

La Universidad

Órgano científico-sociocultural de la Universidad de El Salvador

Segunda Época

Publicación trimestral

N.º 2, abril - junio de 2021





Misión

Editar e imprimir libros, revistas, resultados de investigación, obras de autores nacionales y extranjeros relacionados con la enseñanza universitaria y cultura general, que coadyuven al desarrollo óptimo de planes y programas de estudio de la Universidad de El Salvador así como al desarrollo cultural del país. Asimismo ser un apoyo para la impresión de papelería, afiches, encuadernación de libros e impresión de títulos y diplomas que la Universidad de El Salvador confiere.

Visión

Posicionarse como el principal referente nacional y regional en materia editorial y de impresión, tanto en la calidad de contenidos como en la calidad de material impreso.

Para colaboraciones:

Editorial Universitaria, Universidad de El Salvador, Final de Av. "Mártires estudiantes del 30 de julio", Ciudad Universitaria
editorial.universitaria@ues.edu.sv

ISSN 0041-8242

Autoridades universitarias

MSc. Roger Armando Arias Alvarado
Rector

Dr. Raúl Ernesto Azcúnaga López
Vicerrector Académico

Ing. Juan Rosa Quintanilla Quintanilla
Vicerrector Administrativo

Ing. Francisco Antonio Alarcón Sandoval
Secretario General

M.V.Z. María José Vargas Artiga
**Presidenta de la Asamblea General
Universitaria**

Lic. Rafael Humberto Peña Marín
Fiscal General

Lic. Luis Antonio Mejía Lipe
**Defensor de los Derechos
Universitarios**

Revista *La Universidad*

Director:
José Daniel Rivas Hidalgo

Diseño:
Ángel Iván Yash Nuñez

Correctora de texto:
Alba Isabel Landaverde Granadino

Universidad de El Salvador



Consejo Editorial

Dr. Raúl Ernesto Azcúnaga López
Universidad de El Salvador,
El Salvador

MSc. Ana Silvia Ortiz
Universidad de El Salvador,
El Salvador

Dr. Carlos Gregorio López Bernal
Universidad de El Salvador,
El Salvador

† Dr. Hugo de Burgos
Universidad de British Columbia,
Canadá

Dra. Tania Pleitez Vela
Universidad Autónoma de Barcelona,
España

Dr. Alexander Sánchez Mora
Universidad de Costa Rica,
Costa Rica

Dra. Alexandra Ortíz Wallner
Universidad Humboldt de Berlín,
Alemania

Dr. José Luis Ramírez Luengo
Universidad Complutense de Madrid,
España

La Universidad

Órgano científico-sociocultural de la Universidad de El Salvador

Segunda Época

Publicación trimestral

N.º 2, abril-junio de 2021

Índice

Carta del director	7
Prologo	9
«Los servicios preventivos y atención a la mujer y a la niñez del Ministerio de Salud en tiempos de emergencia por Covid-19, la perspectiva de estudiantes en servicio social de Salud Materno Infantil. <i>Claudia Elícia Alvarado Jovel</i>	10
«Estilo de vida, factor de riesgo para diabetes mellitus tipo 2 en población adulta rural» <i>Alisson Georgina Trejo Méndez</i> <i>David Alexander Tejada Peña</i> <i>Hilda Cecilia Méndez</i>	24
«Prevalencia de virus del papiloma humano en lesiones intra epiteliales de alto grado en mujeres que consultan en los sistemas sanitarios de América latina. 2010-2019» <i>Estefany Marleny Mejía Sorto</i> <i>Florenz Johana Henríquez Iraheta</i>	40
«Representación social en torno al recurso hídrico para suplir la necesidad del derecho humano al agua en una comunidad salvadoreña» <i>Mónica Raquel Ventura</i>	70
«Herramientas de la salud pública para sistematizar las experiencias en salud comunitaria: plan operativo de trabajo, diario de campo y memoria de actividades comunitarias» <i>Oswaldo Aragón Arias</i>	91

«Innovación educativa en las maestrías: Facultad de medicina de la Universidad de El Salvador, año 2022» <i>Blanca Aracely Martínez</i> <i>Hilda Cecilia Méndez</i> <i>José Alberto Rosabal Rodríguez</i>	114
«Probabilidad de hipertensión y diabetes en hombres y mujeres: alcoholismo y tabaquismo. Cantón Los Elizondos, Santa Ana. 2019» <i>Reina Araceli Padilla</i>	130
«Barreras para la atención prenatal en mujeres de América Latina en pleno siglo XXI» <i>Reyna Maximil Madrid Vilorio</i>	144
«Evaluación de Tecnologías Sanitarias como herramienta de la gestión de los Sistemas de Salud» <i>Margarita Elizabeth García González</i>	164
«Revisión intra acción (IAR): una metodología de la organización mundial de la salud (OMS) para documentar las acciones de respuesta y preparación ante el covid-19» <i>Jazmín del Rocío López de Méndez</i>	174
La cooperación científica para la asesoría de tesis del posgrado en la Facultad de Ciencias Médicas, UNAN-LEÓN <i>Edwin Mazariago Flores</i>	192
Profesionales escritores incluidos en el monográfico	212

Carta del director

La Vicerrectoría Académica de la Universidad de El Salvador, a través de la Editorial Universitaria, busca renovar e impulsar uno de los proyectos más emblemáticos de la historia intelectual universitaria: la revista *La Universidad*, fundada en 1875 bajo la dirección del Dr. Esteban Castro. Desde entonces, la revista se ha encargado de divulgar ideas y discursos estéticos, científicos y culturales producidos en nuestra alma máter.

Desde finales del siglo XX, la producción de revistas científicas ha tenido un protagonismo esencial dentro de la comunidad académica debido a las necesidades científicas de nuestra época, la cual exige mayor especialización y profundización en las distintas áreas del saber. Por ello, con esta revista nos hemos planteado dos objetivos capitales: en primer lugar, contribuir al establecimiento de una cultura académica que genere diálogos académicos y críticos sobre la realidad salvadoreña, centroamericana y latinoamericana. En segundo lugar, conformar una red intelectual nacional e internacional para lograr una colaboración recíproca en beneficio del avance de la ciencia, así como mayor divulgación de conocimiento producido en nuestra revista.

De esta forma, se reitera el compromiso que tiene la Universidad de El Salvador como partícipe directa de las transformaciones sociales de nuestra época. Sabemos que con estas publicaciones trimestrales contribuiremos a proporcionar herramientas teóricas necesarias para estudiantes, profesores, investigadores y para todos aquellos interesados en temas relacionados con las Ciencias Sociales.

Hacemos, por tanto, la atenta invitación a la comunidad académica nacional e internacional a presentar sus artículos académicos, ensayos y reseñas de libros, y que juntos contribuyamos a construir una universidad libre, popular, democrática y humanista.

HACIA LA LIBERTAD POR LA CULTURA

Prólogo

La formación de posgrados en la Facultad de Medicina es relativamente nueva (1998)¹, posee una Escuela de Posgrado en la cual se imparten cinco maestrías y alrededor de una decena y media de especialidades médicas, entre las maestrías se encuentra la de Salud Pública, las más antigua y cuenta con más ediciones desarrolladas.

Este volúmen esta dedicado al hacer investigativo de la unidad de Maestrías de la Escuela de Posgrado de la Facultad de Medicina, particularmente a la Maestría en Salud Pública. A propósito de la realización de diversas actividades académicas en y para la Unidad de Maestrías, el que pudiera considerarse compilador de los artículos científicos, quien además contribuye con el último artículo de este volúmen, gestionó un reconocimiento al hacer investigativo en la Maestría en Salud Pública. Todo ello, a través del presente monográfico realizado por la Editorial Universitaria en apoyo a la docencia de la Escuela de Posgrado de la Facultad de Medicina.

Los artículos aquí publicados son de diversos temas. En general sus autores, con algunas excepciones, son graduados de la Maestría en Salud Pública entre miembros del claustro de la Unidad de Maestrías, masters graduados o estudiantes en proceso de formación.

La investigación científica constituye una de las funciones sustantivas de la Universidad y por tanto, habrá que valerse de diversas estrategias para su mejora. En la actualidad, la cooperación científica entre docentes, incluso de distintas disciplinas, se perfila como una necesidad en función del crecimiento exponencial que comportan los avances científicos. Incentivar las publicaciones científicas por parte de docentes y estudiantes de la unidad de Maestrías constituye un objetivo a corto y mediano plazo que, con este monográfico se espera motivar.

¹ Con fecha de 12 de marzo de 1998, en acta No.28-94-98 de la Junta directiva de la Facultad de Medicina.

La Universidad

Órgano científico-sociocultural de la Universidad de El Salvador

Segunda Época

Publicación trimestral

N.º 2, abril-junio de 2021

Los servicios preventivos y atención a la mujer y a la niñez del Ministerio de Salud en tiempos de emergencia por COVID-19, la perspectiva de estudiantes en servicio social de Salud Materno Infantil. Noviembre de 2020

Claudia Elícida Alvarado Jovel

ARTÍCULO

Alvarado Jovel, C. A. (2021). Los servicios preventivos y atención a la mujer y a la niñez del Ministerio de Salud en tiempos de emergencia por COVID-19, la perspectiva de estudiantes en servicio social de Salud Materno Infantil. Noviembre de 2020. *Revista La Universidad*, N.º 2, págs. 10-23

Revista La Universidad

ISSN: 0041-8242

Correo electrónico: revista.launiversidad@ues.edu.sv
Editorial Universitaria de la Universidad de El Salvador

Los servicios preventivos y atención a la mujer y a la niñez del Ministerio de Salud en tiempos de emergencia por COVID-19, la perspectiva de estudiantes en servicio social de Salud Materno Infantil. Noviembre 2020

Preventive services and care for women and children of the Ministry of Health in times of emergency by COVID-19, the perspective of students in social service of Maternal and Child Health. November 2020

Claudia Elícida Alvarado Jovel
claudia.alvarado@ues.edu.sv
Universidad de El Salvador
Orcid: 0000-0002-7592-5935

Fecha de recepción: 18 de enero de 2021
Fecha de aprobación: 23 de marzo de 2021

Resumen

Durante la pandemia por COVID-19, una de las medidas implementadas en El Salvador fue la suspensión de la consulta externa de todos los servicios de salud, esto implicó que los servicios de atención a la niñez y a las mujeres en salud sexual y reproductiva no se brindaran de forma regular. Los organismos internacionales como el UNFPA y Unicef afirman la necesidad de la continuidad de las atenciones dirigidas a la niñez y las atenciones en salud sexual y salud reproductiva por el impacto que generan en la vida de las personas y no dejar a la población sin estos servicios. El objetivo planteado para este trabajo es analizar la vivencia en la pandemia por COVID-19 desde la perspectiva de las profesionales en servicio social de Salud Materno Infantil, respecto a sus funciones formativas/laborales. Metodológicamente, es un ensayo basado en las experiencias vividas por las egresadas de la Carrera de Licenciatura en Salud Materno Infantil en servicio social, quienes fungieron como informantes clave de las diversas dinámicas ejecutadas en algunas Unidades Comunitarias de Salud Familiar, en relación con las funciones que siguieron proporcionando de forma limitada o nula. Lo anterior, tratando de tomar en cuenta las medidas pertinentes ante la pandemia en algunas instituciones de salud, pero en otras, los servicios se suspendieron ya sea de forma parcial o completa, lo que implicó para las informantes de este estudio, desarrollar funciones que no corresponden con sus perfiles de formación académica, siendo entonces un recurso en salud valioso subutilizado. Además, es importante destacar la falta de un lineamiento de trabajo en tiempos de crisis.

Palabras clave: Pandemia, Servicios, Perspectiva materno-infantil, Salud Materno-Infantil.

Abstract

During the COVID-19 pandemic, one of the measures implemented in El Salvador was the suspension of the external consultation of all health services, this implied that child care services and women in sexual and reproductive health were not will be provided on a regular basis. The stated objective of this study is: to analyze, from the perspective of the professionals in the maternal and child health social service, the experience of the COVID-19 pandemic regarding their training/labor functions. Methodologically, it is an essay based on the experiences lived by the graduates of the Bachelor's Degree in Maternal and Child Health in social service who served as key informants in relation to the various dynamics carried out in some Community Family Health Units regarding the functions that continued to be provided. in a limited or null way, trying to take the pertinent measures in the face of the pandemic in some health institutions, but in others, the services were suspended either partially or completely, which implied, for the informants of this study, to develop functions that does not correspond to their academic training profiles, thus being a valuable underutilized health resource. Also, it is important to highlight the lack of a work guideline in times of crisis, international organizations such as UNFPA and UNICEF affirm the need for continuity in child care and sexual and reproductive health care due to the impact they generate in the lives of people and not leave the population without these services.

Keywords: pandemic, services, perspective, maternal and child health.

Introducción

Desde el inicio, la pandemia por COVID-19 se ha caracterizado por poner a prueba a los sistemas de salud de países en todo el mundo, las reacciones inmediatas y decisiones basadas en salud pública, así como conocer los determinantes sociales que han generado nuevos conceptos en la cotidianidad de las sociedades y el reforzamiento del autocuidado como medida de protección colectiva (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2020). Así mismo, los servicios de atención que brindan los diferentes sistemas de salud se tuvieron que reorganizar o replantear su atención, quizás limitando los recursos o derivándolos a atender la emergencia. Esto fue un fenómeno que se presentó sobre todo al principio de la emergencia, situación derivada de la falta logística de un protocolo de actuación. Aunque en la actualidad en El Salvador muchos de los servicios del Ministerio de Salud en sus Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) han sido reestablecidos, es importante hacer un análisis desde la perspectiva de otros recursos de salud diferente al gremio médico o de enfermería, de la vivencia de la pandemia por COVID-19 y el ejercicio profesional.

El acceso limitado a los servicios de atención preventiva dirigidos a la niñez y a las mujeres puede traer consecuencias desfavorables en sus estados de salud a corto o largo plazo. Es conocido que la importancia de estos programas radica en la puesta en marcha de medidas destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad y de los factores de riesgo, asimismo, a detener el avance y atenuar las consecuencias una vez establecida la enfermedad (MINSAL, 2018). También, las inequidades sociales inciden en el acceso a los servicios de salud; las personas con poder adquisitivo mayor pueden recibir servicios de salud aun con las limitaciones impuestas durante esta crisis. Al respecto, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) afirma que las consecuencias sin precedentes de la pandemia, y las medidas restrictivas impuestas por la mayoría de los países, han tenido una repercusión negativa, principalmente a la población pobre, en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva que salvan vidas y además, en la respuesta a la violencia basada en el género, en momentos en los que las mujeres y las niñas necesitan más estos servicios. Coincidentemente los servicios de planificación familiar y servicios para la prevención y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual, se ha reducido de manera significativa. (UNFPA, 2020).

Este estudio se realizó a partir de una tesis de maestría denominada: «Percepción de las estudiantes en servicio social de la carrera Salud Materno Infantil, sobre los servicios preventivos y atención a la mujer y a la

niñez del Ministerio de Salud, en tiempos de emergencia por COVID-19, en el período de octubre a noviembre de 2020» (Alvarado, C. 2020), la cual buscó rescatar esa mirada por parte de un recurso en salud que realiza grandes aportes en la salud de la niñez, adolescentes y mujeres. Es decir, la Licenciatura en Salud Materno infantil que, al no poseer un personal de atención directa a pacientes con COVID-19 tuvo limitantes para ejercer sus funciones debido que al inicio de la pandemia una de las medidas implementadas en El Salvador fue la suspensión de la consulta externa de todos los servicios de salud. Esto implicó que los servicios de atención a la niñez y a las mujeres en salud sexual y reproductiva, que proporcionan las egresadas de la Carrera de Licenciatura en Salud Materno Infantil en servicio social, fueran irregulares al menos en las UCSF de San Salvador, donde las informantes de este estudio realizaron su servicio social.

Método

Para obtener la información se utilizó el método cualitativo o inductivo hipotético, mientras que, el tipo de estudio fue descriptivo ya que se puntualizó en las características estudiadas, no hubo manipulación del fenómeno, sino tan solo se explica cómo se encontró. Además, fue de corte transversal ya que se realizó en el período de octubre a noviembre de 2020. El grupo de estudio se compuso de estudiantes de la carrera Salud Materno Infantil, que realizaron su servicio social en las UCSF del MINSAL y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión haciendo un total de 12 informantes claves.

Resultados

Las atenciones que la egresada de la Carrera Salud Materno Infantil realiza en el servicio social deben ser conforme al perfil de egreso, el cual hace referencia a que las profesionales están en capacidad de realizar las actividades asistenciales y educativas con niños, niñas, adolescentes y mujeres embarazadas, durante el parto y el puerperio. Además, proporcionan atenciones en la toma de citología cérvico vaginal y manejo y seguimiento de **métodos temporales de planificación familiar**; esto según el plan de estudios 2017 con el cual han sido formadas las estudiantes. Las egresadas de la carrera refieren problemas hasta la declaración de la pandemia por COVID-19 en función de sus actividades formativas no realizadas y el perfil de egreso.

Una vez se decreta la emergencia, algunas de las acciones que realizan las egresadas ya no son ejecutadas según su perfil en Salud Materno Infan-

til. La dinámica de las atenciones cambia y varía mucho de establecimiento a establecimiento de salud a pesar que todos pertenecen al Ministerio de Salud (MINSAL), como se evidencia en los testimonios de las participantes. Para algunas estudiantes en servicio social las atenciones vinculadas a su perfil de egreso cambiaron por completo y se les designó al área de curación en la preparación de material; cabe mencionar que estas son acciones que desempeñan otros recursos en servicio social como médicos y enfermeras. A partir de marzo de 2020 una de las medidas que se tomaron fue la suspensión de la atención de la consulta externa y sólo se dieron atención a los servicios de emergencias y a pacientes con enfermedades crónicas con alto riesgo de descompensación. Por lo tanto, las atenciones que provee el recurso en Salud Materno Infantil fueron suspendidas, pero no en todos los establecimientos de salud, algunos de estos continuaron dando las atenciones y cambiaron la dinámica que se brindaba.

... me tuvieron en el gripario haciendo lo que hace un técnico en enfermería, tomando signos vitales, pesando, preparando los expedientes para pasárselo a la doctora que daba la consulta en el gripario y después tenía que darles una pequeña charla sobre la pandemia y anotarla en el expediente lo que les había dicho... (Participante de UCSF Amatepec).

En cuanto a las atenciones por grupos específicos de población se puede decir que la suspensión de las atenciones de controles infantiles fue una constante para el recurso en Salud Materno Infantil. Esta fue una situación preocupante en el sentido de la continuidad de las atenciones a la población. La OMS hace referencia a este hecho y afirma que la demanda de atención por coronavirus, en algunas partes, implicó una mayor dificultad para sostener la oferta de servicios de salud esenciales, tales como vacunación, controles de embarazo y puerperio, controles preventivos y atención médica para los niños y niñas, entre otros (OMS, 2020). Lo anterior, lo constatan informantes clave de este estudio de la UCSF San Miguelito, Santo Tomas y Amatepec:

[...] la atención infantil se suspendió por completo, incluso habían suspendido la aplicación de vacunas, a partir de mayo se retomó nuevamente [...], en mi caso, los controles se suspendieron, pero a vacuna si llegaban las madres solo se les atendía en la entrada, [...] controles infantiles no se estuvieron dando, solo que fueran inscripciones [...] en mi caso si se suspendió absolutamente todo, solo se atendía en el gripario [...]. (Participantes de la UCSF San Miguelito UCSF Santo Tomas y de la UCSF Amatepec)

Fueron pocas las UCSF donde no se suspendieron las atenciones y en donde los controles infantiles se seguían brindando, como fue el caso de

la UCSF Cuscatancingo, Monserrat, Santo Tomas, Ilopango y Santa Lucia. Este menester aclarar que la población siguió demandando las atenciones. Según las egresadas hubo reclamos y malestar por parte de las personas que asistían al establecimiento de salud, ya sea por el control de niño sano o porque le correspondía aplicación de alguna vacuna del esquema nacional de vacunación.

Si por una parte, se toma en cuenta que los servicios preventivos de atención a la mujer tienen gran relevancia para la vida y la Salud Sexual y Reproductiva (SSR), es decir, los servicios de anticonceptivos y Planificación Familiar (PF), prevención del Cáncer Cérvico Uterino (CACU), atenciones pre-concepcionales, controles prenatales y post parto; y que por otra, el personal de la Licenciatura en Salud Materno Infantil (SMI), dada su formación académica está altamente preparado para ejercer ese rol dentro de los programas del MINSAL, el manejo de estos programas durante la emergencia, dejaron en evidencia que no hubo una línea clara y definida de trabajo, no había estrategias para proporcionar las atenciones durante la emergencia por parte del recurso en SMI. Además, cada establecimiento de salud trabajó de forma distinta, es decir, en algunas UCSF se da continuidad a los servicios, pero en otras no, como se pudo comprobar en lo relatado una de las informantes:

[...] esas atenciones se suspendieron completamente (tomas de citologías) y en las atenciones post parto hubo un problema, como ya se habían suspendido las atenciones, las enfermeras no querían que hicieran las exploraciones vaginales por la falta de insumo [...] y de hecho hasta querían (personal de enfermería) que les hiciera solo la receta de PF sin preguntarles nada y eso era bien complicado porque uno debe estar segura de la atención, querían que una saliera al portón a darle las recetas y que pasaran rapidito a ponerse la inyección [...]. (Participantes de la UCSFI Soyapango)

Durante las emergencias muchas necesidades de atención en salud que son preventivas pueden pasar por alto, y según el UNFPA muchas veces este tipo de necesidades incrementa. En ese sentido, las atenciones infantiles, así como las atenciones en SSR dirigidas a las mujeres y adolescentes son esenciales para la vida de las personas. La vigilancia del crecimiento y el desarrollo permite la detección y manejo oportuno de problemas en salud.

La vacunación es una forma eficaz para la prevención de enfermedades e incluso salvar vidas. Con el esquema actual de vacunación en El Salvador se protege a la población de cuando menos 20 enfermedades y se-

gún la OMS esas vacunas salvan cada año tres millones de vidas (UNFPA, 2020). Según los testimonios de las informantes, la población reconoce la importancia de las atenciones, sobre todo de las vacunas en los establecimientos de salud donde este servicio no se suspendió. Las señoras llevaban a sus hijos o hijas cubiertos, tratando de tomar las medidas necesarias para prevenir la infección por COVID-19.

Los efectos de la suspensión de los servicios preventivos se podrán ver a corto y mediano plazo. Al hablar de atenciones tan esenciales, los efectos negativos de la privación de estos servicios son diversas, así, para la niñez se pueden traducir en esquemas de vacunación incompletos con lo cual no se adquiere la inmunidad que las vacunas generan. La vigilancia del crecimiento, desarrollo y nutrición son muy importantes, por ejemplo, para los niños y niñas menores de un año de vida los controles infantiles tienen mucha importancia: en estos las madres obtienen información de los cuidados básicos sobre la lactancia materna, la ablactación y actividades de estimulación. Es por ello que la suspensión de estas atenciones puede afectar de forma negativa, ya sea por la no detección temprana de algún proceso patológico que amerite seguimiento o por la falta de información que han tenido las madres, padres y/o cuidadores.

Para las mujeres también hay efectos negativos: muchas quedaron desprovistas de métodos anticonceptivos, lo cual las pone en riesgo de tener un embarazo no intencionado. Además, las mujeres en etapas de embarazo y puerperio no han recibido la atención correspondiente y al igual que en el caso de la niñez, las consecuencias pueden estar vinculadas a la no detección temprana de situaciones que ameriten un seguimiento más estrecho. En el caso de las usuarias del programa de detección temprana del CACU y de mama, aunque se saben que las lesiones cervicales no progresan de forma inmediata a cáncer, de igual forma requieren de atención oportuna. Sin embargo, algunas de ellas podrían no darle seguimiento a las lesiones que presentan debido a la suspensión de los servicios, lo que se considera un factor de riesgo para desarrollar CACU.

Las profesionales en Salud Materno Infantil, a lo largo de su formación académica, cuentan con un año de formación en el área infantil y dos años y medio de su carrera los dedican al estudio de aspectos vinculados a la salud sexual y reproductiva de mujeres en etapa reproductiva con atenciones en planificación familiar, prevención del cáncer cérvico uterino y de mama. También, reciben formación académica para atender a las mujeres en las etapas de embarazo, parto y puerperio, y para la atención a adolescentes. Todas estas atenciones son a nivel primario, es decir preventivo para la detección, manejo oportuno o derivación al personal especialista

en caso de patologías o complicaciones. Es un recurso que además cuenta con enfoques de género y derechos humanos para brindar las atenciones. Los argumentos anteriormente enlistados exponen o describen la necesidad de estos servicios a la población, y por lo tanto, su condición de imprescindibles aun durante emergencias.

Las informantes de este estudio son conscientes que no son el personal de salud que atiende de forma directa a pacientes con COVID, pero si atienden a otra población que demanda o necesita los servicios aún en tiempo de pandemia, porque estas necesidades no son emergentes, son continuas a lo largo del curso de la vida. Las características de la formación académica con la que egresan les permite estar sensibilizadas con enfoques de derechos humanos durante la atención y expresaban cómo buscaron ofrecer soluciones a la población que demandaba los servicios.

Las atenciones post parto, por ejemplo, son una gran oportunidad tanto para la detección oportuna de riesgos, como para desarrollar la consejería sobre cuidados de la madre y de su bebe, alimentación balanceada, lactancia materna y cuidados de la episiotomía o herida operatoria, además de retomar la planificación familiar para respetar el espacio intergenésico. Durante esta etapa existen aún muchos mitos y prácticas inadecuadas por parte de la población, sobre todo con los recién nacidos que pueden generar efectos nocivos en su salud por prácticas populares culturales para el manejo de enfermedades en este período tan crucial de la vida (Gil, 2017). El conocimiento técnico científico de profesionales en SMI les permite abordar estos fenómenos sociales/antropológicos que pueden tener repercusiones nocivas en la salud de recién nacidos

Conclusiones

El rol desempeñado por las egresadas en servicio social fue diverso: al inicio del año todas desempeñaron funciones acordes a su perfil de egreso y los planes de trabajo; una vez se decreta la emergencia, el rol fue diferente. Algunas pocas siguieron brindando atenciones de su perfil, pero en menor cantidad, otras realizaron acciones no vinculadas al rol en Salud Materno Infantil como preparación de material para curaciones, labores dentro del área de archivo y otras egresadas simplemente no desarrollaron ningún tipo de funciones.

La percepción que tienen las estudiantes en servicio social sobre las atenciones a la mujer y a la niñez en tiempo de pandemia en general es negativa, ellas afirman la necesidad de la continuidad de los servicios to-

mando las medidas pertinentes acorde a la situación que se vivía por la pandemia por COVID-19.

Las egresadas valoran como negativa la suspensión de los servicios como planificación familiar y vacunación, por la relevancia para salud de la población. Los servicios de carácter preventivo son fundamentales, las mujeres pueden reducir los embarazos no intencionados, detectar tempranamente el cáncer CACU y el de mama, disminuir las complicaciones durante el puerperio y además, no solo para la madre sino también para su hijo o hija ya que en la niñez los esquemas de vacunación completos generan inmunidad ante enfermedades graves como poliomielitis, tuberculosis, diarreas por rotavirus, entre otras. También, se pueden prevenir problemas del crecimiento y desarrollo en la población infantil que sigue siendo muy vulnerable.

Las profesionales en Salud Materno Infantil por formación académica son el recurso idóneo para atender los programas de crecimiento, desarrollo y vacunación dirigidos a la niñez, así como las atenciones preventivas en salud sexual y reproductiva dirigidas a la mujer durante el curso de vida. Estas atenciones que brinda el recurso durante el servicio social son fundamentales para la promoción y garantía de la buena salud de la población. En emergencia, como lo plantea la Organización Mundial de la Salud, estas necesidades no cesan, pero si pasan desapercibidas. Es necesario contar con recurso especializado que cree planes de acción en tiempos de emergencia y que se dediquen a la continuidad de estas atenciones para no dejar a un gran sector de la población desprovista de servicios de salud básicos y esenciales. El reconocimiento del recurso en Salud Materno Infantil a nivel nacional se hace indispensable para generar impacto positivo en los índices de morbi-mortalidad infantil y materna, así como sucede en otros países donde el recurso es reconocido y se le permite ejercer su rol.

Durante una emergencia por COVID-19, el talento humano en Salud Materno Infantil juega un papel primordial para la continuidad de las atenciones. Su formación académica con tres años de estudio específicos del área infantil, adolescentes y materna, además del dominio de los enfoques de género y derechos humanos ante las necesidades de la población que atiende, le pueden permitir ser agentes gestores del derecho a la salud de las mujeres, niñas, niños y adolescentes.

El Ministerio de Salud de El Salvador deberá garantizar el acceso a la población materna e infantil a los servicios de salud durante una emergencia de cualquier naturaleza, reducir las brechas de necesidades insatisfechas con respecto a los métodos anticonceptivos y la SSR y tomar en cuenta las recomendaciones de organismos internacionales como el UNFPA y la

OMS en relación a la salud materna e infantil. Es necesario que las y los profesionales en Salud Materno Infantil sean valorados dentro del Ministerio de Salud como un recurso fundamental en los equipos multidisciplinarios de salud, que ejerzan su rol al frente de los servicios de atención primaria dirigidos a la mujer, niñez y adolescentes, y sean quienes lideren las acciones a desarrollar para la continuidad de los servicios a esta población en tiempos de emergencia.

Al mismo tiempo, la reciente aprobación el 17 de agosto de 2021 en El Salvador de la ley «Nacer con cariño» es un marco propicio para integrar a las profesionales dentro de los equipos de atención. Esta ley busca garantizar un ambiente seguro para la madre y el recién nacido en el sistema hospitalario público, con el fin de reducir la mortalidad al momento de la concepción (Asamblea Legislativa de El Salvador, 2021) y el recurso en Salud Materno Infantil cuenta con las competencias para contribuir a este objetivo.

Referencias

- BID. (2021). Ideas que cuentan. Obtenido de <https://blogs.iadb.org/ideas-que-cuentan/es/covid-19-las-medidas-de-contencion-y-la-confianza/>
- BID. (2020). *El alto costo del COVID-19 para los niños*. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/El-alto-costo-del-COVID-19-para-los-ninos-Estrategias-para-mitigar-su-impacto-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>
- Banco Mundial (2020). *Banco Mundial.org*. Obtenido de <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2020/06/08/covid-19-to-plunge-global-economy-into-worst-recession-since-world-war-ii>
- Bartolo, C., Rocío, L., & Amparo, C. (2017). *Levantamiento de demandas formativas de licenciados-as en Salud Materno Infantil en el Proceso de Innovación Curricular, ciclo II 2017*". San Salvador.
- Bernal, D. (2020). *FOCOS EL Salvador*. Obtenido de <https://focostv.com/unfpa-preve-aumento-de-embarazos-no-deseados-en-el-salvador-por-la-crisis-del-covid-19/>
- Centro Europeo para el Control de Enfermedades. (2020). *European Centre for Disease Prevention and Control*. Obtenido de <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-pandemic>

- Chen Wang, P. H. (2020). A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The Lancet*, 470-473.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (03 de abril de 2020). CEPAL. Obtenido de <https://repositorio.cepal.org/>
- GOES. (2020). Covid.gob.sv. Obtenido de <https://covid19.gob.sv/disposiciones-del-gobierno/>
- GOES. (2021). Situación Nacional COVID-19. Obtenido de <https://covid19.gob.sv/>
- Héctor Carrasco Magallanes, D. M. (2020). COVID-19 desde las trincheras: perspectivas de los profesionales de la salud en México. *Forbes*.
- Lumbreras, J. M. (29 de mayo de 2020). *Corporación de Radio y Televisión Española 2020*. Obtenido de <https://www.rtve.es/noticias/20200529/colaboracion-equipos-multidisciplinarios-ofrece-mejor-atencion-pacientes/2015112.shtml>
- Médicos Sin Fronteras El Salvador. (29 de julio de 2020). *Médicos Sin Fronteras El Salvador*. Obtenido de <https://www.msf.es/actualidad/archivo/salvador>
- MINSAL. (2020). Lineamientos técnicos para la atención durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido por la emergencia por COVID-19.
- MINSAL. (2018). Lineamientos técnicos para la atención integral de niños niñas menores de diez años.
- MINSAL. (2016). Lineamientos técnicos para la provisión de servicios de anticoncepción
- MINSAL. (2021). Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido.
- MINSAL. (s. f.). *Portal de Transparencia*. Control Infantil en Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada. Recuperado 24 de noviembre de 2020, de <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/drs-paracentral/services/1541>

- MINSAL. (2019, 31 diciembre). *Profesionales Inscritos en el Consejo Superior de Salud Pública*. Observatorio de Recursos Humanos en Salud de El Salvador. <https://rrhh.salud.gob.sv/node/43>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2020, 8 junio). *El reto del COVID-19 para los sistemas de salud en el mundo*. Minsalud. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/El-reto-del-covid-19-para-los-sistemas-de-salud-en-el-mundo.aspx>
- ONU. (28 de abril de 2020). *Noticias ONU*. Obtenido de <https://news.un.org/es/story/2020/04/1473572>
- ONU. (30 de julio de 2020). *Respuesta frente al Covid-19. Naciones Unidas*. Obtenido de <https://www.un.org/es/coronavirus/articulos/un-supporting-trapped-domestic-violence-victims-during-covid-19-pandemic>
- OPS. (06 de mayo de 2020). *Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva*.
Obtenido de https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=625:traer-vida-durante-la-pandemia-la-experiencia-de-cuatro-parteras&Itemid=215&lang=es
- OPS. (31 de marzo de 2020). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/noticias/31-3-2020-mitos-mas-difundidos-sobre-covid-19>
- OPS. (11 de agosto de 2020). *Revista Panamericana de Salud Pública*. Obtenido de <https://www.paho.org/journal/es/articulos/covid-19-perinatal-america-latina>
- OPS. (11 de agosto de 2020). *Revista Panamericana de Salud Pública*. Obtenido de <https://www.paho.org/journal/es/articulos/asegurar-equidad-salud-durante-pandemia-covid-19-papel-infraestructura-salud-publica>
- OMS. (14 de abril de 2020). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/emergencias/es/>
- OPS. (28 de julio de 2020). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/tag/enfermedad-por-coronavirus-covid-19>
- OPS. (11 de 03 de 2021). *Geo-Hub COVID-19- Information System for the Region of ther Americas*. Obtenido de <https://paho-covid19-response-who.hub.arcgis.com/>

- ORMUSA. (30 de mayo de 2020). *Organización de Mujeres Salvadoreñas por la Paz*. Obtenido de <http://ormusa.org/organizaciones-lanzan-campana-de-sensibilizacion-de-la-violencia-contra-las-mujeres-en-el-marco-de-la-emergencia-por-covid-19/>
- Plan International. (s. f.). *Tres formas en las que el coronavirus afecta a los niños y las niñas*. Recuperado 3 de julio de 2021, de <https://plan-international.org/es/tres-formas-en-las-que-el-coronavirus-afecta-los-ninos-y-las-ninas>
- Samantha K Brooks, R. K. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 912-920.
- UNFPA. (23 de marzo de 2020). La Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos, la Salud Materna y Neonatal y la COVID-19. Obtenido de <https://www.unfpa.org/es/resources/la-salud-y-los-derechos-sexuales-y-reproductivos-la-salud-materna-y-neonatal-y-la-covid-19>
- UNFPA. (22 de mayo de 2020). *Fondo de Población de las Naciones Unidas*. Obtenido de <https://www.unfpa.org/es/emergencias>
- UNFPA. (22 de mayo de 2020). *Fondo de Población de las Naciones Unidas*. Obtenido de <https://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva>
- UNFPA & ForoLAC. (2020, agosto). *El impacto de COVID-19 en el acceso a los anticonceptivos en América Latina y el Caribe*. Obtenido de https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/informe_tecnico_impacto_del_covid_19_en_el_acceso_a_los_anticonceptivos_en_alc_1.pdf
- UNFPA, WHO, ICM. (2021a, mayo). *El Estado de las Matronas en el Mundo 2021*. Obtenido de <https://www.unfpa.org/es/sowmy-2021>
- UNICEF El Salvador. (15 de julio de 2020). *UNICEF El Salvador*. Obtenido de <https://www.unicef.org/elsalvador/comunicados-prensa/la-oms-y-unicef-advierten-sobre-un-descenso-en-las-vacunaciones-durante-la-covid>
- Universidad de El Salvador. (1997). Perfil de Egreso de la Carrera Salud Materno Infantil.
- Universidad de El Salvador. (17 de julio de 2020), *Secretaria General*. Obtenido de <http://secretariageneral.ues.edu.sv/>

La Universidad

Órgano científico-sociocultural de la Universidad de El Salvador

Segunda Época

Publicación trimestral

N.º 2, abril-junio de 2021

Estilo de vida, factor de riesgo para diabetes mellitus tipo 2 en población adulta rural

Alisson Georgina Trejo Méndez

David Alexander Tejada Peña

Hilda Cecilia Méndez

ARTÍCULO

Trejo Méndez, A. G., Tejada, Peña, D. A. y Méndez H.C. (2021). Estilo de vida, factor de riesgo para diabetes mellitus tipo 2 en población adulta rural. *Revista La Universidad*, N.º 2, págs. 24-39

Revista *La Universidad*

ISSN: 0041-8242

Correo electrónico: revista.launiversidad@ues.edu.sv

Editorial Universitaria de la Universidad de El Salvador

Estilo de vida, factor de riesgo para diabetes mellitus tipo 2 en población adulta rural

Lifestyle, risk factor for diabetes mellitus type 2 in rural adult population

Alisson Georgina Trejo Méndez
a.trejo0321@gmail.com
Universidad de El Salvador
Orcid: 0000-0002-0531-5381

Hilda Cecilia Méndez
hilda.mendez@ues.edu.sv
Universidad de El Salvador
Orcid: 0000-0001-5089-8021

David Alexander Tejada Peña
david.tejada@salud.gov.sv
Universidad de El Salvador
Orcid: 0000-0003-2502-1433

Fecha de recepción: 17 de enero de 2021
Fecha de aprobación: 23 de marzo de 2021

Resumen

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica relacionada con factores modificables y no modificables. Ha impactado la salud pública en los últimos decenios. El objetivo de este trabajo es determinar los estilos de vida como factor de riesgo asociados a la aparición DM2 en población rural. Por otra parte, la metodología consistió en el estudio de casos y controles para estimar los riesgos asociados (estilos de vida) con la aparición de DM2: 124 sujetos, 62 casos y 62 controles emparejados por sexo y edad. **Se incluyen variables sociodemográficas, estilos de vida y comportamiento alimentario. Razón de momios y la prueba Chi cuadrado Mantel-Haenszel** permitieron la estimación estadística. El 24,2 % fueron hombres 75,8 % mujeres, con edad media de 62,7 años y como resultado el 91% de mujeres presentaron alto riesgo cardiovascular. Los sujetos (casos) que consumieron alcohol presentaron mayor riesgo, con una odds ratio (OR) de 1,633 (IC_{95%} 1,289–8,015), otras drogas, OR1,718 (IC_{95%} 1,306-13,697), pupusas, OR 1,898 (CI_{95%} 1,914-9,870), postre OR1,928 (CI_{95%} 1,713-36,970), bebidas endulzadas, OR1,652 (CI_{95%} 1,372-7,154). Los sujetos (controles) que consumieron alcohol presentaron menor riesgo, OR 0,508 (IC_{95%} 1,289–8,015), otras drogas OR 0,406 (IC_{95%} 1,306-13,697), pupusas, OR 0,437 (CI_{95%} 1,914-9,870), postre OR 0,242 (CI_{95%} 1,713-36,970) y bebidas endulzadas OR 0,527 (CI_{95%} 1,372-7,154). El consumo de verduras-ensaladas y frutas fueron factores protectores para los dos grupos. En conclusión, las mujeres presentaron mayor riesgo cardiovascular (sobrepeso, obesidad grado I y II). El consumo de alcohol, otras drogas, pupusas, postres y bebidas endulzadas presentaron mayor riesgo en los casos y menor en los controles. El consumo de verduras-ensaladas y frutas fueron factores de protección.

Palabras clave: Diabetes mellitus tipo 2, población rural, factores de riesgo, El Salvador.

Abstract

Diabetes mellitus type 2 (DM2) is a chronic disease related to modifiable and non-modifiable factors; it has impacted public health in recent decades. Aim. To determine lifestyles as a risk factor associated with the appearance of DM2, in a rural population. Methodology. Case-control study to estimate the associated risks (lifestyles) with the appearance of DM2, 124 subjects, 62 cases and 62 controls matched by sex and age. We include sociodemographic variables, lifestyles and eating behavior. Odds ratio and the Mantel-Haenszel Chi-square test allowed statistical estimation. 24.2% were men, 75.8% women, with a mean age of 62.7 years, 91% of women had high cardiovascular risk. The subjects (cases) who consumed alcohol had a higher risk, with an odds ratio (OR) of 1,633 (95% CI 1.289-8.015), other drugs, OR1.718 (95% CI 1.306-13.697), pupusas, OR 1.898 (95% CI 1.914-9.870), dessert OR1,928 (CI95% 1,713-36,970), sweetened beverages, OR1,652 (CI95% 1,372-7,154). The subjects (controls) who consumed alcohol had a lower risk, OR 0.508 (95% CI 1.289-8.015), other drugs OR 0.406 (95% CI 1.306-13.697), pupusas, OR 0.437 (95% CI 1.914-9.870), dessert OR 0.242 (95% CI 1.713 -36,970) and sweetened beverages OR 0.527 (95% CI 1.372-7.154). The consumption of vegetables-salads and fruits were protective factors for the two groups. Conclusion. Women had a higher cardiovascular risk (overweight, obesity grade I and II). The consumption of alcohol, other drugs, pupusas, desserts, sweetened beverages presented a higher risk in the cases and a lower risk in the controls. The consumption of vegetables-salads and fruits were protective factors.

Keywords: Diabetes mellitus type 2, rural population, risk factors, El Salvador.

Introducción

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad endocrino-metabólica de etiología compleja, no transmisible, que se produce cuando aumentan los niveles de glucosa en sangre (hiperglucemia), cuyos síntomas incluyen pérdida de peso inexplicable, visión borrosa, micción frecuente, cansancio y sed. Es importante clasificarla de forma temprana para establecer su tratamiento (American Diabetes Association, 2021). Se relaciona con factores de riesgo, urbanización rápida y no planificada, generalización de modos de vida poco saludables y envejecimiento. Los factores de riesgo incluyen una dieta deficiente, la edad avanzada, la obesidad, el comportamiento sedentario y la falta de actividad física (McArdle, Katch, & Katch, 2010). Los riesgos para la salud asociados con la diabetes tipo 2 son macrovasculares (enfermedad cardiovascular) y microvasculares (retinopatía, nefropatía y neuropatía) (American Diabetes Association, 2021).

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, (2022) reportan que 62 millones de personas viven con DM2 en las Américas y es la sexta causa principal de muerte con un estimado de 244,084 muertes causadas directamente por la diabetes y la segunda causa principal de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), lo que refleja las complicaciones limitantes que sufren las personas con diabetes a lo largo de su vida. La prevalencia de diabetes en el último decenio ha aumentado más rápido en países de ingresos medianos y bajos, apareciendo en niños y adolescentes, además de adultos mayores.

La DM2 se asocia a factores de riesgos no modificables (factores genéticos, personales) y riesgos modificables (inactividad física, sobrepeso, fumar, obesidad). El aumento del sobrepeso y la obesidad en la población contribuye en el acelerado crecimiento de la DM2 en América Latina. Esto, genera un impacto económico, emocional y social, debido a los gastos de tratamiento, vivencias de duelo, sentimientos de dependencia vs. discapacidad temprana y gastos en los sistemas de salud para los diabéticos y sus familias (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

El modelo de promoción de salud propuesto por Nola Pender, integra constructos de la teoría de expectativas-valores y de la teoría cognitivo-social, para detectar la estructura multidimensional de los rasgos individuales que interactúan con su ambiente (Pender, 2011). En un estudio se reportaron cambios positivos en el estilo de vida, lo que confirmó la efectividad del modelo de Pender para mejorar los comportamientos de salud de los pacientes con DM2 (Mohammadipour, Izadi Tameh, Sepahvand, & Nadeirfar, 2015). En universitarios peruanos se reportó que los programas

con el modelo de Nola Pender donde se promovieron estilos saludables fueron efectivos para mejorar el ejercicio, la responsabilidad en salud y el manejo del estrés (Carranza Esteban, y otros, 2019).

La OMS (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2022) en el 2016 reportó que en El Salvador, el 5% del total de muertes fueron causa de diabetes mellitus, el mayor porcentaje fueron mujeres entre los 30 a 70 años. La prevalencia fue de 8.8% y los factores conexos fueron sobrepeso y obesidad. El estudio EDUSALUD 2016 (Instituto Nacional de Salud, 2017) reportó que el 46.4% de la población presentó obesidad y el 39.4% sobrepeso.

En El Salvador, no existe abundante información sobre los factores de riesgos modificables (estilos de vida) asociados a la aparición de diabetes mellitus tipo 2 en la población adulta rural, que permita evidenciar los cambios epidemiológicos de la DM2 a partir de la estimación de los riesgos en casos y controles, en las poblaciones que evolucionan hacia la urbanización no planificada. Se aplicaron dos instrumentos: uno para valorar los riesgos de los estilos de vida (cuestionario «Fantástico» versión española) (López, et al., 2020) y el cuestionario para valorar los comportamientos alimentarios (Márquez-Sandoval, et al., 2014). Los resultados pueden ser útiles para discutir y proponer políticas de salud orientadas a generar estilos de vida saludables en la población estudiada. El objetivo fue determinar los estilos de vida como factores de riesgo asociados a la aparición de diabetes mellitus tipo 2 en población rural.

Metodología

Se realizó un estudio observacional de casos y controles en población que atendió la Unidad Comunitaria de Salud Familiar y Especializada (UCSFE) «Ana Manganaro» del cantón *Guarjila*, municipio de *Chalatenango*, de febrero a mayo de 2018.

Los criterios para calcular la muestra (Fisterra, 2018) fueron: prevalencia de exposición del 30 %, nivel de significancia de $< 0,05$, razón casos/controles = 1, Odds Ratio (OR) esperado 2.0 y la potencia estadística de 80 %. Por muestreo aleatorio simple de los expedientes clínicos se obtuvo la muestra pareada de 124 adultos divididos en dos grupos, 62 adultos con DM2 (casos) y 62 adultos sin DM2 (controles), de una población de 2313 adultos ≥ 20 años.

Como criterio de elegibilidad se consideró que casos y controles fueran adultos de ambos sexos mayores de 20 años, residentes de *Guarjila*. Los

casos fueron los usuarios con síntomas clínicos y resultados de laboratorio confirmatorios para DM2 y controles sin DM2. Previa revisión de expedientes clínicos se verificó no incluir embarazadas, personas con discapacidad mental u otros trastornos psiquiátricos ni comorbilidades. Los controles se seleccionaron de 1:1 de forma aleatoria desde un listado obtenido de los expedientes clínicos de la UCSFE de Guarjila. Posteriormente, se les invitó a participar del estudio, el 100 % accedió.

Fueron aplicados tres instrumentos, el primero abordó las características personales, sociales y demográficas. Los parámetros antropométricos se midieron según métodos estandarizados. El peso se midió en kilogramos y la altura en metros usando un estadiómetro. La circunferencia de cintura (CC) se midió en cm en el punto medio entre la última costilla y la cresta ilíaca en el paciente de pie y en espiración. Para el Instituto Nacional de Salud (NIH) (National Institutes of Health, 2018) los umbrales son 102 cm en varones y 88 cm en mujeres. El Índice de Masa Corporal (IMC) se calculó dividiendo el peso en kg entre el cuadrado de la altura en metros. Los pacientes fueron clasificados según la (OMS, 2018): normopeso (desde 18.5 a 24,9 kg/m²), sobrepeso (desde 25 a 29,9 kg/m²), obesidad grado I (desde 30 kg/m² hasta 34,9 kg/m²) u obesidad de grado mayor de I (a partir de 35 kg/m²). El segundo instrumento midió el comportamiento alimentario (Márquez-Sandoval, y otros, 2014) (adaptado) integrado por 32 preguntas de opción múltiple e incluyó preguntas sobre selección, preparación, horarios de toma de alimentos, preferencias de ingestión de alimentos, creencias y barreras al cambio y los patrones alimentarios de los participantes.

Se aplicó la versión española del instrumento «Fantástico» para medir los estilos de vida (López-Carmona, et al., 2020). Exploraron diez dominios de tipo físicos, psicológicos y sociales relacionados al estilo de vida, con 27 ítems con tres opciones de respuesta con valor numérico de 0 a 2 para cada dominio, se calificaron con una escala tipo Likert de 0 a 100 puntos. Estratificó el comportamiento con cinco niveles de calificación: < 39 puntos = existe peligro, 40 a 59 puntos = malo, 60 a 69 puntos = regular, 70 a 84 puntos = bueno, 85 a 100 puntos = excelente estilo de vida. Cuanto menor sea la puntuación, mayor es la necesidad de cambio.

Los datos fueron vaciados en una hoja de cálculo Excel 2016. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables determinando la media y las desviaciones estándar de las variables continuas. Con el apoyo informático SPSS 22, se realizó el análisis bivariado que permitió identificar las asociaciones entre los factores modificables en casos y controles. La razón de momios (odds ratio (OR)) valoró la probabilidad que DM2 tenía en un

grupo de población frente al riesgo que ocurra en otro. Se aplicó la prueba de hipótesis Ji de Mantel y Haenszel y el Intervalo de Confianza IC del 95% para valorar el nivel de significancia.

Los participantes de forma voluntaria, previa información sobre los objetivos, posibles riesgos, molestias y beneficios para la salud, firmaron el consentimiento informado. Se aplicaron los principios de la Declaración de Helsinki y las Pautas Internacionales CIOMS (Van Delden & Van der Graaf, 2017).

Resultados

Este estudio incluyó 124 personas, 62 casos y 62 controles, 24,2 % hombres (H) y 75,8 % mujeres (M), con edad media de 62,7 años. El 10 % eran solteros y el resto casados, unión libre, separados y viudos. En cuanto al nivel educativo entre 89 % a 90 % no habían recibido instrucción formal, con ocupación u oficio mayoritariamente de jornaleros y amas de casa (86 %). Rasgos de las viviendas: el piso de tierra y paredes de loza, el 61 % tenían entre dos a tres habitaciones y área de cocina, en condiciones precarias e insalubres. Respecto de los servicios básicos, 97 % tenían agua potable, energía eléctrica, pero sin servicio de aguas negras. El 92 % -100 % cocinaban los alimentos con leña. Los ingresos mensuales (\$ 250,00 USD) que referían su procedencia como remesas externas, cultivos y de programas sociales. EL 98% tenía más de 10 años de residir en Guarjila.

El 34 % de los casos presentaron sobrepeso y el 42 % obesidad grado I y II, el IMC (Kg/m^2), una desviación estándar (DE) fue de: (IMC 28,4 – DE 4,9 en H) y (IMC 30,2 - DE 7,3 en M). El 40 % de los controles presentó sobrepeso y 26 % obesidad I y II; (IMC 25,5 - DE 3,1 en H) y (IMC 28,8 – DE 6,7 en M).

Tabla 1. Circunferencia abdominal de mujeres y hombres en casos y controles según riesgo cardiovascular (n:124)

Casos				Controles					
Sexo	Alto riesgo		Bajo riesgo		Total	Alto riesgo		Bajo riesgo	
	f	%	f	%		f	%	f	%
Hombres	6	40%	9	60%	15	1	7%	14	93%
Mujeres	43	91%	4	9%	47	36	77%	43	23%
Total	49		13			37		49	

Nota. Mujeres: Bajo riesgo ≤ 88 ; Alto riesgo > 88 Hombres: Bajo riesgo ≤ 102 ; Alto riesgo > 102 .

La Tabla 1 muestra que los casos presentaron alto riesgo cardiovascular: 40 % en H – 91 % en M, bajo riesgo: 60 % en H – 9 % en M; en los controles el riesgo se redujo en ambos sexos.

