niveles	Alumnos de ingreso a bachillerato porcentaje*	Alumnos de ingreso a licenciatura porcentaje**	Alumnos de 4o año licenciatura porcentaje***
Consumo alto de alcohol	15.5	7.1	23	28
Obesidad	10.3	8.6	11	13
Consumo drogas ilícitas (vigente y alguna vez)	7.4	2.6	9.2	11.3
Consumo alto de tabaco	6.8	1.8	8.0	9.4
Embarazo no planeado	5.1	0.7	3.1	7.8
Violencia familiar (física y verbal)	4.7	4.0	5.6	7.5
Sobrepeso y antecedentes familiares de HTA o DM	4.6	3.7	2.9	4.4
Anorexia y bulimia	3.0	2.4	3.5	3.1
Ideación suicida	1.8	1.8	2.3	2.8
Violencia sexual	1.8	0.8	2.0	2.7

* n = 21,510 alumnos

** n = 17,585 alumnos

*** n = 4,221 alumnos

Fuente: Examen médico automatizado 2002/DGSM/UNAM

Cuadro 2. Examen médico automatizado UNAM generación de primer ingreso 2002 factores de protección.

Factores protectores	Alumnos de ingreso a bachillerato porcentaje*	Alumnos de ingreso a licenciatura porcentaje**	Alumnos de 4o año licenciatura porcentaje***
Aceptación y apoyo de la familia	99.1	97.9	98
No consumen drogas ilícitas	97.3	91.2	89
Reprobación de 2 o más años	96.9	93.5	90
Sin trastornos psicoafectivos	96.5	95.6	92.2
Sin violencia física y verbal en casa	96.5	92.4	92
Percepción de buena salud	94.3	90.4	89.7

* n = 21,510 alumnos

** n = 17,585 alumnos

*** n = 4,221 alumnos

Fuente: Examen médico automatizado 2002/DGSM/UNAM

Respecto a la capacitación para el equipo de salud, en coordinación con la Facultad de Medicina, se inició el diplomado a distancia “Actualización en medicina general con enfoque a la salud del adolescente y adulto joven” de 400 horas de duración y cursos sobre “Atención integral del adolescente” en los que participaron médicos de la propia universidad y de diferentes entidades federativas del país. También se estructuró el primer diplomado para capacitar profesores de bachillerato en “Desarrollo humano para estudiantes universitarios”.

En materia de investigación, se iniciaron 9 proyectos en coordinación con las Facultades de Medicina, Psicología, Odontología y con dependencias como la Dirección General de Actividades Deportivas y Recreativas, así como otros derivados de estudios multicéntricos o tesis de posgrado; también se presentaron 12 trabajos en congresos locales, nacionales e internacionales y una videoconferencia para el 1er Congreso Virtual de Adolescencia, ADOLEC-OPS.

Para el desarrollo del programa “Habilidades para la vida” se formaron multiplicadores de la DGSM con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud. En la atención médica integrada y las intervenciones colectivas efectivas, además del trascendente trabajo del personal, los estudiantes en servicio social realizan un papel muy importante de liderazgo juvenil para la penetración de los programas.

Conclusiones

La adolescencia se caracteriza por cambios trascendentales biológicos, psicológicos y sociales, que al ser simultáneos, potencialmente son generadores de crisis y conflictos y de su manejo se determina la independencia psicológica y social de cada individuo. La del adulto joven, es una etapa de aprendizajes que consolidan la forma de interacción social, definen la identidad y deben generar en los individuos la toma de responsabilidad en sus actos. Ambos momentos del ciclo de vida, están vinculados a la evolución económica, educativa y cultural de los países ya que configuran de manera determinante, el perfil del individuo y en nuestro caso, en la vida adulta y del progreso social toda vez que se trata de los profesionales egresados de universidades.¹⁹ Existen numerosos planteamientos en relación al perfil, los problemas y la importancia en la atención diferenciada a la salud de este grupo poblacional, pero el discurso sobre la salud escolar ha sido precario y por ende, los recursos se han visto limitados principalmente en las instituciones de educación superior, lo que contribuye en la reprobación y deserción escolar.

Por lo anterior, en el ámbito universitario, los esquemas de salud escolar deben instituirse donde faltan y en los que ya cuentan con ellos, renovarse hacia el desarrollo humano vinculándose en la formación de los estudiantes a través de programas y servicios simultáneos al currículo educativo y en el caso del bachillerato como parte del mismo. La participación

de los profesores y el liderazgo de los alumnos, es indispensable, así como reconocer en el tenor que comenta Donas Burak, que la mayor parte de los estudiantes son personas con interés en su futuro y con cualidades para cuidar su salud o en su caso, nivelar y superar su vulnerabilidad.

En las etapas subsecuentes del modelo universitario, se generarán y fortalecerán las intervenciones educativas y asistenciales, tanto institucionales como con otros sectores incluidas las organizaciones civiles. En este último punto, la DGSM implementará en otras universidades servicios derivados del modelo como el diagnóstico, la capacitación en atención integral y en competencias psicosociales y ampliará la red de vinculación con otras instituciones de educación superior y de la sociedad civil en materia de investigación y comunicación para la salud escolar en los ambientes universitarios.

Los cambios en el mundo afectan la vida de todos de forma constante, por lo que es esencial formar jóvenes con posibilidades de ingresar a la economía global con competencias técnicas y analíticas, responsables del aprendizaje autodirigido y permanente, adaptados a los diferentes paradigmas y con valores morales que les permitan convivir en armonía con personas de diferentes nacionalidades, y culturas y en este último punto, el desarrollo de las competencias psicosociales son indispensables.

En el caso de nuestro país y de acuerdo con las estimaciones, en los próximos 10 a 30 años tendremos el mayor número de adolescentes en la historia, comportamiento que no se repetirá, lo que se traduce en la oportunidad “para dar el salto” y alcanzar mejores niveles de vida a través de acciones que vinculen educación y salud,²⁰ que en el caso de la UNAM, forman parte de la misión y perspectiva del Modelo Universitario de Salud Integral.

Referencias

1. Lalonde M. Report Lalonde. A new perspective on the health of Canadians, a working document 1974. Ed. by Welfare, Minister of Supply and Services Canada, 1981.
2. Memorias de las IV Jornadas internas de la Dirección General de Servicios Médicos y 1er. Congreso Nacional de Salud Escolar y Universitaria. UNAM, México, 1979.
3. Maddaleno M, Munist C y cols. La Salud del Adolescente y del Joven, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, OMS, 1995.
4. Organización Panamericana de la Salud. Diseño de proyectos y enfoque de marco lógico, Organización Mundial de la Salud, abril de 1999.
5. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas 1998-2001 División de Promoción y Protección de la Salud. Programa Salud del Adolescente, Organización Mundial de la Salud, 1998.
6. Consejo Nacional de Población. Situación actual de las y los jóvenes en México. Diagnóstico sociodemográfico. Primera edición noviembre de 2000, México.
7. De la Fuente JR, Tapia CR. La información en salud. Mc. Graw-Hill Interamericana, Editores, con autorización de la Universidad Nacional Autónoma de México, Anexos Estadísticos 24 y. 27, pp 399 y 402. México, 2002.

8. Organización Mundial de la Salud. Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes. Informe del Grupo de Estudio OMS/FNUAP/UNICEF, Serie informes técnicos, OMS., no. 886. Ginebra 1999.
9. Organización Panamericana de la Salud. La salud de los adolescentes y los jóvenes en las Américas: escribiendo el futuro. Comunicación para la salud no. 6. Programa de salud materno-infantil y población. Organización Mundial de la Salud, 1995.
10. Organización Panamericana de la Salud. Juventud, población y desarrollo en América Latina y el Caribe: problemas, oportunidades y desafíos. ONU, FNUAP, CELADE, CEPAL. Santiago de Chile, 2000.
11. Instituto Mexicano de la Juventud. Encuesta Nacional de la Juventud 2000, Resultados Generales. Centro de Investigación y estudios sobre la juventud. México, agosto 2002.
12. Dirección General de Servicios Médicos, UNAM., Programas de trabajo e informes de productividad 1997, 1998, 2000 y 2001. Documentos internos.
13. Componentes educativos de los programas para la promoción de la salud escolar. En: Temas de actualidad, Pan Am J Public Health 1997; 2(3): 209-214.
14. Universidad Nacional Autónoma de México. Agenda estadística años: 2000, 2001 y 2002 de la Dirección General de Estadística y Desarrollo Institucional y 2003 de la Dirección General de Planeación.
15. Leena M, Cheryl V y cols. Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. Programas de salud y desarrollo humano (SDH), Division de Education Development Center (EDC). Septiembre 2001.
16. Donas BS. Protección, riesgo y vulnerabilidad, sus posibles aplicaciones en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud integral de los adolescentes Adolesc Latinoam. 1999; 1: 4, Porto Alegre.
17. Donas BS. Salud integral y vida estudiantil. Conferencia presentada en la representación de la Organización Panamericana de la Salud en Costa Rica. Consultado en <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/0004.html> el 28/10/2002.
18. Universidad Nacional Autónoma de México. Coordinación Universitaria de Programas y Servicios en Salud: Frente integral de servicios de salud para los alumnos. Publicado en la Gaceta de la UNAM 2001: 13.
19. Los diez que van a la escuela. Programación de la salud y nutrición escolar en América Latina y el Caribe. Banco Mundial y Organización Panamericana de la salud 1998.
20. De la Fuente JR. La Salud en un México en transición. Rev. Salud Pública Mex. 2004; 46; 2. Cuernavaca, Abril. Artículo especial basado en la Conferencia Magistral “Dr. Miguel E. Bustamante” dictada durante el X Congreso de Investigación en Salud Pública, marzo 2003, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México.