Tabla 2. Medias y desviación estándar de los puntos en cada dominio de los estilos de vida (fantástico) por sexo en casos y controles (n: 124)

Dominio	Casos		Controles	
	Mujeres (47)	Hombres (15)	Mujeres (47)	Hombres (15)
	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)
Familia y amigos	2,9 (1,3)	2,8 (1,2)	3,0 (1,2)	3,1 (1,2)
Actividad física	1,8 (0,5)	1,7 (0,7)	1,7 (0,6)	1,9 (0,3)
Nutrición	1,9 (1,1)	2,1 (1,3)	2,3 (1,5)	3,2 (1,1)
Tabaco	3,1 (1,4)	2,5 (1,1)	3,3 (1,3)	3,7 (0,9)
Alcohol	5,3 (1,7)	3,7 (2,1)	5,8 (0,6)	5,7 (0,5)
Sueño y estrés	3,9 (1,6)	4,1 (2,0)	3,7 (1,5)	4,5 (1,6)
Tipo de personalidad	2,9 (1,3)	2,7 (1,0)	2,9 (1,2)	2,8 (0,9)
Introspección	3,0 (1,7)	2,7 (1,3)	3,1 (1,3)	3,1 (1,1)
Conducción trabajo	3,5 (0,9)	3,4 (1,2)	3,6 (1,0)	3,6 (0,9)
Otras drogas	5,3 (0,8)	5,1 (1,0)	5,7 (0,6)	5,8 (0,4)
Total	67,1 (8,2)	61,6 (9,4)	70,0 (9,4)	74,9 (6,6)

Nota. DE: Desviación estándar. Cada dominio oscila entre 4 – 8 puntos.

En la Tabla 2 se muestra la autopercepción (recordatorio un mes antes al estudio) de cada uno de los diez dominios descritos para valorar los estilos de vida (la menor puntuación indica mayor necesidad de cambio). En el dominio familia y amigos ambos grupos expresaron que compartían cariño y tenían con quien hablar (media 2,8 – 3,1 de 4 puntos/dominio), la actividad física fue baja, porque caminaban o corrían menos de 20 min una o dos veces por semana, tenían una alimentación balanceada porque comían comida con grasa, azúcares y que no tenía su peso ideal (media 1,9 – 3,2 de 6 puntos/dominio), fumaban entre 1 a 10 cigarrillos al día, (media 2,5–3,1 de 4 puntos/dominio), consumían alcohol (25 g/d) con regularidad (media 3,7–5,8 de 6 puntos/dominio), expresaron dificultades con el sueño, manejaban el estrés y disfrutaban poco del tiempo libre (media 3,7–4,5 de 6 puntos/dominio), tenían una personalidad conformista y negativa (media 2,8–2,9 de 8 puntos/dominio), se valoró una introspección media porque

no tenían pensamientos positivos, tensión y depresión ante los problemas que enfrentaban (media 2,7–3,1 de 6 puntos/dominio), refirieron que estaban poco satisfechos con las actividades que realizaban (media 3,4–3,4 de 4 puntos/dominio), ocasionalmente consumían otras drogas estimulantes y depresores como café y té (media 5,1–5,8 de 6 puntos/dominio).

La valoración final de los estilos de vida en los casos fue regular: 64,73 puntos de 100, y según sexo: 61,6 en H y 67,1 en M. En los controles se clasificó como bueno 71,23 de 100, y por sexo: 74,9 en H y 70,0 en M. Los controles presentaron mejores estilos de vida que los casos. El 77 % de los casos eligieron los alimentos por su sabor, no para cuidarse (23%) ni por el contenido nutrimental (3%), además no comprendían las viñetas nutrimentales (71%). Los controles también eligieron los alimentos por el sabor (85%), evitaban comer alimentos con grasa, para cuidarse (58 %), no por el contenido nutrimental, debido a la falta de comprensión en la lectura de las viñetas nutrimentales (85 %).

El 69% de los casos preparaban los alimentos al vapor, fritos: el 39%, no les quitaban la grasa visible a las carnes el 44 %; como comidas principales refirieron pan, tortillas, papas y cereales, frijoles, garbanzos y lentejas un 8 %), no les agradaban los frutos secos: 21%, a las comidas preparadas le agregaban «puñito de sal» 40%, las bebidas alcohólicas 73% y alimentos empaquetados un 56% refirieron que eran desagradables. El 66 % de los casos preparaban los alimentos al vapor, 34% los hace fritos, les quitaban la grasa visible a las carnes: 37%, como comida principal les agradaba el pan, tortillas, papas y cereales, frijoles, garbanzos y lentejas un 94 %; no les agradaban: 13%, a las comidas no le agregaban «puñito de sal» el 60%, las bebidas alcohólicas 85% y alimentos empaquetados a un 69% le eran desagradables.

Tabla 3. Factores de riesgo sobre estilos de vida asociado a DM2, en casos y controles. (n:124)

Estilos de vida	OR		IC 95%			p-valor*
	Casos (n: 62)	Controles (n: 62)	Caso/control (n: 124)	Límite inferior	Límite Superior	
Familia y amigos	1,257	0,798	1,576	0,775	3,203	0,283
Actividad física	0,947	1,054	0,899	0,363	2,225	1,000
Nutrición	ND	0,492	ND	ND	ND	0,478
Tabaquismo	1,462	0,646	2,263	1,048	4,886	0,057
Alcohol	1,633	0,508	3,214	1,289	8,015	0,019
Sueño y estrés	1,047	0,956	1,094	0,476	2,514	1,000

Tipo de personalidad	ND	0,492	ND	ND	ND	0,478
Introspección	0,609	2,563	0,238	0,026	2,190	0,363
Conducción al trabajo	1,295	0,739	1,752	0,743	4,130	0,285
Otras drogas	1,718	0,406	4,229	1,306	13,697	0,022

Nota. *Chi cuadrado Mantel-Haenszel. ND=No Dato.

La Tabla 3 muestra que existe asociación estadísticamente significativa del consumo alcohol y otras drogas ($p < 0,05$) con DM2. El consumo de alcohol en los casos presentó mayor riesgo, con una odds ratio (OR) de 1, 633 (IC_{95%} 1,289–8,015) y el consumo de otras drogas, OR 1,718 (IC_{95%} 1,306-13,697), el consumo de alcohol en los controles reportó menor riesgo, con una OR 0,508 (IC_{95%} 1,289–8,015) y el consumo de otras drogas OR 0,406 (IC_{95%} 1,306-13,697).

Tabla 4. Factores de riesgos sobre patrones dietéticos (carbohidratos refinados) asociados a DM2 en casos y controles (n:124)

Carbohidratos refinados	OR			IC 95%		p-valor*
	Casos (n: 62)	Controles (n: 62)	Caso/control (n: 124)	Límite inferior	Límite superior	
Arroz, pasta y frijoles	0,909	1,110	0,819	0,236	2,837	1,000
Tortillas, pan y tostadas	0,716	1,569	0,456	0,146	1,423	0,273
Pupusas	1,898	0,437	4,347	1,914	9,870	0,001
Postre	1,928	0,242	7,959	1,713	36,970	0,006
Bebidas endulzadas	1,652	0,527	3,133	1,372	7,154	0,010

Nota. * Chi cuadrado Mantel-Haenszel.

La Tabla 4 muestra que existe una asociación entre los patrones dietéticos al consumo de carbohidratos refinados y DM2 (pupusas, postre y bebidas endulzadas $p < 0,05$). El consumo de pupusas en los casos presentó mayor riesgo, con una OR 1,898 (CI_{95%} 1,914-9,870), postre: OR 1,928 (CI_{95%} 1,713-36,970), bebidas endulzadas: OR 1,652 (CI_{95%} 1,372-7,154). El consumo de pupusas en los controles presentó menor riesgo con un OR 0,437 (CI_{95%} 1,914-9,870), postre OR 0,242 (CI_{95%} 1,713-36,970) y bebidas endulzadas OR 0,527 (CI_{95%} 1,372-7,154).

Tabla 5. Factores de riesgos sobre patrones dietéticos (carbohidratos no refinados) asociados a DM2 en casos y controles (n:124)

Carbohidratos no refinados	OR			IC 95%		p-valor*
	Casos (n: 62)	Controles (n: 62)	Caso/control (n: 124)	Límite inferior	Límite superior	
Verduras o ensaladas	0,557	1,886	0,295	0,140	0,797	0,002
Frutas	0,501	2,373	0,211	0,094	0,471	0,000

Nota. * Chi cuadrado Mantel-Haenszel.

La Tabla 5 muestra que entre el consumo de verduras o ensaladas y frutas existe asociación estadísticamente y son factores protectores a DM2 para los casos y controles, con OR 0,295 (CI_{95%} 0,140-0,797) y OR 0,211 (CI_{95%} 0,211-0,094) respectivamente.

Discusión

Este estudio demostró que los estilos de vida como factores de riesgo están asociados a la aparición de DM2 en casos y controles de la población adulta rural de Guarjila.

La edad de la mayoría de los participantes fue adultos mayores, la cual es un factor de riesgo para la aparición de DM2, lo que coincide con el estudio (Meuleneire, 2008). El sobrepeso y la obesidad grado I y II fueron otros factores de riesgo reportados con mayor porcentaje en mujeres que hombres en los casos y controles. En un estudio en Colombia (Pico, Bergonzoli, & Contreras, 2019) determinaron los factores de riesgo asociados al síndrome metabólico y reportó que las mujeres presentaron un mayor riesgo, con una odds ratio (OR) de 1,70 (IC95% 1,17-2,47). Similares datos se presentaron en una población suburbana en México (González-Juárez, Sánchez-Estrada, Vélez-Márquez, & Doris, 2004), donde encontraron que el IMC era arriba del estándar óptimo para la salud, el 39 % de mujeres y el 20 % de hombres con algún grado de obesidad.

Otro estudio en Colombia reportó que la obesidad fue un factor de riesgo para DM2. El IMC como factor de riesgo para DM2 en la población estudiada sugiere la implementación de acciones para su prevención. En una comunidad rural de Venezuela (Brito-Núñez, Brito-Núñez, & Ruíz-Rendón, 2014) se reportó que el género femenino fue más afecta-

do con IMC promedio de $29,52 \pm 6,04$ vs masculino $25,84 \pm 4,37$, similares datos se reportaron en las mujeres que fueron estudiadas. La situación de la nueva ruralidad es la globalización, que lleva cambios en las relaciones comerciales, culturales, políticas y la transfronterización de enfermedades acarrear problemas de salud pública (Hernández de la Cruz, 2018), tal como se ha demostrado en este estudio y otros de Latinoamérica.

Las mujeres adultas mayores (casos) presentaron mayor porcentaje de riesgo cardiovascular según la medición de la circunferencia abdominal y una leve disminución en hombres. En Perú se demostró que la mortalidad cardiovascular fue un 10% mayor en pacientes con DM2 que sin DM2 en población de adultos mayores, mayormente en hombres (Huamán Macha, et al., 2020). Lo anterior, demuestra que los adultos mayores con DM2 presentan mayor riesgo cardiovascular (mujeres y hombres), sumado a otros riesgos la probabilidad aumenta, lo que sugiere que en algunos años los casos de DM2 aumenten si no se realizan acciones de prevención.

La tensión emocional y la depresión estuvieron presentes en la población estudiada como reacciones emocionales ante los problemas que enfrentaban. Los síntomas depresivos en adultos mayores con o sin DM2 fueron reportados en México (Lozano Keymolen & Gaxiola Robles Linares, 2020). La depresión es un factor de riesgo para la aparición de DM2, agravada por las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales ante los problemas de la vida cotidiana y que al no ser atendida puede convertirse en un problema serio de salud pública (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2021), (OMS, 2021).

Los estilos de vida fueron clasificados como regular en los casos y bueno para los controles. También se demuestra diferencia en los grupos estudiados. Similares resultados se reportaron en Perú (Asenjo-Alarcón, 2020), donde se demostró que el estilo de vida era desfavorable en pacientes con DM2 y en México se encontró que los estilos de vida están íntimamente relacionados a la calidad de vida (Romero-Márquez, et al., 2011).

El consumo de alcohol y otras drogas fueron estadísticamente significativos de riesgo a DM2. En otro estudio se reportó que el consumo de tabaco ejerce daño en los pacientes con diabetes mellitus acelerando las complicaciones crónicas, incremento en el riesgo global de la mortalidad cardiovascular (Soto, 2017). El consumo de alcohol se relaciona con problemas mentales, neurológicos, endocrinos, emocionales y sociales que afectan la salud de la población (Sarasa-Renedo, y otros, 2014). El efecto del alcohol sobre la glucemia no sólo depende de la cantidad de alcohol ingerido, sino de su relación con la ingesta de alimentos.

El consumo de carbohidratos refinados mostró asociación estadísticamente significativa a DM2. Se reporta que «una ingesta elevada de azúcares simples, de alimentos con alto índice glucémico y de dietas con alta carga glucémica se asocian a resistencia insulínica, diabetes mellitus tipo 2, hipertrigliceridemia y cifras bajas de colesterol-HDL» (Matía Martín, et al., 2007). El consumo de verduras o ensaladas y frutas se reportó una asociación significativamente estadística de protección a DM2 en los casos y controles. La OMS recomienda la ingesta de frutas y verduras en la dieta diaria, lo cual puede reducir el riesgo de algunas enfermedades no transmisibles (OMS, 2021). Un estudio en Brasil demostró que las intervenciones educativas favorecen los cambios de estilos de vida (Marinho, et al., 2012).

A pesar de que los comportamientos humanos de la mayoría de los estilos de vida se asocian a la aparición de la DM2, el bajo nivel de escolaridad y los patrones socioculturales propios de la población deben tomarse en cuenta para continuar adaptando los instrumentos utilizados en el estudio. Las intervenciones de promoción de la salud dirigidas a hombres y mujeres, permitirá modificar los estilos de vida desfavorables y disminuir los riesgos potenciales que el estudio ha permitido visualizar. Este estudio abre un camino para seguir explorando aspectos nutricionales, psicológicos y sociales que inciden en la aparición DM2 en poblaciones rurales o en transición, las cuales presentan características propias.

Conclusiones

Los factores de riesgos modificables (estilos de vida) están asociados a la aparición de DM2 en la población adulta rural. La población presentó sobrepeso, obesidad tipo I y II y alto riesgo cardiovascular en la mayoría de las mujeres con DM2. Los principales estilos de vida desfavorables fueron depresión, consumo de alcohol, pupusas, postres y bebidas azucaradas. El consumo de verduras y frutas se reportó como factor protector a DM2. Los potenciales riesgos presentados en mujeres en ambos grupos proyectan un posible aumento de casos de DM2 en los próximos años, a diferencia de los hombres.

Agradecimientos

A la población del cantón de *Guarjila* por haber contribuido con la información y a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar y Especializada (UCSFE) «*Ana Manganaro*» por haber facilitado la realización del estudio.

Referencias

- American Diabetes Association. (2021). Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*, 44 (suppl 1): S15-33.
- American Diabetes Association. (2021). Cardiovascular Disease and Risk Management: Standards of Medical Care in Diabetes—2021. *Diabetes Care*, 44 (Suppl. 1): S125–S150.
- Asenjo-Alarcón, J. (2020). Relación entre estilo de vida y control metabólico en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 de Chota, Perú. *Revista Medica Herediana*, 31(2), 101-107.
- Brito-Núñez, N., Brito-Núñez, J., & Ruíz-Rendón, C. (2014). Riesgo de diabetes en una comunidad rural del Municipio Sotilo: Estado Monagas, Venezuela. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 12(3), 167-176.
- Carranza Esteban, R., Caycho-Rodríguez, T., Salinas Arias, S., Ramirez Guerra, M., Campos Vilchez, C., Chuquiasta Orci, K., & Pérez Rivera, J. (2019). Efectividad de intervención basada en modelo de Nola Pender en promoción de estilos de vida saludables de universitarios peruanos. *Revista cubana de enfermería*, 35(4).
- Fisterra. (enero de 2018). Cálculo del tamaño muestral en estudios de casos y controles. Obtenido de Fisterra.com: <https://www.fisterra.com/formacion/metodologia-investigacion/calculo-tamano-muestral-estudios-casos-controles/>
- González-Juárez, L., Sánchez-Estrada, T., Vélez-Márquez, M., & Doris, G. (2004). Valoración de factores de riesgo para DM 2 en una comunidad semiurbana de la Ciudad de México. *Rev. enferm. Inst. Mex. Seguro Soc*, 65-70.
- Hernández de la Cruz, L. (2018). Transformaciones culturales y económicas en los territorios rurales. Efectos de la maquila de confección en el Valle de Tehuacán: Un análisis socioterritorial. *Estudios sociales. Revista de alimentación contemporánea y desarrollo regional*, 28(52), 0-0.
- Huamán Macha, V., Herrera Pandal, A., Runzer-Colmenares, F., & Parodi, J. (2020). Asociación entre diabetes mellitus tipo 2 y la mortalidad en adultos mayores con enfermedad cardiovascular. *Horizonte Médico*, 20(3).

- Instituto Nacional de Salud. (2017). Prevalencia de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo en educadores de primaria y profesionales de salud que laboran en el sector público del departamento de San Salvador: EDUSALUD 2016. San Salvador: INS.
- López-Carmona, J., Rodríguez-Moctezuma, R., Munguía-Miranda, C., Hernández-Santiago, J., & Casas de la Torre, E. (2020). Validez y Fiabilidad del instrumento «FANTASTIC» para medir el estilo de vida en pacientes mexicanos con hipertensión arterial. *Atención Primaria*, 26 (8): 542-9.
- Lozano Keymolen, D., & Gaxiola Robles Linares, S. (2020). Efectos de la depresión y la diabetes en el riesgo de mortalidad de adultos mayores mexicanos. *Horizonte sanitario*, 19(2), 241-253.
- Marinho, N., Vasconcelos, H., Alencar, A., Almeida, P., & Damasceno, M. (2012). Diabetes mellitus: associated factors among users of the family health strategy. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25, 25, 595-600.
- Márquez-Sandoval, Y., Salazar Ruiz, E., Macedo-Ojeda, G., Altamirano-Martínez, M., Bernal-Orozco, M., & Salas-Salvadó, J. (2014). Diseño y validación de un cuestionario para evaluar el comportamiento alimentario en estudiantes mexicanos del área de la salud. *Nutr Hosp*, 30(1): 153-64.
- Matía Martín, P., Lecumberri Pacual, E., & Calle Pascual, A. (2007). Nutrición y síndrome metabólico. *Revista Española de Salud Pública*, 81(5), 489-505.
- McArdle, W., Katch, F., & Katch, V. (2010). *Exercise physiology: nutrition, energy, and human performance*. . Lippincott Williams & Wilkins.
- Meuleneire, F. (2008). Management of diabetic foot ulcers using dressings with Safetac: a review of case studies. *Wounds UK*, 4(4), 16-30.
- Mohammadipour, F., Izadi Tameh, A., Sepahvand, F., & Nadeirfar, M. (2015). The impact of an educational intervention based on Pender's health promotion model on the lifestyle of patients with type II diabetes. *Journal of Diabetes Nursing*, 2(4), 25-35.
- National Institutes of Health. (2018). National Institutes of Health. Obtenido de nih.gov: <https://www.nih.gov/>

- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (2021). Factores de riesgo para la diabetes tipo 2. Obtenido de [niddk.nih.gov: https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/factores-riesgo-tipo-2](https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/factores-riesgo-tipo-2)
- OMS. (2018). Obesidad y Sobrepeso. Obtenido de [who.int: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight)
- OMS. (2021). Alimentación sana. Obtenido de [who.int: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet)
- OMS. (2021). Depresión. Obtenido de [Who.int: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression)
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). Las ENT de un vistazo. Mortalidad por enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (30 de enero de 2022). Diabetes. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
- Pender, N. (2011). Health promotion model manual. Michigan.
- Pico, S., Bergonzoli, G., & Contreras, A. (2019). Risk factors associated with the metabolic syndrome in Cali, Colombia (2013): A case-control study. *Biomédica*, 39(1), 46-54.
- Romero-Márquez, R., Díaz-Veja, G., & Romero-Zepeda, H. (2011). Estilo y calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 49(2), 125-136.
- Sarasa-Renedo, A., Sordo, L., Molist, G., Hoyos, J., Guirart, A., & Barrio, G. (2014). Principales daños sanitarios y sociales relacionados con el consumo de alcohol. *Revista Española de Salud Pública*, 88(4), 469-491.
- Soto, N. (2017). Tabaquismo y Diabetes. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 33(3), 222-224.
- Van Delden, J., & Van der Graaf, R. (2017). Revised CIOMS International Ethical Guidelines for Health-Related Research Involving Humans. *JAMA*, 10;317(2):135-136.

La Universidad

Órgano científico-sociocultural de la Universidad de El Salvador

Segunda Época

Publicación trimestral

N.º 2, abril-junio de 2021

Prevalencia de virus del papiloma humano en lesiones intraepiteliales de alto grado en mujeres que consultan en los sistemas sanitarios de América Latina. 2010-2019

Estefany Marleny Mejía Sorto

Florenz Johana Henríquez Iraheta

ARTÍCULO

Mejía, Sorto, E. M. y Henríquez, Iraheta, F. J. (2021). Prevalencia de virus del papiloma humano en lesiones intraepiteliales de alto grado en mujeres que consultan en los sistemas sanitarios de América Latina. 2010-2019. *Revista La Universidad*, N.º 2, págs. 40-69

Revista *La Universidad*

ISSN: 0041-8242

Correo electrónico: revista.launiversidad@ues.edu.sv
Editorial Universitaria de la Universidad de El Salvador

Prevalencia de virus del papiloma humano en lesiones intraepiteliales de alto grado en mujeres que consultan en los sistemas sanitarios de América Latina. 2010-2019

Prevalence of human papillomavirus in high-grade intraepithelial lesions in women consulting in Latin American health systems. 2010-2019

Estefany Marleny Mejía Sorto
ms04027@ues.edu.sv
Universidad de El Salvador
Orcid: 0000-0002-9317-7467

Fecha de recepción: 18 de enero de 2021
Fecha de aprobación: 23 de marzo de 2021

Florenz Johana Henríquez Iraheta
hm18092@ues.edu.sv
Universidad de El Salvador
Orcid: 0000-0001-7708-1046

Resumen

El artículo presenta un análisis de la prevalencia del virus del papiloma humano en lesiones intraepiteliales (LEI) de alto grado en las mujeres que consultan en los sistemas sanitarios de América Latina y el Caribe de 2010 a 2019. Metodológicamente mediante un estudio documental de prevalencia se obtienen datos que permiten observar la situación actual del virus del papiloma humano (VPH) y su relación con el cáncer cervicouterino, identificando los serotipos de VPH y los factores de riesgo más frecuentes asociados a este en Latinoamérica y el Caribe. Esto, con el fin de sensibilizar a la población en general sobre la problemática, que en los últimos años ha ido en tendencia al alza.

Palabras clave: prevalencia, virus del papiloma humano, lesiones intraepiteliales de alto grado, cáncer cérvico uterino.

Abstract

The article presents an analysis of prevalence of human papillomavirus in high-grade intraepithelial lesions in women who consult in the health systems in Latin America and Caribbean from 2010 to 2019; methodologically, through a documentary prevalence study, data are obtained that allows to observe the current situation of the human papillomavirus (HPV) and its relationship with cervical cancer, identifying the HPV serotype and the most frequent risk factors for Latin America and the Caribbean; in order to sensitize the population in general about the problem which in recent years has been trending upwards.

Keywords: prevalence, human papillomavirus, high-grade intraepithelial lesions, cervical cancer.

Introducción

El cáncer cérvico uterino es la principal causa de muerte por neoplasia en mujeres en edad fértil de países en vías de desarrollo. Se ha calculado que en todas las Américas, cada año se presentan casi 120.000 nuevas pacientes con cáncer de cérvix uterino principalmente en mujeres de América Latina y el Caribe. América del Norte tiene la morbilidad y mortalidad más baja; en su mayoría las mujeres que se ven más afectadas son las que contraen infecciones por vía sexual, gonorrea, clamidia y herpes genital, estas son tratables en etapas tempranas de la enfermedad, pero al mismo tiempo en gran parte de Latinoamérica las mujeres tienen acceso limitado a los servicios de diagnóstico y tratamiento (Castellon Reyes SJ, 2008-2009).

El objetivo de la investigación es analizar la prevalencia del virus del papiloma humano en las lesiones intraepiteliales de alto grado y los factores de riesgo asociados, en las mujeres que consultan en los sistemas sanitarios de América Latina de 2010 a 2019. Lo anterior, mediante un estudio documental de prevalencia, así como los factores de riesgo asociados, para obtener datos que permitan observar la situación actual en Latinoamérica y que los mismos sirvan para mejorar brechas de acceso a diagnóstico y tratamiento oportuno y sensibilizar a la población en general sobre la problemática, la cual en los últimos años ha ido en tendencia al alza.

Metodología

Método de la investigación

El tipo de estudio es una investigación documental narrativo, descriptivo y retrospectivo. Se realizó una revisión documental en revistas, revistas científicas, guías, lineamientos médicos y sitios web como ICO/IARC *Information Center on Human Papiloma Virus and Cáncer* (HPV center); *Global Cáncer Observatory* (GLOBOCAN).

La población del estudio y la muestra

Se consideraron 100 artículos relacionados con estudios de la prevalencia del virus del papiloma humano y las lesiones de alto grado en América Latina y del Caribe. De estos artículos se seleccionaron 77 con base en los criterios de actualización y tomando en cuenta que el rango del período de los artículos que se seleccionó fue entre 2010 y 2019.

Estrategia o diseño metodológico

Las fuentes bibliográficas que se analizaron son de Latinoamérica y del Caribe. Para concentrar la información se trabajó con artículos científicos y datos estadísticos de los países: México, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica, Colombia, Ecuador, Chile y Cuba.

Las revisiones bibliográficas se llevaron a cabo en revistas científicas, revistas médicas, videoconferencias, guías y lineamientos clínicos, reportes estadísticos por cada país estudiado de América Latina y el Caribe, en un periodo de publicación de nueve años, desde 2010 hasta 2019. En el centro de información de VPH y la GLOBOCAN se encontraron informes y datos estadísticos por cada país en estudio.

Técnicas e instrumentos de indagación documental o de recolección de información

Se realizó la búsqueda científica en los siguientes repositorios: Google académico, Science Direct, Research Gate, EBSCO, Redalyc y Scielo. Del total de publicaciones encontradas (N=100) en los diferentes sitios, se eliminaron 23 publicaciones, 9 publicaciones que eran duplicadas en la búsqueda, 13 porque los años de las publicaciones no eran correspondiente al tiempo del estudio, 1 estudios correspondientes al continente europeo. Por lo que el total de las revisiones bibliográficas fueron 77 artículos, 2 libros, 2 lineamientos técnicos de prevención de VPH, 1 normativa de prevención de VPH y 1 guía clínica.

La recolección de los artículos se sistematiza en una base de datos de Excel que incluye título del artículo, año y país. Con esto se pretendía evitar la duplicidad de información. La mayoría de los estudios fueron descriptivos a excepción de 10 estudios experimentales. Casi todos los estudios utilizan diseño transversal a excepción de 2 estudios con diseño longitudinal.

Los datos estadísticos por cada país se obtuvieron de los informes relacionados al Virus del Papiloma Humano de ICO/IARC *Information Center on Human Papiloma Virus and Cáncer* (HPV center); *Global Cáncer Observatory* (GLOBOCAN).

Plan de tabulación de la información y análisis de resultados

Se realizaron lecturas y análisis exhaustivos de los artículos, libros y de las guías médicas, para determinar la prevalencia del virus del papiloma humano en las lesiones precancerosas en los países de América Latina y del

Caribe: México, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica, Colombia, Ecuador, Chile y Cuba. Asimismo, se identificaron los factores de riesgos asociados al virus de papiloma humano y se confrontaron con los datos estadísticos de ICO/IARC *Information Center on Human Pappiloma Virus and Cáncer* (HPV center) (<https://hpvcentre.net/datastatistics.php>, s.f.); Global Cáncer Observatory (GLOBOCAN), lo que permitió comparar la prevalencia del virus del papiloma humano en los diferentes sistemas sanitarios de los países en estudio, los serotipos VPH prevalentes en las lesiones de alto grado y los factores de riesgo asociados a las lesiones de alto grado de VPH.

Los resultados se obtuvieron de la revisión documental de informes de país y datos estadísticos en ICO/IAC *Information Center on HPV and Cáncer*. De los siete países de Latinoamérica: México, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica, Colombia, Ecuador, Chile y un país del Caribe: Cuba, se recopiló la información estadística por cada país en bases de datos en Excel para realizar el procesamiento estadístico. Se elaboraron tablas de datos de las variables del estudio: prevalencia, factores de riesgo y serotipos más frecuentes de VPH en lesiones de alto grado. Luego, se realizaron gráficos y analizaron los resultados. Se confrontaron los datos con las teorías descritas en el Marco teórico para interpretarlos y se dio respuestas a la pregunta planteada.

La prevalencia de Virus del Papiloma Humano se define como el número de personas de una población que han sido diagnosticadas con VPH en citologías normales, LEI de bajo grado o en LEI de alto grado. La prevalencia se presenta solo para la población adulta mujeres (mayores de 15 años) y se expresa en porcentajes por cada 100,000 mujeres.

Consideraciones éticas

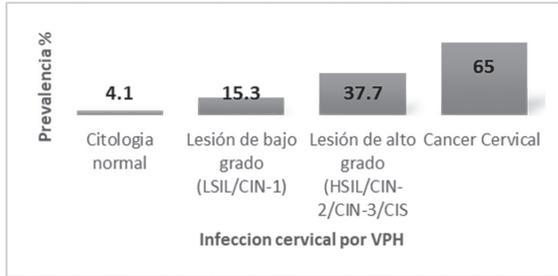
El estudio es del tipo documental narrativo. Por lo tanto, no fue necesaria la aprobación de los comités de ética de instituciones de salud. Cabe señalar que en todos los artículos seleccionados sobre la calidad de prescripción se respetaron los principios éticos.

Resultados

De acuerdo con la revisión bibliográfica realizada: de los ocho países estudiados se observa que el de mayor prevalencia de VPH en lesiones de alto grado es Chile. Se ha documentado un descenso sostenido de la cobertura de PAP (Prueba de Papanicolau o citología cervical), reflejando que las campañas dirigidas al público no están siendo exitosas, ya que están orientadas a mujeres de 25 a 64 años, dejando de lado a las adolescentes con sexarquía temprana. Además, se observó como principal brecha la au-

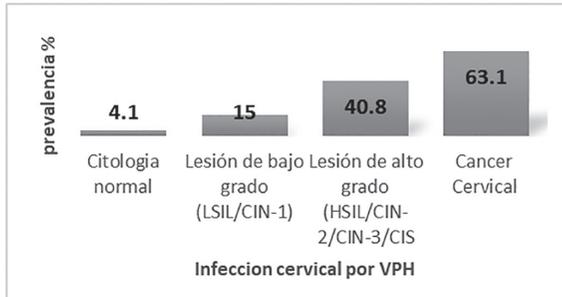
sencia de cobertura en 15 regiones rurales. Desde el 2008 hasta el 2015 se documenta un franco descenso de la cobertura de PAP, cubriendo menos del 80% de la población. (Lewis, 2020). Las gráficas han sido construidas basándose en la investigación bibliográfica consultada.

Figura 1. Prevalencia del VPH en México



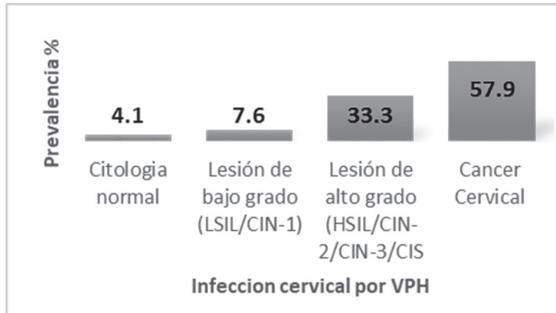
Nota. En el cáncer cervical en México se documenta una prevalencia de 65, la cual cuadruplica el valor en relación con las lesiones de bajo grado con una prevalencia de 15.3.

Figura 2. Prevalencia del VPH en El Salvador



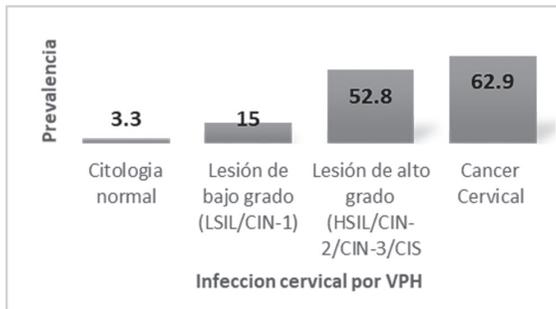
Nota. En El Salvador el cáncer cervical tiene una prevalencia de 63.1 la cual cuadruplica el valor en relación con las lesiones de bajo grado.

Figura 3. Prevalencia del VPH en Nicaragua



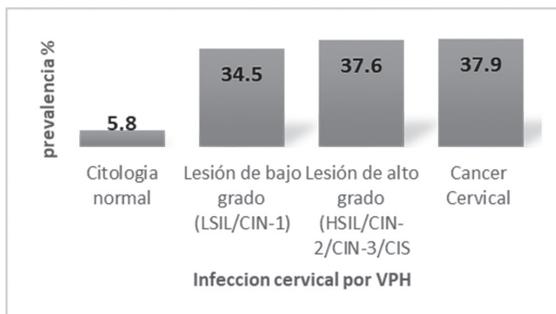
Nota. El cáncer cervical en Nicaragua documenta una prevalencia de 57.9. Duplica siete veces el valor con relación a las lesiones de bajo grado.

Figura 4. Prevalencia del VPH en Costa Rica



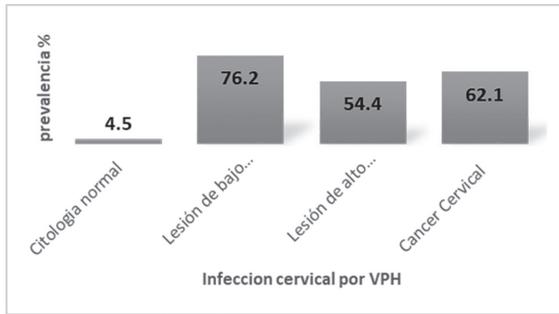
Nota. El cáncer cervical en Costa Rica documenta una prevalencia de 62.9 la cual cuadruplica el valor en relación con las lesiones de bajo grado.

Figura 5. Prevalencia del VPH en Ecuador



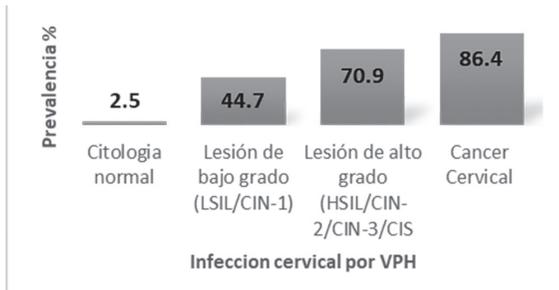
Nota. En el cáncer cervical en Ecuador documenta una prevalencia de 37.9, dicho valor es similar con relación a las lesiones de bajo grado y de alto grado.

Figura 6. Prevalencia del VPH en Colombia



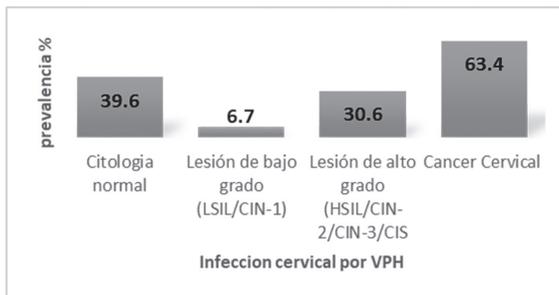
Nota. El cáncer cervical en Colombia documenta una prevalencia de 62.1, valor que es menor en relación con las lesiones de bajo grado.

Figura 7. Prevalencia del VPH en Chile



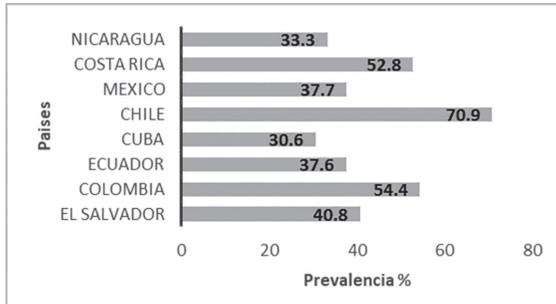
Nota. El cáncer cervical en Chile documenta una prevalencia de 86.4, lo que duplica el valor en relación con las lesiones de bajo grado.

Figura 8. Prevalencia del VPH en Cuba



Nota. En el cáncer cervical en Cuba documenta una prevalencia de 63.4, el cual es diez veces más el valor en relación con las lesiones de bajo grado.

Figura 9. Prevalencia del VPH en LEI alto grado



Los datos expresados en la figura 9 son la prevalencia porcentual del número de mujeres con la afección por cada 100,000 habitantes mujeres en edad fértil. Se contemplaron mujeres que presentaban lesiones intraepiteliales de alto grado incluyendo casos con tipificación VPH 16 y 18. Más del 95% de los casos de cáncer de cuello uterino contienen DNA del VPH de uno o más de los serotipos de alto riesgo o VPH oncogénico, los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 y 68, 27, 28 (Arroyo, 2008). El virus del papiloma humano 16 es el más frecuente en el mundo, excepto en Indonesia y Argelia donde el virus del papiloma humano 18 es el más común (Atencio T, 2020). De los países en estudio se observa que Chile es el país con mayor prevalencia de 70.9 y Cuba el de menos prevalencia con 30.6.

Tabla 1. Prevalencia de serotipos más oncogénicos en América Latina y el Caribe

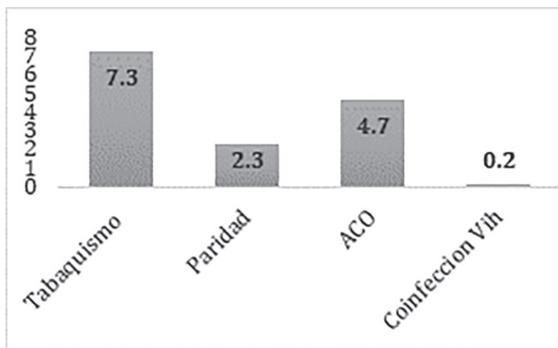
País	Serotipos	Casos	Prevalencia	Intervalo de confianza 95%
México	16	247	31.2	(25.7-37.2)
	18	247	6.5	(4.0-10.3)
	31	247	6.5	(4.0-10.3)
	33	196	7.1	(4.3-11.6)
	35	196	0.5	(0.1-2.8)
Chile	16	110	55.5	(46.1-64.4)
	18	110	15.5	(9.9-23.4)
	31	110	2.7	(0.9-7.7)
	33	110	1.8	(0.5-6.4)
	35	110	1.8	(0.5-6.4)
Nicaragua	16	108	26.9	(19.4-35.9)
	18	108	6.5	(3.2-12.8)
	31	108	12	(7.2-19.5)
	33	108	5.6	(2.6-11.6)
	35	108	2.8	(0.9-7.9)
El Salvador	No hay estudios			

Colombia	16	309	43	(37.6-48.6)
	18	309	11.3	(8.3-15.3)
	31	309	5.5	(3.5-8.6)
	33	309	3.6	(2.0-6.3)
	35	309	1.9	(0.9-4.2)
Costa Rica	16	108	45.4	(36.3-54.8)
	18	108	7.4	(3.8-13.9)
	31	108	9.3	(5.1-16.2)
	33	108	4.6	(2.0-10.4)
	35	108	2.8	(0.9-7.9)
Cuba	16	36	27.8	(15.8-44.0)
	18	36	2.8	(0.5-14.2)
	31	36	19.4	(9.8-35.0)
	33	36	2.8	(0.5-14.2)
	35	36	0	(0.0-9.6)
Ecuador	16	109	33.9	(25.7-43.2)
	18	109	3.7	(1.4-9.1)
	31	109	3.7	(1.4-9.1)
	33	109	2.8	(0.9-7.8)
	35	109	1.8	(0.5-6.4)

Nota. En la tabla se identifican los cinco serotipos más oncogénicos prevalentes por cada país estudiado y se resume que Chile es el país con mayor prevalencia de VPH 16 (55.5) y VPH 18 (15.5).

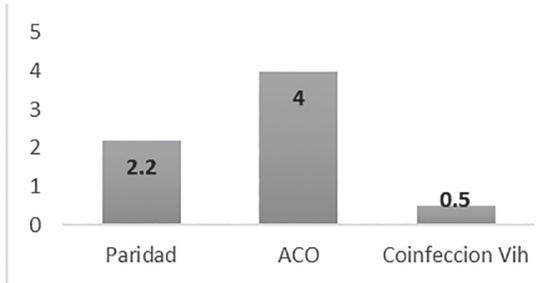
A continuación, se presentan los principales resultados de los factores de riesgo asociados al virus del papiloma humano en lesiones de alto grado en los países de América Latina y del Caribe.

Figura 10. Prevalencia de factores de riesgo asociados al virus del papiloma humano en lesiones de alto grado en México en junio 2019



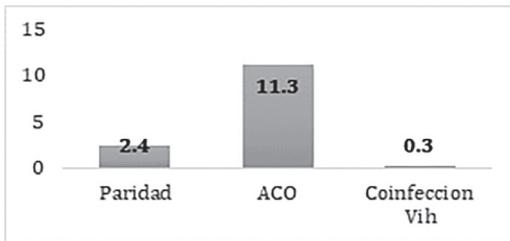
Nota. En México la relación de Factores de Riesgo que mayor prevalencia presentó fue el tabaquismo y el uso de anticonceptivos orales valores que se duplican y triplican en relación con la paridad y las coinfecciones por VIH.

Figura 11. Prevalencia de factores de riesgo asociados al virus del papiloma humano en lesiones de alto grado en El Salvador en junio 2019



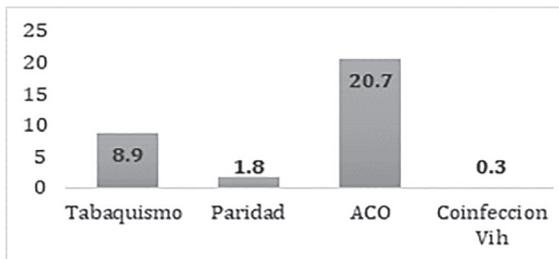
Nota. El uso de anticonceptivos orales es el factor de riesgo con mayor prevalencia en El Salvador, se observa en menor proporción las coinfecciones por VIH (0.5).

Figura 12. Prevalencia de factores de riesgo asociados al virus del papiloma humano en lesiones de alto grado en Nicaragua en junio 2019



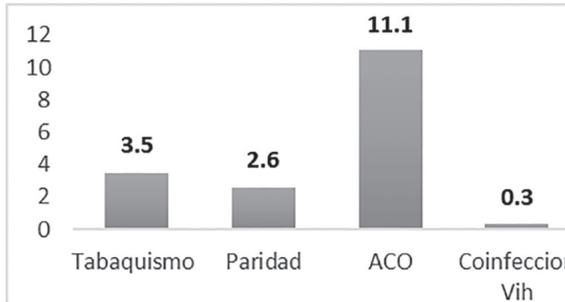
Nota. En Nicaragua el consumo de anticonceptivos orales es el factor de riesgo más predisponente para VPH en lesiones de alto grado con una prevalencia de 11.3 y el factor de riesgo menos prevalente son las coinfecciones por VIH (0.3).

Figura 13. Prevalencia de factores de riesgo asociados al virus del papiloma humano en lesiones de alto grado en Costa Rica en febrero 2019



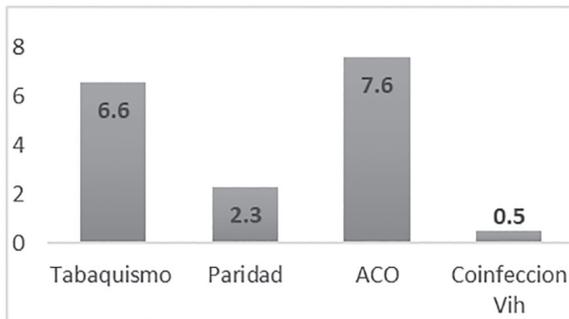
Nota. En Costa Rica para el 2015 se observó que el factor de riesgo más prevalente asociado a VPH de alto grado el factor más prevalente el uso de anticonceptivos orales (20.7) y en menor proporción las coinfecciones por VIH con 0.3.

Figura 14. Prevalencia de factores de riesgo asociados al virus del papiloma humano en lesiones de alto grado en Ecuador 2019



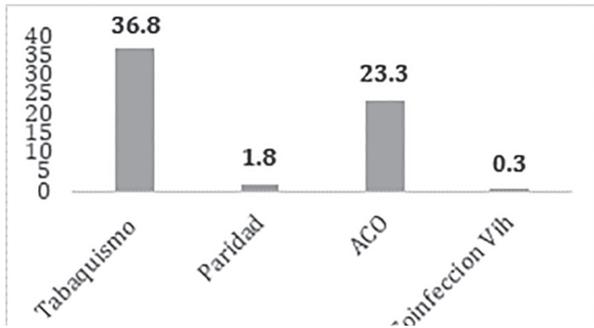
Nota. En Ecuador para el 2019 se obtuvo que el uso de anticonceptivos orales tiene la mayor prevalencia (11.1), y el factor de riesgo menos prevalente son las coinfecciones por VIH (0.5).

Figura 15. Prevalencia de factores de riesgo asociados al virus del papiloma humano en lesiones de alto grado en Colombia en junio 2019



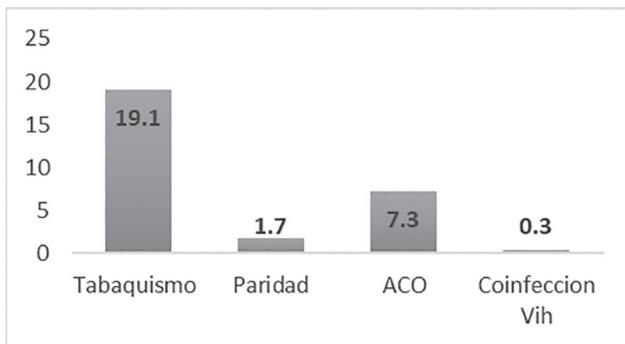
Nota. En el 2019 en Colombia los factores relaciones a las lesiones de alto grado por VPH se obtuvo con mayor prevalencia el uso de anticonceptivos orales con 7.6 y en menor proporción las coinfecciones por VIH con 0.5.

Figura 16. Prevalencia de factores de riesgo asociados al virus del papiloma humano en lesiones de alto grado en Chile en junio 2019



Nota. En Chile se obtuvo que para el 2019 el tabaquismo es el factor de riesgo con mayor prevalencia para las lesiones de alto grado relacionadas al VPH con una prevalencia de 36.8 y en menor proporción la coinfección con VIH con 0.3.

Figura 17. Prevalencia de factores de riesgo asociados al virus del papiloma humano en lesiones de alto grado en Cuba en junio 2019



Nota. En Cuba el factor de riesgo para VPH en lesiones de alto grado fue el tabaquismo con 19.1 y en menor proporción las co-infecciones por VIH con 0.3.

Discusión

De acuerdo con la revisión bibliográfica realizada, en los ocho países se observa que el de mayor prevalencia es Chile. En ese sentido, se ha documentado un descenso sostenido de la cobertura de PAP, lo que podría suponer que las campañas dirigidas al público no están siendo exitosas, ya que, están orientadas a mujeres de 25 a 64 años, donde quedan excluidas las adolescentes con sexarquía temprana. Asimismo, se observó a Chile como la principal brecha la ausencia de cobertura en 15 regiones rurales, desde el 2008 hasta el 2015 se documenta un franco descenso de la cobertura de PAP cubriendo menos del 80% de la población.

En segundo lugar, de prevalencia se encuentra Colombia, y según los artículos revisados el VPH se convirtió en motivo de preocupación para la salud pública del país porque para el 2020 ya representaba la primera causa de muerte por Cáncer. Además, se refleja en diferentes estudios que las entidades públicas promueven la realización de citologías, pero la toma del test VPH son realizadas únicamente por empresas aseguradoras privadas, a las cuales no todas las mujeres tienen acceso.

Según la FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia), El Salvador fue el primer país latinoamericano en adquirir la prueba de VPH a un bajo costo para un programa de detección nacional ejecutado por ONGs del país, sin embargo, no se tuvo acceso a estudios de prevalencia. En los datos estadísticos del VPH Center para El Salvador se refleja una prevalencia muy baja en comparación a otros países de América Latina a pesar de ser la segunda causa de cáncer en mujeres en el país y la primera causa de muerte en las mujeres salvadoreñas.

Nicaragua es de los países con escasos estudios de prevalencia del VPH. Según datos estadísticos, el tercer lugar de prevalencia se encuentra en Costa Rica, pero según los artículos consultados no se evidencian estudios de su país, y en sus revistas científicas se publican estudios de otros países.

Se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica de los países de América latina y el Caribe (México, Nicaragua, El Salvador, Costa Rica, Chile, Colombia, Ecuador y Cuba). Se encontró un promedio de 15 serotipos VPH de alto riesgo por su capacidad oncogénica, todos están relacionados directamente con el cáncer cérvico uterino. En 46 publicaciones se evidenció que los subtipos de VPH más oncogénico para América latina son 16,18,31,33, 35. Por tal motivo, se analizaron estos 5 subtipos donde se demostró que Chile, Costa Rica, México, Nicaragua, Cuba, Colombia y Ecuador tienen alta prevalencia de VPH16 y en menor prevalencia VPH

35, siendo ambos en igual proporción altamente oncogénicos. En El Salvador no se encuentran estudios sobre tipificación de serotipos de VPH.

Se evaluó, en la revisión bibliográfica, el efecto de los factores de riesgo como determinantes para que se produzca la progresión de las lesiones precancerosas, los principales factores de riesgo identificados: el tabaquismo, uso de anticonceptivos orales, coinfección por VIH y paridad; para las infecciones por VPH de AR para cada país en estudio.

Entre las mujeres de Chile y Cuba ser tabaquista es el factor de riesgo más significativos para infección por VPH de alto grado. Entre las mujeres de Colombia, Costa Rica y Ecuador el uso de anticonceptivos orales es el factor de riesgo más significativo. También, en El Salvador y Nicaragua tienen como principal factor de riesgo el uso de anticonceptivos orales, pero es importante destacar que de estos últimos dos países no se encontraron estudios que evaluaran al tabaquismo como factor de riesgo para VPH.

El cáncer cérvico uterino es la tercera forma de cáncer más común entre las mujeres en todo el mundo, con un estimado de 569.847 nuevos casos y 311.365 muertes en 2018 (GLOBOCAN). Alrededor de 724 nuevos casos de cáncer cérvico uterino se diagnostican anualmente en El Salvador (estimaciones para 2018). Se sitúa como la segunda causa de cáncer femenino en El Salvador y el segundo cáncer femenino más común en mujeres de 15 a 44 años. Para lograr contribuir a mejorar el Programa Nacional para la prevención y Control del cáncer cervicouterino que se utiliza en El Salvador, se debe tener claro que el objetivo principal es reducir la incidencia y mortalidad por cáncer del cuello del útero mediante la prevención, detección y tratamiento oportunos. Para esto se debe mejorar la utilización de los datos epidemiológicos locales disponibles.

Entre los indicadores encontrados en El Salvador para el año 2018 se encuentran:

- a) Número anual de casos nuevos de cáncer de cuello uterino: 724.
- b) Número anual de muertes por cáncer de cuello uterino: 386.
- c) Tasas de incidencia bruta por cada 100.000: 21.3.
- d) Tasa de incidencia estandarizada por edad: 18,5.
- e) Tasa de mortalidad en adultos (probabilidad de morir entre 15 y 60 años por cada 1.000) *4: 105.
- f) Riesgo acumulado (%) a los 75 años: 2.

En la actualidad el programa nacional pretende tamizar al 80% de mujeres de 30 a 59 años mediante el examen de citología cérvico vaginal, disminuir en un 20% la mortalidad por cáncer cérvico uterino, que el 100% de mujeres adultas reciban educación para la prevención y control del cáncer de cuello del útero y brindar tratamiento al 100% de mujeres que lo ameriten a través de opciones seguras y efectivas. Entre las deficiencias encontradas del programa nacional se puede mencionar que no se encontró actualización de los Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cérvico uterino y de mama, puesto que el documento encontrado es una publicación del año 2015.

Se encontró que el último documento actualizado del programa nacional es *Estrategia de Información, Educación y Comunicación (IEC)* para la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) 2020. Se incorporó en el año 2020 la vacuna del virus del papiloma humano como parte del esquema de vacunación. Así mismo, se encontró información en una video-conferencia del Congreso Nacional de Ginecología 2020 que la Prueba Care HPV será parte del tamizaje del programa nacional.

En los programas de tamizaje de cáncer de cuello uterino, la detección de VPH puede realizarse mediante pruebas directas que permiten la identificación del genoma de VPH de alto riesgo (VPH-AR), de amplificación de un fragmento de ADN viral, con o sin genotipificación, o mediante la detección de ARNm. Las primeras identifican de manera directa el ADN de algunos de los 13 tipos de VPH que son considerados carcinogénicos sin realizar amplificación previa del ADN dentro de los cuales se encuentra la prueba Care HPV. (Resumen de pruebas VPH disponibles, 2022)

Conclusiones

Se identificó que se dispone con un amplio material bibliográfico sobre la prevalencia del VPH en las lesiones de alto grado y factores de riesgo asociados en los repositorios de los diferentes países de Latinoamérica y el Caribe, pero están localizados a una región específica y no a todo el país. Es evidente que el cáncer cérvico uterino persiste como un problema relevante de salud pública en América Latina y el Caribe. Cada año, se diagnostican cerca de 77.000 nuevos casos y unas 30.000 mujeres mueren prematuramente por esta enfermedad.

En El Salvador y Nicaragua a pesar de reconocer que el Cáncer de cérvix es la segunda causa de muerte por cáncer en las mujeres, se encontró poca o nula inversión en investigaciones relacionadas a la prevalencia del Virus del Papiloma Humano, serotipos más oncogénicos y factores de riesgo. Se observaron cinco serotipos de VPH potencialmente oncogénicos (16,18,31,33,35), los cuales se relacionan directamente con el cáncer cérvico uterino de las mujeres en Latinoamérica y el Caribe. Se reconoce al Tamizaje para VPH cada 3 años y la detección precoz de lesiones de alto grado como una medida preventiva más eficaz, siempre y cuando se tenga una población meta del 80% de mujeres por país. Se identificó que la incorporación de la vacuna de VPH en los esquemas de vacunación en los países de Latinoamérica disminuye el riesgo de adquirir algunos serotipos oncogénicos de VPH, pero no exonera a la paciente a padecer en la vida adulta Lesiones intraepiteliales e incluso Cáncer de cérvix.

Asimismo, se identificó que la mayoría de los países, o quizá todos, ya cuentan con algunos elementos de un programa para la prevención del VPH, lesiones de alto grado y cáncer cérvico uterino. Sin embargo, la fragmentación y la falta de coordinación han impedido que tales elementos constitutivos se integren en programas eficaces. Para lograr una efectividad óptima, los programas de tamizaje deben integrarse mejor con programas de tratamiento y seguimiento.

Referencias

- Adan Treminio, N. V. (2016). Prevalencia y Factores Asociados a Lesiones Pre malignas y Cáncer Cérvico uterino en Trabajadoras de Tabacaleras en el Municipio de Estelí: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/6800/1/240109.pdf>
- Almonte. (2010). Nuevos Paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer del cuello uterino en América Latina: <https://www.scielosp.org/article/spm/2010.v52n6/544-559/>
- Alvarado Ramírez, M. N., Cabezas Méndez, L. A., & Callejas Colato, A. Y. (2017). Diagnóstico y seguimiento de Infección de alto riesgo a través del método de tamizaje del virus del papiloma humano en mujeres de 30-59 años de edad, de la zona rural de San Lorenzo, San Vicente 2015-2016.
- Aquino Rojas, E. (2019). Tácticas de fortalecimiento para la prevención del cáncer cérvico uterino a través de la vacunación contra VPH. *Gaceta Médica boliviana*, 42(2).
- Arroyo, G., Zetina, F., Villeda, M., & Guerra, W. (2008). Prevalencia del virus del Papiloma Humano y otros factores de riesgo para el desarrollo de cáncer cervical en Guatemala. *Revista Científica. Universidad de San Carlos, Guatemala.*, 4(1).
- Atencio T, B. A. (2013). Determinación del virus papiloma humano y virus herpes simple y su posible relación con la presencia y tipo de lesiones pre invasivas del cuello uterino: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S007552222013000200007&lan
- Avendaño, R. (2014). Conocimientos, actitudes y practicas sobre el cáncer cervicouterino, el VPH y sus formas de prevención en los departamentos de Santa Ana y Sonsonate, Republica de El Salvador.
- Broutet, N., O'neal Eckert, L., Ulrich, A., & Bloem, P. (2016). *Control Integral del cáncer cervicouterino: Guía de prácticas esenciales* (2da ed.). (B. S. Salud, Ed.) Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

- Cabrera, J., Cárdena, O., Campoverde, M., & Ortiz, J. (2015). Prevalencia de genotipos del papiloma virus humano en mujeres de la provincia Azuay, Ecuador. *Maskana Revista Científica*, 6(1).
- Cardonne Tatiana, M. K. (2017). Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000100015
- Carlos, M. Z., Eduardo, H. A., & Fabian, A. D. (2018). Relación de hallazgos en citologías cérvico vaginales y colposcopias con infección por el virus del papiloma humano, en una población de la ciudad de Santa Marta: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/biociencias/article/view/>
- Carrion Ordoñez, J. I., Soto Brito, Y., & Antuñez, M. (2020). Infección por virus del papiloma humano en mujeres del Cantón Cañas, Ecuador. *Revista Cubana de Medicina Tropical.*, 72(1).
- Cesar, L. E., Rosalba, R., Pilar, L. M., & Hernández, L. (1993). Factores de riesgo reproductivo y Cáncer cérvico uterino en la ciudad de México: <https://www.redalyc.org/pdf/106/10635107.pdf>
- Cherres, C. (2018). Diagnóstico del virus del papiloma humano en mujeres en edad fértil del área de salud No. 1 Azogues, Ecuador: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000100015
- Contreras Irazabal, L., Correnti, M., & Avila, M. (2008). Virus del papiloma humano en contexto ecológico venezolano: Diagnostico citológico y molecular. *Salus*, 12(3).
- Control, G. C., & Cáncer, A. S. (2014). Aptitudes y Prácticas sobre el Cáncer Cérvico Uterino, Virus del Papiloma Humano y sus Formas de Prevención en el departamento de Sonsonate y Santa Ana, Republica de El Salvador:
- <https://www.iccpportal.org/sites/default/files/resources/Estudio%20CAPs%20sobre%20el%20CCU%20-%20El%20Salvador%202014%202.pdf>
- Correnti, M., Cuazza, M., Alfonso, B., & Cozada, C. (2001). Infección por el Virus de Papiloma Humano: un problema de salud pública en Venezuela=: https://vitae.ucv.ve/pdfs/VITAE_3575.pdf

- Cruz Zapata, C. R. (2009). Recuperado el 27 de Julio de 2020, de Cambios celulares del VPH: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/1728/1/218337.pdf>
- Cuba Reyes, M., González Pérez, M., & Scull Martínez, M. (2019). Importancia del Sistema Bethesda en el diagnóstico citológico de lesiones precancerosas del cérvix. *Revista Médica Electrónica*, 41(1).
- Dávila Gómez, H., García Valdés, A., & Álvarez Castillo, F. (2011). Neoplasia intra epitelial de cuello uterino en un área de salud de la Isla de la Juventud, Cuba: 1999-2008. *Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia*, 76(4).
- De la Rosa Martínez, R. (2013). Prevalencia de los tipos de virus del papiloma humano según el grado de las lesiones neoplásicas del cérvix y de la edad: estudio transversal en mujeres referidas a colposcopia en el estado de San Luis Potosí, México.
- De Sousa, K., & Colmenares, E. (2019). Prevalencia de lesiones intra epiteliales cervicales de bajo y alto grado en pacientes en edad fértil Maracaibo, Estado Zulia. *Revista Digital de Postgrado.*, 8(3).
- Domínguez Susana, P. P. (2018). Infección por el virus del papiloma humano en adolescentes y adultas jóvenes: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000100017
- Erazo Luna, E. V., & Velásquez, M. M. (2019). Respuesta inmunológica al Virus de papiloma humano. *Dermatológica Revista Mexicana*, 63(1).
- Espin Falcon, J. C., & Cardona Almeida, A. (2012). Acerca del Cáncer cérvico uterino como un importante problema de salud pública. *Revista Cubana de Medicina General Integral.*, 28(4).
- Estrada, J. P., & Ulloa Castro, A. (2018). Diagnóstico del Virus del Papiloma Humano en Mujeres en Edad Fértil del Área de Salud N°1 de Azogues, Ecuador. *Revista de Información Científica*, 97(1).

- Fernández Gracia, I., Neyro, J. L., & Ignacio, C. (2020). Vacunas terapéuticas del virus del papiloma humano: revisión de la evidencia actual. *Ginecología y Obstetricia México*, 88(9).
- Francisco Narváez, M. J. (2018). Prevalencia de displasias cérvico vaginales en el sur de Tamaulipas México 2009-2017. Convención Internacional de Salud: <https://www.google.com/search?q=como+citar+conferencias+segun+vancouver&tbm=isch&client=firefox-b-d&hl=en&sa=X&ved=2ahUKEwi-5zaWLm-zqAhXeZjABHUriAW8QBXoECAEQJw&biw=1349&bih=654#imgrc=93z8erdH1rJr8M>
- G, L., & C, N. (2012). Epidemiología del cáncer de Cuello Uterino: <file:///C:/Users/florenz/AppData/Local/Temp/ecancermedicals-science-2015-article-577.es.pdf>.
- Gaitán Duarte, H., Rubio Romero, J., & Eslova Schmalbach, J. (2004). Asociación de la citología cérvico vaginal inflamatoria en lesión intra epitelial cervical en pacientes en una clínica de salud sexual y reproductiva en Bogotá, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 6(3).
- García, G. M. & García Alvarenga, M (2015). Tamizaje del virus del papiloma humano como indicador de salud sexual y reproductiva en las mujeres que consultan en la unidad comunitaria de salud familiar Santiago Nonhualco: <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/15752/1/Tamizaje%20del%20virus%20del%20papiloma%20humano%20como%20indicador%20de%20salud%20sexual%20y%20reproductiva%20en%20las%20mujeres%20que%20consultan%20en%20la%20Unidad%20Comunitaria%20de%20Salud%20Familiar%20Santiago%20>
- González Mariño, M. A. (2019). Tratamiento inmediato en pacientes con cribado combinado (Citología y prueba de VPH) para Cáncer cuello uterino. *Ginecología y Obstetricia de México.*, 87(10).
- Graterol, I., Finol, H., & Correnti, M. (2006). Virus del papiloma humano en lesiones intra epiteliales escamosas (LIE) de cuello uterino. Tipificación y ultra estructura. *Revista de la sociedad Venezolana de Microbiología.* 26(2).

- Gutiérrez Enríquez, S. O., & Teran Figueroa, Y. (2017). Calidad de los registros en programa de detección oportuna de Cáncer cérvico uterino. *Revista Médica UIS*, 30(3).
- Gutiérrez, C, A., Gómez, Paniello, M., Lozano (2017). Influencia de la edad en la prevalencia de virus de papiloma humano alto riesgo en mujeres con lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en la comunidad Navarra: <https://www.redalyc.org/pdf/170/17049838013.pdf>
- Hanon, D. H. (2014). Guías y tendencias en el manejo de las lesiones escamosas intra epiteliales del cérvix uterino (leibg y leiag): <https://www.medigraphic.com/pdfs/archivostgi/tgi-2014/tgi1411e.pdf>
- Heredia Caballero, A. G., Palacios López, G. G., & Castillo Hernández, M. C. (2017). Prevalencia y tipificación de genotipos del virus del papiloma humano en mujeres del area metropolitana del Valle de México. *Ginecología y Obstetricia México.*, 85(12).
- Hernández González, I. V., & Méndez Rodríguez, A. (2016). Lesiones intra epiteliales en pacientes atendidas en el Hospital General Docente "Mártires del 9 de abril". *Revista Eugenio Espejo*, 10(2).
- Hernández, D., Apresa García, T., & Patlan Pérez, R. (2015). Panorama epidemiológico del cáncer cérvico uterino. *Revista Médica del IMSS*, 53(3).
- Hernández Tiria, M. C., & Castillo Zamora, M. F. (2015). Prevalencia del resultado de citología de células escamosas atípicas que no excluye LEI de alto grado en dos instituciones de Bogotá. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 66(1).
- Huertas Pacheco, S., & Acosta Forero, J. (2008). Prevalencia de LEI y malignidad para las atipias escamosas de significado indeterminado ASCUS en población perteneciente a una aseguradora publica en Colombia. . *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.*, 59(2).
- Ingrid, H., & Alexis, M. (2016). Lesiones intra epiteliales en pacientes atendidas en el Hospital General Docente "mártires del 9 de Abril", 2010: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/5728/572860981005/html/index.html>

- Instituto Nacional de Cancerología ESE (INC); Instituto Geográfico Agustín Codazzi (IGAC). (2017). Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia: https://www.cancer.gov.co/ATLAS_de_Mortalidad_por_cancer_en_Colombia.pdf
- Instituto Potocino de Investigación Científica y Biológica. (2013). Prevalencia de los tipos de virus del papiloma humano según el grado de las lesiones neoplásicas del cérvix y la edad: estudio transversal en mujeres referidas a colposcopia en el estado de San Luis Potosí: <https://ipicyt.repositorioinstitucional.mx/jspui/bitstream/1010/749/3/TMIPICYTR6P72013.pdf>
- Irazabal, C. (2008). Virus Papiloma Humano (VPH) en contexto ecológico venezolano(I): diagnostico citológico y molecular : <https://www.redalyc.org/pdf/3759/375938988009.pdf>
- Jara, Rengifo, Seminario, & Malaspina. (2000). Detección Inmuno histoquímica de Papilomavirus Humano en Neoplasia Cervicales: <https://www.redalyc.org/pdf/379/37961104.pdf>
- Jorda, Ramos, M. L., Wengert, & Cuffin. (2019). Prevalencia del virus papiloma humano y factores de riesgo asociados en mujeres afiliadas al seguro estatal en Posadas, Misiones (Argentina): <http://www.revinf.cl/index.php/revinf/article/view/209/361>
- José Cordero Martínez, M. G. (2015). Citologías alteradas y diferentes factores de riesgo para el cáncer cérvico uterino: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revciemmedhab/cmh-2015/cmh152d.pdf>
- Lazcano Ponce, E. C., & Rojas Martínez, R. (2003). Factores de riesgo reproductivo y cáncer cérvico uterino en la Ciudad de México. *Salud Publica de México*, 35(1).
- Ledezma, K. P., & Guardia, D. J. (2012). Frecuencia de los factores de riesgo de cáncer Cérvico uterino en mujeres de 14-65 años, Comunidad Ramadas, Provincia Tapacan-Cochabamba: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1817-74332012000100006&script=sci_arttext&tlng=pt

- Leticia, F. (2013). Prevalencia y Factores de Riesgo de la Infección Genital por VPH en Mujeres de la Zona Fronteriza de Chiapas, México: <https://repositorio.unicach.mx/bitstream/20.500.12114/2019/1/DCDS%20617.601%20F56P%202013.pdf>
- Lewis, M. J. (2004). Análisis de la situación del cáncer cérvico uterino en América Latina y el Caribe: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/762/92%2075%2032531%206.pdf?sequence=1>
- Londoño, J. R. (2012). Vista de infección por virus del papiloma humano y cáncer de cuello uterino: <http://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/view/99-4/163>
- López, Peña, Monguea, P., & Pinedo. (2011). Prevalencia de anomalías citológicas del cuello uterino en pacientes atendidos en el Centro de Atención Primaria de la Esperanza, Cartagena-Colombia: <https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315004.pdf>
- Luis, M., Marly, P., Paul, M., & Ramírez Andrea, C. R. (2012). Prevalencia de lesiones de bajo y alto grado de cuello uterino en una ciudad colombiana: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000200009
- Luna Blanco, M. A., & Sánchez Ramírez, G. (2019). Posibilidades sociales de prevención de la infección por VPH y de cáncer cérvico uterino en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México. *Revista Liminar*, 12(2).
- M. Rodríguez, N. S., & Martínez, C. (2014). Lesiones intra epiteliales cervicales en la adolescencia: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=52558>
- M., A. (2010). Recuperado el 18 de julio de 2020, de Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello uterino en América Latina: <https://www.scielosp.org/article/spm/2010.v52n6/544-559/>
- Marañón Cardonne, T., Mastrapa Cantillo, K., & Flores Barroso, J. (2017). Prevención y Control de cáncer de cuello uterino. *Correo Científico Médico*, 21(1).

- Medina Bueno, A. (2020). Prevalencia de infección por genotipos del virus de papiloma humano en mujeres con atipia de células escamosas de significado incierto. *Ginecología y Obstetricia de México.*, 88(7).
- Mendoza, L., & Pedroza, M. J. (2012). Prevalencia de lesiones de bajo y alto grado de cuello uterino en una Ciudad Colombiana. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 77(2).
- Menjivar Escalante, E. V., Espinoza Fiallos, E. A., & Robles Ticas, J. O. (2015). *Lineamientos Técnicos para la prevención y control del cáncer cérvico uterino y de mamas.* (E. Lopez Moran, Ed.) San Salvador: Ministerio de Salud.
- Merle, L. (2004). *Análisis de la situación del cáncer cérvico uterino en América Latina y del Caribe.* B. S. Salud, Ed. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Michel Vergara, J. A., & Briseno Hanon, H. Guías y tendencias en el manejo de las lesiones escamosas intra epiteliales del cérvix uterino. (LEIBG y LEIAG). *Archivos Médicos de Actualización en Tracto Genital Inferior*, VI(11).
- Ministerio de Salud Publica en El Ecuador. (2018). *Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano Previene el cáncer en Ecuador.* Noticia, comunicaciones.
- Ministerio Salud Publica ecuador. (2012). Recuperado el 20 de Julio de 2020, de Esquema Vacunación: www.salud.gob.ec/vacuna-contra-el-virus-del-papiloma-humano-previene-cancer-uterino-en-el-ecuado
- Molano, M., & Posso, H. (2010). Historia Natural del Virus del Papiloma Humano por una Cohorte de Bogotá. *Revista Colombiana de Cancerología*, 9(4).
- Mónica, M., & Héctor, P. (2010). Historia Natural por el Virus del Papiloma Humano por un Cohorte Bogotá: <https://www.revista-cancercol.org/index.php/cancer/article/view/655/466>
- More Vega, A., & Toneut, C. M. (2013). Comportamiento de las lesiones intra epiteliales de alto grado en la consulta de patología de cuello. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.*, 39(4).

- Nápoles, M. S. (2019). Correlación cito histológica en las neoplasias intra epiteliales cervicales y en la identificación del virus del papiloma humano en esas lesiones. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*, 35(1).
- Negrin, J. G., Montequin, Z. F., Hernández, I. d., Perez, L. O., & Lara, M. L. (s.f.). El cáncer cérvico-uterino y las lesiones precursoras: revisión bibliográfica: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000400026
- Nicita, G., Reigosa, A., & Torres, J. (2010). Infección por Virus del Papiloma Humano (VPH) en una población indígena del Amazonas Venezolano: <https://www.redalyc.org/pdf/3759/375939012007.pdf>
- Ochoa Carillo, F. J., Guerrero de Regil, D. B., & Velasco Jimenez, M. T. (2015). Infección por virus del papiloma humano en mujeres y su prevención. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 14(3).
- Ochoa, F., Guarneros, D., & Velasco, M. (2015). Infección por Virus del Papiloma Humano en mujeres y su prevención: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665920115000607>
- Organización Mundial para la Salud. (2016). *Salud en las Américas. Informe de País, Ministerio de Salud de Nicaragua.*
- Organización panamericana de la salud. (2011). Tamizaje y Tratamiento del Cáncer Cérvico uterino: https://www.paho.org/els/index.php?option=com_content&view=article&id=894:presentan-nueva-guia-tamizaje-tratamiento-cancer-cervicouterino&Itemid=291
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Colombia introduce la vacuna VPH en su esquema de vacunación.* Informe, Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida, Bogotá.
- Organización Panamericana Para la Salud. (2010). *Vacuna para el Virus del Papiloma Humano.* Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. México, México.

- Ortiz Serrano, R., & Uribe Paz, C. Y. (2004). Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 55(2).
- Pacheco, H., Cabarcas, S., & MY Sánchez, G. R. (2008). Prevalencia de Lesión Escamosa intra epitelial (LEI) y malignidad para las atipias escamosa de significado indeterminado (ASC-US) en población perteneciente a una aseguradora pública en Colombia: <https://www.redalyc.org/pdf/1952/195214326007.pdf>
- Palaoro, L. (2013). Respuesta inflamatoria genital en la detección de alteraciones por Virus del Papiloma Humano: <https://www.redalyc.org/pdf/535/53529349009.pdf>
- Palma Osorio, M., Romero Flores, A. D., & Torres Mesa, A. I. (2019). Factores de riesgo en las lesiones intra epiteliales del cuello uterino. *Revista Finlay. Revista de enfermedades no transmisibles.*, 9(4).
- Payan Valenzuela, Z. E. (2012). Prevalencia de LEIBG Y LEIAG por infección por VPH en pacientes con ASCUS en citología exfoliativa cervical y hallazgos colposcópicos de vasos atípicos en la clínica de displasia del hospital ISSEMYM.
- Paz Zulueta, M., & Fernández Feito, A. (2016). Prevalencia de genotipos del virus del papiloma humano de alto riesgo no vacunables dentro del programa de detección precoz de cáncer de cérvix en Cantabria. *Atención Primaria*, 48(6).
- Pereira Scalabrino, A., Almonte, M., & Dos Santos Silva, I. (2013). Determinantes a nivel de país de la mortalidad por cáncer cérvico uterino en Latinoamérica y del Caribe. *Salud Publica de México*, 55(1).
- Ponce, T., & Uyaguai, L. (2015). Prevalencia de Infección por Genotipos de HPV de alto riesgo establecida por captura híbrida y su relación con lesiones displásicas de cuello uterino, establecidas mediante citología convencional en trabajadoras de la salud, Quito 2014: <http://200.12.169.19/bitstream/25000/4634/1/T-UCE-0006-117.pdf>

- Quillama Palomina, S. (2019). Caracterización genotípica del virus del papiloma humano virus. Estudio citocolposcópico-Hospital Nacional 2 de mayo.
- Ramírez Pineda, T., & González, M. I. (2019). Filogenia y oncogénesis del VPH: una aproximación translacional al descubrimiento de biomarcadores para la detección de lesiones precancerosas de cérvix. *Revista de la Academia Colombiana de ciencias exactas, física y naturales.*, 43(168).
- Reyes, M. M., González, L. M., Scull, L. M., Panuncia, L. Y., & Cabrera, M. G. (s.f.). Importancia del sistema de Bethesda en el diagnóstico citológico de lesiones precancerosas del cérvix: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v41n1/1684-1824-rme-41-01-203.pdf>
- Reynales Londoño, J. (2012). Infección por virus de papiloma humano y cáncer de cuello uterino. *Medicina (Bogotá)*, 34(4).
- Rivera, R., & Larrain, A. (2002). Epidemiología del Virus Papiloma Humano (VPH): https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071775262002000600013&script=sci_arttext&tlng=p
- Rodríguez Reyes, R., & Quiñonez Pérez, J. (2005). Prevalencia del virus de papiloma humano en sexoservidoras de Durango, México. *Salud Publica de México*, 47(6).
- Rodríguez, R., & Pérez, J. Q. (2005). Prevalencia del Virus del Papiloma Humano en sexoservidoras de Durango, México: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000600001
- Rodríguez-Cerdeira, C., Menéndez, A., Jaso, G. B., & Cáceres, R. A. (2007). El virus del papiloma humano y su repercusión en la patología genital femenina. <https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/1-s2.0-S0213925107730459/first-page-pdf>
- Romero Hernández, M. A. (2009). Expresión de COX-2, MMP-9, y VEGF en lesiones pre malignas de cérvix uterino e infección por el virus de papiloma humano.

- Romero Ledezma, K. P., & Rojas Guarda, J. (2012). Frecuencia de los factores de riesgo de cáncer cérvico uterino en mujeres de 14-65 años, comunidad Ramadas, Provincia Tapacari Cochabamba. *Revista científica Ciencia Médica*, 15(1).
- Salazar, J., & Dávila, L. (2014). Prevalencia de anomalías cervico-uterinas asociadas al nivel de pobreza en el hospital nacional Madre niño San Bartolomé 2011-2013.: https://www.researchgate.net/profile/Jeel_Moya_Salazar/publication/277132890_Prevalence_of_Cervicaluterine_Abnormalities_associated_with_poverty_levels_at_HONADOMANI_between_2011-2013/links/55629fbd08ae86c06b65f4e8.pdf
- Salud, M. d., Menjivar, D. V., Espinoza, D. E., & Robles, D. J. (s.f.). Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cérvico uterino y de mama: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_prevenccion_cancer_cervico_uterino_y_de_mama_v3.pdf

La Universidad

Órgano científico-sociocultural de la Universidad de El Salvador

Segunda Época

Publicación trimestral

N.º 2, abril-junio de 2021

Representación social en torno al recurso hídrico para suplir la necesidad del derecho humano al agua en una comunidad salvadoreña

Mónica Raquel Ventura

ARTÍCULO

Ventura, R. V. (2021). Representación social en torno al recurso hídrico para suplir la necesidad del derecho humano al agua en una comunidad salvadoreña. *Revista La Universidad*, N.º 2, págs. 70-89

Revista *La Universidad*

ISSN: 0041-8242

Correo electrónico: revista.launiversidad@ues.edu.sv
Editorial Universitaria de la Universidad de El Salvador

Representación social en torno al recurso hídrico para suplir la necesidad del derecho humano al agua en una comunidad salvadoreña

Social representation around water resources to meet the need for the human right to water in a salvadoran community

Mónica Raquel Ventura
monica.ventura@ues.edu.sv
Universidad de El Salvador
Orcid: 0000-0003-1211-6572

Fecha de recepción: 18 de enero de 2021
Fecha de aprobación: 21 de marzo de 2021

Resumen

El estudio muestra las representaciones sociales de sujetos en torno a la realidad sobre la temática del agua, sus valores, creencias, comportamientos, experiencias y pensamientos a futuro en la natural construcción de una realidad común, que se traducen en sus acciones cotidianas. El propósito fue comprender como personas se organizan para suplir la necesidad de su derecho humano al agua y como forman el sentido común respecto a la preservación del mismo en una comunidad salvadoreña. Para lograr este objetivo se trabajó desde un enfoque mixto de investigación con predominancia del enfoque cualitativo que ayudó a interpretar la perspectiva de actores sociales. Entre los hallazgos más importantes se menciona que los pobladores del sector en estudio tienen un pensamiento común respecto al «sentido de abundancia y propiedad sobre el agua». En cuanto al acceso y disponibilidad, no tienen preocupación por la escasez, ni ocupan tiempo de vida para obtener el líquido en sus hogares; unos utilizan pozo intra domiciliario y otros tienen instalado el servicio de agua potable. Sin embargo, también es claro que en la población existe poca confianza en la calidad del agua para el consumo humano, por lo cual, la mitad de los usuarios del servicio se adhieren a la compra de agua embotellada o embolsada, sin importar que genere un costo extra a la economía familiar. Existen opiniones contrapuestas entre los sujetos de estudio respecto a pensamientos futuros, algunos no han introyectado el agua como recurso escaso o limitado, y otros, aunque exista miedo o incertidumbre con respecto a la escasez, no asumen responsabilidad individual, sino que esperan que otras personas influyan en tomar buenas decisiones. Por ejemplo, la directiva del sistema de autoabastecimiento de agua que capta y distribuye el recurso en la zona.

Palabras clave: El Salvador, preservación, recurso hídrico, representación social, vida cotidiana, comunidad, agua futura.

Abstract

The study shows the social representations of subjects around the reality about water as a subject matter, their values, beliefs, behaviors, experiences and future thoughts in the natural construction of a common reality, which translate into their daily actions. The purpose was to understand how people organize themselves to meet the need for their human right to water and how they form common sense regarding its preservation in a Salvadoran community. To achieve this objective, we worked from a mixed research approach with a predominance of the qualitative approach that helped to interpret the perspective of social actors. Among the most important findings, it is mentioned that the inhabitants of the sector under study have a common thought regarding about 'the sense of abundance and property over water', in terms of access and availability, they are not concerned about scarcity, nor do they occupy life time to obtain the liquid for their homes, some of them use an intra-domiciliary well and the others have installed the drinking water service; however, as a fact matter it is also clear the lack of confidence about the quality of water for human consumption, therefore; half of the users of the service adhere to the purchase of bottled or bagged water, regardless of whether it generates an extra cost for the family budget. There are conflicting opinions among the study subjects regarding future thoughts, some have not introjected water as a scarce or limited resource, and others, although there is fear or uncertainty regarding scarcity, no one assume individual responsibility, but they expect other people to influence the making of good decisions, for example, the directive of the water self-supply system that captures and distributes the resource in the area.

Keywords: El Salvador, Preservation of water resources, Social representation, Daily life, Community, Future water.

Introducción

El trabajo tiene por objetivo analizar cómo algunas personas se organizan para suplir la necesidad de su derecho humano al agua, a través de su representación social respecto del recurso hídrico y cómo forman el sentido común sobre la preservación del mismo en una comunidad salvadoreña.

El recurso hídrico en El Salvador está pasando actualmente por una crisis de abastecimiento y distribución. La causa de este problema se debe, entre otros factores, a la alta concentración de la población en la zona metropolitana como consecuencia de la falta de planeación urbanística. Este problema se manifiesta en el incremento desmedido de residencias habitacionales, colonias nuevas y la falta de equidad en la distribución del recurso, lo que genera eventualmente conflictos sociales.

Por otra parte, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) emitió la resolución 62/292 sobre el Derecho Humano al Agua y el Saneamiento que, además, es respaldado por la meta seis de la Agenda de Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS 2030) y el Programa de Naciones Unidas para El Desarrollo (PNUD, 2019), donde se establece garantizar la disponibilidad de agua, su gestión sostenible y el saneamiento para todos. Un grupo de ciudadanos en El Salvador formuló y presentó el Plan Nacional de Agua y Saneamiento en el mes de enero del año 2018, que ha tenido variadas discusiones por diferentes legislaturas, sectores ambientalistas, iglesias, universidades y organizaciones de la sociedad civil. Es una propuesta que busca asegurar en el tiempo el recurso hídrico a la población.

Con la nueva Asamblea Legislativa conformada en el año 2021, se ha dado la aprobación de la Ley General de Recurso Hídrico (con 65 votos de los 84 diputados¹) por el congreso salvadoreño el 21 de diciembre del año 2021. Esta Ley que entrará en vigor a partir de su publicación en el diario oficial en el año 2022, tiene como objeto regular la gestión integral de las aguas, su sostenibilidad y garantizar el derecho humano a la misma, al igual que la seguridad jurídica. Entre otros aspectos establece que, el agua no podrá ser privatizada bajo ninguna condición y crea también una instancia denominada Autoridad Salvadoreña del Agua (ASA)². Algunos

1 Asamblea Legislativa de El Salvador. Tweeter @AsambleaSV.

2 El Artículo 10 de la Ley General del Recurso hídrico, establece a la ASA como la instancia superior, deliberativa, rectora y normativa en materia política de los recursos hídricos, será además la encargada de la gestión integral de este último y demás bienes, será constituida por una Junta Directiva que tendrá representación de sectores gubernamentales, de sociedad civil, las universidades y representante de la autoridad de Agua Potable y saneamiento.

diputados que no otorgaron sus votos, siguen argumentando que este proyecto de Ley sigue favoreciendo las posibilidades de grandes explotaciones de agua sin mayores consecuencias y que las explotaciones más pequeñas salen afectadas con más requisitos³.

Según datos de la Encuesta de Hogares para Propósitos Múltiples (EHPM), en El Salvador el 95.8% de los hogares del área urbana cuentan con acceso al agua por cañería; en el área rural, solo el 77.1% de los hogares cuenta con acceso a este modo de servicio, mientras que el 11.7% se abastece con agua de pozo y el 11.2% lo hace mediante otros medios (DYGESTIC, 2018). Es notoria la desigualdad del recurso en las comunidades del interior del país.

La *Global Water Partnership* en El Salvador establece que, durante los últimos 30 años, el rendimiento de una muestra de «cursos superficiales de agua» declinó en un 30% debido a la deforestación. Esto ha reducido la disponibilidad de agua para la población rural, obligándola en algunos casos a depender de pozos que bombean agua de acuíferos, independientes del ente rector gubernamental tradicional (ANDA⁴). Las comunidades rurales del interior del país, ante la necesidad del recurso, se han organizado en Asociaciones Rurales de Agua y Saneamiento (ARAS), que son sistemas comunitarios de autogestión para abastecerse de agua potable. Existen aproximadamente 1,840 organizaciones comunales de agua en todo el país, que no dependen directamente del ente rector nacional ANDA; de las cuales solo en el Municipio de Suchitoto cuentan con 36 sistemas de agua en el área rural y un sistema municipal mixto en el casco urbano (GWP Centroamérica, 2010).

Con la entrada en vigencia de la Ley General del Recurso Hídrico, los sistemas autoabastecidos de agua son considerados subsectores hídricos que prestan servicio de agua potable a la población. Estos, deberán respetar el derecho que todas las personas puedan disponer de agua limpia suficiente, salubre, segura, aceptable, accesible y a un costo asequible para uso personal y doméstico en cantidad, calidad, continuidad y cobertura (Ley General del Recurso hídrico, 2021). Además, la referida Ley en su artículo 89 contempla la *Nueva Cultura del Agua*, con la que se pretende que los individuos y la colectividad adquieran valores, competencias y voluntad para actuar en la resolución de problemas actuales y futuros del recurso

3 Congreso Salvadoreño aprueba la cuestionada Ley de Agua. <https://www.telesurtv.net/news/congreso-salvador-aprueba-nueva-ley-agua-20211222-0003.html>

4 La Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados (ANDA) posee su propia ley como institución autónoma de servicio público con personalidad jurídica creada en el año 1961; una vez entre la nueva Ley supondrá cambios en las reglas.

en relación a la conducta humana para el ahorro y no contaminación de recursos hídricos.

Según Estrada Corona (2012), las representaciones sociales entendidas de las personas en torno al agua y los pensamientos futuros en una comunidad que se autoabastece de agua potable pueden evidenciar si las nuevas condiciones legales son convergentes o divergentes de la población. En consecuencia, generar bienestar o conflictos sociales.

Método

La investigación estuvo enmarcada dentro del paradigma interpretativo, que en palabras de Max Weber citado en Corbetta, (2007), se enfoca en el estudio de los fenómenos sociales. Por lo cual, es necesario identificarse con el otro para entender los significados y puntos de vista que orientan el conocimiento de los sujetos, en donde el fin es la comprensión racional de las motivaciones para los actos.

El abordaje metodológico se realizó desde un enfoque mixto de la investigación con predominancia cualitativa. Se utilizó para el enfoque cualitativo aspectos fenomenológicos que según Taylor y Bogdan, (1994) son importantes para obtener la perspectiva de los actores sociales y las experiencias propias, que en esta investigación fue la preservación del recurso hídrico y los pensamientos de futuro sobre el tema del agua de diversos actores sociales (líderes y las familias) que habitan en el sector Canaán de la comunidad en estudio.

En el enfoque cuantitativo del estudio se realizó con un diseño no experimental de tipo transeccional y descriptivo, obtenido a partir de datos que se generaron en los cuestionarios del *Estudio intercultural de la inseguridad del agua* (HWISE) realizado en la comunidad Colima en los sectores del Valle y Canaán durante el año 2019 en el marco del Proyecto «Agua futura» de la UES y de la Maestría en Psicología Clínica de la Comunidad, que brindó información sobre acceso al agua, disponibilidad al recurso e información socio demográfica y que sustentó los hallazgos cualitativos encontrados.

El universo de estudio fue la comunidad Colima que está compuesta por nueve caseríos, con un aproximado de 540 familias y una población de 2,430 habitantes. Este universo poblacional se limita al sitio piloto dos⁵ del

5 Sitio piloto 2 - El Salvador - Proyecto «Agua Futura» abarca cuatro municipios, la parte baja de la subcuenca Acelhuate Guazapa, San José Guayabal, Aguilares y Suchitoto. (Consiglio Nazionale delle

proyecto «Agua Futura». Se trata de un proyecto de formación e investigación cuyo fin es el monitoreo y modelización cuantitativa y cualitativa de los recursos hídricos y el análisis de los demás aspectos psicosociales asociados en las áreas de El Salvador y Guatemala en colaboración con las Universidades e institutos de investigación a través de la cooperación Italiana.

La población en estudio se abastece de agua de pozo (aproximadamente 470 familias) y están organizados en una asociación comunal denominada Asociación Rural de Agua, Salud y Medio Ambiente, que es una cooperativa surgida para la gestión del recurso en la zona y son quienes se encargan de la captación, tratamiento, distribución y cobro por el servicio de agua potable intradomiciliar. El estudio se realizó específicamente en la zona denominada Canaán, que posee un aproximado de 116 familias.

Para el estudio se estableció una muestra no probabilística de casos tipo que, de acuerdo a Roberto, Fernández C., y Baptista L., (2014) se utilizan tanto en investigaciones cuantitativas y cualitativas, puesto que el objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de la información, por ello, proponen ser idóneo para estudios con perspectiva fenomenológica donde lo que se busca estudiar son valores, experiencias y significados de un grupo social, como es el caso de las familias de la comunidad Colima y actores sociales claves.

El sector Canaán posee un aproximado de 466 habitantes (distribuidos en 164 hombres y 302 mujeres) según los datos del último censo realizados por los directivos de la cooperativa para la gestión de agua en 2019. Este sector es considerado el núcleo central de la comunidad, ya que es el lugar donde está concentrada mayormente la población y se establecen las principales instituciones sociales como Iglesias, Centro Escolar, Centro de Salud, áreas de esparcimiento, entre otras instituciones de importancia social. La fuente de información fue un representante del grupo familiar que se habitara en el sector.

Definición y medición de categorías

Los conceptos categorizados en este estudio para el enfoque cualitativo son, por un lado, la descripción de las dimensiones psicosociales, la comprensión de valores, creencias, experiencias y actitudes hacia el agua; y por otra parte, la existencia de elementos discursivos de preservación o

Ricerche – Istituto di Geoscienze e Georisorse, 2017). El Proyecto «Agua Futura», se propone responder a los problemas ligados a la gestión de los recursos hídricos en los dos países involucrados con un enfoque multidisciplinario e integrado, en particular gracias a una sinergia operativa entre los aspectos técnicos-científicos de la gestión del agua y la dimensión psicosocial a ella relacionada.

cuido del agua como recurso limitado, no desperdicable y de uso responsable. Lo anterior, en un grupo de personas usuarias del sistema de agua de la zona y líderes o actores sociales claves del sector como guarda recursos, representante de comité de agua y promotor de salud.

Se obtuvieron de sus narrativas (líderes y usuarios) sus puntos de vista sobre los conocimientos de prácticas de uso, actitud de la población, los pensamientos de futuro que se perciben en torno al recurso y se contrastaron las convergencias de pensamientos o valores, las divergencias entre el discurso y las actitudes, así como, otros elementos que expliquen las acciones cotidianas de las personas de la comunidad. La información se organizó por códigos iniciales, que son elementos básicos de información extraídos del texto que permitieron orientar búsquedas, para seleccionar categorías y determinar el desarrollo conceptual de las perspectivas de los sujetos, de la misma forma que lo plantea Molina (2013) citado por Álvarez, Bustos, y Reyes, (2018).

En ambos enfoques la recolección de datos se abordó de manera intradomiciliar cara a cara a las personas para conocer desde sus perspectivas, las variables en estudio, comprender sus categorías mentales, percepciones, sentimientos y pensamientos de futuro relacionados a la temática del agua. En el enfoque cualitativo se diseñó un guion de entrevista semi estructurada. Los instrumentos cualitativos fueron validados por juicio de expertos y el instrumento cuantitativo cuenta con su manual de uso y está aprobado a nivel internacional. Las muestras utilizadas fueron 15 casos del sector Canaán de los cuales cinco informantes son actores sociales claves (presidente de Junta Directiva de la cooperativa para gestión de agua en el sector, guarda recursos y promotora de Salud, entre otras personas que laboran operativamente en el sistema de agua de la cooperativa); diez personas habitantes del sector y usuarios (en su mayoría) del pozo de abastecimiento comunal de agua.

Categorías de análisis

Para este estudio que describe la representación social de la población, se definieron «los elementos sociales y psicológicos asociados a la subjetividad del individuo que construyen sus pensamientos, comportamientos y conductas, en relación con el tema del agua» (Estrada Corona, 2012) Es decir; los valores, creencias, experiencias, actitudes y pensamiento de futuro. Con relación a la preservación del recurso hídrico se buscaron «todas aquellas acciones que permiten mantener la disponibilidad y calidad del agua de la población y ecosistemas con el fin de garantizar su sostenibilidad» (MARN, 2014).

El análisis cuantitativo descriptivo ofreció información de percepción social de la situación actual de acceso y disponibilidad al recurso hídrico de los habitantes de la comunidad. Se contó con 121 cuestionarios, se procesaron y analizaron mediante el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión de prueba.

Los resultados se analizaron tomando como base epistemológica la teoría de las representaciones sociales que reconoce el hecho de que el conocimiento en su origen es social y no el producto de la cognición individual. La relación epistémica de la persona con un objeto se define y es mediada por las otras personas relevantes. El grupo, a través de su sistema de representaciones, elaborado en el discurso y en los actos de comunicación, es la base a partir de la cual el individuo comprende e interactúa con el mundo (Wolfgang & Flores-Palacios, 2010).

Se propuso en esta investigación una triangulación de métodos cualitativos y cuantitativos, la triangulación de datos por la obtención de diversas fuentes (líderes y habitantes del sector) y la teoría de procesos cognitivos individuales (Erikson), además, de la teoría los pensamientos colectivos (Moscovici), con el fin de obtener resultados que pueden darse a partir de la combinación de datos que son confirmación, complementación o contradicción (Kelle y Erzberger, 2004)

Análisis y discusión de resultados

Para la discusión de resultados e interpretación de los mismos, se complementarán los resultados cuantitativos y cualitativos con la teoría presentada; además, se muestra las principales diferencias y/o similitudes entre los discursos de líderes y pobladores del sector en estudio que ofrecen una explicación de la comunidad como grupo social en construcción de una realidad, considerando la individualidad de cada sujeto, así como el medio social donde reside.

Acercas de la percepción de acceso y disponibilidad del agua en el sector Canaán

Entre los principios y normas que rigen a los Estados para ofrecer el derecho humano al agua y saneamiento, se encuentran la disponibilidad, accesibilidad y calidad. Colima es un ejemplo de la organización comunitaria como estrategia fundamental para la gestión del recurso hídrico cuando el Estado no ofrece cobertura y es la organización social la que lo-

gra suplir la necesidad de los habitantes. La cooperativa para la gestión de agua de la zona, fue formada para que la población pueda adquirir el vital líquido y en alguna medida alcanzar el derecho humano de las personas.

El caserío Canaán es el sector central dentro de la comunidad Colima, aquí un 80% de hogares tienen acceso al agua por tubería que administra el sistema de autoabastecimiento de agua comunitario. Además, la percepción del 71% de las personas de este sector es que, no experimentan períodos de escasez o excesos del recurso hídrico durante el año, ya que el agua tiende a mantenerse constante en el servicio que reciben y por el que pagan aproximadamente un promedio de US\$9.50 dólares mensuales. También es importante expresar que el 91% de personas no invierten tiempo de vida en salir de sus casas a abastecerse del recurso. En cuanto a la percepción de su posición, en una escala de «situación frente al agua con respecto a otros», las familias de Canaán perciben en un 69% que están en mejores condiciones, lo que significa que pueden obtener suficiente agua para todo lo que necesitan dentro del uso en los hogares.

En contraposición y por observación directa de la colonia, se conoce que en los nuevos asentamientos y sectores aledaños al «centro urbano» no gozan de la accesibilidad, disponibilidad, ni participan del sistema de autoabastecimiento de agua, por lo que no se está haciendo valer el derecho humano. Estas personas se abastecen de lo que les regalan otras familias, de pozos artesanales y de aguas superficiales como los afluentes de ríos.

Parece que el *status* de cercanía geográfica o ser los primeros ocupantes asentados en la comunidad es un beneficio sustancial frente a otros caseríos. Uno de los argumentos importantes de los líderes entrevistados es que el sistema de autoabastecimiento actual no alcanza a distribuir a todos y, por lo tanto, falta trabajo por hacer de parte de la asociación rural para obtener pleno acceso y disponibilidad en la realización de una buena práctica de derechos al agua y el saneamiento de la comunidad Colima, si tenemos presente que tiene ocho caseríos más. El sentir común de las personas de Canaán es pensar que el actual estado de acceso y disposición sobre el recurso hídrico se vería afectado si el Sistema de Autoabastecimiento Comunitario actual se expande a más hogares de la zona y otros caseríos.

Sobre el tema de preservación del recurso hídrico (RH)

La preservación del recurso hídrico se refiere a «todas aquellas acciones que permiten mantener la disponibilidad y calidad del agua de la población y ecosistemas con el fin de garantizar su sostenibilidad» (MARN,

2014). De acuerdo con la opinión de los entrevistados, es un líquido importante para la sobrevivencia humana, puesto que sin agua no se podrían realizar las actividades de la vida cotidiana, tales como lavar, cocinar, limpiar la casa y así mantenerse sanos. Otro entrevistado manifestó que, como administrador del sistema de agua tiene bien claro el valor que posee para ayudarle a los demás pobladores a contar en sus hogares con agua potable y facilitar la vida cotidiana.

Asimismo, un poblador, quien además es líder de la comunidad, expresó que existen personas que no hacen uso adecuado del recurso y la desperdician, por lo cual deben llevarse a cabo acciones que fortalezcan la educación ambiental de la comunidad. Otro de los líderes comentó que en la comunidad y gracias al sistema de agua, muchos de los pobladores ya cuentan con agua potable, sin embargo; otras personas no la adquieren porque tienen pozo intra domiciliario. Existen pobladores que, aunque no tienen pozo, reciben el agua porque vecinos se las proporcionan a través de mangueras y la almacenan en recipientes.

Es importante resaltar en este contexto que las percepciones sobre el recurso hídrico en cuanto a experiencias de vida y el uso dependen de la edad, sexo, condiciones económicas de los habitantes de la comunidad para realizar las diferentes actividades cotidianas. También, uno de los líderes entrevistados expresó que desde su perspectiva «el agua es un líquido indispensable que debemos de cuidar en nuestro medio, con base en que se está agotando» y mencionó que, «dentro de la comunidad el sistema de agua, el pozo ya bajo bastante en la cantidad de agua» y considera necesario cuidar el recurso de tal manera haya charlas educativas para hacer concientización.

Sobre las creencias, aquí se entiende que son cogniciones, conocimientos o informaciones que los sujetos poseen sobre un objeto actitudinal y son fenómenos esencialmente afectivos (Garzón y Garcés, 1989). En este contexto, los habitantes de la comunidad que fueron entrevistados piensan que sin agua no se puede vivir, pues es fuente de vida y necesaria para todas las actividades que se realizan de forma cotidiana. Uno de los entrevistados manifestó que el agua es un elemento muy importante para la comunidad y que es necesario que todas las familias del cantón puedan tener el servicio de agua potable. Otro manifestó que el recurso hídrico representa salud y bienestar para los habitantes. Por otra parte, uno de los líderes consultados expresó que la comunidad al contar con los recursos naturales como los ríos (cuenca baja del Lempa y vertientes del río Acelhuate, Metayate y Limones), tiene la posibilidad de que el agua no falte y pueden administrarla en función de que todas las familias de la comunidad cuenten con el servicio de agua potable en sus hogares.

El análisis de las actitudes de la población con respecto al agua, es decir todo el conjunto de elementos sociales que hacen parte de la vida, que según Antonak y Livneth, (1988), son aprendidas mediante la experiencia e interacción con los demás; son complejas y con múltiples componentes; pueden ser estables (debido a la resistencia al cambio natural de los seres humanos); guardan un objeto social específico, ya sea: personas, eventos, ideas, etcétera.

Una de las personas entrevistadas manifestó que en el cantón se estableció hace cinco años a través de un proyecto que las personas podían ser socios o solamente usuarios. Los socios tienen reuniones y están en la junta directiva para tomar decisiones y a pesar que el agua potable es más cara, esta facilita la vida porque antes tenían que ir a traerla hasta los pozos o directamente al río.

Por otro lado, se menciona por parte de los usuarios consultados que existe incertidumbre o desconfianza del consumo. Es decir, que no están seguros si el agua que llega a través de los chorros es óptima para beber porque algunos perciben que tiene mucho olor a cloro, por ende, algunas familias compran agua en bolsa o embotellada cada semana. En este sentido; uno de los líderes expresó que las personas no se acercan a las reuniones cuando son convocados y por eso tienen desconocimiento del tipo de tratamiento y mantenimiento que se le da al sistema de agua y asevera que es apta para el consumo humano.

El agua es un recurso natural indispensable para la vida, pero su consumo aumenta de manera muy acelerada. Si bien este recurso podría considerarse como renovable, su calidad disminuye de manera paulatina. Además, y aunque tres cuartas partes del planeta están cubiertas de agua, solo una mínima parte es apta para el consumo humano, lo que puede dar lugar a problemas de escasez. La relación que establece la comunidad con el recurso hídrico debe analizarse desde un punto de vista holístico en el que confluyen elementos tales como riesgos, contaminación, uso, distribución, disponibilidad, abundancia o escasez. Respecto a este último, se hace necesario conocer las acciones que las personas entrevistadas están realizando para ayudar a mantener el recurso agua.

Algunos de los habitantes manifestaron que es importante tener conciencia del uso adecuado. Otro participante dijo que no hay que malgastar el recurso, desarrollar acciones de cuidado tales como la reforestación y no tirar basura a los ríos para evitar la contaminación del agua. Por otra parte, uno de los líderes comentó que los miembros de la comunidad deben involucrarse más en conocer cómo funciona el sistema de agua. Para

ello propone que se realicen campañas informativas y que es básico que cada persona se haga responsable de educar a los miembros de su familia para que disminuya el desperdicio del recurso.

La mayoría de los entrevistados se planteó como un desafío el aumentar los conocimientos sobre buenas prácticas en relación al recurso hídrico. Estas perspectivas de cambio pueden analizarse pues al generar un mayor conocimiento del sistema de agua tanto en los líderes como usuarios, se podrá lograr un mayor nivel de sustentabilidad ambiental, a través de la adecuada promoción de valores de preservación, facilitando un alto sentido de comunidad.

Sobre los pensamientos de futuro a cerca del recurso hídrico (RH)

La Psicología comunitaria es una disciplina que propone como unidad de análisis «la persona en el contexto», es decir estudiar a la persona en su ambiente de vida cotidiana según Jim Oxford, (1992) como se citó en Francescato, Tomai, y Mebane, (2006). Teniendo en cuenta la definición anterior, se exploraron los pensamientos de *líderes y habitantes*, se contrastaron perspectivas y se obtuvieron las siguientes explicaciones.

La principal diferencia sobre los pensamientos de futuro y la percepción del recurso hídrico es que algunas personas habitantes y usuarias del sistema comunitario de agua, no tienen introyectado que el agua pueda faltar en su comunidad y se plantearon el futuro como viven en la actualidad, con mucho acceso y disponibilidad al agua las veinticuatro horas del día. Su perspectiva sobre el agua es que es muy necesaria y útil en su hogar, aunque comprenden que aún existen personas que no cuentan con el servicio de agua potable por tuberías porque se abastecen de pozos antiguos intra domiciliarios.

Cuando se busca la perspectiva del líder, se puede notar que tiene más proyección de escasas a futuro. Él frece explicaciones de incremento demográfico en la comunidad, a causa de nuevas ofertas de lotificaciones en los alrededores y familias de descendientes de los antiguos pobladores, lo que les dificulta desde ya proveerles agua y más adelante su captación, tratamiento y distribución. Después de reflexionar y plantearse escenarios, tanto líderes como pobladores, convergen en las explicaciones sobre las causas por las que no podrían tener acceso o disponibilidad del recurso: deterioro ambiental, desperfectos del actual pozo y la contaminación, así como de las necesidades que padecerían de no contar con el mismo.

Al respecto, la «representación social» implica una forma de pensamiento social en virtud de que surge en un contexto de intercambios cotidianos de pensamientos y acciones sociales entre los agentes de un grupo social. Por esta razón, también es un conocimiento de sentido común que, si bien surge y es compartido en un determinado grupo, presenta una dinámica individual. Es decir, refleja la diversidad de los agentes y la pluralidad de sus construcciones simbólicas, constituyen un pensamiento social que se distingue de otras formas como la ciencia, el mito o la ideología, no obstante, pueden mantener con éstas algún tipo de relación (Piña, 2004).

Los sentimientos de abundancia y confianza del actual servicio de agua de algunos habitantes entrevistados solo se ven afectados si se piensa en cambios de la administración (el miedo, la negación a limitarse o no disponer de agua si ANDA administra). Dichos pensamientos se ven contrastados por los de líderes que tienen mejores conocimientos del actual pozo de captación de agua, y experimentan sentimiento de incertidumbre acerca de la probable escasez o racionamiento por horas que tendrían en el futuro sobre el recurso.

Los estudios de percepción social se centran en los mecanismos de respuestas sociales y de procesamiento de la información, los de representaciones sociales en los modos de conocimiento y los procesos simbólicos en su relación con la visión de mundo y la actuación social de los seres humanos (Gilly cfr. Banchs, 1986).

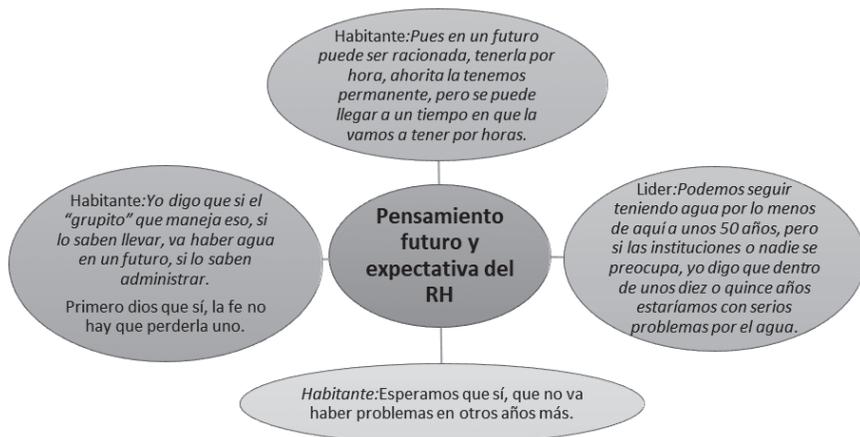
En este sentido, ningún líder comunitario espera mantener el *estatus quo* con respecto al agua de la comunidad, a menos que se realicen acciones para disminuir el impacto de la contaminación de ríos, deforestación, educación ambiental, fomentación de buenas prácticas de uso del recurso, mantenimiento del sistema de agua y la creación de otro pozo comunitario para solventar la necesidad de agua a la que se enfrentarán y en la que se encuentran en la comunidad algunas familias asentadas en las nuevas lotificaciones del Colima. Además, se comenta, que el actual sistema quizá podrá mantener el servicio solo los próximos 10 años.

Principales diferencias

La actitud de cuidado del agua para algunos se fundamenta en dos cuestiones contrapuestas. Primero, en opinión de los líderes, existe la necesidad de realizar acciones que ayuden a mantener el recurso del agua en un futuro en la comunidad, como hacer campañas de promoción y construir otro pozo. Segundo, la opinión de los usuarios que manifestaron que

la condición de cuidado no depende de ellos, sino, de la acción de otros (vecinos o externos) que muchas veces son los que la contaminan y desperdician. También, suponen que están cuidando el agua cuando saben que proporcionan mantenimiento al pozo de captación y tratan el agua con químicos antes de enviarla por la red de tuberías. Asimismo, dentro de las personas usuarias o que se abastecen de agua por tubería, algunas expresaron el cuidado del agua en función del costo económico que representa para su familia y no en el sentido de la sustentabilidad del recurso.

Figura 1. Pensamiento de futuro y expectativa del agua



Entre los usuarios entrevistados y líderes la mayoría expresó que si no se realizan acciones (de los directivos de la cooperativa de agua, junta directiva o por otros incluyendo la decisión divina para enviar lluvias) en un futuro lo esperado es la escasez, racionamiento del recurso y la no disponibilidad del agua las 24 horas. Sin embargo, siempre existen personas que se niegan a la posibilidad de no tener acceso al agua o que en algún futuro tengan que disminuir su disponibilidad al recurso, es decir, que este sea racionado por horas.

Desde la Psicología Ambiental (PA), entendida como «la disciplina que tiene por objeto el estudio y la comprensión de los procesos psicosociales derivados de las relaciones, interacciones y transacciones entre las personas, grupos sociales o comunidades y sus entornos socio físicos» (Valera Pertegas, 1996), se pueden interpretar que, en las expectativas para la población entrevistada, la condición de proveerse agua para un futuro en la comunidad, aunque exista miedo u otras veces incertidumbre a la escasez, no es asumida como responsabilidad individual; sino que se espera que otras personas ejecuten o se inclinen en tomar buenas decisiones.

Conclusiones

La opinión la mayoría de los habitantes de Canaán sobre su posición con respecto al acceso y disponibilidad del agua es que perciben una situación privilegiada del servicio por tubería, lo cual les permite no tener preocupaciones para períodos de escasas, ni ocupar tiempo de vida para obtener el líquido en sus hogares. Lo anterior, implica que los pensamientos de preservación del recurso hídrico sean escasos en las narrativas de la población. Es inminente la necesidad de intervenir educativamente en el conocimiento que la población tiene sobre el funcionamiento del sistema de agua que abastece su comunidad, para ir fomentando en ellos desde pequeños, los valores de cuidado de los recursos hídricos y temas de relación ser humano y naturaleza.

En adición, la mayoría de las personas tienen la opinión de que se encuentran viviendo en condición socioeconómica precaria, cuentan con menos educación con respecto a otros y poseen trabajos menos respetados. Sin embargo, su situación de percepción es distinta cuando se habla con respecto al recurso hídrico. En este caso, los pobladores expresan que cuentan con suficiente agua para su uso en el hogar. Esta tendencia es un reflejo del sentido común que se expresa como representación social; la cual chocará, muy posiblemente, con la puesta en marcha de la nueva legislación nacional del recurso hídrico.

El «sentido de abundancia» compartido por el grupo social, hace que las personas expresen seguridad sobre el dominio (propiedad) del recurso hídrico. Pero, entre la población es claro que existe poca confianza en la calidad del agua para el consumo humano, por lo que la mitad de la población usuaria del servicio, se adhieren a la compra de agua embotellada o embolsada, no importando que genere un costo extra a la economía familiar. Debiera entonces, la cooperativa para la gestión del agua, mejorar la comunicación entre los usuarios del sistema y los directivos para que exista más participación en la toma de decisiones, conocimiento del sistema de agua comunitario y surjan nuevos liderazgos destinados a ofrecer información de las funciones que se realizan en el sistema actual (captación, tratamiento, uso y distribución) y que contribuyan a la conservación del recurso.

Respecto a los pensamientos de futuro sobre el tema del agua, las personas como agentes sociales buscan y crean significados al relacionarse en el entorno. Estos significados no son construidos al momento, sino que vienen modulados por la cultura y la estructura social dentro de la cual operan. En este sentido, algunas de las personas que fueron sujeto de estudio no han introyectado el agua como recurso escaso. Pero los significados son contrapuestos si se describe a los líderes y personas involucradas con

la administración de la cooperativa de gestión de agua que, por otra parte, poseen conocimientos sobre la disminución paulatina del recurso.

Para finalizar, es necesario promover intervenciones comunitarias dirigidas a mejorar las prácticas para el buen uso del agua en la comunidad, en las cuales ya sea incorporada la nueva legislación nacional del recurso hídrico. De igual forma, es importante el incluir diversos sectores de la población, sean usuarios o no del sistema de agua comunitario, a la misma vez, que se incluyen mujeres, jóvenes y otros líderes para la mejor gestión del recurso sin discriminación.

Referencias

- Araya Umaña, S. Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión, cuaderno de ciencias sociales, Sede Académica, Costa Rica. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLASCO).
- Álvarez, E., Bustos, E., & Reyes, J. (2018). Representaciones sociales sobre la conservación del recurso hídrico en los estudiantes del grado cuarto de la vereda Yerbabuena. Colombia. *Tecné, Episteme y Didaxis*.
- Balcázar, F. E. (2003). Investigación Acción Participativa en Psicología Comunitaria. Principios y retos. (U. d. Sevilla, Ed.) *Apuntes de Psicología*, 21(3), 419-435.
- Bordignon, N. A. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erickson. El diagrama epigenético del adulto. *Lasallista de Investigación*, 2(2), 50-63. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69520210>
- CIOMS-OMS. (2016). Obtenido de Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada a la salud de los seres humanos: <https://cioms.ch/shop/product/pautas-eticas-internacionales-para-la-investigacion-relacionada-con-la-salud-con-seres-humanos/>
- Corbetta, P. (2007). *Metodología y Técnicas de Investigación Social*. Madrid: McGraw-Hill .
- Corraliza, J. A., & Berenguer, J. (2004). *Persona sociedad y medio ambiente*, 25 -45.

Corraliza, J. A., & Ignacio, A. J. (2002). Psicología Ambiental e Intervención Psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 11(3), 271-275.

Derechos hacia el final Buenas prácticas en la realización de los derechos al agua y al saneamiento Edición técnica Bettina Myers, Diseño gráfico Patricia Proenca impresión Textype tirada 500 copias, ISBN 978-84-695-3184-6 depósito legal 340 098/12 Lisboa, abril 2012

DYGESTIC. (2018). *Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2018*. Ciudad Delgado, san Salvador: Ministerio de Economía. Gobierno de El Salvador.

Estrada Corona, A. (1 de Julio de 2012). *Revista.unam.mx*. Recuperado el 19 de noviembre de 2019, de Revista Digital Universitaria: <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num7/art75/index.html>] ISSN: 1607-6079.

Francescato, D., Tomai, M., & Mebane, M. E. (2019). *Psicología Comunitaria en la enseñanza y la orientación. Experiencias de formación presencial*. Madrid: NARCEA, S.A.

Gestión Integral de Aguas Urbanas, Síntesis (2012). Banco Mundial 1818 H Street NW Washington DC 20433. www.worldbank.org

GWP Centroamérica, A. M. (2010). *Experiencias de agua potable y saneamiento con enfoque de Gestión Integrada de Recursos Hídricos (GIRH) en El Salvador*. Tegucigalpa: KARES.

MARN, M. d. (2014). *Aprendamos sobre Gestión Integral del Recurso Hídrico (GIRH)* (Vol. 3). San Salvador, El Salvador.

Martín-Baró, I. (2006). Hacia una Psicología de la liberación. *Psicología sin fronteras*, 1(2), 7-14.

Misutu O., G., Herrero O, J., Cantarera E., L. M., & Montenegro M., M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Barcelona: UCO.

Montero, M. (2004). Origen y desarrollo de la psicología comunitaria. En M. Montero, *Introducción a la Psicología Comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos* (pág. 159). Buenos Aires: Paidós.

Nelson, P. (2010). Entre la discontinuidad y el protagonismo histórico: apuntes sobre el desarrollo de la psicología comunitaria en El Salvador. En M. Maritza Montero, & I. Serrano-García, *Historias de la psicología comunitaria en América Latina: participación y transformación*. (págs. 213-231). s/d: Paidós.

- Orellana, G. S. (2019). Consulta Ciudadana en Suchitoto para reafirmar el derecho humano al agua. *Diario Co Latino*, pág. s/d. Recuperado el 4 de noviembre de 2019, de <https://www.diariocolatino.com/consulta-ciudadana-en-suchitoto-para-reafirmar-el-derecho-humano-al-agua/>
- Páez Rovira, D., & Zubieta, E. M. (2005). Capítulo X Actitudes: Definición y medición, componentes de la actitud. Modelo de acción razonada. En D. Páez Rovira, I. Fernández, S. Ubillos landa, & E. M. Zubieta, *Psicología Social, Cultura y Educación* (págs. 301-326). Madrid: Pearson.
- Pinzón Gonzales, M. (2019). *Comunidad y Cultura*. Guatemala.
- Piñero, S. L. (2008). La teoría de las representaciones sociales y la perspectiva de Pierre Bourdieu: Una articulación conceptual. CPU-e, *Revista de Investigación Educativa*, 7. Recuperado el [fecha de consulta], de http://www.uv.mx/cpue/num7/inves/pinero_representaciones_bourdieu.html
- PNUD, P. d. (2019). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Obtenido de Organización PNUD: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>
- Revista Tecné, Episteme y Didaxis. (2018). Número Extraordinario. ISSN impreso: 0121-3814, ISSN web: 2323-0126 Memorias, Octavo Congreso Internacional de formación de Profesores de Ciencias para la Construcción de Sociedades Sustentables. Octubre 10, 11 Y 12 de 2018, Bogotá
- Roberto, H. S., Fernández C., C., & Baptista L., P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill .
- Secretaria de Gobernabilidad de la Presidencia, G. d. (2018). Boletín informativo. San Salvador, El Salvador.
- Secretaria de Participación, t. y. (2019). *Transparencia activa*. Obtenido de presidente de ANDA: “Se debe ratificar el agua como derecho humano fundamental”: <https://www.transparenciaactiva.gob.sv/presidente-anda-se-debe-ratificar-el-agua-como-derecho-humano-fundamental>

- Valdeiglesias, S. P. (s/f). PSICOLOGÍA COMUNITARIA Y DE LOS SERVICIOS SOCIALES. *Psicología Social Aplicada.*, 15. Recuperado el 14 de octubre de 2019, de <http://www4.ujaen.es/~spuertas/Private/Tema7.pdf>
- Valera Pertegas, S. (1996). Capítulo 1. Psicología Ambiental: bases teóricas y epistemológicas. En L. Íñiguez, & E. Pol, *Cognición, representación y apropiación del espacio*. (págs. 1-14). Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Vásquez G., V., Soares M., D., De la Rosa R, A., & Serrano S, A. (2006). *Gestión y cultura del agua. Tomo II* . Morelos, México: IMTA/ COLPOS.
- Ventura, M., & Cardoza, C. (2019). *Comunidad Colima, Municipio de Suchitoto, Departamento de Cuscatlán, El Salvador. Diagnóstico Comunitario*. San Salvador: Facultad de Medicina, Escuela de Posgrados, Maestría en psicología Clínica de la Comunidad.
- Vicent, N., Ibáñez-Etxeberria, A., & Ascencio, M. (2015). Evaluation of heritage education technology-based programs. *Virtual Archaeology Review*, 6(13). Recuperado el 2020
- Villaroel, G. E. (2007). Las representaciones Sociales: Una nueva relación entre el individuo y la sociedad. *Fermentum*, 434-454.
- Wiesendfel, E. (2001). La problemática ambiental desde la perspectiva psicosocial comunitaria: hacia una Psicología Ambiental del cambio. *Medio Ambiente y Comportamiento Humano*, 1-19.
- Wiesenfeld, E. (1994). Paradigmas de la Psicología Social-Comunitaria. *Psicología Social Comunitaria*, 15-31.
- Wiesenfeld, E. (2014). La psicología social comunitaria en América Latina: Consolidación o crisis. *Psicoperspectivas. Individuo y sociedad*, 13(2), 6-18.
- Wolfgang, W., & Flores-Palacios, F. (2010). Apuntes sobre la epistemología. *Educación Matemática*, 22, 139-162.

La Universidad

Órgano científico-sociocultural de la Universidad de El Salvador

Segunda Época

Publicación trimestral

N.º 2, abril-junio de 2021

Herramientas de la salud pública para sistematizar las experiencias en salud comunitaria: plan operativo de trabajo, diario de campo y memoria de actividades comunitarias

Oswaldo Aragón Arias

ARTÍCULO

Aragón Arias, O. (2021). Herramientas de la salud pública para sistematizar las experiencias en salud comunitarias: plan operativo de trabajo, diario de campo y memoria de actividades comunitarias. *Revista La Universidad*, N.º 2, págs. 90-113

Revista La Universidad

ISSN: 0041-8242

Correo electrónico: revista.launiversidad@ues.edu.sv
Editorial Universitaria de la Universidad de El Salvador

Herramientas de la salud pública para sistematizar las experiencias en salud comunitaria: plan operativo de trabajo, diario de campo y memoria de actividades comunitarias

Public health tools to systematize experiences in community health: operational work plan, field diary and memory of community activities

Oswaldo Aragón Arias
osvaldo.aragon@ues.edu.sv
Universidad de El Salvador
Orcid: 0000-0002-5772-5884

Fecha de recepción: 18 de enero de 2021
Fecha de aprobación: 23 de marzo de 2021

Resumen

Toda persona que realiza trabajo de campo en el territorio de la comunidad o en los recintos de su laboratorio requiere del conocimiento y manejo de herramientas de la documentación científica para facilitar el registro de sus experiencias profesionales. Por tanto, aquí se describen los elementos de forma y contenido del plan operativo de trabajo comunitario, diario de campo y memoria de actividades institucionales comunitarias. El propósito es que los lectores utilicen las herramientas aquí analizadas como una de las diversas formas para la sistematización de sus conocimientos y experiencias desarrollados en el marco de sus actividades profesionales de campo.

Palabras clave: plan operativo de trabajo, diario de campo, memoria de actividades.

Abstract

Every person who carries out field work in the territory of the community or in the premises of their laboratory requires knowledge and handling of scientific documentation tools to facilitate the registration of their professional experiences. Therefore, the elements of form and content of the community work operational plan, field diary and memory of community institutional activities are described here. The purpose is that readers use the tools analyzed their knowledge and experiences developed within the framework of their professional activities in the field. *Keywords:* operational Work Plan, Field Diary and Memory of Field Activities.

Introducción

Las personas que trabajan en el campo de la salud y otras áreas del conocimiento científico, sistematizan sus experiencias de campo mediante la elaboración de documentos como el Plan Operativo de Trabajo (POT), el Diario de Campo (DC) y la Memoria de Actividades de Trabajo Comunitario (MATC). Estos instrumentos son de gran utilidad para los profesionales al momento de sistematizar el conocimiento generado en el territorio de la comunidad, laboratorios o en el espacio institucional. En seguida se describen los componentes de forma y de contenido de los documentos referenciados.

1. Plan operativo de trabajo

1.1. Definición

Antes de explicar en qué consiste esta herramienta, es necesario ubicar que su base teórica y metodológica procede del ámbito de la planificación estratégica. En consecuencia, para diseñar un POT se parte de las políticas, principios, misión y visión de la organización a la que pertenece el planificador y/o del trabajador salubrista. Entonces, un POT es un documento que contiene un conjunto de objetivos, actividades (de promoción, ejecución y evaluación), métodos, procedimientos, recursos (de todo tipo) y un mínimo de indicadores/descriptores de evaluación con sus respectivos medios de verificación. Estos elementos deben expresar el máximo ahorro de insumos posibles, sin sacrificar la calidad de las intervenciones comunitarias, a fin de impactar en el corto plazo los problemas que afectan las condiciones de vida y salud de los habitantes de un territorio delimitado. También, se le puede definir como un instrumento de gestión muy útil para cumplir los objetivos y desarrollar la institución y/u organización de la comunidad. Al respecto, la Universidad Estatal a Distancia de Costa Rica (2015) lo define como:

El instrumento formulado en concordancia con los planes de mediano y largo plazo, en el que se concreta la política de la institución a través de la definición de objetivos, metas, y acciones que se deberán ejecutar durante el año, se precisan los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para obtener los resultados esperados y se identifican las unidades ejecutoras responsables de los programas de ese plan. (Erick Rodríguez Corrales, 2015, pág. 2)

En ese sentido, según la complejidad de los problemas a intervenir, los POT pueden diseñarse para ser ejecutados en un día, semanas, meses o un año. Las instituciones privadas y públicas suelen elaborar un plan operativo de trabajo anual. Esto indica que los planificadores y/o trabajadores

de la salud deberán tener presente que sus POT serán altamente influenciados por el tiempo que su institución les asigne para la ejecución.

1.2. Ventajas del POT

- a) Las actividades se distribuyen secuencialmente y en tiempo suficiente a fin de lograr los objetivos precisos previstos.
- b) Permite un resumen bastante accesible en todo momento del trabajo a realizar.
- c) Refleja concretamente los responsables y las funciones específicas del equipo de trabajo de campo en cada actividad específica.
- d) Permite operativizar las políticas, misión, visión y principios de la organización y/o institución.
- e) Prevé recursos de todo tipo con ahorro de insumos y tiempo.
- f) Garantiza un seguimiento y evaluación de todo el proceso de intervención comunitaria.

1.3. Componentes

En el POT se deben visualizar componentes de forma y contenido (técnicos). Los primeros: número del plan, membrete de la institución, nombre de la macro actividad, fecha, autor y/o quien autoriza su ejecución. Mientras que, en los componentes de contenido se pueden expresar dentro de una matriz (ver anexo 1), entre los que destacan los objetivos específicos, actividades específicas, metodología, responsables, recursos, tiempo, evaluación y medios de verificación. Se exceptúa el objetivo general ya que, siendo un aspecto de contenido, es más cómodo presentarlo en el espacio para los aspectos de forma, es decir, fuera de la matriz y por debajo de la actividad general (o título del POT). En seguida, se detalla más específicamente cada componente de contenido del POT.

1.3.1. Objetivos

Los objetivos suelen ser generales y específicos. Los primeros reflejan los enunciados cualitativos o cuantitativos que indican el propósito o resultado que se alcanzará al ejecutar todas las actividades del POT. De los objetivos generales se desprenden los *objetivos específicos* que orientan sobre las actividades concretas y/o aspectos operativos que se deberán ejecutar para

contribuir exactamente a la solución del o los problemas expresados en el POT y que proceden de un diagnóstico de la situación de un territorio delimitado. Ambos se redactan asegurándose que cumplan las especificaciones o elementos técnicos descritos a continuación: *acción*: denota lo que se ha de hacer (verbo en infinitivo); *contenido*: refiere los aspectos que contienen las variables o situación principal que se desea intervenir; *persona/objeto*: ente, cosa o variable que facilitará la acción; *espacio*: el territorio donde se ejecutarán las acciones para resolver el problema seleccionado; *efecto*: resultado esperado por las acciones y/o actividades desarrolladas; y *tiempo*: mes y año en que se harán las intervenciones previstas.

Los anteriores componentes técnicos se pueden visualizar en los objetivos que se formulan en seguida:

Ejemplo de objetivo general:

Lograr (*acción*) que las mujeres sexualmente activas (*personas*) de la Comunidad Miralempa del Municipio de Panchimalco (*espacio*) se realicen la prueba de Papanicolaou (*contenido*) a fin de evitar la mortalidad por cáncer cérvicouterino (efecto), noviembre-diciembre de 2021 (*tiempo*).

Ejemplo de objetivo específico:

Promover (*acción*) a través de los medios de comunicación masivos y alternativos, la prueba de Papanicolaou (*contenido*) para mujeres sexualmente activas (*personas*) de la Comunidad Miralempa (*espacio*) y por consecuencia, crear condiciones que incrementen el número de examinadas (*efecto*).

En los *objetivos específicos* se pueden obviar el componente de *espacio* y *tiempo* para evitar la repetición. Por otra parte, ambos objetivos han de englobar las características siguientes: dirigidos a aspectos básicos del problema, medibles, observables y como afirma Pineda E. B. et al, (1994) también deben ser «claros y precisos, facilitando la comprensión y explicación de otros momentos del proceso» (p. 47) en el marco de una investigación científica y/o intervención comunitaria. Igualmente, deben ser coherentes con las variables principales del problema o necesidad que se pretende intervenir, sugerir posibles métodos y técnicas para su análisis cuantitativo o cualitativo.

En nuestra opinión, ambos objetivos son como la «brújula» que orienta hacia los resultados concretos que se pretenden lograr al responder los interrogantes que nos hacemos respecto a las posibles soluciones del fenómeno, problema o necesidad intervenida. Por tanto, en ellos encontramos las pistas que nos permiten buscar las variables, indicios, pruebas,

descriptores y/o aspectos que demuestran evidencias cualitativas, teóricas o estadísticas sobre el origen, cambio o comportamiento que se produjo por los efectos concretos de las intervenciones ejecutadas en el marco de lo planeado. Por último, conviene destacar que los objetivos reflejan el compromiso de los planificadores y/o ejecutores de POT respecto a los beneficios que pretenden garantizar a los sujetos de la intervención.

1.3.2. Programación de actividades específicas

En este componente se seleccionan –con base en los objetivos específicos y los recursos disponibles– las acciones, contenidos o tareas necesarias que contribuirán a solucionar y/o disminuir el problema o necesidad que será intervenido mediante el POT. Por tanto, las actividades se clasifican en tres tipos: de promoción, implementación (ejecución) y de evaluación de lo planeado. Para efectos didácticos las anteriores se pueden agrupar en un cuadro matriz (ver anexo 1). En seguida se explican cada actividad aludida.

A. Actividades de promoción

En estas se agrupan todas las acciones, contenidos o tareas que garanticen que las instituciones internas y externas a la comunidad, más los beneficiarios directos de la intervención, apoyen y se adhieran al POT que se pretende ejecutar para contribuir a resolver el problema o necesidad priorizada. Entre las instituciones destacan la Alcaldía, Ministerio de Salud, la Empresa Privada y ONG´s. Esas actividades deben estar explícitas en los objetivos específicos del POT. Un ejemplo sería la colocación de carteles alusivos a las ventajas de la prueba de Papanicolaou en espacios públicos estratégicos de la comunidad.

B. Actividades de implementación o ejecución

Son las acciones, contenidos o tareas previamente diseñadas para operativizarlas en el área de influencia del POT y/o proyecto. Es decir, aquella tarea concreta que se ha de aplicar para alcanzar los objetivos específicos, planeadas para contribuir en la solución y/o disminución de los problemas o necesidades expresados en el POT.

C. Actividades de evaluación

Consiste en la acción, tarea o contenido centrado en precisar los indicadores (cuantitativos) y/o descriptores (cualitativos) que permitirán –durante o después de la ejecución– medir, determinar o comprobar si los objetivos de cada actividad se han cumplido. También se mide cuánto

se logró o cambió la situación sujeta a intervención como producto de la operativización del conjunto de actividades del POT y/o proyecto. En este acápite se precisan los medios de verificación que comprueban los indicadores de logro o éxito de las intervenciones evaluadas.

D. Actividades de seguimiento

Bajo este acápite se colocan todas las tareas concretas que permitirán garantizar la sostenibilidad de los cambios o efectos logrados en el marco de la intervención comunitaria desarrollada. Implica diseñar las acciones o tareas para monitorear y garantizar que los beneficios reportados como producto de la ejecución del POT se mantengan en el tiempo. Por otra parte, para que los trabajadores de la salud siempre tengan disponible información importante y básica al momento de la operativización del POT, se sugiere ordenar y portar los aspectos fundamentales del mismo en una *matriz sintética*. Ello permite consultarla frecuentemente en el campo de acción. El fin último es tener siempre a la mano el resumen de todas las actividades y tareas necesarias que orienten el trabajo de campo, como se puede visualizar en el anexo.

1.3.3. Metodología o estrategia de trabajo del POT

Describe los procedimientos, la forma y/o pasos que aumentan la certeza de cómo se lograrán los objetivos y la operativización de las actividades planificadas. Un ejemplo de procedimiento es «Se visitará a los líderes, familias y lugares estratégicos de la comunidad para pegar publicidad relativa a las ventajas de realizar la prueba de Papanicolaou».

Asimismo, aquí se colocan las técnicas necesarias para la ejecución de las actividades programadas y el logro de los objetivos específicos. Algunos ejemplos serían: visita domiciliar, diario de campo, mantas educativas y afiches, guía de observación, entre otras.

1.3.4. Recursos

En este componente técnico del POT se designan las personas específicas que dirigirán o ejecutarán las acciones en cada actividad. También, el financiamiento de cada actividad específica.

Ejemplos:

- a) Para la actividad «**Presentación de la intervención educativa relativa al Papanicolaou a líderes de la comunidad**», el recurso profesional más idóneo es el educador para la salud.

- b) Para la actividad «verificación del cumplimiento de la dieta» los profesionales más competentes son el nutricionista y/o educador para la salud.

1.3.5. Tiempo de ejecución

Componente que señala los plazos mínimos necesarios para cumplir cada una de las acciones programadas en el POT.

Ejemplo: del 10 al 20 de noviembre se realizará la actividad de promoción «**Coordinación con los medios de comunicación la divulgar de la intervención educativa relativa a la prueba de Papanicolaou**» (ver anexo 1).

1.3.6. Evaluación y medios de verificación

En este último componente técnico del POT se busca plasmar por cada objetivo específico y actividad relacionada, los indicadores o indicios mínimos que den cuenta del logro o éxito alcanzado. Se buscan evidencias o pruebas que demuestran los cambios, comportamientos o soluciones a los aspectos medulares de la intervención planeada. Asimismo, en esta sección se detallan los medios de verificación que consisten en documentos (escritos, fotografías, audiovisuales, archivos digitales, entre otros) que se muestran como pruebas o asomos de que se ha medido y descrito cabalmente el éxito de la actividad específica desarrollada. En los párrafos que siguen se aborda otra de las herramientas fundamentales para la sistematización de las actividades de campo de los trabajadores de la salud.

2. El diario de campo

2.1 Definición

Se refiere al documento o informe personal que se estructura mediante un conjunto de registros de observaciones planeadas e intencionadas relativas a una actividad, objeto, sujeto, problemas o fenómeno estudiado. Son recogidas por el trabajador de campo mediante notas de diario de campo (se describen párrafos abajo). Luis A. Valverde Obando (1993) lo define como:

Un instrumento de registro de información procesal que se asemeja a una versión particular del cuaderno de notas, pero con un espectro de utilización ampliado y organizado metódicamente respecto a la información que se desea obtener en cada uno de los reportes, y a partir de diferen-

tes técnicas de recolección de información para conocer la realidad, profundizar sobre nuevos hechos en la situación que se atiende, dar secuencia a un proceso de investigación e intervención y disponer de datos para la labor evaluativa posterior. (p. 309)

Mientras que, Sánchez Arroyo (2009) cita a Colás y Buendía (1992) quienes afirman que «el diario es un informe personal sobre una base regular en torno a temas de interés o preocupación» (Arroyo, 2009, pág. 108), a través del cual se relatan acontecimientos específicos, reflexiones personales, hallazgos significativos, sensaciones, conductas y costumbres de los sujetos o fenómenos observados. No obstante, es frecuente encontrar autores como Muñoz S., et. al. (2013), quien refiere a esta herramienta como un «cuaderno de campo. Allí se apuntan las primeras observaciones al explorar un terreno o escenario de forma completa, precisa y detallada (lo que no está escrito no sucedió nunca)» (María Andrea Dakessian, 2013, pág. 60). Karsten Hundeide (2005), afirma que «El diario de campo debe consignar: fecha del evento, nombre de las personas participantes, agenda planeada, agenda desarrollada, impresiones y comentarios, además ejemplos de tus propias experiencias» (p. 45).

Por otra parte, Teresita Alzate (2008) destaca que «el diario de campo de manera objetiva da cuenta del proceso de formación del estudiantado en dos campos bien delimitados, el profesional y el personal» (p. 1). En el primero, permite que el estudiante se apropie de conocimientos significativos originados en la reflexión de su práctica, desarrollar la capacidad de la escritura científica y del sentido crítico. El segundo campo profesional, desarrolla en el estudiantado valores, actitudes y conductas adecuadas como: motivación, autoconocimiento, autocontrol, empatía, capacidad autodidáctica, sentido de solidaridad entre otros.

Cuando el trabajador de campo se ve en la necesidad de precisar, describir e interpretar alguna manifestación significativa de lo estudiado u observado, suele escribir *notas de campo* que se plasman en el cuaderno de apuntes para luego organizar e interpretar con más detalle lo captado. Por tanto, en las notas de campo lo observado se organiza, describe, explica e interpreta con mayor creatividad y rigurosidad con base en los objetivos específicos y una metodología claramente definida, que permite recoger experiencias, reflexiones, observaciones, sentimientos, dibujos, imágenes recurrentes, croquis de infraestructura de interés, símbolos personales, que ayudan al investigador a explicar lo observado o relatado por los otros. Insumos que posteriormente serán la base para elaborar los informes o memorias requeridas por la institución de afiliación.

2.2 Definición de notas de campo

Las notas de campo consisten en un conjunto de registros escritos obtenidos mediante la observación de campo sobre acontecimientos que ocurren en el marco de una visita comunitaria, el espacio de la organización, escuela, entrevista médico-paciente, práctica de laboratorio, sesión de trabajo grupal entre otras actividades prácticas. Su uso permite al trabajador de salud y otros profesionales escribir y sistematizar las situaciones o manifestaciones latentes o aparentes que considera importantes y que resultan de la observación y análisis del problema o situación estudiada que la memoria del observador podría en el instante o paulatinamente olvidar. Al respecto, Danklemaer, C.H. et al. (2001) citan a Sanjek, et al. (1990) afirman que *las notas de campo* constituyen «una amplia gama de expresiones: registros de observaciones, eventos y discursos de los actores, anotaciones casuales y fragmentarias, diarios personales, planes de actividades diarias, copia de material escrito hallado en el campo y diagramas, planos y dibujos». (Christine Danklemaer, 2001, pág. 66). Asimismo, Taylor & Bogdan (1987) afirman que:

Las notas de campo no deben incluir solo descripciones de lo que ocurre en un escenario, sino también un registro de los sentimientos, interpretaciones, intuiciones, preconceptos del investigador y áreas futuras de indagación. Estos comentarios subjetivos deben distinguirse claramente de los datos descriptivos mediante el empleo de paréntesis y las iniciales «C.O» (comentarios del observador). (pp. 82-83).

En síntesis, se debe escribir en el cuaderno de campo todo lo que el investigador puede recordar del evento y/o fenómeno intencionalmente estudiado.

2.3 Utilidad del diario de campo

Esta herramienta facilita al observador expresar las reacciones de las personas y/u objetos estudiados en el desempeño de su cotidianidad. Por tanto, Sanabria (2006) afirma que el diario de campo «favorece el establecimiento de conexiones significativas entre el conocimiento práctico (significativo) y el conocimiento disciplinar (académico) [...] se pueden realizar focalizaciones sucesivas en las problemáticas cotidianas sin perder las relaciones de contexto» (p. 2). Esta herramienta desarrolla en los usuarios la capacidad descriptiva, analítica, explicativa, valorativa y prospectiva en torno al problema estudiado y ayuda al investigador a comprender el entorno territorial y sociocultural de la comunidad (describe quién, qué, por qué, dónde, cuándo y cómo suceden los problemas, el desarrollo de

actividades y eventos). Asimismo, es de gran valor en el momento de análisis de los registros globales que favorecen la reflexión sobre la praxis y por ende la toma de decisiones.

2.2 Características del diario de campo

- a) En seguida se detallan algunas de las características del diario de campo. Ellas son:
- b) Es de carácter íntimo e individual, lo elabora directamente el trabajador de campo.
- c) Exhaustivo en la escritura. Se debe describir y registrar con detalle exactamente lo que se observa. Las interpretaciones y valoraciones se dejan registradas aparte en las notas de campo.
- d) De carácter intencionado o basado en la planificación previa del evento estudiado u observado para facilitar la interpretación futura.
- e) De carácter fundamentalmente descriptivo. Para documentar lo intencionalmente observado a través de palabras, esquemas, figuras, fotografías... Es decir, se deben registrar hechos concretos para evitar suposiciones al redactar el informe final de lo estudiado.
- f) Centrado en las actividades, problemas o fenómenos estudiados. No se coloca información irrelevante.
- g) Objetiva a través de la escritura la subjetividad del observador.

Aparte, sobre el diario de campo es pertinente advertir que es conveniente mantenerlo en absoluta confidencialidad en tanto que el investigador frecuentemente registrará asuntos íntimos de las personas de la comunidad que, de ser develados accidentalmente a públicos más amplios, fuera del ámbito académico pondría en potencial riesgo a investigados e investigador. Por tanto, debe custodiarse con recelo a fin de evitar momentos desagradables para ambos polos del trabajo de campo. También, dado que cuando el autor de esa herramienta se encuentre en contexto distinto al de la experiencia registrada, su diario de campo será una rica fuente de conocimiento y experiencia acumulada que le permitirá plantear soluciones presentes muy similares a las ejecutadas en su experiencia práctica pasada. Para terminar, pero no menos importante, este documento se convierte en

una fuente de información insoslayable para redactar los informes técnicos y/o memorias de actividades laborales que las instituciones exigen al trabajador de la salud y otros similares al final del año o al término de su práctica de campo y/o de laboratorio.

2.5. ¿Cómo organizar el diario de campo?

2.5.1. Estructura

A. Elementos de forma: se expresan a través de la carátula o portada que debe contener nombre de la institución; es decir, deberá especificar: institución de afiliación del autor. Por ejemplo: universidad (facultad y departamento), municipio, ciudad, cantón, caserío (según sea el caso), autor/a, lugar, fecha y año.

B. Elementos de contenidos (técnicos): registros de observaciones planeadas e intencionales o *notas de diario de campo*, que consisten en la descripción detallada del fenómeno o actividad observada, más que su explicación e interpretación. En ese sentido, en las notas de diario de campo, como afirma Alejandra Navarro (2007), «se registran las experiencias y sentimientos del observador. Este registro es útil para no pasar por alto la influencia en la investigación de los sesgos personales» (p. 14). Estas ayudan a llevar un registro de observaciones realizadas durante las entrevistas, visitas de campo y documentación del lugar.

2.6. Pasos para escribir las notas de diario de campo

Para este efecto se recomienda el procedimiento que sigue:

- a) Numerar todas las páginas del diario de campo. Escribir en hoja derecha y dejar hoja izquierda en blanco (para dibujar esquemas).
- b) Consignar siempre lugar, fecha, agenda, hora de inicio y cierre de recolección de las notas de diario de campo.
- c) Escribir las notas de diario de campo con lápiz de grafito.
- d) Sistematizar observaciones generales que guarden congruencia con los objetivos específicos que orientan el aspecto observado y/o investigado.
- e) Revisar las notas de diario de campo de todos los días y triangular con la información a sistematizar.

- f) Inmediatamente después de la vista de campo, escribir todo lo que se observa: acciones, gestos, olores, sabores, sonidos, clima e impresiones que los objetos y/o fenómenos analizados develan al investigador.
- g) Portarlo el diario de campo en una bolsa plástica o similar para evitar que se humedezca y destruya.
- h) Ponerle al diario de campo una funda resistente, para evitar daños.
- i) Guardar el diario de campo en un lugar seguro y discreto.
- j) Reunirse con compañeros de trabajo después de escribir en el diario las notas del día para compartir ideas que pueden servir como soporte en su investigación.

3. La memoria de actividades de trabajo comunitario

Consiste en un documento de carácter institucional, elaborado por un equipo de trabajo de campo y/o su dirigente ejecutivo, que contiene el conjunto de experiencias y prácticas más significativas desarrolladas por el equipo de trabajo institucional. En ella, se destacan los principales aportes, éxitos y obstáculos que se le presentaron a los diversos actores sociales que participan en las intervenciones de salud comunitaria dirigidas a modificar favorablemente los determinantes sociales de la salud de la comunidad. Esta herramienta de sistematización del conocimiento que reúne las principales actividades de campo desarrollado por un colectivo en su práctica cotidiana abarca periodos a largo plazo (trimestral, semestral y anual). Se estructura a partir de los datos recabados en los *diarios de campo* y la *literatura pertinente* a la que tiene acceso el colectivo de trabajo.

El objetivo de realizar una MATC radica en que facilita al trabajador de campo el registro de las buenas prácticas desarrolladas en el territorio de la comunidad, recinto de su laboratorio o el espacio institucional en el que se desempeña. También, permite a los ejecutores dejar constancia documental de las actividades relevantes desarrolladas en el marco de un trabajo de campo colectivo y previamente planificado, ejecutado y evaluado. Consecuentemente coadyuva al rescate de la memoria histórica de la comunidad e institución para la que trabaja un colectivo. Por último, sirve como base para sustentar informes técnicos requeridos por las instituciones y otros organismos requirentes.

En adelante se describe cómo se organiza el documento aludido y qué procedimientos y componentes son necesarios para su elaboración.

3.1 ¿Cómo elaborar la memoria de actividades de campo?

3.3.1. Componentes de la memoria

En este acápite se relata en términos generales los elementos básicos que se desarrollan en cada componente de forma y contenido de la memoria de actividades comunitarias.

A. Aspectos de forma de la memoria de actividades

De los aspectos de forma destacan la *Carátula/Portada* que debe contener básicamente los mismos datos que se plantearon para el diario de campo y que ya fueron referidos en párrafos anteriores.

B. Aspectos técnicos de la memoria de actividades

i. Índice (tabla de contenidos)

Acápite que contiene en forma secuencial los temas cubiertos en el documento junto con la referencia de páginas. Ejemplo: capítulos, títulos y subtítulos; tomando como base el número con el que inician los aspectos referidos. El propósito es ayudar a los lectores a encontrar secciones específicas del informe que son de mayor interés para ellos. Después de diseñar este componente se plantea la introducción. Los elementos técnicos que la sustentan se pueden visualizar en las líneas que siguen.

ii. Introducción

Aquí se plantea en términos sintéticos los aspectos más importantes tratados en el documento: para qué se realizó el informe, las actividades generales más destacadas de la memoria, la metodología de trabajo general que se utilizó y sucintamente los aprendizajes más significativos que dejó el trabajo de campo institucional. Para la elaboración de este componente es útil orientarse a través de los interrogantes que siguen: ¿Expresa de que trata el documento? ¿cuáles son sus aspectos estructurales principales? y ¿para qué se elaboró? Es decir, una descripción sintética de los elementos fundamentales que garanticen una buena ubicación del lector en la estructura global del escrito.

iii. Objetivos

Sobre la definición y redacción de este acápite se comentó en la sección dedicada al POT. Los aspectos técnicos allí tratados se aplican para este documento.

iv. Marco referencial de la memoria

En este componente de la memoria de actividades de trabajo de campo se describe la ubicación de la comunidad. Aspectos generales como: geografía, antecedentes históricos, organización, fauna, flora, focos de riesgos. Asimismo, acontecimientos históricos significativos de tipo político, jurídico, ideológico, económico, social, psicológico y culturales de la comunidad, y un brevísimo bosquejo de la situación de salud percibida de la comunidad.

v. Descripción de actividades de la memoria

En este espacio de la memoria se prioriza la descripción sintética de las principales acciones que se planificaron, ejecutaron y evaluaron en el marco de las *actividades generales más significativas* a lo largo del período de trabajo de campo previsto por el equipo operativo de la institución. En ese sentido, la parte de análisis e interpretación de los mecanismos que garantizaron el éxito o fracaso de las acciones referida se deja para la parte del análisis crítico. Por consiguiente, lo que se registra de cada *actividad general* ejecutada es el lugar, día, nombre, hora, agenda desarrollada y/o aspectos tratados u observados con su respectiva descripción sintética de las acciones o tareas concretas realizadas. Si la visita de campo se realiza guiada por un POT, entonces, en sus objetivos específicos se intuyen los ejes temáticos que se convierten en los temas y subtemas que se escriben en el informe sintético de cada visita de campo u otra actividad general desarrollada por el equipo de trabajo de la institución.

vi. Análisis crítico de las actividades de la memoria

Esta sección parte del análisis de los aspectos más significativos destacados en la descripción de cada *actividad* abordada en el acápite anterior. Inicia con una interpretación o explicación sintética de todo aquello que signifique o indique, demuestre o confirme el logro de los objetivos de *cada actividad específica* ejecutada en el marco de las actividades generales previstas y que se desarrollaron a lo largo de todo el trabajo de campo en la comunidad o espacio de trabajo y que se reflejan en los POT u otra herramienta de planeación elegida por el equipo de trabajo. De igual manera,

se deben relatar las estrategias y decisiones que más coadyuvaron para el logro de los objetivos específicos de cada actividad general ejecutada en cada visita de campo. Una buena guía para redactar u organizar los aspectos medulares del análisis crítico de la memoria es tener presente que cada actividad general desarrollada se convierte en eje temático, *subtemas o sub-componentes* de la misma, y bajo ellos se explica e interpreta sucintamente las acciones más significativas ejecutadas en la visita de campo.

vii. Conclusiones de la memoria de campo

Es un acápite de la memoria que consiste en elaborar un *resumen sintético* de las explicaciones, indicios, juicios, valoraciones, hallazgos y pruebas más sobresalientes que emergen del razonamiento inductivo y deductivo. Permite al trabajador de campo argumentar o sustentar los aprendizajes, logros, obstáculos y soluciones más significativos aportados en cada actividad general de campo reportada en la memoria. Entonces, las *conclusiones* reflejan los hechos más notorios que deben ser resaltados para fundamentar futuras soluciones y las recomendaciones que del trabajo de campo se deriven. Consecuentemente, representan un punto de vista que emerge del análisis de la información plasmada en el DC, otras memorias de trabajo, literatura pertinente y durante el proceso de análisis crítico que el colectivo de trabajo realiza por cada decisión o acción desarrollada en la comunidad. Por último, vale la pena enfatizar que, las *conclusiones* deben ser específicas, concretas, sencillas y coherentes con los objetivos específicos de cada actividad general relatada.

vii. Recomendaciones de la memoria de campo

Consisten en la presentación de una serie de sugerencias significativas, medibles, razonablemente alcanzables, derivadas de la discusión de lo relatado en la memoria y de las conclusiones. En ese sentido, las recomendaciones deben ser concretas, realistas, factibles, objetivas. En otras palabras, deben ser sugerentes e indicar claramente cómo se deben ejecutar, referirse a hechos objetivos y por tanto verificables. Para la redacción de una recomendación es de gran ayuda responderse los interrogantes siguientes: ¿Para qué se hace la sugerencia?, ¿cómo ejecutarla?, ¿con qué?, ¿quiénes? (personas o institución que deben ejecutar lo propuesto), ¿cuándo?, ¿explica el proceso para ejecutarlas?, ¿se relacionan con las áreas débiles del trabajo de campo?, ¿se relacionan con las actividades y objetivos específicos del POT u otras herramientas de investigación y/o planeación?, ¿se relacionan con las conclusiones? y ¿son producto de la evaluación de las actividades? Las preguntas, como es obvio, no se escriben al redactar las recomendaciones, pues, solo son una ayuda didáctica para facilitar la

construcción de ese proceso intelectual. Agotado este apartado se plantea el capítulo de las referencias bibliográficas.

ix. Referencias bibliográficas de la memoria de campo

Este aspecto deberá ser estructurado según el estilo de redacción plasmado en las normas de Vancouver. Estas normas son ampliamente recomendadas por la comunidad científica para el caso del área del conocimiento de la salud pública, farmacia, ciencias de la salud y odontología. Pero, en primera instancia, los autores de la memoria deben tener en cuenta el formato que requiera la institución para la que trabajan.

x. Anexos o apéndices de la memoria

Es el último componente de la memoria, su propósito es proporcionar un espacio para colocar o describir con mayor profundidad ciertos materiales que no son absolutamente esenciales en el cuerpo del documento a fin de no romper con el hilo conductor del relato y, sobre todo, no distraer al lector cuando lee el texto principal. Aquí, se colocan copias de los formularios utilizados para la recolección de información de campo, mapas, esquemas, fotografías, cuadros sinópticos, manuales de capacitar y enlaces a sitios web. De igual manera, se debe garantizar que en este componente solo se coloquen los apéndices que han servido para reforzar la explicación teórica o empírica plasmada en la memoria. En el cuerpo del trabajo se ha de dejar constancia de la utilización de los documentos anexos a través de citas al pie, paréntesis o corchetes en el cuerpo del documento de la memoria de actividades comunitarias.

4. Conclusión

El plan operativo de trabajo comunitario, diario de campo y memoria de actividades de trabajo comunitario son herramientas que utilizan los trabajadores de la salud y otros para sistematizar las experiencias de campo y rescatar la memoria histórica de la institución. Permiten registrar la experiencia individual (DC) y colectiva (MATC) así como prever las actividades idóneas para la solución de problemas específicos (POT), emitir conclusiones y recomendaciones en torno a los procesos realizados en la práctica institucional y de campo. Y, lo no menos importante contribuir al rescate de la memoria histórica institucional, las buenas prácticas de los diversos actores sociales y por ende al desarrollo de conocimientos en el área de Salud Pública. Por ello, considero que en el proceso de formación de todo profesional de las ciencias de la salud se debe poner especial énfasis

para que los mismos manejen y aplique los elementos de forma y contenido de las tres herramientas aquí abordadas.

El trabajo colectivo permite menos errores, y si los hay, cuando son analizados crítica y propositivamente ellos se convierten en una rica experiencia de aprendizaje para todos y todas (O. Aragón-Arias, 2002).

Anexo 1. *Matriz sintética de plan operativo de trabajo.*

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Plan operativo 1

Actividad general: promoción de la Salud Reproductiva, orientada al fomento de la prueba de Papanicolaou en Mujeres Sexualmente activas, Comunidad Miralempa, Municipio de Panchimalco, noviembre-diciembre, 2021.

Objetivo general:

Lograr que las mujeres sexualmente activas de la Comunidad Miralempa del Municipio de Panchimalco se realicen la prueba de la prueba de Papanicolaou a fin de evitar la mortalidad por cáncer cervicouterino, noviembre -diciembre de 2021.^{1*}

Hora de inicio: 8:00 am.

Hora de finalización: 12:00 am.

Fecha de elaboración: _____

Firma del responsable y/o Profesor _____.

¹ *Compruebe que este objetivo se ha diseñado aplicando los cuatro elementos–ya señalados–para su formulación.

Objetivos específicos	Actividades específicas	Metodología	Tiempo	Recursos	Evaluación	
					Indicadores	Medio de verificación
<p>1- Promover a través de los medios de comunicación masivos y alternativos la prueba de Papanicolaou para mujeres sexualmente activas de la comunidad Miralempa a fin de crear condiciones que incrementen el número de examinadas. (Esta es una muestra hay más objetivos).</p>	<p>A. Actividades de promoción 1. Preparación de proceso de divulgación de la intervención educativa. 2. Presentación de la intervención educativa a líderes de la comunidad. 3. Coordinación con los medios de comunicación divulgar de la intervención educativa relativa a la prueba de Papanicolaou. 4. Colocación de carteles alusivos a las ventajas de la prueba de Papanicolaou en espacios públicos estratégicos de la comunidad. (Esta es una muestra hay más Actividades).</p>	<p>Técnicas: - Se visitará a los líderes y familias para explicar las ventajas de la actividad general. Asimismo, lugares estratégicos de la comunidad para pegar publicidad relativa a las ventajas de realizar la prueba de Papanicolaou. - Visita domiciliar, diario de campo, mantas educativas y afiches. -Guía de observación (Esta es una muestra hay más aspectos metodológicos)..</p>	<p>10 a 20 de noviembre (ver cronograma para cada actividad específica). (Esta es una muestra hay más fechas programadas...).</p>	<p>Humanos: -Promotor/a de Salud. -Educador/a para la salud. Materiales: -Papelógrafo. -CD-cuña radial. -Transporte Financieros: \$ 2,000.00. (Esta es una muestra hay más recursos programados).</p>	<p>Indicadores sugeridos: actitud de las mujeres ante el proyecto, valoraciones generales sobre las actividades programadas, número de interesadas... -Número de personas que ubican fecha y lugar de la ejecución de actividades...</p>	<p>-Archivo de las guías de observación y entrevista debidamente rellenadas. -Fotografía de afiches y carteles ubicados en lugares estratégicos de la comunidad (Esta es una muestra hay más medios de verificación).</p>

<p>1- Explicar a las mujeres sexualmente activas los motivos que orientaron la formulación de la intervención educativa, para garantizar su participación activa e informada.</p> <p>2- Facilitar a las mujeres de la comunidad condiciones, conocimientos y métodos relacionados con la prueba de Papanicolaou, mediante intervenciones educativas que garanticen el incremento de pruebas (Esta es una muestra hay más objetivos).</p>	<p>B. Actividades de ejecución</p> <p>1. Ejecución del taller</p> <p>importancia de la prueba de Papanicolaou.</p> <p>1.1. ¿Qué es la prueba de Papanicolaou?</p> <p>1.2. Utilidad del mismo.</p> <p>1.3. Como realiza la prueba...</p> <p>2. Análisis de los mensajes recibidos por las mujeres a través de los diversos medios.</p> <p>2.1. Listado de mensajes recibidos.</p> <p>2.2. Listado de interesadas en hacerse la prueba.</p> <p>2.3. Formación de comisiones de voluntarias gestoras de atención.</p> <p>3. Coordinar con autoridades Sanitarias Locales</p> <p>4. elaboración de listado de mujeres interesadas a ser referidas al Centro de Salud (Esta es una muestra hay más Actividades).</p>	<p>-Se hará una un taller de capacitación en la casa comunal.</p> <p>Técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Entregas, educativas participativas, discusión de grupo, -Papelógrafos, -Visitas de Campo (Esta es una muestra hay más aspectos metodológicos). 	<p>Del 25 de noviembre (ver cronograma específico para cada actividad (Esta es una muestra hay más fechas programadas)).</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Promotor/a de Salud. -Enfermera/o. -Educador/a para la salud. -Medico/a <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Papelógrafo. -Rotafolio. -Multimedia. -CD educativo. <p>Financieros:</p> <p>\$ 6.000.00 (Esta es una muestra hay más fechas programadas).</p>	<p>-Formulario estructurados con base a los indicadores siguientes: motivación, interés, valoraciones, atención, satisfacción, compromisos, productos alcanzados, logro de objetivos (Esta es una muestra hay más indicadores).</p>	<p>-Memorias de trabajo de la carrera de Educación para la Salud...</p> <ul style="list-style-type: none"> -Programa del taller. -Listado de asistencia de los beneficiarios y capacitadores -Listados usuarias. -Diarios de Campo. -Diagnóstico de salud materna e infantil de la comunidad (Esta es una muestra hay más medios de verificación).
--	---	---	--	--	---	---

<p>1- Garantizar la sostenibilidad de la consulta por papanicolaou para las mujeres sexualmente activas de la comunidad a fin de contribuir a reducir las tasas de cáncer Cérvico- uterino.</p> <p>2- (Esta es una muestra hay más objetivos...).</p>	<p>C. Actividades de Monitorio/ seguimiento</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisión de las actividades. 2. Recordatorio cada seis meses sobre nueva cita. 3. Colocación de carteles relacionados con el tema. 4. (Esta es una muestra hay más Actividades...). 	<p>-Guía de observación administrada por el docente y coordinado estudiantil</p> <ul style="list-style-type: none"> -Carteles, mantas educativas. -Visita domiciliar <p>(Esta es una muestra hay más aspectos metodológicos).</p>	<p>Junio del 2004 (Esta es una muestra hay más fechas programadas).</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Promotor/a de Salud. -Antropólogo -Educador/a para la salud. <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Diagnóstico de salud. -Instrumentos de evaluación. -Multimedia. <p>(Esta es una muestra hay más recursos programados).</p>	<p>-Indicadores: responsabilidad, interés, valoraciones, puntualidad, compromiso, productos alcanzados, logro de objetivos...</p> <p>(Esta es una muestra hay más indicadores).</p>	<p>-Memorias de trabajo la Maestría en educación sexual y reproductiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Programa del taller. <p>(Esta es una muestra hay más medios de verificación).</p>
---	--	---	---	--	---	--

5. Referencias bibliográficas

- Arroyo, J. F. (2009). *Análisis de clima del aula en educación física: un estudio de casos*. Universidad de Málaga.
- Christine Danklemaer, C. F. (2001). De las notas de campo a la teoría: Descubrimiento y redefinición de Nagual en los registros Chiapanecos de Esther Hermitte. *Alteridades*, 11(21), 16.
- Elia Beatriz Pineda, E. L. (1994). *Metodología de la investigación: Manual para el desarrollo de personal de salud*. Washington: OPS-OMS. Serie Paltex.
- Erick Rodríguez Corrales, G. S. (2015). *Guía para la formulación, seguimiento, y evaluación del Plan Operativo Anual (POA)*. Guía , Universidad Estatal a Distancia de Costa Rica-UNED, Centro de Planificación y Programación Institucional. Obtenido de https://www.uned.ac.cr/viplan/images/cppi/Gu%C3%ADa_para_la_formulaci%C3%B3n_seguimiento_y_evaluaci%C3%B3n_del_Plan_Operativo_Anual.pdf
- Karsten Hundeide, N. A. (2005). *Manual para personas facilitadoras: también soy persona*.
- María Andrea Dakessian, G. S. (2013). *Salud comunitaria: la construcción de un campo interdisciplinar*. Universitaria de Patagonia.
- Navarro, A. (2007). *Notas de campo: El registro y la organización de la información pedagógica mediante observaciones*. Universidad de Buenos Aires, Sociología. Facultad de Ciencias Sociales.
- Obando, L. V. (1993). El diario de campo. *Revista Trabajo Social*, 18(39), 308-319.
- S. J. Taylor, R. B. (1987). *Introducción a los métodos de investigación Científica: la búsqueda de significados*. PAIDÓS.
- Sanabria, J. R. (26 de febrero de 20013). *El Diario Pedagógico*. Obtenido de DOCPLAYER: <https://docplayer.es/78065790-El-diario-pedagogico-1-compilador-julio-roberto-sanabria.html>

Teresita Alzate Yepes, A. M. (2008). Una mediación pedagógica en educación superior en salud. El diario de campo. *Revista Iberoamericana de Educación*, 4(47), 10.

Universidad Estatal a Distancia de Costa Rica. (2005). *Guía para la formulación, seguimiento y evaluación de planes operativos anuales (POA)*. Vicerrectoría de Planificación. Centro de Planificación y Programación Institucional. Obtenido de https://www.uned.ac.cr/viplan/images/cppi/Gu%C3%ADa_para_la_formulaci%C3%B3n_seguimiento_y_evaluaci%C3%B3n_del_Plan_Operativo_Anual.pdf

s

La Universidad

Órgano científico-sociocultural de la Universidad de El Salvador

Segunda Época

Publicación trimestral

N.º 2, abril-junio de 2021

Innovación educativa en las maestrías: Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador, año 2022

Blanca Aracely Martínez

Hilda Cecilia Méndez

José Alberto Rosabal Rodríguez

ARTÍCULO

Martínez, B. A., Méndez, H. C. y Rosabal, Rodríguez, J. A. (2021). Innovación educativa en las maestrías: Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador, año 2022. *Revista La Universidad*, N.º 2, págs. 114-129

Revista *La Universidad*

ISSN: 0041-8242

Correo electrónico: revista.launiversidad@ues.edu.sv

Editorial Universitaria de la Universidad de El Salvador

Innovación educativa en las maestrías: Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador, año 2022

Pedagogical Innovation in the masters: Faculty of Medicine of the University of Salvador, year 2022

Blanca Aracely Martínez
blanca.martinez@ues.edu
Universidad de El Salvador
Orcid: 0000-0001-7051-1250

José Alberto Rosabal Rodríguez
jose.rosabal@ues.edu.sv
Universidad de El Salvador
Orcid: 0000-0001-5533-2860

Hilda Cecilia Méndez
hilda.mendez@ues.edu.sv
Universidad de El Salvador
Orcid: 0000-0001-5089-8021

Fecha de recepción: 18 de enero de 2021
Fecha de aprobación: 21 de marzo de 2021

Resumen

La maestría en Psicología Clínica de la Comunidad (MPCC) en la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador (FM-UES), ejecutó un primer cohorte de febrero 2019 a diciembre de 2020 y constituyó una de las estrategias de formación universitaria del proyecto «Agua Futura», «Actividad de formación e investigación dirigida al monitoreo y al modelado de la calidad y cantidad de los recursos hídricos y los aspectos psicosociales y pedagógicos asociados en zonas de El Salvador y Guatemala» cuyos objetivos fueron:

- La mejora de la calidad de la gestión sostenible de los recursos hídricos y los conflictos sociales relacionados en El Salvador y Guatemala.
- Contribuir a mejorar el conocimiento teórico y práctico de los recursos, la gestión integral sostenible del agua y de la comunidad y la detección de obstáculos y recursos psicosociales (Consiglio Nazionale delle Ricerche – Istituto di Geoscienze e Georisorse, 2017).
- Aportar producto de las investigaciones, en la mejora de las actividades pedagógicas, para contribuir a que las mismas tengan un alto nivel de científicidad.
- Fomentar la transdisciplinariedad, cooperación e integración en la formación de profesionales, la formación continua de los líderes comunitarios en el ámbito de la proyección social.

Con ello se alcanzaron mejoras en la calidad de los doce trabajos presentados con un alto nivel científico y la publicación de dos artículos por parte de los docentes. El proyecto se desarrolló en el municipio Colima, del departamento de San Salva-

dor, con el objetivo de integrar los elementos de la innovación educativa para el mejoramiento de los programas de maestrías; logrando un egresado que cumpla con las expectativas del pueblo salvadoreño, para la solución de los problemas más apremiantes de las comunidades.

Palabras clave: innovación educativa, transdisciplinariedad, sinergia institucional, componente laboral, componente científico, componente investigativo.

Abstract

The master's degree in Community Clinical Psychology (MPCC) at the Faculty of Medicine of the University of El Salvador (FM-UES), was held from February 2019 to December 2020 and was one of the university training strategies of the Agua Futura project, «Training and research activity completed on the monitoring and modeling of the quality and quantity of water resources and on psychosocial and pedagogical aspects, associated in the areas of El Salvador and Guatemala» whose objectives were:

- Improving the quality of sustainable management of water resources and related social conflicts in El Salvador and Guatemala.
- Contribute to improving the theoretical and practical knowledge of the resources, the comprehensive sustainable management of water and the community, and the detection of obstacles and psychosocial resources (Consiglio Nazionale delle Ricerche – Istituto di Geoscienze e Georisorse, 2017).
- Contribute product of the investigations, in the improvement of the pedagogical activities, to contribute that they have a high level of scientificity.
- Transdisciplinarity, its cooperation and integration in the training of professionals, the continuous training of community leaders in the component of social projection.
- The quality of the twelve works presented with a high scientific level and the publication of two articles.

The project was developed in the municipality of Colima, in the department of San Salvador, with the objective of integrating the elements of educational innovation for the improvement of master's programs; achieving a graduate who meets the expectations of the Salvadoran people, for the solution of the most pressing problems of the communities, where the focus of the three components that those who participate in such hard work must have is vital.

Keywords: educational innovation, transdisciplinarity, institutional synergy, academic component, investigative component, component of social projection.

Introducción

La enseñanza superior es parte primordial del sistema educacional de cualquier país. Debe formar profesionales que sean sensibles, creativos, críticos y comprometidos con los problemas que afecten a las distintas comunidades y a la sociedad en general, y buscar vías para su desarrollo integral y multidisciplinario. Además de fortalecer los componentes, académico, investigativo y de proyección social. También se hace referencia a la gestión del conocimiento, que desempeña un papel fundamental en la planificación e interacción, control y evaluación del proceso de enseñanza aprendizaje y logra articular en forma didáctica el desempeño pedagógico mediante el proceso de planificación, interacción y evaluación de sus ejercicios vinculantes.

Dentro de las consideraciones generales que Montoya et. al (2018), establecen en su estudio es que la gestión del conocimiento coadyuva a la integración de todas las funciones (docencia, investigación, proyección social) dentro de la universidad, en busca del fortalecimiento de estos, mediante estrategias cognitivas y meta-cognitivas a fin de entregar a la sociedad profesionales con formación integral.

La sociedad actual, le exige a la comunidad universitaria, profesionales con un alto nivel de científicidad, fundamentalmente a sus directivos, estudiantes y en especial, a sus educadores, que son los encargados de llevar los conocimientos significativos con un alto valor científico, para resolver las problemáticas más apremiantes de su entorno laboral, económico y social. De ahí la importancia de este trabajo, el cual está orientado a analizar los programas de las maestrías relacionadas al área de salud con un enfoque integral.

De ahí la idea de sus autores en cuanto a la propuesta:

1. La innovación técnica–metodológica: la integración de lo teórico con lo práctico, a partir de la realidad de las comunidades.
2. Los componentes de formación: docentes, investigativo y de proyección social, al partir de un abordaje biopsicosocial e integral del individuo y la comunidad.
3. La interdisciplinariedad y cooperación para el abordaje de la formación académica (estudiantes, profesores nacionales e internacionales, actores sociales de los diferentes sectores que se vieron involucrados para contribuir al desarrollo comunitario).

4. La formación continua de líderes comunitarios como eje transversal en el componente de proyección social.
5. La producción científica en la maestría (dos artículos científicos y los doce trabajos de tesis).

Esto trae consigo el considerar que la formación de las maestrías o posgrados requiere de una eficaz gestión en el proceso de enseñanza-aprendizaje, orientado a garantizar la preparación de los profesionales universitarios, para que estos complementen, actualicen y profundicen en los conocimientos y desarrollo de habilidades que permitan un avance científico-técnicos para beneficio, en función de las necesidades que demanda la población.

Pero, además, es necesario dentro de este contexto retomar la importancia del aporte en cuanto a avances científicos y tecnológicos de los países del primer mundo, que a través de su cooperación fortalecen estos procesos, así como un enfoque y abordaje integral del individuo. Con referencia a la cooperación, Manzo Rodríguez et. al. (2006) mencionan que, la transferencia de la tecnología e ideología extranjeras se considera un factor esencial del desarrollo en los estudios avanzados, considerando tener en cuenta las características y necesidades profesionales en el contexto latinoamericano.

Por su parte, la innovación educativa contempla diversos aspectos a nivel tecnológico, didáctico, pedagógico y además procesos-personas. Una innovación educativa implica la implementación de **un cambio significativo** en el **proceso de enseñanza-aprendizaje** (López y Heredia, 2017); González y Cruzat (2019) entienden la innovación como una respuesta de la institución educativa ante la transformación constante de la sociedad, la rápida obsolescencia del conocimiento y los problemas asociados a la educación superior, además de considerarlo un proceso complejo y sistémico de reflexión e intervención.

Un punto importante señalado por Barraza (2005) son los ámbitos de la educación en los que puede aplicarse el concepto de innovación educativa, tales como, las nuevas áreas o contenidos curriculares, los nuevos materiales y tecnologías, los nuevos enfoques y estrategias para mejorar la enseñanza y el aprendizaje; así como también, el cambio de las creencias, supuestos y paradigmas educativos de los actores del proceso, como son docentes, autoridades, investigadores en educación. Dentro de las conclusiones referidas a la innovación en educación superior por Sánchez et. al. (2019), esta debe contemplar la participación de múltiples actores que

interactúan con dinámicas complejas, que se enfoque en transformar la experiencia de aprendizaje de los estudiantes, y que esté alineada con las metas institucionales.

Esta perspectiva permitirá la conformación de un modelo de integración sistemático en los tres principales ejes: docencia, investigación y proyección social en las diferentes maestrías de la Facultad de Medicina. De acuerdo con la experiencia obtenida con la implementación de la Maestría en Psicología Clínica de la Comunidad, podemos seguir la ruta para vincular de manera lógica y secuencial el abordaje teórico-metodológico en el proceso enseñanza aprendizaje, que esta experiencia ha dado, superando en el resto las maestrías algunas insuficiencias y limitaciones en cuanto al enfoque y abordaje de las mismas.

Los programas aprobados con precedentes (Maestría en Epidemiología, Salud Pública y Gestión Hospitalaria) no han tenido el suficiente abordaje en cuanto a los siguientes elementos:

1. Insuficiente integración de lo teórico con lo práctico, a partir de la realidad de las comunidades.
2. Formación de profesionales de salud con un enfoque biomédico.
3. Insuficiencia en la interdisciplinariedad y cooperación para la formación académica.
4. Insuficientes resultados científicos en las publicaciones.
5. Insuficiencia en la formación continua de los líderes comunitarios.

De acuerdo con el planteamiento anterior, ha motivado a los autores a realizar algunas precisiones acerca del programa de estudio, para contribuir al perfeccionamiento del mismo sobre dichos componentes que caracterizan el modelo de actuación en las disciplinas en la Facultad de Medicina, desde una perspectiva integral. Se realizaron varios análisis detallados de los programas de estudios y módulos, los cuales muestran insuficiencias en las temáticas que hagan alusión a la integración de dichos elementos integradores, académicos, laborales e investigativos. (Ver tabla 1).

Tabla 1. *Plan de estudios de la Maestría en Psicología Clínica de la Comunidad, año 2018*

Área de formación	Módulos
Fundamentos de la salud mental	1. Fundamentos de la Psicología Clínica de la Comunidad y la Salud Pública.
Psicología clínica	2. Principios de Psicología Clínica de la Comunidad.
	3. Análisis de la Comunidad y su Abordaje Psicosocial.
	4. La Investigación Psicosocial en el Ámbito Comunitario.
	5. Modelos de la Intervención de la Psicología Clínica de la Comunidad.
Desarrollo local	6. Gestión de la Salud Mental en el Ámbito Comunitario.
	7. Derechos Humanos e Inclusión Social de la Comunidad.

Los autores tomaron como referencia, algunos de los elementos basados en las limitantes para proponer Innovaciones educativas, con el fin de una integración entre los elementos del conocimiento, que sean capaces de obtener un producto con un alto nivel de científicidad, de acuerdo con las exigencias de la Educación Superior. A partir de lo anterior se plantea el siguiente objetivo: integrar los elementos de la innovación educativa en la maestría en Psicología Clínica de la Comunidad para mejorar los procesos de formación en los programas de las maestrías.

Marco de referencia

La Maestría en Psicología Clínica de la Comunidad, surge a través del proyecto Agua Futura, co-financiado por la Agencia Italiana de Cooperación para el Desarrollo (AICS), coordinado por el Instituto de Geociencias y Georecursos - Consejo Nacional de Investigación de Italia (IGG-CNR), en coordinación y colaboración de los socios principales: Universidad de Florencia (UNIFI), Universidad de Roma Sapienza (UNIROMA), Instituto Nacional de Geofísica y Vulcanología (INGV), Asociación de Cooperación Rural en África y América Latina (ACRA), Instituto Sindical de Cooperación para el Desarrollo (ISCOS), Universidad de El Salvador (UES), Universidad de Guatemala (USAC), los Ministerios de Medio Ambiente, de Salud y de Educación de El Salvador y Guatemala (Consiglio Nazionale delle Ricerche – Istituto di Geoscienze e Georisorse, 2017). Esta maestría se caracterizó principalmente por la transdisciplinariedad, sinergia institucional, el componente laboral investigativo, además de la producción científica desde el inicio de la misma y bajo el apoyo de la Cooperación internacional, siendo esta de un gran impacto para el desarrollo y forma-

ción en los profesionales en vías de especialización; así como un enfoque integral del ser humano.

Transdisciplinariedad y sinergia institucional

Una de las estrategias que se utilizó para el desarrollo de la MPCC fue la transdisciplinariedad y la sinergia interinstitucional entre los socios del proyecto (IGG-CNR, UNIROMA, INGV, ACRA, ISCOS, USAC) y los líderes de las comunidades de los dos sitios piloto del proyecto, sitio piloto 1 (valle de Matalapa – común de San Marcos – El Salvador) y el sitio piloto 2 (parte baja de la Subcuenca del Acelhuate: Guazapa, San Jose Guayabal, Aguilares y Suchitoto – El Salvador) para el impacto de las aguas y de los desagües en las microcuencas altas y medias del Río Acelhuate (Consiglio Nazionale delle Ricerche – Istituto di Geoscienze e Georisorse, 2017), lo que facilitó la formación técnica-científica de la maestría y la institucionalización en la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador.

La transdisciplinariedad: es entendida como la práctica de investigación basada en la articulación de varias disciplinas (psicología, sociología, medicina, fisioterapia, enfermería, entre otros) en torno al estudio de una pregunta específica, llegándose a generar una nueva parcela de conocimiento, la cual surge como resultado de la superación de los límites de algunas/todas las disciplinas involucradas (Ciesielski et al., 2016) siendo el eje integrador entre las diferentes disciplinas de los estudiantes, profesores nacionales e internacionales. Eje que facilitó el desarrollo de los contenidos, la definición de las preguntas de investigación en las comunidades para el abordaje integral del problema del uso, prácticas y conflictos psicosociales que se generan en las poblaciones de las comunidades donde se desarrollaron las prácticas comunitarias de la maestría, etc.

Sinergia institucional: inició desde la formulación del plan de estudios, ejecución y evaluación de los procesos académicos de la Docencia-Investigación-Proyección Social de la MPCC. El trabajo articulado de los funcionarios y profesores de UNIROMA-FM-UES-IGG-CNR facilitó la integración de sus acciones en las comunidades (desarrollaron conjuntamente contenidos teóricos y prácticos en cada uno de los módulos de la maestría, la conducción de las acciones comunitarias e investigativas fue realizada en conjunto y coordinada con ACRA e ISCOS). La palabra sinergia (RAE, 2021), del lat. *cient. synergia* «tarea coordinada», y del gr. *συνεργία synergía* «cooperación» significa, acción de dos o más causas cuyo efecto es superior a la suma de los efectos individuales.

El componente laboral-investigativo: expresa el carácter integrador de los conocimientos y las habilidades pedagógicas profesionales, que se sustenta en lo académico y se enriquece a partir de las experiencias y vivencias que los estudiantes adquieren en el contacto directo con la realidad educativa, de ahí el carácter sistémico del proceso de formación del profesional y las necesarias relaciones que se establecen entre dichos componentes. (Echemendía, 2013, p.13). A continuación, acota Echemendía (2013) «el componente laboral investigativo y en particular la práctica laboral, es la dimensión que con mayor fuerza incide en la formación de habilidades pedagógicas-profesionales» (p.14). Dichos Referentes se tuvieron en cuenta a la hora de la innovación educativa, en el trabajo académico y de campo que desarrollaron los estudiantes en sus procesos de formación.

Docencia, investigación y proyección social: la integración de la docencia, la investigación y la proyección social es uno de los fines de las instituciones universitarias. La investigación se concibe como una actividad integrada y en interacción permanente con las actividades de docencia y de proyección social, motivada por fines académicos y sociales para su transformación. Los actores sociales que intervienen en este proceso de integración ejercen acciones según su marco referencial y sus intereses institucionales y profesionales.

Durante la docencia de la MPPC los profesores italianos, salvadoreños y guatemaltecos abordaron temáticas con paradigmas sociales de educación liberadora y de derechos humanos. Lamentablemente, no se puede afirmar que la práctica docente se hiciera con este enfoque porque no se tiene evidencia científica, pero si se puede constatar que muchas de las temáticas se desarrollaron bajo este enfoque. El ejercicio de la docencia es clave para la integración de las funciones básicas.

Las actividades prácticas (proyección social) se realizaron desde el primer módulo (sistema que se adoptó en el desarrollo del programa de estudios) de la MPCC como un eje secuencial con productos parciales en cada módulo, lo que permitió establecer lazos de cooperación y comunicación con las familias y las organizaciones comunitarias. Paralelamente se desarrolló un programa de formación continua, impartándose seis seminarios a los líderes comunitarios, promotores de salud y promotores sociales de las alcaldías involucradas en los sitios piloto, cubriendo de esta forma el compromiso social de la formación académica de la maestría. La conducción de la planificación operativa y la ejecución de las actividades fue realizada por el equipo de trabajo de la FM-UES, IGG-CNR con la participación de los profesores de UNIROMA y de IGV.

La gestión operativa en las comunidades se realizó con los líderes comunitarios, la coordinación de ACRA e ISCOS y se integraban con las intervenciones de campo que realizaban como parte del proyecto «Agua Futura». Esto permitió realizar acciones más integrales en las comunidades; es decir, acciones educativas, sociales y de investigación.

Estas actividades de investigación fueron realizadas desde el inicio de la formación de los profesionales en formación, e intensificándose a partir del segundo año dando inicio al trabajo de tesis. En el desarrollo del eje de investigación los paradigmas utilizados fueron cuantitativos, cualitativo y mixto. Para la definición de los problemas de investigación, se realizó la caracterización de la situación de salud, el análisis de los datos epidemiológicos y el análisis los problemas psicosociales relacionado a los problemas hídricos en las comunidades. El modelo del análisis de la comunidad que se adoptó fue propuesto por UNIROMA, que permitió conocer los perfiles duros y suaves. Se entiende por duros al sector territorial, demográfico de las actividades productivas, institucionales, de la organización político-administrativo. Por otra parte, suaves se comprende como el sector antropológico, psicológico y el de futuro. Este enfoque facilitó analizar con mayor profundidad y de manera integral la situación de salud de las comunidades.

El proceso de tesis se inició en el segundo año de estudios de la maestría y se realizó en tres etapas previamente planificadas respondiendo a la reglamentación de la Universidad. La etapa uno contiene la planificación, formulación y la evaluación del proyecto de la investigación (tesis), para lo cual los estudiantes en pareja y otros de forma individual definieron el problema de investigación a partir de los problemas identificados en las comunidades donde realizaron las actividades de práctica y de investigación. A cada grupo de tesis (12 en total) se le asignó un asesor y un co-asesor de tesis, uno por parte de la FM-UES y otro de IGG-CNR, UNIROMA o de IGV de Italia (el profesional extranjero se asignó como co-asesor). Para este proceso se realizaron reuniones conjuntas para la definición de la metodología de trabajo entre los asesores de tesis y la comunicación con los estudiantes.

La evaluación del proceso se realizó según lo establece el plan de estudios de la maestría (instrumento de evaluación). En el proceso de tesis de la MPCC se consideró importante, integrar en el equipo técnico la coordinación de investigación (miembro del equipo de trabajo de la FM-UES). En la etapa dos se desarrolló de la investigación (tesis) y en la etapa tres se realizó la defensa pública del informe final de la investigación (tesis).

La producción científica de la maestría

La producción científica constituye la culminación del ciclo completo de la investigación. Solo así será conocida por la comunidad académica, sus resultados serán discutidos y su contribución hará parte del conocimiento científico universal. Según Hernández Moreno, *et.al.* (2011) refiere que la publicación científica, en el ámbito de las ciencias de la salud, constituye un indicador importante y el desarrollo de sus profesionales, por lo que se debe garantizar su validez y oportunidad. Durante el proceso de formación de la MPCC los docentes nacionales e internacionales, que condujeron las actividades de docencia y de proyección social, escribieron dos artículos científicos, lo que califica como un buen indicador de calidad en la formación en la maestría.

La cooperación internacional en la educación superior

Es importante destacar la relevancia de la cooperación internacional en las instituciones de educación superior, la cual permite un mayor nivel en la calidad académica, de investigación y prestigio para la institución, además de fortalecer el proceso enseñanza aprendizaje. Peña y Jiménez (2014) destacan que:

Las instituciones de educación superior en el mundo han generado múltiples actividades en la búsqueda del desarrollo de los procesos de internacionalización y cooperación, siendo fieles a su cultura, a su misión y a su visión, fundamentadas en los valores de flexibilidad, creatividad, autonomía e innovación.

Es grande el impacto que tiene la cooperación en las instituciones superiores y en particular en países en vía de desarrollo como el nuestro. En esta se presenta una amplia gama de modalidades y niveles que van desde el intercambio académico de profesores y estudiantes, proyectos de investigaciones conjuntas, programas educativos conjuntos hasta dobles grados o titulación (Peña y Jiménez, 2014).

Dentro de las definiciones de cooperación esta hace referencia al conjunto de actividades realizadas entre instituciones de educación superior que, a través de múltiples modalidades, implican una asociación y colaboración en los ámbitos de la política y gestión institucional, la formación, la investigación, la vinculación con los objetivos del fortalecimiento y la proyección institucional, la mejora de la calidad de la docencia, etc. (Sebastián, 2004).

En el caso de la relación de cooperación que estableció la Facultad de Medicina (El Salvador), con el Proyecto «Agua Futura» (Italia), confirma lo que pone de manifiesto Peña y Jiménez (2014), en cuanto a los beneficios recíprocos y actividades conjuntas de ambas instituciones en lo referente al progreso científico y tecnológico, así como intercambio académico de profesores y estudiantes, programas educativos conjuntos, intercambio de expertos, reuniones científicas, etc.

Dentro de los mayores beneficios de esta cooperación internacional podemos mencionar los siguientes: fortalecimiento en la generación y aplicación del conocimiento; formación de profesionales con competencias de investigación; la movilidad de docentes e investigadores hacia ambos países; el proceder de las mejores prácticas; el conocimiento mutuo de los ámbitos académicos y culturales; y la interacción entre profesores nacionales e internacionales, etc.

La psicología en el ámbito de la salud como un elemento integrador

El hombre debe ser considerado como un ente biopsicosocial, complejo en su estructura mental y social, como tal, debe ser estudiado y atendido. Este modelo postula que el factor biológico, psicológico (pensamientos, emociones y conductas), así como los factores sociales, desempeñan un papel significativo en la actividad humana. Por el contrario, al modelo biomédico que es reduccionista y se centra básicamente en lo biológico, sugiere que cada proceso de la enfermedad puede ser explicado solamente en términos de una desviación de la función normal subyacente, o como un agente patógeno.

El surgimiento de este modelo es considerado como una nueva forma de comprender la salud, por lo que llevó a la psicología a reconceptualizar y replantearse las tareas que venía desarrollando en el campo de la psicología clínica, dando lugar a que surgieran nuevos ejes de investigación. La psicología clínica es un área de especialización de la psicología, que se interesa en la investigación y el tratamiento de la conducta anormal. Resnick (1991) la define como el campo que abarca la «investigación, enseñanza y servicios relacionados con las aplicaciones de principios, métodos y procedimientos para la comprensión, predicción y alivio de la desadaptación...». Los aportes de la psicología de la salud han contribuido de manera significativa al bienestar del ser humano y se entiende como una rama aplicada a la psicología, que hace referencia al estudio de los componentes subjetivos del comportamiento del proceso salud enfermedad y la atención en salud, lo cual es un aporte importante en el abordaje de atención y las

nuevas perspectivas en el proceso salud enfermedad, así mismo la psicología clínica y comunitaria.

Montero (1984) describe la psicología comunitaria como

...la rama de la psicología cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder, que los individuos puedan ejercer sobre su ambiente individual y social, para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en los ambientes y en la estructura social (p.6).

Sánchez (1991) menciona que, en el surgimiento de la psicología de la comunidad concurren una serie de fuerzas y factores en donde se presenta la insuficiencia del modelo médico-clínico de enfermedad y del hospital. El modelo médico-clínico como podemos advertir no responde a las demandas de atención de la población. Un modelo que en la actualidad aún sigue vigente y que es imperativo cambiar no solamente en la práctica profesional, sino en la formación de estos profesionales.

Sánchez (1991), define la psicología comunitaria como:

Un campo de estudio de la relación entre sistemas sociales entendidos como comunidades y el comportamiento humano y su aplicación interventiva a la prevención de los problemas psicosociales y el desarrollo humano integral, desde la comprensión de sus determinantes socio ambientales.

El aporte de esta rama de la psicología es la participación comunitaria que ocupa un papel protagónico, y concibe al ser humano como producto y productor de su historia (Freitas, 2011; Martín-Baró, 1987) con capacidades para incidir activamente en sus procesos de transformación social (Serrano-García y Vargas, 1993; Wiesenfeld y Sánchez, 1995).

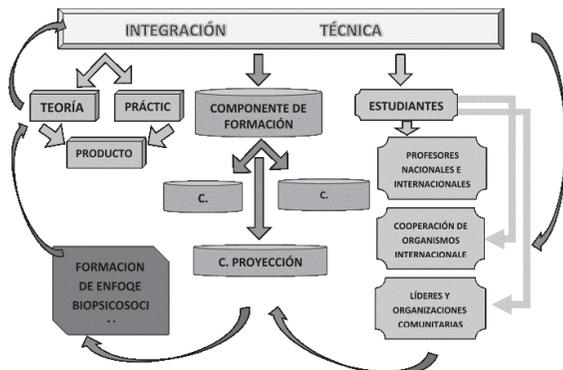
Teniendo presente que las referencias de la psicología de la salud, la psicología clínica y la psicología comunitaria están estrechamente relacionadas con la salud, el bienestar y calidad de vida de las personas entre otros aspectos, cabe mencionar la definición de salud dada en 1948, por la OMS, definiendo la salud, en un sentido holístico o integral: «Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia del mal o la enfermedad», siendo entonces, el estado saludable, el adecuado funcionamiento físico, mental y social, que le permite a las personas responder a las exigencias del medio, y no simplemente la ausencia de síntomas o el padecimiento de enfermedades. Esta definición nos hace reflexionar que es emergente establecer los mecanismos necesarios para ese cambio de pa-

radigma y modelos reduccionistas, que aún están vigentes en los programas de formación de los profesionales que están especializándose en los diferentes estudios de posgrados orientados al área de la salud; y proponer cambios necesarios en ese proceso enseñanza aprendizaje, los cuales respondan a las demandas de la sociedad, que cada vez son más exigentes.

Matos Osorio (2016) establece que la sociedad precisa la formación de un profesional que pueda comprender los fenómenos de las ciencias holísticamente, en consonancia con las exigencias de la acelerada revolución científica-técnica que se está produciendo, donde se reconoce la interdisciplinariedad como parte fundamental del proceso. Al establecer la necesidad de formar una cultura general que no solo se logra con las ciencias propias de las especialidades médicas es preciso confluyan otras materias donde pasa a ocupar un lugar privilegiado la Pedagogía (1996) y en este caso también la psicología y sus diferentes ramas, pues aportan un enfoque amplio e integral para la formación de los profesionales. En este punto se puede acotar lo que la Organización Panamericana de la Salud (1995) indica en donde la educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente, que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

El hallazgo novedoso del estudio es la integración de los factores: técnicos-metodológicos, (componentes de formación, los elementos teóricos- prácticos), en la elaboración del producto que se va desarrollando paralelo del conocimiento; el apoyo de las distintas organizaciones nacionales e internacionales; y el abordaje integral del individuo desde un enfoque holístico, para un resultado favorable del proyecto. Para más detalles ver figura 1.

Figura 1. Innovación educativa



Conclusiones

La implementación de cambios significativos en el proceso

de enseñanza-aprendizaje en la Maestría de Psicología Clínica de la Comunidad, permitió visualizar las deficiencias de experiencias anteriores. La integración de los elementos de la innovación educativa se evidenció en el trabajo simultáneo entre la teoría (cambios significativos en el proceso de enseñanza aprendizaje); la práctica y el resultado del producto (resultados del proceso de investigación).

Los componentes de formación partieron de un abordaje biopsicosocial e integral del individuo y la comunidad que permitieron responder a las verdaderas necesidades de la población. La transdisciplinariedad y la cooperación entre estudiantes, profesores nacionales e internacionales, líderes y organizaciones comunitarias facilitaron los componentes de formación: docencia, investigación y proyección social. La producción científica y la formación continua de los líderes comunitarios fueron algunos de los principales resultados de la Innovación Educativa.

Agradecimientos

A la población de los sitios pilotos de las comunidades, a los cooperantes, profesores nacionales e internacionales, alcaldías, Ministerios de Salud y del Medio Ambiente por haber contribuido a la formación profesional de la maestría.

Referencias

- Álvarez Farfán, J., Fernández Valdés, T. del C. y Valdés Leal, L. (jul.-oct. 2017). La integración de los componentes académico, laboral e investigativo en la formación de docentes. *Pedagogía y Sociedad*, 20(49), 146-163.
- Calzadilla, M. (2012). Docencia e investigación en educación superior: factores que modulan su integración en el recinto universitario.
- Casassus, J. (2000). *Problemas de la gestión educativa en América Latina : la tensión entre los paradigmas de tipo A y el tipo B*. Unesco.
- Consiglio Nazionale delle Ricerche – Istituto di Geoscienze e Georisorse. (2017). *PLAN OPERATIVO GENERAL (POG) Proyecto Agua Futura*. Pisa, Italia.
- Contreras, J. (2001). *La autonomía del profesorado*. Morata.

Catálogo de Posgrado. Universidad de El Salvador.2022.

González, Martín. Estudios de Comunidad. Teoría y método en la actualidad, 1997, p.23.

Freire, P. (2008). *Pedagogía de la autonomía: Saberes necesarios para la práctica educativa*. Siglo XXI Editores Argentina S.A.

Hernández Moreno, V., Ramos Costa, M., & Martínez Méndez, N. (2011). Calidad de la revista Medicentro Electrónica y presencia en ella de la productividad Villaclareña. *Medicentro*. Investigación y Desarrollo, Recuperado el 11 de enero de 2022.

Instituto de Geociencias y Georecursos – Consejo Nacional de Investigación– Italia, y la Universidad de El Salvador. (2018). *Contrato operativo desarrollado en el marco de la Cooperación Internacional entre el Instituto de Geociencias y Georecursos – Consejo Nacional de Investigación (IGG-CNR) – Italia, y la Universidad de El Salvador (UES) dentro del proyecto Agua Futura*. San Salvador-Pisa.

J. de Peña, Carmen Helena, & Jiménez Arrieta, Myriam. (2014). Internacionalización y cooperación universitaria: El caso de Cátedra Europea.

Plan de Estudios de la Maestría en Psicología Clínica de la Comunidad. Facultad de Medicina. Universidad de El Salvador. Año 2018.

RAE. (2021). *Diccionario de la lengua española*. 23.^a ed.,. Obtenido de <<https://dle.rae.es>>Tobón, S., Prieto, J., & Fraile, J. (2010). *Secuencias didácticas: aprendizaje y evaluación de competencias*. México: Pearson educación.

Santacreu, J; Márquez, M.O, y Zaccagnini, J.L. (1988). Estudio sobre definición conceptual y marco teórico para el desarrollo de investigación preventiva en drogadicción. comunidad autónoma de Madrid

Universidad de El Salvador. (1999). *Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador*. San Salvador: Publicación en Diario Oficial, Tomo No. 343, número 96.

Universidad de El Salvador. (2018). *Plan de Estudio Maestría en Psicología Clínica de la Comunidad Año 2018 Modalidad de Entrega: Presencial*. San Salvador.

La Universidad

Órgano científico-sociocultural de la Universidad de El Salvador

Segunda Época

Publicación trimestral

N.º 2, abril-junio de 2021

Probabilidad de hipertensión o diabetes en hombres y mujeres: alcoholismo y tabaquismo. Cantón Los Elizondos, Santa Ana. 2019

Reina Araceli Padilla Mendoza

ARTÍCULO

Padilla, Mendoza, R. A. (2021). Probabilidad de hipertensión o diabetes en hombres y mujeres: alcoholismo y tabaquismo. Cantón Los Elizondos, Santa Ana. 2019. *Revista La Universidad*, N.º 2, págs. 130-143

Revista *La Universidad*

ISSN: 0041-8242

Correo electrónico: revista.launiversidad@ues.edu.sv
Editorial Universitaria de la Universidad de El Salvador

Probabilidad de hipertensión o diabetes en hombres y mujeres: alcoholismo y tabaquismo. Cantón Los Elizondos, Santa Ana. 2019

Probability of hypertension or diabetes in men and women: alcoholism and smoking. Canton Los Elizondos, Santa Ana. 2019

Reina Araceli Padilla Mendoza
reina.padilla@ues.edu.sv
Universidad de El Salvador
Orcid: 0000-0002-3247-3801

Fecha de recepción: 19 de enero de 2021
Fecha de aprobación: 23 de marzo de 2021

Resumen

Desde la condición de asesora de tesis, se realizó el presente artículo en acuerdo con la tesista. Se planteó por objetivo determinar de la población con enfermedades crónicas no transmisibles, las probabilidades que hombres y mujeres padezcan hipertensión y diabetes mellitus y asimismo, el riesgo de consumo alcohólico y de tabaco en el Cantón los Elizondos, Departamento de Santa Ana. La población fue adultos de ambos sexos con diagnóstico de enfermedades crónicas no infecciosas (hipertensión o diabetes). Metodológicamente es un estudio descriptivo y transversal donde se utilizó un instrumento estandarizado realizando una modificación del instrumento STEPS recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para recopilar datos y medir los factores de riesgo de las enfermedades crónicas. También, se tomó la presión arterial a la población en estudio como recurso de constatación; partiendo de ello, se estableció la probabilidad de hipertensión o diabetes mellitus y los factores de riesgo de consumo de alcohol y tabaco. Los resultados muestran mayor riesgo de padecimiento de hipertensión arterial y diabetes en mujeres que en hombres y, mayor riesgo por consumo de alcohol y tabaco en hombres que en mujeres. En consecuencia, las intervenciones de educación para la salud encaminadas a mejorar las conductas de riesgo y las condiciones patológicas estudiadas han de dirigirse a la población sana, sin por ello descuidar a la minoría poblacional enferma.

Abstract

The probability of hypertension or diabetes mellitus in men and women: alcoholism and tobacco smoking, Canton Los Elizondos, Santa Ana, 2019. From the condition of thesis advisor, this article was made according to the thesis student. The objective was: to determine the population with chronic non-communicable diseases (NCD) and the probabilities that men and women suffer from hypertension and diabetes mellitus, with the risk of alcohol and tobacco consumption in Canton Los Elizondos, Department of Santa Ana. The population was adults of both sexes diagnosed with chronic non-communicable diseases (NCD). Methodologically, it is a descriptive and cross-sectional study with a standardized instrument, making a modification of the STEPS instrument recommended by the World Health Organization (WHO) to collect data and measure the risk factors of chronic diseases; also, the blood pressure of the population under study was taken, based on this, the probability of hypertension or diabetes mellitus and the risk factors of alcoholism and tobacco consumption were established. The results show a higher risk of suffering from arterial hypertension and diabetes in women than in men, and a higher risk for alcohol and tobacco consumption in men than in women. The measures aimed at improving the pathological conditions and risk behaviors studied should focus on the healthy population, as an effective form of risk prevention, without neglecting the sick population minority.

Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) representan la principal causa de mortalidad en todo el mundo. El Banco Interamericano de Desarrollo BID (2011) y la Organización Mundial de la Salud OMS (2014) plantean que el 60% de las muertes mundiales atribuibles a las ECNT suceden en países de ingresos bajos y medios, una alta carga de enfermedad para los países de ingresos bajos. Las ECNT responsables del mayor aumento de mortalidad y morbilidad mundial son las enfermedades cardiovasculares y diabetes (32%), varios tipos de cáncer (13%) y enfermedades respiratorias crónicas (7%).

Las ECNT están relacionadas con la presencia de factores de riesgo (FR), algunos de los cuales son modificables, entre ellos se encuentran el consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, altos niveles de presión arterial, colesterol y glucosa, entre otros. Actualmente, vigilar los factores de riesgo de ECNT se considera como prioridad en lo que se refiere a la vigilancia epidemiológica. Los factores de riesgo vuelven vulnerables a las personas y poseen un impacto en la salud de la población cuando son intervenidos precozmente (Vallejo, 2005). El conocimiento de los FR se utiliza también para mejorar la eficiencia de los programas de tamizado epidemiológico, mediante la selección de subgrupos de pacientes con riesgo aumentado (MINSAL, 2017).

Durante el año 2015, en El Salvador se realizó la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Adultos, (Menjívar, 2015) ENECA-ELS 2015, la cual generó información para implementar estrategias para la toma de decisiones en su abordaje. Es así que la hipertensión arterial, enfermedad renal, obesidad mórbida y diabetes fueron las principales enfermedades que se encontraron en población en edad productiva (20 a 59 años). Esta encuesta sirvió para establecer la línea base del estado de las ENT en El Salvador y posibilitó la creación de la Política Nacional para el abordaje integral de las enfermedades no transmisibles (MINSAL, 2019).

La ENECA-ELS (2015) evidenció que en el área rural del país se concentra el 52.94% de las ECNT y las más prevalentes son las enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedad renal, enfermedades respiratorias y cáncer, mismas que encabezaron las principales causas de muerte nacional entre 2015 y 2017. Esto las convirtió en prioritarias para su abordaje en personas del área rural. Considerando la necesidad de intervenir a nivel del área urbana también se requiere de este abordaje, a fin de realizar una vigilancia epidemiológica e intervenciones con enfoque de salud pública, a fin de alcanzar efectos positivos en la salud de la población.

De igual forma, se sustenta el total de hospitalizaciones por todas las causas en la red de servicios del Ministerio de Salud. En el 2017 fueron 372,674 hospitalizaciones y de estas, 60,500 correspondían a ENT. Asimismo, las enfermedades cardiovasculares concentraron el 30.09% de las hospitalizaciones por ENT, seguidas de la enfermedad respiratoria crónica con 19.95%, luego aparece la diabetes mellitus con 17.96%, el cáncer con 17.52% y finalmente la insuficiencia renal crónica con 16.23%. Sin embargo, esta última corresponde a la etapa terminal (IRC).

En el año 2017 las muertes por enfermedades no transmisibles representaron el 48% del total de muertes por todas las causas. El 51% ocurrieron en el sexo femenino. El grupo de edad de 30 a 69 años concentró el 38% de la mortalidad por ENT y el 44% fueron en personas residentes del área rural, es por ello que El Salvador priorizó como las cinco ENT de importancia nacional a: 1) enfermedades cardiovasculares, 2) diabetes, 3) enfermedades crónicas respiratorias, 4) cáncer y 5) enfermedad renal crónica por su progresión a insuficiencia renal. Debido a esto, el Ministerio de Salud ha instado a que se prioricen investigaciones que contribuyan al desarrollo de soluciones a la problemática de la salud colectiva del país y el desarrollo del Sistema Nacional de Salud (SNS).

En la zona occidental del país, las enfermedades cardiovasculares también son las principales causas de morbimortalidad y consulta hospitalaria, generando la principal carga de enfermedad para el SNS. Es por ello que estudiar cuáles son los factores de riesgo para el desarrollo de estas enfermedades, es importante para la atención primaria renovada y con enfoque de los determinantes sociales de la salud, especialmente en poblaciones rurales que carecen de cobertura de los programas de salud por distintas razones.

Uno de los principios rectores de la política nacional para el abordaje integral de las enfermedades no transmisibles (MINSAL, 2019) es la equidad en materia de salud, entendida como la ausencia de diferencias en el acceso a la atención de salud y en el trato que se recibe en el sistema de salud. Por tanto, con esta investigación se colaboró con el primer nivel de atención en salud de la región occidental del MINSAL, específicamente con la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Rafael de Santa Ana, en la generación de datos de salud del caserío los Elizondos, una zona de larga data de ocupación laboral agrícola y que no posee cobertura de los programas de salud porque no cuenta con un promotor para la zona, el cual se encargaría de monitorear y orientar sobre diferentes programas de atención de la salud.

El estudio de los factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en personas adultas del caserío los Elizondos, contribuirá a la UCSF San Rafael de Santa Ana para la toma de acciones prioritarias basadas en los datos obtenidos, mediante estrategias encaminadas a la modificación de los estilos de vida, y calidad de vida. Asimismo, aportará a la Asociación de Desarrollo Comunitario para buscar el apoyo de organismos de la sociedad civil, para mejorar sus condiciones de vida y situación de salud; estos aspectos constituyeron el propósito ulterior de la investigación.

Se abordan en este estudio, únicamente dos de las ECNT citadas: la hipertensión arterial HTA y la diabetes, disgregados por género, la elección responde a la completitud de los datos para la población en estudio y, por otra parte, al interés personal. La hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías (OMS, 2013). Además, en la misma cita plantean que la población mundial envejece rápidamente y la prevalencia de la hipertensión aumenta con la edad, en congruencia con el grupo etario de interés para este estudio. Además, en El Salvador «Entre las 15 enfermedades no transmisibles el 37% correspondió a las enfermedades cardiovasculares, seguido del 31% por hipertensión arterial y 16% por diabetes mellitus» (García & Chátara, 2019, p. 15).

Otra de las patologías a estudiar es la Diabetes Mellitus (DM) que es un síndrome caracterizado por una hiperglicemia, que se debe a un deterioro absoluto o relativo de la secreción de insulina o de la acción de esta, o de ambas (Hernández, 2016). En función de su importancia se ha elegido esta patología para calcular la probabilidad de padecimiento de la población en estudio. Los factores de riesgo como el sedentarismo, hábitos alimentarios desfavorables, entre otros, están presentes en la población salvadoreña respecto de padecer diabetes, como lo evidenciaron (Chávez & Santos, 2015) en un estudio que realizaron en un municipio de El Salvador.

Como contraparte, el riesgo al consumo de alcohol y al humo de tabaco son dos aspectos a considerar para este estudio en función del género, por cuanto son dos prácticas muy notorias ejercidas por amplios sectores de la población. El tabaquismo, «Por su impacto negativo no solo en la salud, sino también en la pobreza, el hambre, la educación, la igualdad de género, el medio ambiente y el crecimiento económico, el consumo de tabaco es un obstáculo al desarrollo» (OMS, 2018a, p. VII) y también, el alcoholismo cuando se presentan pacientes cuyo consumo de alcohol es peligroso o perjudicial para su salud (Monteiro, 2008). Ambos casos o afectaciones son modificables con intervenciones específicas diseñadas para cada población

Método

Es una investigación de tipo descriptivo con diseño transversal, la cual determinó los factores de riesgo (consumo de alcohol y de humo de tabaco) y la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión arterial y diabetes mellitus), entre la población en función de su género, en el caserío Los Elizondos, Cantón Primavera, en el departamento de Santa Ana y de ello, se utilizaron las frecuencias para el cálculo de las probabilidades.

La población estudiada estuvo constituida por aquellos adultos en edad productiva con reporte de padecer alguna enfermedad crónica no infecciosa, que consintieron en participar en el estudio de manera voluntaria, identificados por medio de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar. El universo de las personas adultas dentro del caserío fue de 248, de estas 63 se constituyeron en la población objetivo de las cuales 55 personas, cumplieron con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

Personas adultas de ambos sexos con reporte de enfermedades crónicas no transmisibles habitantes del caserío Los Elizondos que consientan en participar en el estudio de manera voluntaria.

Criterios de exclusión:

1. Personas adultas de ambos sexos que no residan en el caserío Los Elizondos.
2. Personas adultas de ambos sexos residentes en el caserío, pero sin reporte de enfermedades crónicas no transmisibles.
3. Personas que se cambien de residencia, no sean ubicables o enfermen durante el transcurso de la investigación.

Para indagar sobre las características sociodemográficas de la población se realizaron visitas de observación en la comunidad y se realizaron entrevistas con líderes comunitarios, así como se tuvo acceso a los últimos datos poblacionales recabados por la comunidad.

Por otra parte, la entrevista fue dirigida utilizando un formulario de recolección de información, el cual se estructuró a partir una modificación del instrumento STEPS recomendado por la Organización Mundial de la

Salud para recopilar datos y medir los factores de riesgo de las enfermedades crónicas (OMS, 2018b). Estuvo estructurado en dos partes, la primera que indagaba información sobre variables sociodemográficas, morbilidades, antecedentes y exposición a hábitos de riesgo, mientras que la segunda parte consignaba las mediciones de la presión arterial.

Para la validación del instrumento, este se sometió a juicio de profesionales de la medicina con experiencia en investigación y epidemiología, obteniéndose un coeficiente V Aiken de 0.81 (Pastor, 2018), calculado a través del programa Excel. La prueba piloto se realizó con la ayuda de 15 personas del mismo grupo etario y con reporte de padecer alguna ECNT, residentes en el caserío Nancintepeque del cantón Natividad, próximo al caserío los Elizondos. A partir de la experiencia de validación, se hicieron ajustes al instrumento, previo a su aplicación en la población objetivo.

El procedimiento para recolectar la información se desarrolló en tres jornadas: dos en un lugar específico brindado por la comunidad y la tercera, casa por casa, con el acompañamiento de miembros de la asociación de desarrollo comunal del caserío Los Elizondos. El día de la jornada o visita previamente acordada, se explicó nuevamente a las personas el propósito de la visita, se procedió a la firma del respectivo consentimiento informado, se realizó la entrevista.

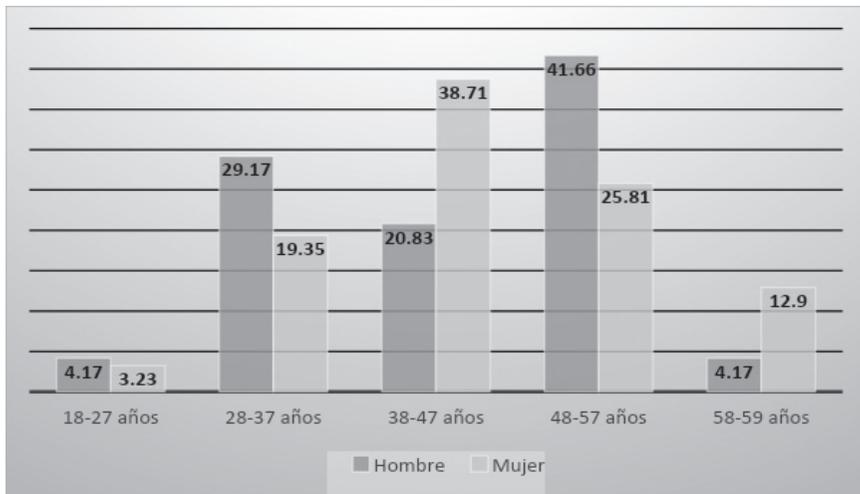
El reporte de padecimiento de hipertensión arterial fue el patrón a seguir para la elección de la población y para corroborar se tomaron los niveles de presión arterial, con la ayuda de un tensiómetro y un estetoscopio. Las descripciones cualitativas son desarrolladas en prosa descriptiva según fue evidenciada y los cálculos de probabilidad de las variables en estudio fueron calculadas introduciendo los datos en tablas de contingencia de 2X2 para evaluar probabilidad (Eloy & Eduardo, 2009).

Resultados

La muestra final o población en estudio correspondió a 55 personas con reporte de alguna enfermedad crónica no infecciosa, la mayoría sin tratamiento adecuado o quienes afirmaban auto medicarse en algunas ocasiones. De esas 55 personas, 31 participantes fueron mujeres y 24 fueron hombres (56.36% y 43.64%, respectivamente). La distribución por grupo de edad y sexo se presenta en la Figura 1. La mayoría de participantes hombres se concentró en el grupo de edad de 48 a 57 años, mientras que en las mujeres, la mayoría correspondía entre los 38 y 47 años de edad.

Es una población rural que se dedica en su mayoría a labores agrícolas como la siembra de cultivos estacionales (maíz y frijol), y hortalizas como chile pimiento, berenjena, güisquil, yuca, camote, loroco, tomate, pepino, piñán, calabaza, ejote, entre otros, la población total asciende a 496 personas según el último censo realizado por la asociación de desarrollo comunitario del valle los Elizondos. De estas personas, 248 corresponden a población en edad productiva (20 a 59 años), 153 son mujeres (61.69%) y 95 son hombres (38.31%), siendo familias que viven en situación de pobreza. De las 248 personas en edad productiva, solamente 63 tienen diagnóstico de padecimiento de una ECNT, sin embargo, es posible que exista un importante sub registro.

Figura 1. Distribución por sexo y grupo etáreo de la población adulta entrevistada del Cantón Primavera, caserío los Elizondos. Santa Ana. Julio a noviembre 2019



Nota: Tomada de (Sandoval, 2019).

Se muestran a continuación tablas de contingencia de 2 x 2 a fin de evidenciar las probabilidades de que un hecho ocurra en los hombres o mujeres en estudio.

Tabla 1. Hipertensión arterial de la población en estudio. Caserío los Elizondos, Santa Ana. Noviembre de 2019

	HTA fc. (probabilidad)	No HTA fc (probabilidad)	Total (probabilidad)
Hombre	20 (0.363)	4 (0.072)	24 (0.436)
Mujer	28 (0.509)	3 (0.054)	31 (0.563)
Total	48 (0.872)	7 (0.127)	55 (1)

Tenemos que:

La población en estudio muestra que la probabilidad de que un hombre sea hipertenso es de 36%, en cambio el porcentaje para una mujer es 51%; en una población total adulta (243) con probabilidad de ser hipertensa del 20%.

De similar manera, la probabilidad de que, entre los hombres en estudio, un individuo sea hipertenso vendría a ser $0.3636/0.436 = 83\%$ y que, entre las mujeres, una sea hipertensa: 90%.

Tabla 2. *Diabetes mellitus de la población en estudio. Caserío los Elizondos, Santa Ana. Noviembre de 2019*

	Diabetes mellitus Frecuencia (probabilidad)	No Diabetes mellitus Frecuencia (probabilidad)	Total
Hombre	13 (0.236)	11 (0.2)	24 (0.426)
Mujer	11 (0.2)	20 (0.363)	31 (0.563)
Total	24 (0.436)	31 (0.563)	55 (1)

Por otra parte, el comportamiento con la diabetes mellitus, en la población en estudio, muestra la probabilidad de que un hombre no sea diabético es del 20% y que una mujer lo sea 36%; en una población total adulta (243) con probabilidad de ser diabética del 10%.

De manera similar, la probabilidad que entre los hombres en estudio, un hombre no sea diabético vendría a ser 46% y entre las mujeres el 64%.

Tabla 3. *Riesgo de consumo de alcohol de la población en estudio. Caserío los Elizondos, Santa Ana. Noviembre de 2019*

	Riesgo consumo de alcohol. Fc. (probabilidad)	No riesgo consumo de alcohol fc. (probabilidad)	Total
Hombre	5 (0.090)	19 (0.345)	24
Mujer	2 (0.036)	29 (0.527)	31
Total	24 (0.127)	31 (0.872)	55 (1)

El comportamiento con el riesgo de consumo de alcohol, en la población en estudio, la probabilidad de que un hombre esté en riesgo de consumo de alcohol es del 9% y que sea mujer es 3.6%; en una población general (243) cuya probabilidad de ser alcohólica es de 4%. Al disgregar los

datos por género los datos se invierten, son los hombres (9%) quienes comportan mayor probabilidad de riesgo que las mujeres (3.6%). Esta conducta de riesgo es ejercida en una pequeña cantidad de la población.

Tabla 4. Exposición al humo del tabaco en la población en estudio. Caserío los Elizondos. Santa Ana. Noviembre 2019

	Fumador activo fc (probabilidad)			Fumador pasivo fc (probabilidad)		
	Si	No	Total	Si	No	Total
Hombres	4 (0.072)	20 (0.363)	24	3 (0.016)	21(0.381)	24
Mujeres	2 (0.036)	29 (0.527)	31	5 (0.090)	26 (0.472)	31
Total	6 (0.109)	49 (0.890)	55	8 (0.145)	47 (0.854)	55

Los fumadores activos, expuestos al humo de tabaco en función de sus prácticas de fumar son el 11% y los fumadores pasivos el 14%. No hay diferencias significativas entre hombres o mujeres, excepto en los fumadores activos donde las probabilidades de exposición al riesgo son de 7.2% y 3.6% de hombres y mujeres, respectivamente.

Si sumamos los fumadores expuestos a humo de forma activa o pasiva, tenemos las siguientes probabilidades:

Tabla 5. Exposición al humo del tabaco en la población en estudio. Caserío los Elizondos. Santa Ana. Noviembre 2019

	Expuestos al humo fc (probabilidad)	No expuestos a humo fc (probabilidad)	Total
Hombres	7 (0.127)	17 (0.309)	24 (0.426)
Mujeres	7 (0.127)	24 (0.436)	31 (0.563)
Total	14 (0.254)	41 (0.745)	55 (1)

Se puede observar que un cuarto de la población (hombres y mujeres) está expuesta al riesgo que representa el humo de tabaco. Sin embargo, si se toma en consideración la probabilidad de que un individuo, en función del género, esté en riesgo de humo de tabaco, en el hombre es de 30% y para la mujer es el 43%. En una población general (243) donde solo representan el 3%.

Conclusiones

En cuanto a la hipertensión arterial es de hacer notar que de la población adulta total del caserío Los Elizondos, 1 de cada 5 personas tiene probabilidad de ser hipertensa. Donde las mujeres muestran tener unos puntos porcentuales más de riesgo que los hombres. Indagar sobre esas diferencias de riesgo es un asunto que este estudio devela como necesario.

La diabetes por su parte, acucia menos a la población (10%) comparativamente con la hipertensión (20%). Sin embargo, son estados patológicos asociados que no pueden o deben ser ignorados. El comportamiento de la diabetes por género, asunto del cual se ocupa este estudio, plantea similar comportamiento que el de los hipertensos: las mujeres muestran tener más probabilidad del padecimiento.

En cuanto a los factores de riesgo estudiados, el consumo de alcohol y la exposición al humo de tabaco ya sea de forma activa o pasiva, los hombres están más expuestos que las mujeres, en contraposición de las enfermedades estudiadas, donde las mujeres muestran mayor afectación. Este comportamiento plantea más dudas que respuestas, por cuanto que el principio es que, a mayor riesgo, mayores afectaciones. Por supuesto, por las limitaciones metodológicas y de alcance de este estudio no se consiguen evidenciar los rasgos que consigan explicar los datos, en este sentido. Asimismo, la incidencia de consumo de alcohol y la exposición al tabaco es muy baja, lo cual plantea el poco impacto que podría tener cualquier intervención de salud pública encaminada a corregir las mencionadas malas prácticas en función de mejorar la incidencia de la hipertensión arterial o la diabetes

Finalmente, a manera de conclusión desde una perspectiva de la salud pública es de tomar en consideración que las personas de la población en estudio con las enfermedades crónicas no transmisibles referidas, necesitan un manejo adecuado, orientación, educación para mejorar su calidad de vida e incluso buscar alcanzar una salud plena, sin embargo, son minoría. La prevención es el estándar de oro para la salud pública y por tanto habría que enfile los esfuerzos hacia la prevención en ese 80% de la población sana y lograr, a través diversas estrategias, comportamientos saludables que los mantengan sanos.

Referencias

- Álvarez-Martínez, Héctor Eloy & Pérez-Campos, Eduardo. (2009). Utilidad clínica de la tabla 2x2. *Revista evidencias investigación clínica*, 2, 22-27.
- BID. (2011). Enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo en Argentina: Prevalencia y prevención | Publications. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Enfermedades-cr%C3%B3nicas-no-transmisibles-y-sus-factores-de-riesgo-en-Argentina-prevalencia-y-prevenci%C3%B3n.pdf>
- Chavez, Javier, D. J. N., & Santos, Mario, L. M. (2015). Aplicación del análisis discriminante para la detección de factores de riesgo en pacientes con diabetes [Tesis para optar al grado de Maestría en salud pública]. <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/9413/1/19201019.pdf>
- García, Jonathan & Chátara, Abraham. (2019). Conocimientos actitudes y prácticas sobre hipertensión arterial en usuarios que asisten a unidad comunitaria de salud familiar milagro de la paz, San Miguel, en periodo de febrero a septiembre 2019. <https://docs.bvsalud.org/biblio-ref/2021/02/1147101/270-11106151.pdf>
- Hernández, Y. N. (2016). *Diabetes Mellitus: A Public Health Challenge*. 3.
- Menjívar, E. V. (2017). Instituto Nacional de Salud. MINSAL San Salvador, el Salvador, 2017. (p. 252).
- MINSAL. (2017). «Plan estratégico nacional multisectorial para el abordaje integral de las enfermedades no transmisibles». Ministerio de salud. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/planes/plan_estrategico_nacional_multisectorial_abordaje_integral_enfermedades_no_transmisibles_v3.pdf
- MINSAL. (2019). Política nacional para el abordaje integral de las enfermedades no transmisibles.
- Monteiro, M. G. (2008). Alcohol y atención primaria de la salud: Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Organización Panamericana de la Salud.
- OMS. (2013). Información general sobre la hipertensión en el mundo.

- OMS. (2014). INFORME SOBRE LA SITUACIÓN MUNDIAL de las enfermedades no transmisibles 2014. https://apps.who.int/iris/bits-tream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf
- OMS. (2018a). El Tabaco mata 5 mil personas al año El Salvador [Internet]. Organización Panamericana de la Salud.
- OMS. (2018b). El método STEPwise de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas. https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/instrument/Instrumento_STEPS_v2.1_ES.pdf
- Pastor, B. F. R. (2018). Índice de validez de contenido: Coeficiente V de Aiken. PUEBLO CONTINENTE, 29(1), 193-197.
- Sandoval, Mildred. (2019). Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en población adulta del caserío los elizondos, cantón primavera, departamento de santa ana, julio a noviembre de 2019. http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/11312/1/Informe%20final_Factores%20de%20riesgo%20Enfermedades%20cronicas_Defensa.pdf
- Vallejo, G. S. (2005). XX Congreso ACMI-ACP-Síndrome Metabólico. Es necesario reconocerlo para tomar decisiones y detener esta catástrofe cardiometabólica que nos amenaza. Acta Médica Colombiana, 30(3), 83-84.

La Universidad

Órgano científico-sociocultural de la Universidad de El Salvador

Segunda Época

Publicación trimestral

N.º 2, abril-junio de 2021

Barreras para la atención prenatal en mujeres de América Latina en pleno siglo XXI

Reyna Maximil Madrid Vilorio

ENSAYO

Madrid Vilorio, R. M. (2021). Barreras para la atención prenatal en mujeres de América Latina en pleno siglo XXI. *Revista La Universidad*, N.º 2, págs. 144-163

Revista *La Universidad*
ISSN: 0041-8242

Correo electrónico: revista.launiversidad@ues.edu.sv
Editorial Universitaria de la Universidad de El Salvador

Barreras para la atención prenatal en mujeres de América Latina en pleno siglo XXI

Barriers to prenatal care in Latin American women in the XXI century

Reyna Maximil Madrid Vilorio
reyna.madrid@salud.gob.sv
Universidad de El Salvador
Orcid: 0000-0001-9599-7787

Fecha de recepción: 19 de enero de 2021
Fecha de aprobación: 24 de marzo de 2021

Introducción

Los factores sociodemográficos, culturales, económicos y los factores de los sistemas de salud condicionan la atención prenatal de las mujeres de América Latina. La calidad de la atención prenatal determina los resultados favorables o desfavorables, tanto para la embarazada como para su hijo. Al lograr reconocer los factores que afectan la atención prenatal óptima, aún hoy en el siglo XXI, los que toman las decisiones podrán contar con la información necesaria para crear intervenciones de mejora individualizadas en la atención materna e infantil, que incidan en la disminución de la morbilidad y mortalidad.

Es así que, hablar de control prenatal óptimo en mujeres de América Latina es hablar o explorar sobre los factores que le condicionan, factores que se ponen en evidencia en la práctica diaria y en estudios realizados en los países de América Latina. En los países de América Latina existe una riqueza cultural, particularidades en el acceso geográfico a los centros de salud, hay diferencias en la conformación de los sistemas de salud de esos países, factores económicos y factores propios de la población, aspectos a los que se debe poner especial atención si es que se quieren obtener mejores resultados en los indicadores maternos e infantiles.

La OMS/ OPS, (2019) en la Guía para el continuo de atención de la mujer y del recién nacido define la atención prenatal como la serie de consultas, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con miembros del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y prestar una adecuada preparación para el parto y la crianza. El presente

documento trata de explorar sobre los diferentes factores que están influyendo actualmente para que no se logre una atención prenatal plena en mujeres de América Latina, para dar a conocer al lector que existen factores que posiblemente no se estén considerando en el abordaje de atención a la mujer embarazada, factores que se han dejado de lado y el profesional de atención en salud se ha mecanizado y no está considerando en todo el panorama. Es decir, no está brindando una atención integral al binomio madre-hijo.

El objetivo de este documento es explorar sobre las dificultades que enfrentan las mujeres de América Latina para obtener una atención prenatal plena y así dar a conocer estas dificultades al lector y a los que toman las decisiones en los países de la región, para que creen estrategias objetivas para la mejora de los indicadores maternos e infantiles.

Factores sociodemográficos, culturales, económicos y de los sistemas de salud que influyen en la disminución de la atención prenatal en mujeres de América Latina

Según la OMS (2016) en sus recomendaciones sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo, refiere que, en el inicio de la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la mortalidad y la morbilidad prevenibles relacionadas con el embarazo siguen siendo inaceptablemente altas. Expone que cerca de 303,000 mujeres y adolescentes murieron como resultado de las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto en el 2015; y que de manera análoga ocurrieron cerca de 2.6 millones de mortinatos en el mismo año, esto en poblaciones de escasos recursos. Además, refiere que casi dos tercios de la morbilidad materna y neonatal en el mundo podrían aliviarse mediante la adaptación y la utilización óptimas de los hallazgos de investigaciones existentes.

La OMS/OPS refiere que, aunque se hayan realizado esfuerzos considerables, los países tienen que consolidar y acelerar esos avances y ampliar sus agendas para centrarse no solo en la mera supervivencia de sus poblaciones, sino también desarrollar al máximo su salud y potencial. Concibe un mundo en el que todas las embarazadas y recién nacidos del mundo reciben una atención de calidad durante el embarazo, el parto y el periodo postnatal. Opina que el continuo de los servicios de atención de la salud reproductiva, la atención prenatal representa una plataforma para llevar a cabo importantes funciones de atención de la salud, como la promoción de la salud, el cribado, el diagnóstico y la prevención de enfermedades.

La OMS refiere que se ha constatado que, cuando se realizan en

tiempo oportuno prácticas apropiadas basadas en datos objetivos, la atención prenatal puede salvar vidas. Considera que de modo significativo la atención prenatal también ofrece la oportunidad de comunicarse con las mujeres, las familias, las comunidades y brindarles apoyo en un momento decisivo de la vida de la mujer.

En la guía de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo están formuladas 49 recomendaciones relacionadas con cinco tipos de intervenciones: intervenciones nutricionales, evaluación materna y fetal, medidas preventivas, intervenciones ante síntomas fisiológicos comunes e intervenciones en los sistemas de salud para mejorar la utilización y calidad de la atención prenatal. Esta guía de la OMS en el literal E.7 refiere que para reducir la mortalidad perinatal y mejorar la experiencia asistencial de las mujeres, se recomiendan modelos de atención prenatal con un mínimo de ocho contactos.

La guía también refiere que las recomendaciones sobre atención prenatal que elabora, hacen énfasis en la importancia de establecer una comunicación eficaz sobre aspectos fisiológicos, biomédicos, de comportamiento y socioculturales para brindar un apoyo eficaz de tipo social, cultural, emocional y psicológico a las embarazadas de una manera respetuosa. Partiendo de estas recomendaciones se concibe que en el periodo de embarazo se espera una experiencia positiva de apoyo familiar, de la comunidad y de los prestadores de salud, para lograr un parto exitoso donde la madre y el recién nacido se sientan acogidos y apoyados de manera integral.

Para el logro de una experiencia positiva durante el embarazo se vuelve necesario que las entidades garantes del cuidado de la embarazada evalúen constantemente los avances de las intervenciones en la atención materna e infantil. Es así que, el director de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (2019) expone la situación materna e infantil y expresa que las reducciones drásticas en las muertes maternas, neonatales e infantiles en los últimos 40 años son encomiables, pero la mortalidad prevenible es un fracaso sistémico que no se puede abordar con metas independientes. Esto, insta a los países a buscar una solución integrada e intersectorial. Y es que, si hablamos de muerte materna o infantil, no podemos decir que solo falló el sistema de salud, debemos hablar o considerar que falló todo el país, donde se integran varias instituciones que de una u otra manera habrían contribuido al caso de una muerte materna o infantil no deseable.

En las revisiones de casos de muertes maternas o infantiles, es común la atribución de la causa de muerte a factores o determinantes del entorno de la persona fallecida, en los cuales no solo el sistema de salud se

ve involucrado. Es por esto que el abordaje para la mejora de este indicador no debe ser aislado. La OMS, (2018.) expone que la región de las Américas tiene una agenda inconclusa en cuanto a la inequidad dentro del objetivo «sobrevivir». Sistemáticamente, las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes de los niveles socioeconómicos más bajos, junto con los que viven en entornos rurales, los grupos de indígenas, los afrodescendientes y los de menor escolaridad, registran cargas mayores de enfermedad y mortalidad.

El evento de una muerte materna o infantil causa conmoción, primero a la familia que sufre la pérdida y segundo, al sistema de salud. Además de la mortalidad, debemos considerar la morbilidad en el binomio madre e hijo, que pueden ser producto de un control prenatal deficiente. En América Latina con sus determinantes sociales, los esfuerzos realizados por los sistemas de salud han surtido frutos en la reducción de morbilidad y mortalidad materna e infantil, pero se está ante una agenda inconclusa, una meta que no se ha logrado. Las preguntas que se deben hacer los tomadores de decisiones son ¿qué falta por hacer? ¿cuál será el camino a seguir para el logro de los objetivos?

El informe de la FIGO (2016) da a conocer las estadísticas sobre el producto del embarazo: más de 7,000 bebés nacen muertos todos los días. Esto refiere que las estadísticas mundiales muestran que entre el 2000 y 2015, la tasa global de muertes fetales disminuyó en un 2%, de 24.7 por cada 1,000 nacimientos a 18.4 por 1,000 nacimientos, pero que todavía hay un camino por recorrer para alcanzar el objetivo en el año 2030, que es de 12 o menos muertes fetales por 1,000 nacimientos. Estadísticas que demuestran que se deben crear estrategias más apegadas a la realidad, individualizadas y con mayor interés en la persona. Se necesita ir más allá de lo que se ha acostumbrado hacer por la mujer embarazada y su hijo y para alcanzar ese nivel de atención debe haber un interés de país y no solo un esfuerzo aislado de unos pocos.

En la práctica diaria se observan las dificultades que expresan las mujeres embarazadas para obtener sus controles prenatales, como la falta de transporte, labores propias del hogar, el trabajo, lejanía del centro asistencial, deficiente atención por el personal sanitario, no consideran importante la atención prenatal; entre otras situaciones a las que deben poner atención los sistemas de salud y el resto de instituciones involucradas para poder superar los bajos indicadores de salud materna e infantil. Es a partir de esta realidad diaria que nos podemos detener en explorar la situación en América Latina.

Al abordar el tema de la atención prenatal se vuelve necesario pensar

en cuáles serían las estrategias para lograr una atención prenatal de calidad. Para crear estrategias innovadoras se deben conocer primeramente los factores que están influyendo para que no se logre una atención prenatal óptima. Por eso existen varias investigaciones que han incursionado en estos factores ya sean culturales, económicos, geográficos y propios de los sistemas de salud. Es importante mencionar que las investigaciones existentes sobre este tema son realizadas en pequeños sectores y no todos los países de América Latina conciben estos factores como relevantes en el abordaje de la atención prenatal. Existen escasas investigaciones que abordan este tema en el conjunto de países que conforman la región de América Latina.

Datos y cifras sobre la mortalidad materna

La OMS (*Mortalidad materna*, 2019) refiere que los países han adoptado una nueva meta para reducir aún más la mortalidad materna, siendo una de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en su numeral 3, reducir la razón de mortalidad materna mundial a menos de 70 por 100,000 nacidos vivos y lograr que ningún país tenga una mortalidad materna que supere el doble de la media mundial. Es así que, cada vez son mayores las exigencias para la mejora de los indicadores maternos e infantiles. Podría decirse que anteriormente se percibía como natural una muerte materna o infantil y por ende no era una preocupación para los tomadores de decisiones tener estos indicadores en un nivel por debajo de lo esperado.

La OMS subraya que el alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y las diferencias entre ricos y pobres. La casi totalidad de la mortalidad materna (99%) corresponde a los países en desarrollo. La razón de mortalidad materna en los países en desarrollo en 2015 es de 239 por 100,000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 12 por 100,000 nacidos vivos. Hay grandes disparidades entre los países, pero también en un mismo país, entre mujeres con ingresos altos y bajos y entre la población rural y urbana. Las principales complicaciones de muerte materna durante el embarazo, parto o después de este y que son causantes del 75% de estas muertes son las hemorragias graves, infecciones, hipertensión gestacional, complicaciones del parto y abortos peligrosos.

La mayoría de las muertes maternas son evitables. Las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas y es por esto que las mujeres necesitan el acceso a la atención prenatal, a una

atención especializada durante el parto y a la atención en el posparto. La OMS refiere que la salud materna y neonatal están estrechamente relacionadas. Es así que alrededor de 2.7 millones de recién nacidos murieron en el 2015 y otros 2.6 millones nacieron muertos; expresando que una atención por personal sanitario capacitado y en tiempo oportuno supone para la mujer y el niño la diferencia entre la vida y la muerte. Va a depender de la calidad de la atención prenatal el desenlace del embarazo de una mujer. De esta manera los sistemas de salud deben estar capacitados tanto en recursos humanos como materiales y organizados en función de las necesidades de las mujeres en período de gestación.

Existen obstáculos para que las mujeres reciban la atención prenatal: las mujeres pobres y en zonas remotas son las que tienen menos probabilidades de recibir una atención sanitaria adecuada y otros factores que influyen según la OMS son la pobreza, la distancia, falta de información, inexistencia de servicios adecuados y las prácticas culturales. Ante el conocimiento de los obstáculos que existen para que la mujer reciba una atención prenatal adecuada, la OMS crea estrategias para acabar con la mortalidad materna prevenible, enfocándose en las siguientes acciones:

1. Resolver las desigualdades en la calidad de los servicios de atención de la salud reproductiva, materna y neonatal y en el acceso a ellos.
2. Lograr la cobertura sanitaria universal para una atención integral a la salud reproductiva, materna y neonatal.
3. Abordar todas las causas de mortalidad materna, de morbilidad reproductiva, materna y de discapacidades conexas.
4. Reforzar los sistemas de salud para recopilar datos de alta calidad a fin de que respondan a las necesidades y prioridades de las mujeres y niñas.
5. Garantizar la rendición de cuentas con el fin de mejorar la calidad de la atención y la equidad.

Al garantizar el acceso a la atención en salud por la mujer en periodo de gestación, la OMS pretende acabar con la mortalidad materna prevenible, pero debe garantizar un acceso equitativo, basado en cada caso de manera individual. Para eso, los países necesitan invertir en los sistemas de salud y modificar los determinantes que definen la salud de la mujer en periodo de reproductivo.

La atención prenatal y factores de influencia en América Latina

La atención prenatal en América Latina, donde la mayoría de países se encuentran en vías de desarrollo, es un reto superar las dificultades y contar con una atención prenatal acorde a los lineamientos. Son múltiples los factores que influyen para brindar una atención prenatal acorde a las recomendaciones de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Es así que dependerá de las características y el enfoque que se le quiera dar a la atención prenatal en los diferentes países de América Latina, así tendrán los resultados en la salud materna e infantil.

Según Moreno (2019) el tema de muerte materna es tan amplio que requiere un abordaje desde perspectivas diferentes y a la vez amplias. Al abordar las fallas en los sistemas de salud se destacan las coberturas, la accesibilidad, la referencia concertada y oportuna de pacientes, los recursos físicos, humanos y financieros, el abasto de materiales y medicamentos, el personal directo y operativo, la educación y capacitación, los perfiles de puestos de trabajo, la vocación de servicio y desde luego la corresponsabilidad de todos los involucrados en cada evento; lo que incluye a las pacientes y familiares.

Moreno refiere que es necesario el empoderamiento de las mujeres para lograr acceso a los servicios de salud y esto dependerá del posicionamiento que tengan en su comunidad. La participación de la familia puede influir para lograr una inscripción prenatal precoz, así mismo considera que las distancias, la movilidad, los medios de transporte, la falta de vías de comunicación, las labores propias del hogar que dejan de atenderse por el cuidado de los hijos, se vuelven prioritarios y dejan en segundo plano el cumplimiento del plan de vigilancia prenatal que puede haber establecido el personal de salud. Considera el bajo nivel educativo como factor para ocultar información importante a personal de salud y que puede ser relevante.

Así, todos los cambios demográficos, sociales, económicos y culturales se han producido en la sociedad en los últimos años; el modelo asistencial ha evolucionado en todos los sistemas. Estas barreras deben ser consideradas al momento de brindar la atención en salud de la mujer embarazada, para así lograr una atención integral e individualizada que se apegue a las necesidades reales de la mujer.

Roosta G., (2013) en el estudio sobre salud materna en contextos de interculturalidad en Bolivia, expone que el abordaje intercultural de la

salud materna es una de las estrategias más acertadas para reducir los altos niveles de mortalidad materna en ese país. Las vivencias y testimonios de las madres indígenas hablan de sus retos en los escenarios de interacción intercultural, lo que debe considerarse como un clamor para profundizar en el enfoque intercultural y fortalecer sus implicaciones en cuanto a construir justicia y equidad social, como fundamentos de una sociedad más inclusiva.

Al querer una sociedad más inclusiva y por ende un sistema de salud más inclusivo, debemos hablar del componente cultural. Este es un factor que actualmente muchos sistemas de salud no consideran al momento de crear estrategias o programas en beneficio de la salud materna e infantil. En la cotidianidad se evidencian las dificultades que afronta el personal sanitario en el abordaje de las mujeres embarazadas para lograr una relación médico paciente. Es un reto cuando el médico no conoce la cultura, costumbres y demás determinantes sociales de la paciente que está abordando, por otro lado, la paciente no conoce o no logra entender que es lo que espera el médico de ella. Es a partir de esta brecha en la relación médico-paciente, que comienza a formarse una barrera para que la mujer embarazada logre una atención prenatal plena.

Según Hartmann et al., (2020) en el estudio en adolescentes, expresa que la adolescencia es también un factor que puede influir en la no utilización de los servicios de salud. En el estudio sobre la desventaja social y utilización de los servicios de salud de niñas y adolescentes embarazadas, indígenas y no indígenas en el estado de Chiapas, México, a partir de los testimonios de las gestantes, se identifican tres grupos de razones o motivos para no acudir a la atención prenatal: la pareja o el suegro no les permitieron acudir a recibir atención prenatal, la embarazada desconocía o no hubo ningún familiar que le indicara o apoyara para acudir a los servicios de salud, la embarazada no consideró necesario acudir a los servicios de atención prenatal.

La adolescencia es una etapa en la cual la persona no está preparada para procrear; la adolescente no está preparada en el aspecto social, económico, psicológico y biológico para afrontar un embarazo y la crianza de un hijo. Por lo tanto, desde cualquier punto de vista, el embarazo en la adolescencia es un fallo del sistema y es una situación en la que los países están trabajando para la reducción de su incidencia. En el embarazo en la adolescente comúnmente hay una vulneración de los derechos de las niñas y de las adolescentes, donde fallaron los factores o mecanismos protectores de este grupo etario. En el embarazo en adolescentes hay vulneración de derechos y entre estos derechos vulnerados puede estar el derecho del acceso

a la asistencia sanitaria. Es por esto, que el embarazo en adolescente es un factor que contribuye para que no se logre una atención prenatal óptima.

En relación al factor económico y acceso geográfico, Ruiz & García (2020) en un estudio descriptivo en gestantes que consultan en el Ambulatorio Manuel Navas Lizardo, identifican como las principales limitaciones para acceder al control prenatal los siguientes aspectos: el factor económico, transporte, distancia al centro de salud y filas de espera, falta de documentación solicitada, tiempo de espera entre la solicitud de la cita y la realización del control y ausencia de personal. Dichos factores son comunes en la mayoría de países de América Latina, por lo es que es importante considerar estos factores al momento de brindar la atención a la mujer embarazada. Sabemos que aún existen dificultades en el acceso geográfico para que las mujeres gestantes asistan a sus controles prenatales, ya sea porque no existe transporte público en su comunidad o porque no tienen cómo pagar el transporte colectivo o privado.

Abordar el tema de la atención prenatal de calidad implica aventurarse en toda una gama de aspectos, considerando que el control prenatal tiene sus características, que debe ser precoz, completo, de amplia cobertura, con calidez y periódico. Los resultados que se obtienen al brindar una atención calificada a la gestante son motivadores; es una etapa crucial tanto para la madre como para el producto por nacer. Hay varios estudios que revelan los buenos resultados de una atención prenatal calificada y los resultados posibles de una atención prenatal precaria.

Oliviera (2013) en su estudio «*La atención prenatal en los diferentes modelos de atención primaria*» concluye que hay una necesidad de acciones para mejorar la atención prenatal en los modelos estudiados en los municipios de Brasil. Este estudio intenta indagar sobre la calidad de las atenciones prenatales, tanto en la calidad de la atención directa como en el registro correspondiente de las atenciones brindadas. Los sistemas de salud de los países de América Latina han avanzado en la mejora de los indicadores maternos e infantiles; pero no han logrado una atención prenatal óptima; hay brechas que deben superarse. En la realidad y en los procesos de atención prenatal aún existen deficiencias que, si no hay un interés claro de los países, no lograrán superar esa brecha; más bien, podrían aumentar esas deficiencias.

Existen aún precarios sistemas de salud fragmentados, segmentados, privatizados y con una población de embarazadas que no pueden acceder a su atención sanitaria porque la burocracia de los procesos no le permite acceder a una atención integral e inmediata. Asimismo, Berdugo et al., (2020)

en su estudio sobre las desigualdades en la calidad del control prenatal en el departamento del Atlántico, Colombia, obtiene resultados que demuestran desigualdades relacionadas con las condiciones socioeconómicas y concluye que la cobertura del aseguramiento en salud y el nivel educativo de la población pobre y vulnerable son factores relevantes para cerrar las brechas de la calidad de los controles prenatales de la población estudiada. De esta manera, se sigue evidenciando que hay mucho por hacer por los sistemas de salud para el logro de una atención prenatal calificada.

Desenlaces perinatales y su relación con la atención prenatal

Mendoza Tascón et al., (2016) describen como determinantes de la prematuridad la etnia indígena-afrocolombiana o mulato, el número de controles prenatales, entre otros factores del entorno y propias de la gestación. Asimismo, Aguilar et al. (2005) Javier Guevara Arenas, Luis Antonio Caballero Leal, 2005 relaciona la mortalidad materna hospitalaria con la calidad de la atención prenatal y determina en su estudio, que existió una inadecuada calidad de la atención prenatal en los casos de mortalidad perinatal.

Bajo los resultados que arrojan los estudios y la práctica empírica se logran evidenciar las complicaciones de un control prenatal precario, afectaciones al producto por nacer o al recién nacido y los propios de la mujer gestante. Entre los factores que se pueden considerar están la prematuridad, bajo peso al nacer, malformaciones, retraso del crecimiento intrauterino y otras afectaciones al producto que dependen de los factores a los que haya estado expuesto durante su gestación. Asimismo, las afectaciones a la mujer gestante son múltiples, entre las cuales se puede considerar: preeclampsia, diabetes gestacional, hemorragias y en el peor de los casos la muerte del producto por nacer o de la madre.

Asimismo, Prieto y Rosero (2016) refieren que aunque no se encontraron diferencias significativas entre madres que realizaron un buen control prenatal y las que no realizaron un adecuado control prenatal, en relación a los desenlaces sobre bajo peso al nacer, asfixia perinatal, reanimación y síndrome de dificultad respiratoria, resalta que todos los recién nacidos que requirieron reanimación tenían bajo control prenatal y que más del 60 % de los pacientes que presentaron bajo control prenatal requirieron hospitalización. El cuidado de la atención prenatal define de manera directa o indirecta el desenlace de un embarazo, así es que se puede definir la atención prenatal como una serie de actividades esenciales para resguardar la salud tanto de la madre como su hijo.

El Salvador, América Latina, lineamiento de atención prenatal

Para dar más detalles del contenido de la atención prenatal es necesario conocer más de cerca las estrategias que están realizando algunos países de América Latina y El Salvador ya que, puede ser una muestra de las acciones que se deben realizar en un control prenatal. El Ministerio de Salud de El Salvador, en el año 2021, actualizó los lineamientos técnicos para brindar la atención al binomio madre-hijo. Lineamientos titulados de la siguiente manera: «Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido. Servicios en SSR para atención de emergencias o desastres». Estos lineamientos refieren que la atención prenatal es una de las bases para mejorar los indicadores tanto de morbilidad como de mortalidad materna e infantil y describe los componentes de la atención prenatal.

La atención prenatal siendo integral, periódica y sistemática, que se debe dar a la embarazada por integrantes del equipo de salud, con el fin de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, puede ser brindada en El Salvador por médico en servicio social, médicos generales, médico de familia, licenciada en salud materna infantil, licenciada/o en enfermería o médicos especialistas.

Estos lineamientos describen que las atenciones prenatales se inician con la inscripción prenatal, la cual es la primera atención que se debe dar a la embarazada por el equipo de salud. Idealmente debe realizarse antes de las doce semanas de gestación. Es importante conocer que en diferentes lineamientos de América latina varía el criterio de edad gestacional que define inscripción prenatal precoz, considerando que la inscripción de control prenatal precoz es un indicador que se mide y evalúa constantemente en el sistema de salud, para valorar la implementación de estrategias de mejora para captar precozmente a las embarazadas. La importancia de la precocidad de los controles prenatales radica en la provisión de medicamentos, exámenes de rutina y la atención oportuna de la embarazada en el nivel de atención adecuado, de acuerdo a su condición de salud.

Según estos lineamientos técnicos de El Salvador, el control prenatal puede ser un control prenatal básico o especializado. El básico es para usuarios sin factores de riesgo o complicaciones y el especializado es para usuarias en las que se detecte morbilidad previa o complicaciones durante el embarazo, lo cual es dinámico de acuerdo a la condición de la embarazada. Los lineamientos salvadoreños describen los componentes del

control prenatal, los cuales son educativo, evaluación clínica, prevención y tratamiento. El componente educativo tiene como propósito fomentar el autocuidado de la salud de la mujer, con participación de su pareja y familia, con enfoque de equidad de género, derechos y determinación social, donde las intervenciones educativas individuales y familiares deben contener los siguientes aspectos:

- a. Involucramiento y acompañamiento de la pareja, un familiar o quien ella desee al control prenatal, parto y puerperio.
- b. Asistir puntualmente a la cita para control prenatal y la toma de exámenes de laboratorio.
- c. Higiene personal, bucal y salud mental.
- d. Recomendaciones de nutrición y alimentación adecuada durante el embarazo.
- e. Reconocer la importancia de lactancia materna exclusiva los primeros seis meses y prolongada hasta los 2 años de vida.
- f. Reconocer la importancia de la suplementación con hierro y ácido fólico.
- g. Reconocer o detectar situaciones de violencia.
- h. No auto medicarse.
- i. Evitar la exposición al humo de tabaco y leña.
- j. Asistir a inscripción y control puerperal.
- k. Conocimiento sobre derechos sexuales y reproductivos.
- l. Información sobre relaciones sexuales durante el embarazo.
- m. Preparación emocional y física de la embarazada para el parto, posparto y cuidados del recién nacido con participación de la pareja y la familia.
- n. Ejecución del plan de parto para asegurar la atención hospitalaria del mismo.

- o. Reconocimiento de los hogares de espera materna para las mujeres que por su condición de acceso geográfico o social lo ameriten.
- p. Reconocer la importancia de la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses.
- q. Anticoncepción, importancia del periodo intergenésico.
- r. Tener información sobre código único al nacimiento.

Estos componentes se deben abordar con la mujer embarazada en el momento de los controles prenatales y debe ser acorde a las necesidades de la mujer y de acuerdo a la semana de gestación de ese momento. El abordaje es responsabilidad no solo del personal médico, sino que de un equipo multidisciplinario.

- a. En relación a la evaluación clínica, se realizan las siguientes actividades:
 - b. Llenado y análisis riguroso de la hoja para clasificación de riesgo de atención prenatal.
 - c. Examen físico completo.
 - d. Evaluación del estado nutricional a través del índice de masa corporal y ganancia de peso durante la gestación.
 - e. Identificación de problemas de salud mental.
 - f. Toma de pruebas de laboratorio y gabinete.
 - g. Detección y diagnóstico de patología obstétrica y no obstétrica, interconsulta o referencia de embarazada con complicaciones o factores de riesgo.

El componente de prevención y tratamiento tiene como objetivo establecer medidas para evitar complicaciones en la embarazada y a su recién nacido. Las intervenciones a realizar son:

- a. Administración de micronutrientes.
- b. Atención odontológica.

- c. Atención nutricional.
- d. Aplicación de vacunas.
- e. Detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual.
- f. Detección y tratamiento de infecciones de vías urinarias y vaginosis.
- g. Detección y referencia de embarazadas con VIH.
- h. Diagnóstico y manejo de enfermedades crónicas no transmisibles concomitantes con embarazo.
- i. Detección y tratamiento de complicaciones del embarazo.
- j. Atención de mujeres víctimas de violencia.
- k. Prescripción de medicamentos de acuerdo a enfermedad padecida.

Son múltiples las intervenciones que se deben realizar en el momento de la atención prenatal, tanto a nivel educativo, clínico, prevención y tratamiento, implementadas en El Salvador según lineamientos existentes. Por lo que aquí radica la importancia de una detección precoz de la embarazada en la comunidad, para la inscripción en el programa de control prenatal y el seguimiento estricto de sus controles subsiguientes en el centro asistencial (MINSAL 2021).

La periodicidad de los controles prenatales en El Salvador se describe en la Tabla 1. El número de controles prenatales que recibe la mujer embarazada influye en el desenlace del parto. Es por esto, que este documento se centra en describir los factores que están influyendo para que la mujer embarazada no logre una atención prenatal plena. El respeto a la periodicidad de los controles prenatales es de suma importancia, porque cada momento tiene sus particularidades y el profesional de salud brinda la atención enfocada en las semanas de gestación en la que está la mujer embarazada. Es importante recalcar que la periodicidad de los controles prenatales dependerá también de si la embarazada tiene alguna morbilidad agregada.

Tabla 1. *Atenciones prenatales y semanas de gestación*

Atenciones prenatales	Semanas de gestación
Inscripción	Antes de las primeras doce semanas de gestación
Primer control	Entre las 16 y 18 semanas de gestación
Segundo control	Entre las 26 y 28 semanas de gestación
Tercer control	Entre las 32 y 34 semanas de gestación
Cuarto control	A las 38 semanas de gestación

Nota. Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido. Servicios en SSR para atención de emergencias o desastres. MINSAL, 2021. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_atencion_preconcepcional_v2.pdf

Al haber explorado los lineamientos que regulan la atención a la embarazada de un país de América Latina, se puede entender la complejidad del abordaje del control prenatal. Son múltiples las actividades en salud que se llevan a cabo con la mujer embarazada y sabiendo que el embarazo es una situación dinámica se debe tener especial cuidado de la mujer embarazada y evitar el abandono de la mujer por el sistema de salud, la familia o la comunidad, que se suponen, son todos los factores protectores para ella.

Ante el escaso conocimiento de los diferentes factores que contribuyen para que la mujer en período gestacional no logre sus controles prenatales óptimos, hay interés de algunos investigadores por profundizar en el conocimiento de estos factores. Pero no todos los países de América Latina se han interesado en el estudio de estos elementos, por lo que es necesario despertar el interés en el profesional por realizar estudios sustentados que permitan crear estrategias adecuadas para la mejora de los indicadores maternos e infantiles.

Es así que, en los países de América Latina se han realizado diferentes estudios por investigadores de manera aislada a nivel país, localidad e instituciones y la mayor cantidad de investigaciones encontradas sobre este tema provienen de los países de América del Sur como Perú y Colombia. Las investigaciones encontradas son de diferentes tipos, como tesis de grado, artículos científicos, estudios de casos y controles, encontrándose en ellas una revisión sistemática que aborda el impacto de las condiciones sociodemográficas sobre el control prenatal en América Latina.

La revisión sistemática realizada por Ordóñez (Ipia-Ordóñez et al., 2019), consiste en una síntesis cualitativa de la literatura respecto al impacto

de las condiciones sociodemográficas sobre el control prenatal en América Latina, investigación donde encontró 13 artículos con información relevante para la revisión, incluyendo 2 estudios de casos y controles, 9 estudios descriptivos y 2 estudios cualitativos. Los resultados de esta revisión concluyen que el cuidado del hogar, la atención de otros hijos, la afiliación al sistema de seguridad social, la obligación laboral y el desempleo parecen representar los principales factores que afectan el acceso al control prenatal.

El proyecto de tesis de Barros (2021), en Ecuador, establece como objetivo identificar los factores asociados a la falta de control prenatal en América Latina y su relación con complicaciones obstétricas. Realiza una revisión sistemática con meta-análisis de investigaciones realizadas entre 2015 y 2020, encontrando 30 artículos relacionados. De esta revisión se obtienen resultados que concluyen que los factores asociados a la falta de control prenatal son: el bajo nivel de instrucción, ocupaciones del hogar y la crianza, falta de empleo, escasos recursos económicos, ubicación geográfica, falta de afiliación, creencias y costumbres.

Estos dos estudios buscan investigar los factores que están afectando la atención prenatal de gestantes de América Latina. Y es que el investigador entiende que la atención prenatal es una prioridad para la salud pública y que se han realizado avances considerables a nivel mundial. Pero algunos países de la región de América Latina no han cumplido con las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y es imperante indagar qué hace falta conocer, qué hace falta hacer, quien debe actuar para alcanzar un programa de atención prenatal exitoso, que no permita tener más muertes maternas e infantiles evitables. Estos dos estudios en su exploración encuentran factores sociales, económicos, geográficos y factores de los sistemas de salud que aún no se han superado para poder brindar una atención prenatal de calidad.

Conclusiones

Con base en la presente revisión de la literatura sobre la atención prenatal y las dificultades que enfrentan las mujeres de América Latina, para el logro de una atención prenatal plena, se puede concluir que aun en pleno siglo XXI hay barreras que el personal sanitario y los tomadores de decisiones no imaginan que aún existen y por lo tanto no son consideradas para la mejora de los indicadores. En América Latina donde unos países tienen mejores indicadores en atención prenatal que otros, países que aparentemente tienen similares determinantes sociales, es imperante tener presente las barreras para una atención prenatal, para que esta atención sea adaptada a la cultura, situación económica y sociogeográfica de las gestan-

tes. Por tanto, los sistemas de salud deben reorganizarse en función de las necesidades de las mujeres gestantes, de manera que se logre el acceso a la salud universal por estas usuarias.

La literatura explorada da a conocer la expresión de las mujeres sobre las dificultades que enfrentan para lograr la atención prenatal. Entre estas: el cuidado de los hijos, no obtiene permiso en el trabajo, las distancias geográficas, falta de transporte, malos tratos por el personal sanitario, la burocracia de los procesos para obtener una cita, falta de dinero para trasladarse a un centro asistencial, no obtienen permiso de su pareja o familiar, siente que el personal de salud no le entiende y la poca importancia que la mujer le da a la atención prenatal. Todos estos factores que están obstaculizando la obtención de una atención prenatal plena, no son conocidos por el personal que presta la atención prenatal.

Como ejemplo, en El Salvador en la práctica diaria existen varias quejas de las mujeres en relación a la atención que han recibido, «ese doctor no me escucha, ni me deja hablar», «no me explicó cómo me debía tomar las pastillas», «me mandó para la casa ya tarde y ni me preguntó si vivía lejos», «me hizo dar muchas vueltas solo para lograr una consulta», «el doctor no entiende de empacho o de la mollera», «no me explicó qué procedimiento me iba a realizar», «él no me dio permiso para ir al control de embarazo», «no pude asistir al control a tiempo, porque no tenía dinero para el transporte o la comida» Así, en cada país de América Latina se deben conocer cuáles son la barreras para la atención prenatal, para lograr avanzar en los objetivos de desarrollo sostenible y a la meta fijada para el año 2030.

Se deben dirigir las investigaciones sobre las expresiones y el sentir de las mujeres en período gestacional para así crear estrategias más objetivas. Las investigaciones existentes sobre este tema en América Latina son escasas y algunos investigadores han realizado esfuerzos para incursionar en este tema, pero la mayoría son estudios con poca solidez científica. Por tanto, es imperante que se realicen estudios más sustentados y que reciban el apoyo de los gobiernos y de organizaciones reconocidas. Si realmente se quiere avanzar en la mejora de los indicadores maternos e infantiles, se debe partir del conocimiento de las dificultades que están enfrentando las mujeres gestantes.

Los sistemas de salud deben reorganizar sus atenciones a través de la capacitación del personal, fortalecimiento de sus recursos materiales, creación de programas de atención materna e infantil apegados a los determinantes sociales de su territorio, progresar en la mejora de la accesibilidad geográfica a los centros de salud y la creación de las estrategias necesarias para brindar una atención en salud integral y calificada.

Referencias

- OMS/OPS, Declaración sobre la cobertura sanitaria universal (CSU). (2019). Figo. <https://www.figo.org/news/statement-universal-health-coverage-uhc>
- FIGO (2016). El informe revela las tasas mundiales de muertes fetales. Figo. <https://www.figo.org/es/news/el-informe-revela-las-tasas-mundiales-de-muertes-fetales>
- Evaluación de atención prenatal bajo la perspectiva de los diferentes modelos en la atención primaria. (s. f.). Recuperado 4 de diciembre de 2021, de <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/29811/S0104-11692013000200546.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Guía para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido. (s. f.). Recuperado 15 de noviembre de 2021, de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51740/9789275321355_spa.pdf
- Hartmann, A. E., Nazar-Beutelspacher, D. A., & Salvatierra-Izabá, E. B. (2020). Desventaja social y utilización de servicios de salud para recibir atención prenatal en niñas y adolescentes de barrios pobres de Chiapas. *Entreciencias: Diálogos en la Sociedad del Conocimiento*, 8(22). https://www.redalyc.org/journal/4576/457662386018/html/#redalyc_457662386018_ref27
- Ipia-Ordóñez, N. V., Ortega-Vallejo, D. F., Acosta-Mora, P. A., López-Lasoso, W. A., Martínez-Rodríguez, J. E., Corrales-Zúñiga, N. C., Rosero-Montero, C. A., & Cedeño-Burbano, A. A. (2019). Impacto de las condiciones sociodemográficas sobre el control prenatal en Latinoamérica. *Revista de la Facultad de Medicina*, 67(3), 519-523. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v67n3.69536>
- Jacqueline, B. R. L. (2021). Factores asociados a la falta de control prenatal en América Latina y su relación con las complicaciones obstétricas. 31.
- Lineamientos Atención Preconcepcional V2.pdf. (s. f.). Recuperado 4 de diciembre de 2021, de http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_atencion_preconcepcional_v2.pdf
- Mendoza Tascón, L. A., Claros Benítez, D. I., Osorio Ruíz, M. Á., Mendoza Tascón, L. I., Peñaranda Ospina, C. B., Carrillo Bejarano, J. H.,

& Londoño Romero, F. (2016). Epidemiología de la prematuridad y sus determinantes, en una población de mujeres adolescentes y adultas de Colombia. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(5), 372-380. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262016000500005>

Mercado, L. F. B. (2020). Desigualdades en la calidad del control prenatal en el departamento del Atlántico, 79.

Organización mundial de la salud (2019). Mortalidad materna una visión ética. https://iddeasmkt.com/flasog/wp-content/uploads/2020/12/REVISTA-FLASOG-NO11_compressed.pdf

María del Rocío Aguilar Barradas, Gustavo Francisco Méndez Machado, Javier Guevara Arenas, Luis Antonio Caballero Leal. (2005). Mortalidad perinatal hospitalaria y su relación con la calidad de la atención prenatal. 7.

Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña, y adolescentes 2018-2030. (s. f.). Recuperado 15 de noviembre de 2021, de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49609/CD56-8-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Prieto, D. E., & Rosero, E. L. L. (2016). Bajo control prenatal en maternas atendidas en el Hospital Occidente de Kennedy y desenlaces del recién nacido en el año 2014. 46.

Roosta G., M. (Ed.). (2013). Salud materna en contextos de interculturalidad: Estudio de los pueblos aymara, ayoreode, chiquitano, guaraní, quechua y yuqui (Primera edición). CIDES-UMSA.

Ruiz, A. M. B., & García, I. G. (2020). Factores asociados a la no adherencia del control prenatal en gestantes. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 4(7), 74-96.

World Health Organization (Ed.). (2016). *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo*. World Health Organization. <http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/9789275320334esp.pdf>

La Universidad

Órgano científico-sociocultural de la Universidad de El Salvador

Segunda Época

Publicación trimestral

N.º 2, abril-junio de 2021

Evaluación de Tecnologías Sanitarias como herramienta de gestión de los sistemas de salud

Margarita Elizabeth García González

ENSAYO

García González, M. E. (2021). Evaluación de tecnologías Sanitarias como herramientas de gestión de los Sistemas de Salud. *Revista La Universidad*, N.º 2, págs. 165-173

Revista *La Universidad*

ISSN: 0041-8242

Correo electrónico: revista.launiversidad@ues.edu.sv
Editorial Universitaria de la Universidad de El Salvador

Evaluación de Tecnologías Sanitarias como herramientas de gestión de los sistemas de salud

Health Technology Assessment as a management tool for Health Systems

Margarita Elizabeth García González
margarita.garcia@ues.edu.sv
Universidad de El Salvador
Orcid: 0000-0001-6010-6673

Fecha de recepción: 19 de enero de 2021
Fecha de aprobación: 22 de marzo de 2021

Introducción

Las Tecnologías Sanitarias son recursos utilizados en los servicios de salud con el propósito de prevenir, diagnosticar, tratar o rehabilitar diferentes problemas de salud, a fin de satisfacer las necesidades de salud de la población. Como parte de estos recursos tenemos a los medicamentos, dispositivos médicos, procedimientos médicos y quirúrgicos usados en la atención médica, incluyendo los sistemas de organización, administración y soporte dentro de los cuales se proporciona dicha atención.

En las últimas décadas han existido rápidos avances e innovaciones en las tecnologías sanitarias que ofrecen prometedores resultados de salud. En la mayoría de casos, su incorporación a los listados oficiales de financiamiento público representa un alto impacto en los presupuestos de las instituciones de salud, convirtiéndose en un reto por cuanto los recursos financieros son finitos y las necesidades en salud no. Las instituciones de salud han de propender a mantener la equidad, calidad de la atención y eficiencia en la atención brindada en los servicios de salud.

Surge entonces la interrogante ¿qué financiar y qué no financiar? La respuesta a esta pregunta se tiene que realizar en la base de considerar criterios que permitan identificar la eficacia clínica de las tecnologías; entendidas estas como la capacidad para producir el efecto deseado o de ir bien para determinada cosa, los costos, así como aspectos éticos, sociales que permitan tomar la decisión sobre financiar o no. Esto explica la necesidad de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias que se convierte en una herramienta metodológica de investigación que genera información o evidencia científica sobre la eficacia clínica y la rentabilidad de las tecnologías sanitarias.

Desarrollo

Brindar servicios de salud pública implica, entre otras cosas, la toma de decisiones sobre la gestión de las tecnologías que formarán parte de sus listas oficiales, la forma en que se organizarán en el sistema de salud y como se ofrecerán a los usuarios, así como lo relativo a la forma en que se financiarán. El objetivo es obtener resultados en salud adecuados, con los recursos disponibles teniendo en cuenta las expectativas de los usuarios (Andrés Pichon-Riviere, s/f).

El Instituto de Medicina de los Estados Unidos define a las Tecnologías Sanitarias como los medicamentos, dispositivos médicos, procedimientos médicos y quirúrgicos usados en la atención médica, así como a los sistemas de organización, administración y soporte dentro de los cuales se proporciona dicha atención. Incluye: prácticas y procedimientos clínicos, instrumental médico, productos farmacéuticos y sistemas de organización. El uso de las tecnologías sanitarias en todas sus formas ya sea como productos farmacéuticos, equipo de diagnóstico o dispositivo médicos, se han incrementado en los sistemas de salud en las últimas décadas. Las tecnologías, principalmente medicamento, representan en varios países el segundo rubro de inversión en los presupuestos en las instituciones de salud.

Si bien las tecnologías sanitarias constituyen recursos indispensables para brindar la atención en salud, la introducción de nuevas tecnologías representa en muchos casos beneficios significativos ya sea como prevención, mejoras en salud y calidad de vida o menores efectos adversos. Si se considera que en los sistemas de salud los recursos son limitados es entonces, primordial la correcta incorporación y difusión de tecnologías sanitarias para financiación pública, lo cual constituye un desafío a superar.

Se tienen intervenciones y tecnologías sanitarias que cuentan con la evidencia del respaldo clínico y de costo-efectividad. Aun así, deben enfrentarse a la dificultad de no ser incorporadas a las listas oficiales para ser financiadas por el sistema de salud, con lo cual se dejarían de beneficiarse los pacientes con los resultados que ofrecen. También, puede darse que haya tecnologías sanitarias financiadas, pero terminan siendo subutilizadas, lo que representan beneficios sanitarios perdidos. Asimismo, encontramos tecnologías sanitarias que no cuentan con un respaldo robusto de evidencia clínica y representan un alto impacto presupuestario que ya incorporadas en la financiación pública, puede llevar a una inequidad en la presentación de los servicios de salud y a riesgo de sostenibilidad.

Responder al interrogante ¿qué financiar y qué no financiar?, implica realizar un análisis de las tecnologías sanitarias a financiar. En consecuencia, asoma otra interrogante: ¿sobre qué elementos debería centrarse el análisis? Este reto se planteó en 1976 en los Estados Unidos a través de la Oficina de Evaluación de Tecnologías del Congreso (Michael, 2017) con la finalidad de evaluar las políticas y prácticas médicas para determinar la justificación de implementar costosas tecnologías médicas, teniendo la influencia del libro «Eficacia y Eficiencia» de Cochrane publicado 1970, en lo que se puede considerar como el inicio de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Con el paso del tiempo, este tipo de evaluación evolucionó y se convirtió en una herramienta para los tomadores de decisiones que, con la evidencia de la eficiencia clínica y el análisis de sostenibilidad de una tecnología sanitaria, pueden decidir si será cubierta por la financiación pública a fin de garantizar la equidad, seguridad, calidad y eficiencia en la atención de servicios brindados a la población.

Evolución de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias

La Evaluación de Tecnologías Sanitarias inicia en 1976 en la oficina de Evaluación del Congreso de Estados Unidos y es en 1981 donde se identifica el crecimiento de la evaluación de las tecnologías en salud. El periódico *The Sorcerers Apprentice* contribuyó con publicaciones provenientes de distintas partes del mundo, gracias a las cuales se dio paso a reuniones en *Washington D.C.*, en las que se planificó y organizó una revista científica que se concretó en 1985 en Dinamarca bajo el nombre de «Sociedad Internacional de Evaluación de Tecnologías en el Cuidado de la Salud» (ISTAHC) que luego se convirtió en «Evaluación en Tecnologías en Salud Internacional» (HTAi) con el objetivo de formar alianzas y unir esfuerzos para fortalecer la Evaluación de Tecnologías en salud bajo la figura de la reunión ISTAHC. La Red Internacional de Agencias para la Evaluación de Tecnologías en Salud (INAHTA) se fundó con 9 países y en la actualidad cuenta con la participación de 30 países.

Con el mismo propósito es creada la Red Europea de Evaluación de Tecnologías en Salud (EUnetHTA) en 2005. En el Reino Unido el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (NICE) es un ejemplo tangible entre la vinculación de la toma de decisiones de incorporación de nuevas tecnologías sanitarias, la evaluación de las mismas y la formulación de Guías de Práctica Clínica. Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha impulsado esfuerzos en este tema. Es así que en el 2006 el Consejo Ejecutivo en el informe de la 118ª reunión hace referencia a lo primordial de evaluar las tecnologías sanitarias a fin de garantizar un acceso equitativo, lo que se

plasma en el punto 14 de los retos planteados en dicho informe que literalmente indica: «La adquisición y uso de tecnologías sanitarias esenciales debe realizarse en función de las necesidades de los pacientes y de las mejores pruebas científicas disponibles, y no de la presión hacia el desarrollo tecnológico o de las fuerzas del mercado» (OMS. Organización Mundial de la Salud , 2006).

A partir de ello se impulsan esfuerzos regionales para la implementación de la Evaluación de las Tecnologías en Salud. En el 2012 se da paso a la creación de Red de Evaluación de Tecnologías en Salud de las Américas (REDE TSA) impulsada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) plasmada la resolución CSP28.R9 sobre la evaluación e incorporación de las tecnologías sanitarias en los sistemas de salud (OPS, Organización Panamericana de la Salud, 2012).

A nivel de las Américas se encuentran esfuerzos en la implementación de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias a partir del 2008 en el Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unánue (ORAS-CONHU). En el marco de la Reunión de ministras y ministro de Salud del Área Andina (REMSSA) se acordó la conformación de la unidad de evaluación de tecnologías sanitarias en los países de la subregión Andina. En 2010 ORAS-CONHU publica la Política Andina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias con el propósito de desarrollar y fortalecer la capacidad de esta evaluación en los países de la subregión Andina (ORAS-CONHU, 2010).

México ha evolucionado desde 1970 en el tema de evaluación de las tecnologías en salud, en el 2004 se crea el Centro Nacional de Excelencia de Tecnologías en Salud que es la Agencia del Ministerio de Salud especializada en la evaluación de tecnologías y la formulación de las guías de práctica clínica. (Gomez O, 2009)

En Argentina en el año 2003 se crea un consorcio entre el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) con organizaciones tomadoras de decisiones en salud: Ministerio de Salud, las secretarías de salud de provincias y municipios, la seguridad social y los seguros de salud privada (Rubinstein A, 2009), dando paso para que el 2009 el gobierno de Argentina creara la Unidad Coordinadora de Evaluación y ejecución de tecnologías en salud (Ministerio de Salud de la Nación, 2009).

Colombia, con el apoyo financiero del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) así como con el apoyo técnico a través del IECS Argentina y NICE del Reino Unido, ambas instituciones referentes en el tema, se crea en el 2012 en este país, el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Sa-

lud (IETS) cuyo lema es «evidencia que promueve confianza» (Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud-IETS, 2015).

Brasil es uno de los países de América latina que más avances ha tenido en el tema de Evaluación de tecnologías en salud. En el 2003 es creada la Unidad de Evaluación de Tecnologías de Salud del Ministerio de Salud y la Unidad de Evaluación de Tecnologías en Salud de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria, dando paso en el 2011 a la conformación de la Comisión Nacional de Incorporación de Tecnologías (CONYTEC) en el marco del Sistema Único de Salud de Brasil. (Banta D, 2009); (Ministerio de Salud Perú, 2010).

En Perú, el Ministerio de Salud crea para el 2010 la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitaria, conformándose Comisión Sectorial de Evaluación de Tecnologías en Salud y Enfermedades de Alto Costo del Ministerio de Salud en el 2011. (Ministerio de Salud Perú, 2010). A nivel de Centroamérica encontramos esfuerzos en el tema de evaluación de tecnologías en salud en Costa Rica y El Salvador.

La evolución de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias la convierte en una metodología de investigación que genera información sobre la eficacia clínica y la sostenibilidad de las tecnologías sanitarias. Esto permite contar con los elementos para dar respuesta a la interrogante ¿qué financiar y qué no financiar? para la toma de decisiones informadas en salud, como parte de las políticas de gestión de tecnologías sanitarias. Lo anterior, representa un puente entre el análisis de evidencia y la toma de decisiones para financiar aquellas tecnologías sanitarias que simbolicen una real innovación a fin de mantener la equidad, calidad y seguridad del sistema de salud del país. Al mismo tiempo, agregando un valor terapéutico no cubierto por los tratamientos ya disponibles para un determinado problema de salud, tomando en consideración el impacto presupuestario, la sostenibilidad, los aspectos éticos, sociales y expectativas de los pacientes.

Para una mejor comprensión se plantea el siguiente ejemplo: para una enfermedad X que conlleva un proceso crónico degenerativo, se tiene un tratamiento actual que está disponible en la Lista Oficial de Medicamentos con financiación pública, que produce como resultado en salud de 1 año de vida ganado en la población afectada con una inversión de \$50,000.00. Un laboratorio farmacéutico ha desarrollado un nuevo fármaco para tratar la misma enfermedad y este nuevo fármaco le representa al sistema de salud una inversión de \$200,000. Es acá donde se requiere realizar la evaluación de la tecnología a fin de tomar la decisión si este nuevo tratamiento debe ser incluido en la Lista Oficial de Medicamentos.

Siguiendo con el ejemplo, para ello se debe realizar como primer paso un análisis y evaluación de la evidencia disponible a fin determinar si este nuevo tratamiento representa una verdadera innovación para tratar la enfermedad. El segundo paso es evaluar si el precio tiene relación con los resultados en salud ofrecidos. El tercer paso, realizar un análisis comparativo con el tratamiento que ya se tiene disponible. Una vez realizados los tres pasos se identifica que el nuevo fármaco mantiene la misma vía y frecuencia de administración que el fármaco ya disponible. En cuanto a su efecto adverso no ofrece ventajas con el actual tratamiento y en cuanto a los resultados en salud el nuevo tratamiento ofrece 1 año de vida ganado. Con este análisis se estaría concluyendo que el nuevo fármaco no tiene una ventaja significativa en comparación con el tratamiento ya disponible.

De acuerdo con el ejemplo se estaría invirtiendo \$200,000 para obtener el mismo resultado en salud que se obtiene con el fármaco ya disponible con una inversión de \$50,000. Es decir, ¿estaríamos dispuestos a pagar 4 veces más por el mismo resultado en salud? Son estos los elementos que considera la Evaluación de Tecnologías Sanitarias para brindar evidencias que permiten la tomar decisiones informadas sobre la cobertura de nuevas tecnologías sanitarias, a fin de modular el impacto financiero en los presupuestos de salud.

Implementar la Evaluación de Tecnologías Sanitarias en un país como parte de las estrategias de gestión de medicamentos, dispositivos médicos y procedimientos, le permite al sistema de salud tomar decisiones informadas sobre qué incluir en sus listas oficiales para financiación; en especial lo que representan un alto costo. Las tecnologías sanitarias de alto costo, en especial medicamentos, se definen como aquellos que conllevan a un gasto desproporcionado por actividad y que son producidos por pequeño número de proveedores (National Health System (NHS), 2015). Entre estos se encuentran medicamentos biológicos-biotecnológicos, de terapia génica y medicamentos para enfermedades huérfanas.

El alto costo de estos medicamentos no solo deriva de la alta inversión que conllevan para la industria farmacéutica las actividades de investigación y desarrollo de nuevas moléculas, sino también del efecto de las patentes, limitadas alternativas terapéuticas y estrategias eficaces de mercadeo que incide en un incremento en el número de usuarios y modificación de los patrones de prescripción en el gremio médico impulsadas por esta industria y las casas de innovación tecnológica de mercadeo en un intento por incrementar sus ganancias. (Kantarjian H, 2015)

Los países de medios ingresos se encuentran sometidos a una presión por incorporar en las listas oficiales medicamentos y dispositivos médicos que no siempre se acompaña de los beneficios que prometen los fabricantes, o que podrían ser menos seguras o tener un impacto negativo desde los puntos de vista económico, ético, organizacional y social de un país (Gaitán Duarte, 2018). Se requieren, por lo tanto, estrategias que permitan distinguir lo que es efectivo y seguro, eficiente, favorecer la equidad, de acuerdo con el contexto de país.

Conocedores de la experiencia, los países han implementado la Evaluación de Tecnologías Sanitarias como una estrategia que permite la toma de decisiones informada para la financiación de nuevas tecnologías. A la vez, se convierte en una estrategia para transferencia de conocimiento a los profesionales en salud como fuente de información científica, transparente, robusta como una alternativa a las fuentes de información generadas por el fabricante que podría ser sesgada.

En nuestro país se han iniciado esfuerzos de implementación de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias desde el Ministerio de Salud, en el año 2016 es creada la Dirección de Tecnologías Sanitarias que cuenta con la Unidad de Evaluación de TS que es la instancia que realiza el análisis de las solicitudes de inclusión de medicamento y otras tecnologías, a los listados oficiales de la Institución. (Ministerio de Salud, s.f.)

Por su parte, el Instituto de Seguridad Social también ha realizados esfuerzos en capacitar en temas relacionados a la Evaluación de Tecnologías Sanitarias a los profesionales que forman parte del equipo que realiza el análisis de los medicamentos a incluir en la lista oficial (ISSS, 2021). Estos esfuerzos representan un importante avance, los cuales requieren de una continuidad que permita concretizar la implementación de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias en nuestro país.

Implementar la Evaluación de Tecnologías Sanitarias representa un desafío y una oportunidad de integrar un trabajo colaborativo entre los autores participantes en la gestión de tecnologías sanitarias. Dentro de los autores debe incluirse la participación de las instituciones formadoras de profesionales en salud con su aporte en el desarrollo de competencias en temas relacionados con la Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Asimismo, aportar con la generación de información que aporte como insumo para realizar las evaluaciones.

Referencias

Andrés Pichon-Riviere. (s.f.). *Introducción a la Evaluación de Tecnologías Sanitarias*. Buenos Aires, Argentina.

Banta D, A. R. (2009). The development of health technology assessment in Brazil. *Internat J Technol Assessm Health Care*, 255-9.

Drummond M, K. (s.f.). *Key principles for the improved conduct of health te-chnology assessments for resource allocation decisions*. 2008.

Gaitán Duarte, H. &. (2018). DECISIONES INFORMADAS EN MEDICAMENTOS DE ALTO IMPACTO FINANCIERO (DIME). UN EJEMPLO DE TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTO A NIVEL REGIONAL. *Medicina*, 40(1), 15-24.

Gomez O, F. J. (2009). Health technology assessment in Mexico. . *Internat J Technol*, 270-7.

INAHTA. (s.f.). *www.inahta.net*. Obtenido de <http://www.inahta.net/>

Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, I. (s.f.). *iecs.org*. Obtenido de IECS: <https://www.iecs.org.ar/evaluacion-de-tecnologias-sanitarias-y-economia-de-la-salud/que-es-una-tecnologia-sanitaria/>

Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud-IETS. (2015). *Informe de Gestión*. Obtenido de <http://www.iets.org.co>.

ISSS. (2021). *Manual de Normas y Procedimientos Selección Estandarizada y Regulación de los Medicamentos y Dispositivos Médicos*. San Salvador , El Salvador .

Kantarjian H, R. S. (2015). Why Are Cancer Drugs So Expensive in the United States, and What Are the Solutions? *Mayo Clinic Proceedings*., 90(4):500-504.

Michael, L. (2017). Desarrollo de la Evaluación de Tecnologías en algunos países de Latinoamérica. *Revista Cbana de Salud Pública*, 43(3).

Ministerio de Salud de la Nación. (2009). *Resolución 458/2009 Créase la Unidad Coordinadora de Evaluación y Ejecución*.

Ministerio de Salud. (s.f.). <https://www.salud.gob.sv/>. Obtenido de MINSAL. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias : <https://www.salud.gob.sv/unidad-de-evaluacion-de-tecnologias-sanitarias/>

Ministerio de Salud Perú. (2010). Resolución Ministerial N° 463-2011. *MINSAL: Crean la Comisión Sectorial de Evaluación de Tecnologías en Salud y Enfermedades de Alto Costo*.

Mireia Espallarguesa, b. J.-M. (2011). La evaluación de tecnologías sanitarias en intervenciones de salud pública: ¿más vale prevenir que curar? *Gac Sainit*, 25 (Supl 1) 40-48.

National Health System (NHS). (2015). *United Kindom. High cost drugs, devices and chemotherapy portals*. Obtenido de <https://www.england.nhs.uk/resources/pay-syst/future-payment-systems/drugs-and-devices>

OMS. Organización Mundial de la Salud . (2006). *Tecnologías Sanitarias Esenciales. Informe de la Secretaría 118 reunión Punto 5.5*. Ginebra.

OPS Organización Panamericana (OPS). (2017). *Fortalecimiento y Ejecución de la Evaluación de las Tecnologías sanitarias y del proceso de tomas de decisiones en la Región Américas*.

OPS. Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Informe Comité Asesor CSP28 Evaluación Incorporación de Tecnología Sanitarias a los Sistemad de Salud* . Washigton DC: OPS.

ORAS-CONHU. (2010). *Política Andina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias*.

ORAS-CONHU. (s.f.). *Resolución REMSAA XXIX/448. Desarrollo y fortalecimiento de la evaluación de*. 2008.

Rubinstein A, y. c. (2009). Development and implementation of health technology. *Internat J Technol*, 25(1):260-9.

La Universidad

Órgano científico-sociocultural de la Universidad de El Salvador

Segunda Época

Publicación trimestral

N.º 2, abril-junio de 2021

Revisión Intra Acción (IAR): una metodología de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para documentar las acciones de respuesta y preparación ante el Covid-19

Jazmín del Rocío López de Méndez

ENSAYO

López de Méndez, J. R. (2021). Revisión Intra Acción (IAR): una metodología de la Organización de la Salud (OMS) para documentar las acciones de respuesta y preparación ante el Covid-19. *Revista La Universidad*, N.º 2, pp. 174-191

Revista *La Universidad*

ISSN: 0041-8242

Correo electrónico: revista.launiversidad@ues.edu.sv
Editorial Universitaria de la Universidad de El Salvador

Revisión Intra Acción (IAR): una metodología de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para documentar las acciones de respuesta y preparación ante el Covid-19

Intra Action Review (IAR): a World Health Organization (WHO) methodology to document Covid-19 response and preparedness actions

Jazmín del Rocío López de Méndez
rocio.lopez@ues.edu.sv
Universidad de El Salvador
Orcid: 0000-0002-7909-9896

Fecha de recepción: 20 de enero del 2021
Fecha de aprobación: 25 de marzo de 2021

Introducción

Durante los últimos meses, desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote del nuevo coronavirus de 2019, un cambio profundo ha habido en la manera en cómo los seres humanos se relacionan, desarrollan sus actividades y viven día con día. La pandemia por COVID-19 sin duda alguna ha sido más que una emergencia sanitaria, es la crisis de salud global que mayor desafío ha ocasionado desde la Segunda Guerra Mundial, ya que, ha traído consecuencias sociales, económicas, humanitarias, de seguridad y en la salud de las personas. Se ha expandido como una ola de continente en continente llegando a alcanzar a todos los países a nivel mundial, esta ola que puede alcanzar los sistemas de salud y a las personas menos capaces de enfrentarla.

Debido a la velocidad y la emergencia con la que los países han implementado las estrategias en salud pública, desde que inicio la pandemia, no hubo tiempo de hacer un alto y reflexionar sobre dichas estrategias. Sin embargo, este es un buen momento para implementar metodologías que permitan identificar las buenas prácticas que dan respuesta a las necesidades de la población y trabajar sobre los desafíos y brechas que trae consigo las exigencias propias de la pandemia; ya que, ningún país estaba preparado para enfrentarla.

El presente ensayo tiene como propósito fundamental dar a conocer al lector sobre la metodología recomendada a nivel mundial por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para documentar las buenas prácticas y desafíos implementados por los países como respuesta a la pandemia por COVID-19, y a la vez establecer recomendaciones en función de mejorar la respuesta a la pandemia.

Desarrollo

Covid-19: historia de un flagelo de la humanidad

El COVID-19 es una enfermedad viral causada por el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2) que se ha descubierto más recientemente. Ha marcado la vida de las personas sin importar su condición social, económica y es un enemigo que amenazó en gran magnitud la salud pública a nivel mundial desde sus inicios. Tanto este nuevo virus como la enfermedad que provoca eran desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan (China), en diciembre de 2019. (World Health Organization WHO, 2021).

El 31 de diciembre de ese año, el gobierno chino notificaba oficialmente a la OMS la aparición de un nuevo virus causante de SARS-CoV-2. Un mes después, el 30 de enero de 2020, la OMS informó al mundo que el brote constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional y también informó que los coronavirus causan infecciones respiratorias que pueden ir desde el resfriado común hasta enfermedades más graves como el Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS) (World Health Organization WHO, 2021).

La apariencia de esta clase de virus es como una corona, por ello se deriva de la palabra *Crown* esto es debido a las proteínas S o espigas que sobresalen. La proteína S que posee el virus tiene una relevancia e importancia en lo que concierne a la biología de este virus, puesto que actúa como un enemigo silencioso, como un arma letal por su capacidad de adherirse a la célula humana para infectarla, permitiendo su replicación y luego propagándose. A medida que se producen cambios genéticos en el virus con el tiempo, el virus SARS-CoV- 2 empieza a crear linajes genéticos.

Al igual que el árbol genealógico de una familia, el virus SARS-CoV-2 tiene una disposición similar (Centers for disease control and prevention CDC, 2021). A veces, las ramas del árbol tienen diferentes características que cambian la forma en la que se propaga el virus, la gravedad de la enfermedad que causa, o la efectividad de los tratamientos. Los científicos llaman «variantes» a los virus con estos cambios. Siguen siendo SARS-CoV-2, pero pueden actuar de otra forma.

Sin duda alguna, la pandemia COVID-19 ha sido considerada como un flagelo que ha azotado a la humanidad, su existencia ha sido motivo de preocupación constante para todos los seres humanos. Los científicos día

con día se enfrentan a desafíos de investigar SARS-CoV-2 y sus variantes, esto lo hacen con el objetivo de proponer estrategias que sean basadas en conocimientos científicos sólidos y que estos ayuden a sobrellevar esta amenaza para la salud, ya que, cada segundo cobra vidas de seres humanos sin importar edad, condiciones sociales y económicas.

Las investigaciones sobre esta enfermedad han sido y continúan siendo como una historia de luces y sombras. Es iluminada por la inteligencia de las personas que han logrado descubrir el virus, sus mecanismos de transmisión, sus diversas variantes, la vacunación, etc. Todos estos descubrimientos a todas luces deberían ser plausibles para la humanidad. Y de sombras, por todos los efectos e incertidumbre que su misma naturaleza causa. También, estos avances se ven ensombrecidos por la incompreensión, por los opuestos a acatar las medidas para evitar contagios, la falta de vacunación por diferentes razones, rechazo, falta de acceso, entre otros. Todo esto contribuye a la tendencia en el alza de casos con nuevas variantes que ocasiona una preocupación constante para todos.

Estrategias sanitarias frente a la Covid-19

Ningún país estaba preparado para enfrentar a la pandemia que ha sido considerada como una de las que ha causado mayor cantidad de muertes durante el último siglo, por lo que cada gobierno ha tenido la responsabilidad de implementar acciones en concordancia a las recomendaciones que establecen la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC).

Como hemos podido evidenciar a lo largo de estos meses, la OMS desde el inicio de la pandemia estableció directrices técnicas, que permitirían a los países dar respuesta a la pandemia, implementando estrategias a nivel nacional y sub nacional. Ha sido un momento en el cual los gobiernos han tenido que tomar decisiones considerando los obstáculos existentes o los obstáculos potenciales internos y externos, con el objetivo de salvaguardar la salud de las personas, disminuir paulatinamente los estragos en el sector salud que la naturaleza de la pandemia ha causado, debido a que se convirtió en un enemigo sin oportunidad de dar tregua.

Las estrategias nacionales establecidas por la OMS desempeñan un papel fundamental a la hora de cumplir los objetivos mundiales, las cuales deben contener como mínimo las bases para la coordinación de la respuesta nacional y sub nacional; la participación y movilización de las comunidades afectadas y en riesgo; la implantación de medidas de salud pública adecuadas al contexto para frenar la transmisión y controlar los casos esporádicos;

la preparación del sistema sanitario para reducir la mortalidad asociada a la COVID-19, mantener los servicios sanitarios esenciales y proteger a los trabajadores sanitarios y la planificación de contingencia para garantizar la continuidad de las funciones y servicios públicos esenciales.

Para la implementación efectiva de las estrategias de coordinación y planificación como la implantación efectiva de estrategias adaptativas de preparación y respuesta a la COVID-19 se dependerá de la participación de toda la sociedad en el plan y de una firme coordinación nacional y sub nacional a la velocidad que la situación lo requiera. Considerando que la gestión coordinada para la preparación y respuesta a la COVID-19 ha jugado un papel sumamente crítico, ya que se han activado mecanismos nacionales de gestión de emergencias de salud pública, en la que ha sido necesaria una buena coordinación con la participación de los ministerios pertinentes como los de salud, asuntos exteriores, economía, educación, transporte, viajes y turismo, obras públicas, agua y saneamiento, medioambiente, protección social y agricultura que son clave para la toma de decisiones que puedan suponer beneficios para la salud pública en acuerdo con la situación actual de cada país.

Las estrategias de la OMS han sido muy completas, con un carácter técnico sólido, en las cuales se han establecido directrices como detectar los casos, someterlos a pruebas, aislarlos y atenderlos, y poner en cuarentena a los contactos para controlar la transmisión. Las estrategias a su vez establecen que para detener la propagación de la COVID19 se requiere detectar y realizar pruebas a todos los casos sospechosos, de forma que los casos confirmados sean aislados de manera rápida, efectiva y reciban los cuidados adecuados. Aunado a esto, es necesario que los contactos cercanos de todos los casos confirmados sean identificados rápidamente para ponerlos en cuarentena y someterlos a control médico durante los 14 días del periodo de incubación del virus (World Health Organization WHO, 2020).

La contundente situación de la pandemia ha demandado la aplicación de las estrategias de tipo restrictivo. Sin embargo, es importante mirar un poco hacia atrás y recordar que inicialmente no era grato para las personas, puesto que, incluyó el cumplimiento de la cuarentena, situación que golpeó fuertemente a las familias, causó incertidumbre, miedo, sentimiento de ira, en algunos casos su cumplimiento fue visto como algo forzado.

Mantener los servicios sanitarios básicos para reducir la mortalidad ha sido una de las estrategias recomendadas por la OMS y es la que ha representado el mayor desafío para todos los sistemas de salud, ya que para brindar una atención adecuada se requiere contar con los recursos

humanos, económicos, insumos médicos, infraestructura en salud, entre muchos otros. Sin embargo, los gobiernos de cada país han cumplido con su compromiso de brindar a atención a la población según su capacidad de respuesta, la cual ha sido en función de sus recursos y gestiones. No obstante, han existido y continúan existiendo brechas en los gobiernos locales, las cuales es importante identificar para su mejora inmediata.

Por otro lado, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) establece una estrategia global de respuesta a la COVID-19. Dentro de los objetivos de la estrategia del CDC para la respuesta global a la COVID-19 se encuentran limitar la transmisión de la COVID-19; minimizar el impacto de la COVID-19 en poblaciones vulnerables; reducir las amenazas específicas para la salud; aumentar el conocimiento científico sobre el SARS-CoV-2 (el virus responsable de la COVID-19), proporcionar liderazgo en salud pública mundial y apoyar el desarrollo de la seguridad.

A la vez se establecen una serie de objetivos estratégicos dentro de los cuales se pueden mencionar el fortalecimiento de la capacidad mundial a nivel nacional y regional para prevenir, detectar y responder a los casos de COVID-19. Incluido el establecimiento de sistemas y procedimientos para recopilar datos oportunos y precisos que permitan informar para la toma de decisiones de salud pública y fortalecer la fuerza laboral de salud pública mundial. La orientación está enfocada en aumentar la capacidad para detectar, investigar, informar y responder a la transmisión de la COVID-19. En este objetivo se destacan algunos elementos como brindar apoyo técnico a los gobiernos socios a través de sus ministerios de salud, otros ministerios relevantes, organizaciones y agencias internacionales o nacionales responsables de la salud humana, la salud animal y la preparación para emergencias de salud pública para reducir el impacto de la COVID-19 en los grupos afectados de manera desproporcionada.

Asimismo, aumentar la capacidad de los sistemas de laboratorio y vigilancia a nivel nacional y local, incluido el fortalecimiento de las plataformas de vigilancia de enfermedades respiratorias existentes, para detectar y notificar patógenos prioritarios y apoyar el desarrollo y despliegue de sistemas de información sanitaria en los países para facilitar la recopilación, gestión y análisis oportunos de datos críticos de salud pública, entre otros.

El segundo objetivo estratégico que establece el CDC es prevenir y mitigar la transmisión de COVID-19 a través de las fronteras, en las comunidades, en los centros de salud y entre los trabajadores de la salud, incluyendo el uso de enfoques para minimizar las interrupciones en los servicios de salud esenciales, lo que se pretende es mitigar la transmisión

de COVID-19 en comunidades. Dentro de las principales actividades clave para lograrlos están el facilitar actividades para reducir la propagación de COVID-19 dentro de las comunidades, apoyar las actividades de rastreo de contactos, apoyar las actividades de mitigación que se dirigen a las personas con mayor riesgo de contraer enfermedades graves por COVID-19, apoyar las comunicaciones de riesgo y de los medios, en particular para llegar a las poblaciones con escasa adherencia a las recomendaciones de mitigación, apoyar las actividades de agua, saneamiento e higiene, dirigidas a grupos que tienen un acceso limitado al agua potable, apoyar el desarrollo y la implementación de actividades de mitigación apropiadas para refugiados, personas desplazadas y otras comunidades de escasos recursos, proporcionar plataformas de laboratorio prácticas y de diagnósticos en el punto de atención para mejorar la detección y el diagnóstico diferencial de la infección por SARS-CoV-2 y otros virus respiratorios para evaluar el impacto y los niveles de cumplimiento de las medidas de mitigación recomendadas y compartir las lecciones aprendidas entre los países.

El objetivo estratégico tres, se enfoca en contribuir **a la comprensión científica de COVID-19 y abordar las incógnitas cruciales con respecto a la gravedad clínica, los modos de transmisión y la duración de la inmunidad después de una infección y/o vacunación, mediante el apoyo de investigaciones especiales. Dentro de ello se destaca** realizar y participar en ensayos clínicos terapéuticos y de vacunas, según corresponda. De igual manera, recopilar datos para proporcionar información crítica sobre el curso clínico y los resultados de la COVID-19 y que esa información sea utilizada para mejorar la atención clínica, finalmente apoyar el intercambio oportuno de datos de investigación por parte de los países.

El cuarto y último objetivo es evaluar y valorar medidas de mitigación y vigilancia reforzada y utilizar evaluaciones para mejorar programas y sistemas de vigilancia. Dentro de este objetivo se consideran actividades fundamentales como brindar apoyo a los países y socios para la gestión y distribución de vacunas, terapias y suministros relacionados brindando asistencia técnica a los países y socios para el seguimiento y la evaluación, incluido el análisis y la evaluación de datos sobre la seguridad de las vacunas y la terapéutica (Centers For Disease Control and Prevention CDC, 2020-2023).

Como se ha podido evidenciar y analizar las estrategias recomendadas a nivel internacional, en un momento clave se convirtieron un compromiso para cada uno de los gobernantes y desde el inicio significó un enorme desafío la implementación de cada una en la que era y continúa siendo necesario incluir todos los componentes, actividades, inherentes a cada una. Las primeras decisiones apuntaron a enfrentar al enemigo CO-

VID-19 desde todas las aristas que la atención en salud implica, con un enfoque integral, ya que, al implementarlas conjuntamente traería como resultado la derrota del enemigo.

A casi de dos años del surgimiento de este virus que ha venido poco a poco a quedarse, nos obliga a adoptar medidas y readecuar las mismas de acuerdo a su comportamiento. Es hora que los gobiernos de todos los países hagan un alto y reflexionen sobre las medidas que han implementado debido a que aún falta camino por recorrer. Llevar a cabo la reflexión y análisis permitiría plantear estrategias de trabajo mucho más consistentes ante eventuales retos pandémicos en un futuro cercano. Pero surge la interrogante ¿tendrán apertura y disponibilidad los gobiernos en turno de pausar un momento y hacer una reflexión en tiempos de pandemia sobre las decisiones tomadas, el camino recorrido y los frutos obtenidos? Su respuesta puede ser controversial porque esta pausa implica una autoevaluación de cómo dieron respuesta a la pandemia del siglo.

Revisión Intra Acción: ¿qué es? ¿cuál es su importancia? ¿en qué consiste y cómo se implementa?

Debido al impacto de la pandemia, que ha traído consigo un incremento de contagios y hospitalizaciones, muchos expertos en salud pública en todo el mundo han trabajado para desarrollar estrategias integrales de gestión de riesgos de COVID-19 (World Health Organization WHO, 2020). A raíz de haber implementado una serie de estrategias en diferente magnitud y velocidad en todos los países alrededor del mundo, sin duda alguna se ha generado un impacto en la salud pública. Por lo que resulta valioso conocer ¿cómo estas estrategias han funcionado o no han funcionado y por qué? Esto es posible conocerlo por medio de la nueva herramienta metodológica que ofrece la Organización Mundial de la Salud (OMS) conocida como Revisión Intra Acción (IAR) por sus siglas en inglés. Esta metodología está a disposición de todos los países para que pueda aplicarse en diferentes niveles.

¿Qué es la Revisión Intra Acción (IAR)?

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como una revisión cualitativa dirigida por el país, que facilita la discusión de los actores nacionales y sub nacionales y les permite reflexionar sobre las acciones que se llevaron a cabo y aún se están llevando a cabo para prepararse y responder a la pandemia por COVID-19. Se basa principalmente en la experiencia personal y las percepciones de las personas involucradas en la

respuesta, para evaluar qué funcionó y qué no, por qué y cómo mejorar. Los gobiernos a nivel mundial han tenido que reflexionar sobre las intervenciones realizadas de manera articulada con diferentes actores sociales, inter institucionales para enfrentar esta crisis global, ya que, las intervenciones han sido masivas y sin precedentes, tan drásticas y a gran escala.

La pandemia por COVID-19 persiste como el peor recuerdo que daño a los seres humanos en varias facetas de su vida, cuyas consecuencias aún se están viviendo. Dicha reflexión es volver a ver hacia atrás. Debe ser vista como una manera de mejorar, de reconocer lo que hizo falta implementar o lo que debió mejorarse. Esto puede ser justificado en algunos casos por la premura y el desconocimiento, puesto que la ciencia ha ido demostrando poco a poco la evolución y el comportamiento de la COVID-19. Sin embargo, esta reflexión en algunos escenarios puede resultar como una encrucijada incómoda para los gobernantes, debido a que realizar dicha reflexión y mirada hacia atrás puede poner en evidencia decisiones que no fueron las más acertadas y que pudieron haber sido tomadas por un interés particular.

Metodología Revisión Intra Acción (IAR): ¿cuál es su importancia?

Es importante recalcar que la metodología tiene su base propiamente técnica. Su importancia radica fundamentalmente en identificar cuáles son las mejores prácticas, lecciones aprendidas, retos y principales desafíos. Esto con el objetivo de proponer acciones correctivas para mejorar y fortalecer la respuesta continúa a COVID-19. Además, los hallazgos y recomendaciones de IAR pueden contribuir a mejorar la gestión de emergencias concurrentes y la seguridad sanitaria a largo plazo (World Health Organization (WHO), 2020).

En general, el concepto de «buenas prácticas» se refiere a toda experiencia que se guía por principios, objetivos y procedimientos apropiados o pautas aconsejables que se adecuan a una determinada perspectiva normativa o a un parámetro consensuado, así como también toda experiencia que ha arrojado resultados o impactos positivos, demostrando su eficacia y utilidad en un contexto concreto.

El propósito de una Revisión Intra Acción (IAR) es cuádruple:

1. Brindar una oportunidad para compartir experiencias y analizar colectivamente la respuesta del país a la COVID-19 mediante la identificación de desafíos y mejores prácticas.

2. Facilitar la creación de consenso y la recopilación de lecciones aprendidas por varias partes interesadas durante la respuesta para mejorar la respuesta actual al sostener mejores prácticas que han demostrado ser exitosas y que evitan errores recurrentes.
3. Documentar y aplicar las lecciones aprendidas de los esfuerzos de respuesta hasta la fecha para permitir fortalecimiento del sistema de salud.
4. Proporcionar una base para la actualización y validación de la estrategia COVID-19 del país para elaborar un plan de preparación y respuesta.

La importancia de estos propósitos radica en llevar a cabo una revisión que permita identificar los desafíos y lecciones aprendidas por la crisis generada por la pandemia COVID-19. No se trata de realizar un análisis exhaustivo, ni mucho menos hacer una evaluación de las diferentes medidas y acciones que los gobiernos han desarrollado para hacer frente a la crisis; por el contrario, es reflexionar, discutir sobre el trabajo realizado e identificar áreas de mejora.

Metodología Revisión Intra Acción (IAR): ¿en qué consiste? ¿cómo se implementa?

El principal desafío para los países que deciden adoptar la metodología propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), Revisión Intra Acción (IAR), es poder adaptarla al contexto del país y según la necesidad e interés de cada gobierno. Es importante señalar que la metodología está disponible y es cada país quien debe elegir en qué áreas realizará su revisión. La OMS establece en su metodología en diez pilares de acción sobre los cuales se puede realizar la revisión completa de la respuesta a la pandemia por COVID-19 los cuales se describen brevemente a continuación:

Pilar 1. Coordinación, planificación, financiamiento y seguimiento: el objetivo medular de este pilar es que los mecanismos de coordinación, planificación, financiamiento y seguimiento a escala nacional y sub nacional participen con diferentes actores y diversos sectores, trabajen de manera articulada para evitar duplicar esfuerzos, resuelvan brechas en las actividades de preparación y respuesta y aumenten al máximo la capacidad de respuesta.

Pilar 2. Comunicación de riesgos, participación de la comunidad y manejo de la infodemia¹: la meta de este pilar radica en prevenir y reducir los efectos negativos de la COVID-19 en las personas y las comunidades con enfoques basados en la evidencia, para comprender el comportamiento y las percepciones de las personas y comunicar los riesgos por medio de información oportuna, pertinente y fiable.

Pilar 3. Vigilancia, investigación epidemiológica, localización de contactos y ajuste de las medidas sociales y de salud pública: los datos de vigilancia epidemiológica son vitales para vigilar la propagación geográfica del virus, intensidad en la trasmisión del virus, dar seguimiento en las tendencias con respecto a la edad, sexo, grupos y entornos vulnerables. Así como evaluar el impacto en los servicios de salud, ajustar las medidas de salud pública para que sean funcionales y que se puedan adaptar a nuevos acontecimientos como la introducción de la vacuna, evolución de las variantes del virus y a los resultados de investigaciones realizadas.

Pilar 4. Puntos de entrada, viajes, transportes internacionales y eventos multitudinarios: su importancia radica en la implementación de medidas para la mitigación de riesgos, evaluación exhaustiva de riesgos, en la que se tenga en cuenta la situación epidemiológica de los países de origen y de destino, volumen de viajes, conectividad de países, así como la capacidad de los servicios de salud para atender y detectar casos y contactos.

Pilar 5. Laboratorios y medios de diagnóstico: en este pilar se hace énfasis y se insta a los países al uso de plataformas nacionales para documentar datos clínicos, epidemiológicos y virales críticos, que faciliten la detección y evaluación de las nuevas variantes de SARS CoV-2, así como fortalecer y mantener la capacidad diagnóstica a escala nacional y sub nacional.

Pilar 6. Prevención y control de infecciones, protección del personal de salud: es necesario realizar intervenciones encaminadas a reforzar la conciencia en la comunidad y las estrategias para velar por el cumplimiento de las medidas de salud pública.

1 El término infodemia se refiere a un gran aumento del volumen de información relacionada con un tema particular, que puede volverse exponencial en un período corto debido a un incidente concreto como la pandemia actual. En esta situación aparecen en escena la desinformación y los rumores, junto con la manipulación de la información con intenciones dudosas.

Entender la infodemia y la desinformación en la lucha contra la COVID-19; IRIS Institutional Repository for Information Sharing Panamerican Health Organization PAHO obtenido de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52053>.

Pilar 7. Manejo de casos, operaciones clínicas y opciones terapéuticas: adaptación de los servicios de salud, para atender casos sospechosos o confirmados por COVID-19, el personal de salud debe conocer las definiciones de caso, saber cómo referirlos en caso que sea necesario. Entornos apropiados para la atención de casos según su clasificación.

Pilar 8. Apoyo operativo, aspectos logísticos, cadenas de suministro: es vital la parte logística de suministro en atención a la pandemia por COVID-19 como despliegue de personal para responder a la demanda, compra de suministros esenciales. Esta logística facilita la selección, certificación y compra de insumos para COVID-19.

Pilar 9. Fortalecimiento de los sistemas y servicios de salud esenciales: el fortalecimiento de los servicios de salud ha sido esencial para lograr un equilibrio entre la demanda de pacientes que consultan por COVID-19 y la necesidad de mantener la prestación segura de otros servicios esenciales de salud.

Pilar 10. Vacunación: a medida que se vayan aprobando vacunas contra COVID-19 por autoridades regulatorias y la OMS, los países deben prepararse para su introducción y despliegue. La preparación adecuada implica planificación temprana, regulación, políticas, comunicación, logística, infraestructura, sistemas de datos, planes nacionales de despliegue, entre otros (Panamerican Health Organization (PAHO), 2021-2022).

Los diez pilares descritos en párrafos anteriores deben ser seleccionados para su análisis. Los países pueden basar su selección en un solo pilar o los diez, la decisión de revisión puede resultar un tanto difícil por lo complejo que puede resultar la adaptación de los pilares y los hallazgos del proceso de revisión. Una vez definido el o los pilares de revisión, la metodología recomienda revisar todas las plantillas, las cuales están a disposición de los países, plantillas para agendas, toma de notas y para la elaboración del informe final. Dichos formatos facilitan en gran medida la realización de todo el proceso.

A su vez la OMS pone a disposición un paquete de preguntas generadoras *trigger questions* sobre cada uno de los diez pilares. Estas preguntas pueden usarse para estimular reflexiones y discusiones dentro de un grupo de personas y mantener a la audiencia encaminada en el aporte de sugerencias para la toma de decisiones en futuros eventos. Esto permite el desarrollo apropiado de la metodología y que se consideren todos los aspectos que están siendo revisados. Las preguntas pueden adaptarse de acuerdo al contexto o interés propio de cada país. También, es trascendental identi-

car y establecer quien conformará la audiencia, así como tener claro cómo se desarrollará el proceso de revisión, para lo cual se debe establecer un equipo responsable de preparar y realizar la revisión con roles y responsabilidades claramente definidos, los cuales se detallan a continuación:

1. Coordinador principal de IAR (supervisión general de IAR)
2. Facilitador principal
3. Facilitadores asistentes (para orientar y cubrir cuestiones técnicas).
4. Tomador de notas y redactor de informes

Como todo proceso académico-laboral el trabajo en equipo es crucial ya que facilita el cumplimiento de objetivos. Sin embargo, la integración y funcionamiento adecuado del equipo puede representar un reto, ya que implica compromiso, tolerancia, capacidad para escuchar a los demás y sobre todo, habilidades que permitan aprovechar e integrar los aportes de cada miembro hacia un objetivo común. En este caso el desarrollo adecuado de la metodología IAR.

Una vez se establecen los roles, se procede a elaborar una nota conceptual, la cual tiene un formato específico establecido por la OMS. La nota conceptual representa y describe la ruta de cómo el país llevará a cabo el proceso de revisión. Esta incluye quién es la audiencia, los roles de los facilitadores y la metodología del proceso de revisión. La metodología debe establecer los días en que se llevará el proceso de revisión, el cual es de uno, máximo dos días según las recomendaciones de la OMS. La revisión puede ser en sitio o en línea siempre garantizando cumplir con las recomendaciones de distanciamiento e higiene física.

La metodología también establece que la discusión debe llevarse de forma interactiva, implementando la metodología causa-raíz. La metodología causa-raíz es un proceso complejo pues muchas veces se identifican aspectos que pueden ser los efectos y sobre ellos generar discusiones dejando de lado la raíz y es ahí en donde se debe profundizar y basar la discusión. Eso permitirá hacer una reflexión profunda, adecuada y se establecerán las acciones de mejora. El rol del coordinador es vital ya que debe saber dirigir la discusión sin perder los objetivos ya que al final los resultados para el país son de suma importancia.

La discusión interactiva busca conocer y documentar las buenas prácticas, desafíos y lecciones aprendidas de los pilares que se estén revi-

sando con el objetivo de que la misma audiencia brinde recomendaciones para identificar acciones para fortalecer o mejorar el desempeño y cómo dar seguimiento. Debido a que la aplicación de la metodología IAR es bastante compleja, como se ha descrito en párrafos anteriores, implica una discusión interactiva y enriquecedora. La OMS establece directrices de cómo pueden desarrollarse las sesiones en los países, las cuales se detallan a continuación:

Sesión 1. ¿Qué salió bien? ¿Qué salió peor? ¿Por qué?

La discusión inicia identificando y analizando lo que funcionó, lo que no funcionó tan bien y por qué. La audiencia que está conformada por actores clave de nivel nacional y sub nacionales y que deben ser seleccionados por el país serán los responsables de analizar colectivamente las acciones emprendidas durante la respuesta a la pandemia por COVID-19, para identificar las mejores prácticas y desafíos encontrados, su impacto en la respuesta y por qué ocurrieron (los factores habilitantes/limitantes). La atención no se centra en identificar quién es responsable de lo sucedido, sino más bien en lo que sucedió y por qué.

Sesión 2. ¿Qué podemos hacer para mejorar la respuesta a la COVID-19?

La audiencia participante identificará y desarrollará actividades para abordar las causas de los desafíos identificados en la respuesta actual de COVID-19, así como actividades para institucionalizar las mejores prácticas. Los participantes no solo recomendarán actividades, sino también una línea de tiempo de ejecución, la responsabilidad de asignar al punto focal a cargo, identificar eventual apoyo necesario y proponer indicadores para monitorear el progreso. Los participantes deberán asegurarse de que las actividades estén armonizadas, sean realistas y alcanzables.

Sesión 3. El camino a seguir

Por último, es preferible priorizar las recomendaciones para garantizar que se puedan implementar recomendaciones simples y de alto impacto (es decir, «ganancias rápidas») para una reparación inmediata. Se debe desarrollar un plan de implementación para estas actividades que debe incluir actividades inmediatas y de mediano o largo plazo para mejorar la respuesta a la COVID-19 en curso. La audiencia debe considerar seriamente el establecimiento de un equipo de seguimiento y desarrollar un proceso para documentar el progreso en la implementación de las actividades clave identificadas.

Ahora se elabora la pregunta ¿qué se debe evitar mientras se implementa la metodología IAR? Como todo proceso cualitativo, interactivo y grupal existen muchas opiniones diferentes, puntos de vista que pueden converger, otros que pueden dar pauta a polémicas y discusiones infructuosas. Resulta vital conocer cuáles son los aspectos que el equipo conductor de la metodología IAR, debe evitar:

Criticar o juzgar el desempeño: debido a que el IAR no es una evaluación del desempeño de un individuo o equipo, esta percepción debe evitarse a toda costa. Tampoco es una evaluación externa del desempeño de un país; el IAR siempre debe centrarse en el aprendizaje y la mejora.

Evitar estar centrándose únicamente en lo negativo: un IAR se centra tanto en registrar y analizar lo que funcionó bien como lo que no funcionó bien. Las mejores prácticas identificadas deben ser analizadas y entender como estas pueden tener un impacto.

Conferencias: si bien el IAR se trata de aprender, se debe evitar dar conferencias a los participantes. Las lecciones deben extraerse de la experiencia y el consenso de los participantes, no de los facilitadores.

Permitir que su propia opinión o experiencias (las del equipo facilitador del IAR) influyan o interrumpan la conversación grupal. (World Health Organization (WHO), 2021).

El llevar a cabo este ejercicio de implementar la metodología IAR, también brinda la oportunidad a los países de poder compartir las buenas y malas experiencias en el manejo y respuesta a la pandemia por COVID-19. Siempre manteniendo la reflexión de lo que podemos hacer para ayudarnos unos a otros y siempre permanecer abiertos y honestos ante esta experiencia.

La sistematización del proceso que conlleva a la elaboración del informe final; debe ser revisado por el equipo conductor de IAR y la audiencia que participó en el proceso. Es importante destacar, que cada país es el dueño de la información generada y son al final los gobernantes quienes decidirán cual será la manera más adecuada de socializar los resultados si así lo deciden.

Actualmente son pocos los países que han aplicado la metodología IAR, en la región de las Américas hasta el momento no existe ninguna publicación disponible de la Revisión Intra Acción (IAR). En agosto de 2020, Indonesia realizó su primer IAR, convirtiéndose en uno de los primeros

países a nivel mundial en emprender este proceso. La revisión la llevaron a cabo bajo los diez pilares recomendados por la OMS, los hallazgos clave fueron publicados con una descripción general con el objetivo de compartir la experiencia que les permitiera a los demás países retomar el proceso de implementación de la metodología y conocer la experiencia propia del país. (World Health Organization WHO, 2021).

Por otro lado, Zambia ha publicado sus principales hallazgos sobre la aplicación de la metodología, destacando las buenas prácticas, lecciones aprendidas y principales desafíos. La aplicación de la metodología se realizó de manera general a la respuesta por COVID-19, es decir, los diez pilares fueron revisados. Es importante mencionar que en dicha publicación se han incluido las recomendaciones que como país han identificado con base a los hallazgos encontrados. (World Health Organization WHO, 2020). Sudán del Sur, aplicó la metodología IAR, revisó el proceso de implementación y despliegue de la vacuna COVID-19, la epidemiología y la vigilancia, y la capacidad de pruebas de laboratorio a nivel nacional y sub nacional. (World Health Organization WHO, 2021).

Esta estrategia sin duda alguna contribuye para que los países puedan conocer como el gobierno de Zambia tomó acciones de salud pública ante la respuesta por la emergencia sanitaria por COVID-19, para que pueda servir de ejemplo o retomar algunas buenas prácticas, pero lo más importante es que este ejercicio ha servido a otros gobiernos de su región, por ejemplo, al de Mozambique, para conocer cómo fue su respuesta y mejorar paulatina y oportunamente.

Conclusiones

La pandemia por COVID-19 puso en evidencia que tan vulnerable son los seres humanos y la capacidad de respuesta de los gobiernos para implementar acciones de salud pública de manera abrupta. Aunque estas acciones han ido mejorando conforme la ciencia hace su trabajo al brindar el conocimiento de la evolución y comportamiento del virus, representa un verdadero reto para los países del mundo, pues se deben implementar estrategias de salud pública acertadas para salvaguardar la salud y la vida de la población en los diferentes países del mundo. Es fundamental que los gobiernos de los diferentes países tomen el liderazgo y decisión para retroalimentar y conocer cómo las estrategias implementadas han tenido impacto. Esto, identificando las buenas prácticas, desafíos, lecciones aprendidas en la respuesta a la crisis global por COVID-19.

La metodología Revisión Intra Acción (IAR) por sus siglas en inglés, establecida y recomendada bajo las directrices técnicas de la OMS ayuda a identificar las mejores prácticas, las brechas y los factores contribuyentes, así como formular recomendaciones para mejorar la respuesta a la COVID-19 en curso. No obstante, es una acción eminentemente técnica y resulta un muy buen insumo para hacer propuestas de soluciones heurísticas fundamentadas científicamente. El IAR puede adaptarse al contexto de un país como El Salvador para aplicarse como Estado o a nivel universitario en las escuelas de posgrado cuyos resultados podrían ser útiles para revisar el plan de respuesta operativa a COVID-19 y que esto permita brindar recomendaciones de mejora con un fundamento técnico.

Referencias

- World Health Organization WHO. (2021). Información básica sobre la COVID -19. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19>
- World Health Organization WHO. (25 de Enero de 2021). Manejo clínico de la COVID 19. Obtenido de: <https://apps.who.int/iris/rest/bits-treams/1341258/retrieve>
- Centers for disease control and prevention CDC. (Noviembre de 2021). Aspectos básicos del COVID-19. Obtenido de: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/your-health/about-covid-19/basics-covid-19.html>
- World Health Organization WHO. (14 de Abril de 2020). Strategy COVID-19 Update. Critical preparedness, readiness and response. Obtenido de: <https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-strategy-update>
- World Health Organization WHO. (14 de Abril de 2020). Strategy COVID-19 Update. Critical preparedness, readiness and response. Obtenido de <https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-strategy-update>.
- Centers For Disease Control and Prevention CDC. (2020-2023). CDC Strategy for Global response to COVID-19. Obtenido de <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/global-covid-19/global-response-strategy.html>.

- World Health Organization WHO. (23 de Julio de 2020). Guidance for conducting a country COVID19 Intra Action Review. Obtenido de https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-Country_IAR-2020.1
- World Health Organization (WHO). (20 de July de 2020). COVID-19 Partners Platform. Obtenido de <https://covid-19-response.org/>
- Panamerican Health Organization (PAHO). (1- 31 de Febrero- Enero de 2021-2022). Plan estratégico de preparación y respuesta frente a la COVID-19, Orientación para la planificación operativa. 3- 44.
- World Health Organization (WHO) (28 APRIL 2021) Manual facilitator's obtenido de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341029>
- World Health Organization WHO. (12 de Octubre de 2021). La primera revisión intra-acción de la respuesta de Indonesia a la pandemia de COVID-19, agosto de 2020. Obtenido de <https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/hs.2021.0071>.
- World Health Organization (WHO). (23-25 de september de 2020). COVID-19 Outbreak Response IAR Report. Intra Action Review (IAR) of the Zambia COVID-19 Outbreak Response.
- World Health Organization WHO. (5-6 de August- september de 2021). Country COVID-19 Intra Action Review IAR REPORT Republic of South Sudan. Obtenido de https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/covid-19_iar_final_report_south_sudan_18aug2021.pdf

La Universidad

Órgano científico-sociocultural de la Universidad de El Salvador

Segunda Época

Publicación trimestral

N.º 2, abril-junio de 2021

La cooperación científica para la asesoría de tesis de posgrado en la Facultad de Ciencias Médicas, UNAN-LEÓN

Edwin Mazariego Flores

ARTÍCULO

Mazariego, Flores, E. (2020). La cooperación científica para la asesoría de tesis de posgrado en la Facultad de Ciencias Médicas, UNAN- LEÓN. *Revista La Universidad*, N.º1, págs. 192-211

Revista *La Universidad*

ISSN: 0041-8242

Correo electrónico: revista.launiversidad@ues.edu.sv
Editorial Universitaria de la Universidad de El Salvador

La cooperación científica para la asesoría de tesis de posgrado en la Facultad de Ciencias Médicas, UNAN-LEÓN

Edwin Mazariego López
edwin.mazariego@ues.edu.sv
Universidad de El Salvador

Orcid: 0000-0003-1396-6026
Fecha de recepción: 20 de enero de 2021
Fecha de aprobación: 25 de marzo de 2021

Resumen

En el contexto de la realización de una pasantía doctoral realizada en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua sede León, este estudio se planteó por objetivo determinar el significado que dan los docentes a la cooperación científica para la orientación tutorial de las investigaciones de los tesis de posgrado en la Facultad de Ciencias Médicas de la mencionada universidad. Con ello se podrá también tener indicios de la medida en que se ejerce la cooperación científica para la orientación tutorial en este centro de estudios. Se eligieron tres centros de investigación con programas de posgrado donde se realiza formación de diversas maestrías y doctorados. Esta elección fue producto de la gestión realizada por parte de las docentes de la Facultad de Ciencias Médicas UNAN-León asignadas como tutoras del pasante. Los centros de investigación aludidos son: 1) de Investigación en Salud Trabajo y Ambiente; 2) de Investigación en Demografía y Salud y 3) de Investigación de Enfermedades Infecciosas. El enfoque metodológico de la investigación realizada fue fenomenológico hermenéutico, a través del cual se pudo llegar, desde la experiencia docente, al significado de cooperación científica para la orientación tutorial de las tesis de posgrado, misma que, desde sus propias vivencias los asesores la perciben como un proceso donde la idea inicial del estudio de tesis sea del asesor, del tesis o del claustro (de todos), es adoptada por el asesor y la admite como responsabilidad propia. El tesis, por su parte, asume y recibe del asesor indicaciones de las operaciones a realizar y la motivación para alcanzar su cometido, el tesis deberá mostrar con vehemencia e interés académico a fin de mantener ulteriores apoyos por parte del asesor hasta la defensa de las tesis y tangencialmente de otros profesores del claustro. Finalmente los asesores subsumen, en tanto que tutores, el logro del tesis como propio.

Palabras clave: tutoría de tesis, cooperación científica, orientación tutorial, posgrado

Abstract

In the context of a doctoral internship carried out at the National Autonomous University of Nicaragua, León, this study had as its objective: to determine the meaning that teachers give to scientific cooperation for the tutorial orientation of the thesis students' research. postgraduate in the Faculty of Medical Sciences of the aforementioned university, with this it will also be possible to have indications of the extent to which scientific cooperation is exercised for tutorial orientation in this study center. Three research centers with postgraduate programs where training of various master's degrees and doctorates are carried out were chosen. This choice was the product of the management carried out by the teachers of the Faculty of Medical Sciences UNAN-León assigned as tutors of the intern. The aforementioned research centers are: 1. Research in Occupational Health and the Environment; 2. Research on Demography and Health, and 3. Research on Infectious Diseases. The methodological approach of the research carried out was hermeneutic phenomenological, through which it was possible to arrive, from the teaching experience, at the meaning of scientific cooperation for the tutorial orientation of the postgraduate theses, which, from their own experiences, the advisors perceive it. as a process where: The initial idea of the thesis study is from the advisor, the thesis student or the faculty (of all), is adopted by the advisor and admits it as his own responsibility. The thesis student, on the other hand, assumes and receives from the advisor indications of the operations to be carried out and the motivation to achieve his mission, the thesis student must show vehemently, academic interest in order to maintain further support from the advisor until the defense of the thesis and tangentially from other professors of the faculty, finally the advisors subsume, as tutors, the thesis student's achievement as their own.

Keywords: thesis tutoring, scientific cooperation, tutorial guidance, postgraduate

Desarrollo

A. Fundamentos teóricos

El quehacer investigativo en las universidades depende sobremanera de los docentes, puesto que son quienes determinan esa labor. Pérez, Medina & Rodríguez (2016) acotan que debido a la importancia que embiste la investigación en el ámbito social, es necesario formar estrategias para el adecuado desarrollo de las competencias investigativas con miras a producir jóvenes investigadores con calidad. Además alegan, que no basta con introducir cursos de investigación para trascender el problema, lo que suele inmediatamente pensarse para solucionar este tipo de dificultades.

No se debe olvidar que, «una de las obligaciones del profesor universitario es la disponibilidad para dirigir tesis; trabajo que ni es remunerado ni muy reconocido» (Senra Valera & Senra Valera, 2008, p. 13). En consecuencia, podría ser realizado a desgano y así contribuir a la desatención o al menoscabo de las investigaciones.

Los fundamentos educativos adoptados para la formación de posgrado tratados en este estudio están dirigidos a la formación final del proceso del posgrado al momento en el que los estudiantes están enfocados en superar la tesis que los promueva a la obtención de un nuevo nivel académico. Durante este proceso, deben tener en cuenta el medio social y cultural en que se desarrolla, de tal manera que se logre formar individuos capaces de impactar positivamente en la sociedad a través de competentes y oportunos aportes científicos.

Los claustros docentes de las Escuelas de posgrado regularmente están conformados por profesionales con formaciones diversas; la formación de posgrado de la Facultad de Ciencias Médicas no es la excepción.

La introducción de la interdisciplinariedad implica una transformación profunda en los métodos de enseñanza y requiere de un cambio de actitud y de las relaciones entre los docentes y entre estos y los estudiantes. Se requiere de un profesor que tenga pensamiento interdisciplinar como premisa para que pueda transmitir esta forma de pensar y proceder a sus alumnos. (Perera, 2000, p. 65)

La cooperación científica para la orientación tutorial de las investigaciones de los estudiantes de posgrado, sustentada en una concepción desarrolladora del proceso de enseñanza-aprendizaje, debe promover que

todos los actos formativos sean: «productivos, participativos, promotores del desarrollo de estrategias de enseñanza-aprendizaje y de la interdisciplinariedad, creativos, portadores de la integración de lo instructivo-educativo y lo afectivo-cognitivo, condicionadores de motivaciones intrínsecas, y de la comunicación interpersonal, entre otros aspectos significativos y desarrolladores» (Fernández et al., 2007, p. 67).

Del principio vigotskyano de cooperación, argumenta Carnero, M. et.al. (2019) que:

Para estudiar, comprender e intervenir en la subjetividad humana es imprescindible contar con la participación, disposición, implicación y compromiso de todos. Se deviene en subjetividad en la relación de cooperación con los otros, por tanto, en la unidad de lo individual y lo colectivo está la posibilidad objetiva de su transformación. (p. 27)

B. Referentes conceptuales

En este caso, la cooperación es el resultado de una estrategia de trabajo conjunto que se vale de una serie de métodos para facilitar la consecución de un objetivo: mejorar las competencias investigativas de los estudiantes de posgrado. En consecuencia, la mejora cualitativa de las tesis que realizan la cooperación es fundamental para la vida en sociedad, debido a que es una manera mejor y más eficiente de gestionar los asuntos en función del interés colectivo.

Colaboración, coordinación y cooperación son conceptos que entran en sí mismos el trabajo de grupo y que para el caso de las tutorías bien podría referirse a la unidad tutor-estudiante para la realización de un estudio científico de tesis. La visión científica se limita a lo que puede aportar el experto o tutor y el novel estudiante de posgrado. Es fundamental entonces someter las investigaciones y sus procesos al criterio de otros expertos y demás estudiantes con el fin de alcanzar aprendizajes desarrolladores y trabajos científicos de tesis con mejoras sustantivas en términos cualitativos.

Los referentes de la cooperación científica son abundantes. Diversos estudios científicos han adoptado la cooperación científica como estrategia de mejora para el aprendizaje, comportando ciertos matices que hacen diferencias, por ejemplo, Martínez, M., Yus, M., & Currás (2013) en un estudio sobre mejorar los aprendizajes estudiantiles en el proceso de formación universitaria plantea lo que denomina cooperación docente y argumenta que la relación cooperativa y la coordinación «producen un beneficio de aprendizaje en los sujetos participantes, estudiantes y docentes, y también

proporciona un espacio de desarrollo personal-profesional y organizativo, al tratarse de un tipo de actividad producida de forma colectiva o cooperativa» (p. 457). Sin embargo, le confiere al estudiante un papel de beneficiario, con poco protagonismo cooperativo.

La propuesta de cooperación en educación de Escorcía & Gutiérrez (2009), es bastante abstracto al plantear el ejercicio de la misma, aunque exhaustivo en el abordaje de la cooperación en educación, al tomar la cooperación a nivel administrativo, docente, estudiantil, familiar y social. También ha sido utilizada la cooperación científica conducente a mejorar la formación de los estudiantes, vinculando la comunidad, la familia y la institución educativa (Meneses, A., Carnero , M. & Arzuaga, M., 2016).

La cooperación en la formación de Licenciados en Lengua Española para no Hispanohablantes (Xin & Carnero, 2021) constituye otro referente que valida la cooperación científica como una estrategia efectiva para alcanzar objetivos educativos. La cooperación desde la perspectiva de Villa & Yániz (1999) es una estrategia para los claustros docentes con miras a las mejoras cualitativas del ejercicio profesional, donde la cooperación debe ser adoptada como cultura.

También, la cooperación científica es referida a las co-tutorías de tesis, Recio, J., Pestaña, M. & López, M.(2012) y en todas aquellas que cuentan con alguna tesis doctoral sobre el tema y cuyo director figura de forma expresa. Para ello, trabajaron con una producción total de 260 tesis doctorales durante un período que abarca desde la creación de la Licenciatura de Publicidad en la universidad española en 1971 hasta el año 2010. Para los diferentes análisis se aplicaron técnicas bibliométricas. En el análisis se prestó atención a la evolución de la producción anual de las tesis doctorales, la distribución de la producción en las universidades, en las facultades y departamentos responsables de las tesis doctorales. Finalmente, se analizó la producción de los directores de las tesis; así como los niveles de colaboración o cooperación en la dirección. El número de directores asciende a doscientos catorce. Las tesis dirigidas por más de un director se elevan a 25 (p. 433) Estos autores significan el concepto, limitándolo a las asesorías de tesis, pero referido a la asignación de codirectores de tesis. La misma idea plantea Esparcia (2011) con investigadores experimentados, la cooperación entre pares, inclusive de diferentes disciplinas.

Por otra parte, respecto al referente teórico de tutor, Anglat (2011) concibe que en condiciones óptimas, un orientador o tutor de tesis tiene por funciones generales realizar con el maestrando la evaluación temprana y realista de las necesidades del estudiante, desafío académico y valoración, gestión del conocimiento, reuniones frecuentes, revisión del trabajo

escrito, retroalimentaciones inmediatas y constructivas, advertencia de las señales de peligro, promoción del acceso a la cultura de la investigación y aculturación en una comunidad de práctica. Sin embargo, aún alcanzadas satisfactoriamente las funciones que propone Anglat, no se logra plasmar en los documentos construidos más perspectiva que la del tutor y marginalmente la visión de los tesisistas.

Una acepción general de tutoría de Álvarez (2013) la plantea como una tarea integrada en la labor docente, que implica una interacción personalizada del profesor tutor con el alumnado. Empero, al limitarse a la perspectiva que posee el tutor del proceso enseñanza-aprendizaje, adolece, por otra parte, de la riqueza que supone el aprendizaje grupal. No se puede soslayar que para el trabajo académico formativo en educación superior, múltiples estudios han demostrado que el aprendizaje mejora en términos cualitativos y cuantitativos cuando es realizado en grupos cooperativos «[...] la interrelación entre los alumnos, entre alumnado y profesorado y entre profesores aumenta considerablemente el desarrollo del aprendizaje» (Grané Teruel et al., 2011, pp. 2337-2348) de similar forma lo plantea Fuentes (2012) quien plantea, además, que para iniciar prácticas cooperativas en el aula universitaria no se corresponde con actuaciones docentes en el mismo sentido. El profesorado universitario sigue anclado en una cultura fundamentalmente individualista y balcanizada. En este artículo se presenta una experiencia de innovación y mejora de la calidad docente desarrollada en la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Córdoba. La innovación se concreta en dos materias de la titulación de Magisterio: Organización del Centro Escolar y Didáctica General (p. 400). Los objetivos pretendidos por Fuentes en este estudio han sido: por una parte, en relación con el alumnado universitario, mostrar una visión holística del conocimiento a través de propuestas didácticas basadas en el trabajo colaborativo y, por otra parte, en relación con nuestra propia formación como docentes universitarios, la creación y consolidación de una comunidad de prácticas en la que confluyen tareas de planificación, desarrollo y evaluación de los procesos de enseñanza-aprendizaje relativas a estas materias. Este artículo describe el proceso de configuración del equipo docente, el plan de trabajo diseñado y, finalmente, las valoraciones del alumnado sobre la experiencia. En este último sentido, los resultados indican que los estudiantes consideran la propuesta didáctica como un elemento positivo y relevante en su formación como futuros y futuras docentes. Igualmente, la coordinación entre el profesorado universitario implicado ha sido una de las dimensiones más valoradas (Fuentes Guerra, et. al., 2012, p. 395).

Diversas teorías muestran que el aprendizaje se potencia cuando se construye en grupo (Navarro & Guerra, 2014; Roman et al., 2017; Slavin,

2014). La cooperación aplicada desde diversas perspectivas en el ámbito educativo ha tenido éxito para mejorar los procesos pedagógicos. Los docentes deben planificar y mejorar el desarrollo de los aprendizajes que el estudiante realiza a lo largo del proyecto de formación en la universidad. En consecuencia, los docentes coordinadamente deben «realizar esfuerzos compartidos y coordinados, toma de decisiones para establecer prioridades y adaptación a las exigencias del proceso de aprendizaje en tareas auténticas, organizadas según un conocimiento integrado y no fragmentado del saber» (Santamaría, 2011, p. 44), y la orientación tutorial para la realización de las investigaciones o tesis no son la excepción en el referido proceso de aprendizaje, por lo contrario, quizá ahí es donde se necesiten mayores esfuerzos.

Finalmente, tomando en consideración todos los aspectos disertados sobre las obras y autores consultados que han conseguido sistematizar y fundamentar con acierto, desde sus perspectivas, la cooperación científica, no se ha encontrado una definición concreta para el objeto de esta investigación, que pueda dar respuesta a la pregunta científica: ¿cómo significan los docentes la cooperación científica para la orientación tutorial de las investigaciones de los tesis de posgrado en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, sede León?

En función de precisar el concepto, de operativizarlo, se entenderá aquí, la cooperación científica para la orientación tutorial de las investigaciones de posgrado como la colaboración en la toma de decisiones, responsabilidad compartida y la realización armónica de las tareas por parte del claustro (tutores, profesores, directivos y estudiantes) en función de la orientación tutorial respecto de los niveles de ayuda que van desde indicar las acciones a realizar, precisarlas con profundidad y poner ejemplos de cómo hacerlo, durante las fases de planificación, ejecución y socialización de las investigaciones.

En consecuencia, de la definición anterior se desprenden las siguientes dimensiones y sus indicadores:

1. **Cooperación del claustro:** colaboración en la toma de decisiones, responsabilidad compartida y realización armónica de las tareas durante el proceso de asesorías para la realización de las investigaciones hasta su culminación.
2. **Orientación tutorial:** establecer niveles de ayuda al indicar las operaciones investigativas a realizar, precisar con profundidad las mismas y/o poner ejemplos de cómo desarrollarlas durante el proceso de asesorías para la realización de las investigaciones hasta su culminación.

Este estudio tiene por objetivo describir el significado de la cooperación científica para la orientación tutorial de las investigaciones de los tesisistas de posgrado en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma de Nicaragua sede León, desde las dimensiones éticas de la experiencia cotidiana.

Es importante precisar que por los inconvenientes temporales que ofreció el periodo de pasantía, la cooperación científica se indagó principalmente desde la perspectiva docente en la dimensión «cooperación del claustro» y solo brevemente en la dimensión orientación tutorial, donde además se logró evidenciar en algunos casos, la perspectiva del estudiante de posgrado.

Metodología

El Tipo de estudio fue descriptivo desde una perspectiva cualitativa.

Las experiencias, recopiladas por la fenomenología hermenéutica y luego plasmadas en descripciones, serán eficaces para analizar los aspectos pedagógicos en la cual el educador debe interesarse a profundidad por los acontecimientos que ocurren en el aula y optimizar la práctica pedagógica (Fuster G., 2019).

Siguiendo a Fuster (2019) el análisis e interpretación de los datos los plantea en cuatro fases. Laprimera fase: etapa previa o clarificación de presupuestos. Segunda fase: recoger la experiencia vivida. Tercera fase: reflexionar acerca de la experiencia vivida-etapa estructural. Donde hay una determinación del tema central que domina cada unidad temática y una cuarta fase: escribir-reflexionar acerca de la experiencia vivida. Donde se da la integración de todas las estructuras particulares en una estructura general.

Población: los informantes clave de cada centro de investigación, gestionados por las tutoras asignadas al pasante, fueron 11 docentes, ocho tutores o asesores del CISTA, dos del CIDS y uno del CEI. Por otra parte, se presenciaron una defensa de tesis y cuatro asesorías de investigaciones de tesis en proceso. Los informantes fueron:

1. Las tutoras asignadas al pasante, las que explicaron las condiciones y requerimientos del entrevistador visitante, solicitaron la libre colaboración o participación de los docentes asesores y estos, a sus estudiantes en los casos de la observación no participante para las

asesorías y defensa de tesis.

2. Entrevistados a través de una guía de entrevistas semiestructurada diseñada para indagar sobre las maneras en que son plinificadas, ejecutadas y evaluadas las tesis de los posgraduados que atienden, con lo cual se evidenció la cooperación del claustro ejercida durante el proceso y marginalmente la orientación tutorial.
3. Observados, con el cumplimiento de una guía de observación no participante que diera cuenta de los procedimientos que se realizan durante dos momentos: asesorías de tesis y defensas de tesis, con lo cual se evidenció la orientación tutorial ejercida durante el proceso y marginalmente la cooperación del claustro.

Estrategia metodológica: un enfoque fenomenológico hermenéutico, partiendo de un concepto predeterminado (cooperación científica) que comprende dos dimensiones categoriales: cooperación del claustro y orientación tutorial, con tres indicadores cada una (1. Colaboración en la toma de decisiones, 2. Responsabilidad compartida, 3. Realización armónica y; 1. Se indican las operaciones a realizar. 2. Se precisan con profundidad, 3. Se ejemplifican, Respectivamente.) apoyado con el uso del programa para análisis cualitativo *Atlas. ti 8.0*.

Resultados

Antes de exponer los resultados del objeto de este estudio: la cooperación científica, se exponen las siguientes ideas relacionadas que, si bien no son parte del objetivo planteado para esta investigación, devinieron en hallazgos importantes que pueden ayudar a comprender la cooperación científica realizada con los estudiantes del posgrado en la Facultad de Ciencias de la Salud. Por otra parte, se da cumplimiento a la primera fase del análisis fenomenológico hermenéutico.

Las horas laborales ejercidas en los procesos formativos de los posgrados no son reconocidas por la institución como carga laboral de los docentes. Es un descontento universalmente expresado por los entrevistados. Más allá de los beneficios que resultaran del trabajo docente en el posgrado, se puede inferir que es un potencial desmotivante de la labor en los posgrados. Por otra parte, ante el acúmulo de maestrandos egresados sin graduarse, se tomaron medidas como explicar a los estudiantes en abandono las conveniencias que suponía concluir la tesis y con ello la formación con lo que han conseguido superar este problema educativo.

La muestra del claustro respecto de los institutos de investigación a los cuales se tuvo acceso es poco homogénea, es decir, los informantes de un centro superan en número a los informantes de otros centros. Por lo cual, no es posible establecer comparaciones entre centros de investigación. Únicamente será posible caracterizar la cooperación científica para la orientación tutorial de los posgrados en los centros de investigación, en general, de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Se exponen a continuación los rasgos más destacados de lo que corresponde a la segunda fase del análisis: recoger la experiencia vivida respecto del tema de interés estudiado. (Ver tabla 1 y 4). También, a través del programa *Atlas.ti* se consiguió plasmar las co-ocurrencias entre los indicadores de cada dimensión. (Ver tablas 2 y 3).

Además, hay que tener en cuenta que la opinión del asesorado, solo ha sido evidenciada a través de las observaciones no participantes realizadas. Lo que lleva a tener las posiciones discursivas de los asesores como preeminentes, dejando así por fuera la perspectiva de vivencia del asesorado.

Tabla 1. Entrevistas. Ocurrencia de indicadores de cooperación científica

Cooperación científica	Frecuencia ocurrencia	Ejemplo del indicador
Código		
Cooperación del claustro		
• Colaboración en toma de decisiones	31	Hay un tribunal que nos mandan a nosotros los protocolos unos cinco días antes para que lo leamos y en el momento... hacer las observaciones de mejora al protocolo, si va a ser factible o viable para que mejore el documento... después con su tutor.
• Realización armónica	29	Más que un profesor estricto, también «tenés» que ser como un amigo que le está ayudando a conducir, no solo limitándose a la parte académica, sino que; como persona, conducirlo, guiarlo de una manera íntegra.
• Responsabilidad compartida	34	El éxito de tu estudiante es tu éxito. Hay que graduar a los alumnos.
Orientación tutorial		
• Se ejemplifican	2	...allí con él, y buscar información también es enseñarle al maestrante a buscar, en el momento que estamos trabajando.

• Se indican operaciones a realizar	19	La cosa es decirle al estudiante esto no está bien, cambiémoslo por tal cosa y hacerlo.
• Se precisan con profundidad	10	Ayer me dijiste que ibas a montar tantas pruebas... ¿Cuál es el resultado? ¿Todo está bien? ¿Hay algún problema, alguna duda? ¿Hay algo que no salió bien?
Códigos emergentes		
• Antónimo de realización armónica	3	Si ellos quieren seguir formándose ya en el doctorado, si no alcanzan esa habilidad no podrán seguir formándose.
• Antónimo de responsabilidad compartida	5	En este caso el tutor es el que decide cuándo, sin revisión de nadie.

Tabla 2. *Co-ocurrencias interna de la cooperación del claustro*

n. 85	Colaboración en toma de decisiones 34.1 %	Realización armónica 30.5 %	Responsabilidad compartida 35.4 %
Colaboración en toma de decisiones Gr=31	0	11	15
Realización armónica Gr=29	11	0	13
Responsabilidad compartida Gr=34	15	13	0

Tabla 3. *Co-ocurrencia interna de indicadores de orientación tutorial*

n. 29	Se ejemplifican 6.9 %	Se indican operaciones a realizar 62 %	Se precisan con profundidad 31.1 %
Se ejemplifican Gr=2	0	1	1
Se indican operaciones a realizar Gr=18	1	0	8
Se precisan con profundidad Gr=9	1	8	0

Se ejecutó la guía de observación durante cuatro asesorías de tesis (2 de maestría y 2 de doctorado) y una defensa de tesis de maestría. (Ver tabla 4).

Tabla 4. *Observación no participante. Ocurrencia de indicadores de cooperación científica*

Indicadores	Parámetro. Frecuencia (Fc.)				
	No Fc.	Poco Fc.	Median Fc.	Fc.	Muy Fc.
1.1. Colaboración en la toma de decisiones	1	1	1	2	
1.2. Responsabilidad compartida					
1.3. Realización armónica de las tareas		1	3	1	
2.1. Se indican las operaciones a realizar			2		3
2.2. Se precisan con profundidad las operaciones a realizar		1		2	2
2.3. Se ponen ejemplos de las operaciones a realizar		2			3

La tercera fase de análisis del proceso fenomenológico hermenéutico plantea reflexionar acerca de la experiencia vivida, donde hay una determinación del tema central que domina cada unidad temática. En consecuencia, tomando en cuenta los discursos expresados durante las entrevistas y lo observado durante las asesorías y defensa de tesis, siguiendo la fenomenología hermenéutica los sucesos sociales cursan con temas centrales que se expresan en la tabla 5:

Tabla 5. Tema central por indicador

Cooperación científica	Tema central
Código	
Cooperación del claustro	
Colaboración en toma de decisiones	Se refiere a la decisión que al final se toma es producto de lo que el asesor propone con las breves modificaciones que pudieran surgir del asesorado, sin por ello dejar de tomar en cuenta a otros expertos o comentarios surgidos del claustro en reuniones plenarios.
Realización armónica	Desde la perspectiva docente viene a ser la buena realización de las actividades encomendadas al tesista con la aceptación de los mismos. Desde la perspectiva del tesista viene a ser esforzarse por la buena realización de las actividades que le encomendan «so pena» de «no dar la talla».
Responsabilidad compartida	A manera de aforismo dirigido al tesista: «Si demuestras interes, yo te apoyo».
Orientación tutorial	
Se ejemplifican	El tema central tácito: «La expresión más noble de enseñanza».
Se indican operaciones a realizar	Detallar las actividades a realizar es poner la responsabilidad del éxito o fracaso en el tesista. el tema central del asesor es: «ya hice mi parte...»

Se precisan con profundidad	Precisar con profundidad las actividades a realizar, cumple dos funciones: Motivar al tesista en su cometido. Compartir en parte el éxito de la tesis.
-----------------------------	--

Discusión

Partiendo de un concepto predeterminado en función de optimizar la descripción de las diversas formas en que se lleva a cabo la cooperación científica, se establecieron las dimensiones e indicadores del concepto, lo cual corre el riesgo de no obtener la libertad de pensamiento que, la fenomenología hermenéutica aspira. Sin embargo, sin relegar las concepciones teóricas, el análisis e interpretación busca objetivar las subjetividades de los informantes clave, únicamente respecto del concepto en estudio.

Por otra parte, es de tener en cuenta que el claustro universitario investigado pertenece a una comunidad educativa con una raigambre que data del siglo XIX, que además está asentada en una ciudad escuela, en tanto que dos siglos después buena parte de su sociedad, su economía e instituciones giran en torno a la actividad educativa, lo que explica la tradición pedagógica de sus pobladores.

La cuarta fase del análisis supone escribir-reflexionar acerca de la experiencia vivida respecto de la cooperación científica a través de sus dos dimensiones: cooperación del claustro y la orientación tutorial:

Cooperación del claustro

Al tomar en cuenta la ocurrencia de menciones manifiestas en las entrevistas realizadas tenemos que:

En primer lugar, es la responsabilidad compartida: en la relación asesor/asesorado, donde el asesorado asume ciertos compromisos formativos que lo llevan, eventualmente, a la culminación de sus metas y el asesor se responsabiliza de dar indicaciones claras y precisas. La responsabilidad compartida entre educadores por otra parte, está más limitada a la disciplinariedad, cuando hay asuntos relacionados a su disciplina, los profesionales buscan asumir la responsabilidad o colaborar con el otro en aquello que es de su competencia.

En segundo lugar, respecto de la colaboración en la toma de decisiones el asunto se limita a la relación asesor/asesorado, donde es dable pensar

que quien tiene el poder ha de ser el que se imponga en la toma de decisiones. El asesor ha de ser abierto al punto de vista del asesorado, sino quiere verse como intransigente. En cuanto a la relación entre profesionales, para la colaboración en la toma de decisiones hay un acuerdo tácito: el asesor es el único responsable.

También la cooperación del claustro en tercer lugar, se expresa con el indicador realización armónica de las tareas, aunque con menor ocurrencia, los docentes expresan alcanzar puntos de convergencia en el cumplimiento de metas de tal manera que son alcanzadas con buenos niveles de concordia, queda escondida la opinión del tesista quien podría tomar una posición antagónica. Las coocurrencias de cada indicador manifiestan homogéneamente la dimensión de la cooperación del claustro.

Orientación tutorial

La dimensión de la cooperación científica denominada orientación tutorial tiene por indicadores: 1. Se indican las operaciones a realizar. 2. Se precisan con profundidad, 3. Se ejemplifican. Al seguir el mismo patrón de análisis anterior se puede ver que los asesores consistentemente indican las operaciones a realizar y levemente menos precisan con profundidad las tareas a realizar. Sin embargo, el recurso pedagógico de ejemplificar las acciones a realizar lo ejercen en muy escasa medida. La co-ocurrencia de los indicadores de la orientación tutorial sustenta lo expresado, donde indicar las operaciones a realizar es la tarea de orientación tutorial que los asesores de tesis manifiestan hacer principalmente dejando por fuera de la orientación tutorial, la precisión de detalles y los ejemplos orientadores.

La observación no participante arrojó, por otra parte, que la cooperación del claustro solo fue evidente con los indicadores colaboración en toma de decisiones y la realización armónica de las tareas y, por lo contrario, la responsabilidad compartida no se evidenció. La orientación tutorial mostró que muy frecuentemente se ponen ejemplos de las acciones a realizar y asimismo se indican cuáles son esas acciones que, además son precisadas con profundidad.

Los códigos emergentes denominados: antónimos de realización armónica y antónimo de responsabilidad compartida por considerar que se manifestaron con muy poca frecuencia, no han sido tomados en cuenta para este análisis. Sin embargo, plantean la inquietud para ser estudiados *exprofeso* en función de la importancia que podrían revestir para la cooperación científica en los procesos de asesorías de investigación.

Conclusiones

Finalmente, desde la perspectiva fenomenológica, basándose en la interpretación de las experiencias vividas por las personas, se pueden argüir que la población estudiada interpreta o conceptualiza en su vida cotidiana, como asesores de investigaciones, los siguientes conceptos:

Cooperación del claustro

Los temas de investigación de tesis, independientemente que sea del asesor o del tesista, el asesor ha de adoptarla con colaboración o no del claustro. El tesista la asume y deberá demostrar interés, para conseguir apoyo constante por parte del asesor. La cooperación del claustro es, aunque constante, solo ejercida tangencialmente. Se impone el cometido de graduar al estudiante.

Orientación tutorial

El asesor hace su parte indicando las operaciones a realizar, motiva al tesista y comparte los éxitos alcanzados. También son discutidas, argumentadas y aceptadas las orientaciones u opiniones de otros profesionales que, durante el proceso pudieran cooperar.

Cooperación científica

Los temas de las investigaciones de tesis, independientemente que sean del asesor o del tesista o del claustro son adoptadas por el asesor. El tesista la asume y recibe del asesor indicaciones de las operaciones a realizar y motivación en aras de la realización de la tesis, también debe expresar vehemente interés en la tesis, como garantía para el apoyo constante por parte del asesor y finalmente al culminar el cometido, comparten los éxitos alcanzados: el éxito del estudiante es el éxito del asesor.

El ejercicio de la cooperación científica del claustro para orientar a los tesistas en la elaboración de sus estudios científicos en la Facultad de Ciencias Médicas en UNAN-León, alcanza buenos resultados en función de la alta tasa de terminación que reportan de los mismos y la presentación pública de los estudios en ciernes que los aspirantes llevan, donde las investigaciones tienen la oportunidad de ser sometidas a «otras opiniones» profesionales que contribuyen a la mejora cualitativa de las mismas. Sin

embargo, el ejercicio de la cooperación del claustro bien podría tener maneras menos tangenciales y volverse más transversales durante el ejercicio de todo el proceso tutorial cuidando la eficiencia y la orientación tutorial tendría que verse más reforzada con ejemplificaciones de las tareas a realizar. Se alcanzaría con ello cualificar más la cooperación científica para la orientación tutorial de las investigaciones de los posgraduandos de la Facultad de Ciencias Médicas.

Referencias

- Álvarez Pérez, P. R. (2013). (PDF) *La función tutorial del profesorado universitario: Una nueva competencia de la labor docente en el contexto del Espacio Europeo de Educación Superior*. ResearchGate. https://www.researchgate.net/publication/308330960_La_funcion_tutorial_del_profesorado_universitario_una_nueva_competencia_de_la_labor_docente_en_el_contexto_del_Espacio_Europeo_de_Educacion_Superior
- Anglat, H. E. D. de. (2011). Las funciones del tutor de la tesis en educación. *Revista mexicana de investigación educativa*, 16(50), 935-959.
- Carnero, M., Ortiz, T., Arzuaga, M., Canfux, V., Guzmán, Y., Tarrío, C. O., Meneses, A., Torres, T., Rodríguez, M. A., González, N. Y., González, B., Hernández, H., Sanz, T., Hernández, A., Ojalvo, V., Travieso, D., Laurencio, A., Castellanos, A. V., García, A. & Curiel, L. (2019). *Psicología para la educación superior*. La Habana, Cuba: Editorial Félix Varela.
- Escorcía-Caballero, R., & Gutiérrez-Moreno, A. (2009). La cooperación en educación: Una visión organizativa de la escuela. *Educación y Educadores*, 12(1), Article 1. <https://educacionyeducadores.unisabana.edu.co/index.php/eye/article/view/762>
- Esparcia, A. C. (2011). Investigación e investigadores. Las revistas científicas como instrumento de comunicación. *Vivat Academia*, 1002-1017. <https://doi.org/10.15178/va.2011.117E.1002-1017>
- Fernández, F. A., Fernández, S. R., Lavastida, M. F., & Fernández, S. (2007). *Didáctica: Teoría y práctica* (Segunda). Editorial Pueblo y educación.
- Fuentes-Guerra Soldevilla, M., García Cabrera, M. del M., Llorent García, V. J., & Olivares García, M. Á. (2012). La coordinación docente universitaria desde la percepción del alumnado. *REDU. Revista de Docencia Universitaria*, 10(2), 395. <https://doi.org/10.4995/redu.2012.6115>
- Fuster G., D. É. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201-229. <https://doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>

- Martínez, M. J. B., Yus, M. Á. M., & Currás, M. P. (2013). Coordinación docente e interdisciplinariedad: Análisis de su contribución a la adquisición de competencias docentes y discentes. *REDU: Revista de Docencia Universitaria*, 11(2), 443.
- Meneses, A. (2017). *Modelo para la cooperación familia-escuela politécnica en los procesos de diagnóstico integral y formación del proyecto de vida profesional*. [Tesis no publicada, Universidad de Ciencias pedagógicas "Enrique José Varona"].
- Meneses, A., Carnero Sánchez, M., & Arzuaga, M. (2016). *Cooperación Familia-Escuela Politécnica en los procesos formativos*. 14(1). <http://www.pedagogiaprofesional.rimed.cu>
- Perera F. (2000). La formación interdisciplinaria de los profesores de ciencias. Un ejemplo en el proceso de enseñanza/aprendizaje de las ciencias. [Tesis en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas]. La Habana, Cuba: Instituto Superior Pedagógico «Enrique José Varona»
- Pérez, C. D. Z., Medina, D. E. M., & Rodríguez, K. C. A. (2016). Enseñanza de las competencias de investigación: Un reto en la gestión educativa. *Atenas*, 1(37), 1-14.
- Recio, J. C. M., Pestaña, M. J. M., & López, M. F. B. (2012). Producción y dirección de tesis doctorales sobre publicidad en la universidad española (1971-2010). *Revista española de Documentación Científica*, 35(3), 433-452. <https://doi.org/10.3989/redc.2012.3.890>
- Roman Collazo, C., Hernandez, Y., Campoverde, D., Baculima, J., & Tamarayo, T. (2017). *Habilidades científico investigativas de docentes de la Universidad Católica de Cuenca, Ecuador*. https://www.researchgate.net/publication/324471615_Habilidades_cientifico_investigativas_de_docentes_de_la_Universidad_Catolica_de_Cuenca_Ecuador
- Santamaría, J. S. (2011). *Evaluación de los aprendizajes universitarios: Una comparación sobre sus posibilidades y limitaciones en el Espacio Europeo de Educación Superior*. 4, 16.
- Senra Valera, A., & Senra Valera, M. (2008). *La tesis doctoral de medicina Senra Varela*. Diaz de Santos. <https://www.editdiazdesantos.com/libros/senra-varela-avelino-la-tesis-doctoral-de-medicina-L03008820101.html>

- Slavin, R. E. (2014). Cooperative Learning and Academic Achievement: Why Does Groupwork Work?. [Aprendizaje cooperativo y rendimiento académico: ¿por qué funciona el trabajo en grupo?]. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 30(3), 785-791. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.201201>
- Villa, A., & Yániz, C. (1999). Aprendizaje organizativo y desarrollo profesional. *Revista de curriculum y formación del profesorado*. w.ugr.es/local/recfpro/Rev31
- Xin, S. & Carnero Sánchez, M. (2021). La cooperación en la formación de Licenciados en Lengua Española para no Hispanohablantes en la Universidad de La Habana. *Revista Cubana de Educación Superior*, 40(1).

Profesionales escritores incluidos en el monográfico

«Los servicios preventivos y atención a la mujer y a la niñez del Ministerio de Salud en tiempos de emergencia por Covid-19, la perspectiva de estudiantes en servicio social de Salud Materno Infantil. Noviembre de 2020»

Biografía académica de Claudia Elícia Alvarado Jovel

Originaria de San Salvador, El Salvador. Realizó estudios de pregrado en la Universidad de El Salvador (UES) en el año 2008 obtuvo el título de Licenciada en Salud Materno Infantil y luego en el año 2022 el título de Maestra en Salud Pública. Cuenta con experiencia como consultora en Educación Integral en la Sexualidad y formación académica en el tema. Actualmente es profesora de la Universidad de El Salvador en la carrera Salud Materno Infantil donde desempeña funciones en las áreas de docencia, proyección social, investigación y además es la docente asistente responsable en la Clínica Salud Materno Infantil en el Centro Regional Valencia de la UES.

**«Estilo de vida, factor de riesgo para
diabetes mellitus tipo 2 en población adulta rural»**

Biografía académica de Alisson Georgina Trejo Méndez

Originaria de San Miguel, El Salvador. Realizó estudios superiores en la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM), La Habana, Cuba en donde obtuvo el título de Doctora en Medicina en 2002, homologado en El Salvador y España, Especialista en Medicina General Integral en Policlínico Mantilla (Medicina Familiar), La Habana, Cuba en 2010, Residencia en Pediatría, Hospital Pediátrico Centro Habana-Cuba en 2013, Maestría en Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador en proceso de homologación en España. Es coautora varios artículos en revistas indexadas. Con experiencia en emergencia, médico de familia, atención y seguimiento de pacientes COVID-19. Actualmente es médico de familia y de emergencias en los centros de atención Medicina Familiar y Comunitaria ABS L'Escala y Hospital Figueres. Gerona. España.

Biografía académica de David Alexander Tejada Peña

Originario de Chalatenango, El Salvador. Realizó sus estudios superiores en la Universidad Salvadoreña «Alberto Masferrer», donde obtuvo

el título de Doctor en Medicina en el año 2012. Realizó sus estudios de posgrado en la Universidad de El Salvador como Maestro en Salud Pública, un Máster en Piel y Enfermedades Infecciosas de la *Universitat de València* y un Máster en Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana en el Campus ESTHER y la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid. Desde el 2012 ha tenido experiencia en la dirección de establecimientos de salud en el primer nivel de atención y en el período 2019 a 2020 coordinó los programas departamentales de la mujer y la niñez en SIBASI Chalatenango. Actualmente es médico residente de segundo año de la Especialidad en Epidemiología e Investigación en Salud, en el Instituto Nacional de Salud y la Universidad «Dr. José Matías Delgado».

Biografía académica de Hilda Cecilia Méndez

Originaria de San Miguel, El Salvador. Realizó estudios superiores en la Universidad de El Salvador, donde obtuvo el título de Tecnóloga en Higiene Infantil en 1980; Bióloga en 1987, Maestra en Salud Pública, Centro de Investigaciones y Estudios de la salud, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua en 1998; Formador de Formadores en Ciencias de la salud-Gerencia Hospitalaria, Consorcio Hospitalario de Cataluña, España en 2005; Especialización en Epidemiología, Perú en 2017; Especialización del Área Psicosocial, Instituto de Geociencias y Georrecursos del Consejo Nacional de Investigación, Italia en 2019. Autora de artículos en revistas indexadas. Con 25 años de experiencia en la formación de profesionales en las maestrías, Salud Pública, Gestión Hospitalaria y de Psicología de la Comunidad. Actualmente es Coordinadora de la Maestría en Gestión Hospitalaria.

**«Barreras para la atención prenatal
en mujeres de América Latina en pleno siglo XXI»**

Biografía académica de Reyna Maximil Madrid Vilorio

Originaria de Concepción de Oriente, departamento de La Unión, inició sus estudios universitarios en la Facultad Multidisciplinaria Oriental de la Universidad de El Salvador y luego finaliza sus estudios de doctorado en medicina en la sede central de esta universidad, en el año 2017. Ha asistido a congresos relacionados con la atención materna, ha cursado diplomado de Legislación en Salud en el Consejo Superior de Salud Pública y actualmente egresada de la Maestría en Salud Pública en la Universidad de El Salvador. Su desempeño laboral en el Sistema Básico de Salud Integral de San Vicente desde el año 2019, le ha permitido conocer los indicadores en salud materna e infantil y conocer de cerca las

barreras que enfrentan las mujeres en período de gestación para lograr una atención prenatal óptima.

«Evaluación de Tecnologías Sanitarias como herramienta de la gestión de los Sistemas de Salud»

Biografía académica de Margarita Elizabeth García González

Salvadoreña, realizó estudios superiores en la Universidad de El Salvador (UES), obteniendo el título de Química Farmacéutica año 1998. Graduada de la Maestría en Salud Pública en la Universidad de El Salvador año 2002 como becaria del programa de Becas Fantel. Especialista en la gestión de medicamentos y otras tecnologías sanitarias. Actualmente técnico estratégico de negociación de medicamentos y otras tecnologías sanitarias para el acceso equitativo a los sistemas de salud, en la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamerica del Sistema de Integración Centroamericano (SICA).

«Prevalencia de virus del papiloma humano en lesiones intra epiteliales de alto grado en mujeres que consultan en los sistemas sanitarios de América latina. 2010-2019»

Biografía académica de Estefany Marleny Mejía Sorto

Originaria de San Salvador, El Salvador. Realizó sus estudios superiores en la Universidad de El Salvador (UES), donde obtuvo el título de Doctora en medicina en el 2017. Posterior continuó su estudio académico en la Universidad de El Salvador, donde obtuvo el título de Maestra en Epidemiología en el 2021. Ha laborado como médica consultante en clínicas empresariales. Actualmente trabaja como médica interina en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

Biografía académica de Florenz Johana Henríquez Iraheta

Originaria de San Salvador. Realizó sus estudios superiores en la Universidad Salvadoreña Alberto Masferrer (USAM); obteniendo el título de Doctorado en Medicina en 2015, posteriormente continuó su preparación académica en la Universidad de El Salvador (UES), donde obtuvo el título de Maestra en Epidemiología en 2021. Fue coordinadora del proyecto Respuesta al Zika PROVIDA/UNICEF, formando parte del comité consultivo para la elaboración de Lineamientos Técnicos para la atención integral de niños y niñas menores de 10 años en 2018. Actualmente es médico consultante en Unidad Médica de Quezaltepeque del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS).

**«Representación social en torno al recurso hídrico
para suplir la necesidad del derecho humano al agua
en una comunidad salvadoreña»**

Biografía académica de Mónica Raquel Ventura

Autora salvadoreña. Ha realizado estudios en la Universidad de El Salvador (UES) graduada de licenciatura en Anestesiología e Inhaloterapia en el 2004. Máster en Metodología de la Investigación Científica en el año 2014; Máster en Psicología Clínica de la Comunidad en el año 2021. Laboró como docente y tutora en la Escuela de Posgrados de la Universidad Evangélica de El Salvador impartiendo asignaturas de Investigación cualitativa. Tiene estudios de Antropología sociocultural y es asesora de trabajos de grado. Ha publicado artículos científicos en revistas indexadas en el año 2017 y ha escrito un libro «Pandillas o Maras en El Salvador: Factores de riesgo y de protección» en el año 2018. Actualmente se desempeña como docente en la Unidad de Ciencias Básicas de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina de la UES.

**«Herramientas de la salud pública para sistematizar las
experiencias en salud comunitaria: plan operativo de trabajo,
diario de campo y memoria de actividades comunitarias»**

Biografía académica de Osvaldo Aragón Arias

Ciudad de nacimiento San Vicente, El Salvador, C.A. con estudios superiores acreditados por la Universidad de El Salvador (UES) en el grado de Licenciado en Educación para la Salud (1994), y formación académica de postdoctorado en Suficiencia Investigadora de Estudios Avanzados en Medicina Preventiva y Salud Pública (2002) y egresado del Doctorado en Historia de la Salud Pública de la Universidad de Alicante, España. Ha participado en congresos científicos nacionales e internacionales en el área de Salud Pública, Educación para la Salud y Promoción de la Salud. Consultor en políticas públicas. Actualmente docente de Ciencias Básicas y de la Maestría de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador.

«Revisión intra acción (IAR): una metodología de la organización mundial de la salud (OMS) para documentar las acciones de respuesta y preparación ante el covid-19»

Biografía académica de Jazmín del Rocío López de Méndez

Originaria de Santa Ana, El Salvador. Realizó sus estudios superiores en la Universidad de El Salvador donde obtuvo el título de Doctora en Medicina en el año 2010. Sus estudios de post grado son Maestría en Salud Pública de la Universidad de El Salvador y Doctorado en Epidemiología de la Universidad de Honolulu Hawái E.E.U.U. Tiene amplia experiencia como consultora a nivel nacional e internacional de diferentes temas de salud pública y epidemiología en organismos internacionales como OPS/OMS, Centro para Control y Prevención de Enfermedades (CDC Atlanta), también tiene experiencia como funcionaria internacional y experiencia como jefa de investigaciones del Instituto Nacional de Salud (INS) del Ministerio de Salud. Ha participado en congresos y conferencias a nivel nacional e internacional. Actualmente es consultora de proyectos sobre vacunación COVID-19 financiados por el Centro para el Control y prevención de Enfermedades (CDC) y Task Force For Global Health (TFGH).

«Innovación educativa en las maestrías: Facultad de medicina de la Universidad de El Salvador, año 2022»

Biografía académica de Blanca Aracely Martínez

Originaria de San Miguel, El Salvador. Realizó estudios superiores en la Universidad de El Salvador, en donde obtuvo el título de Licenciada en Psicología en 1994, doctorado en Psicología Clínica de la Salud en la Universidad Autónoma de Madrid en 2007, Profesora de la Unidad de Psicología de la Facultad de Medicina, Coordinadora del Centro asociado de la Catedra UNESCO de la Facultad de Medicina, Coordinadora de la Unidad de Psicología de la Facultad de Medicina 2018, Miembro del Comité 2020 del Ministerio de Salud/Representante de la Facultad de Medicina, Coordinadora del Comité de Administración del Personal Académico 2008. Actualmente Coordinadora de los Programas de Maestría de la escuela de Posgrado de la Facultad de Medicina.

Biografía académica de Hilda Cecilia Méndez

Originaria de San Miguel, El Salvador. Realizó estudios superiores en la Universidad de El Salvador, donde obtuvo el título de Tecnóloga en Higiene Infantil en 1980; Bióloga en 1987, Maestra en Salud Pública, Cen-

tro de Investigaciones y Estudios de la salud, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua en 1998; Formador de Formadores en Ciencias de la salud-Gerencia Hospitalaria, Consorcio Hospitalario de Cataluña, España en 2005; Especialización en Epidemiología, Perú en 2017; Especialización del Área Psicosocial, Instituto de Geociencias y Georrecursos del Consejo Nacional de Investigación, Italia en 2019. Autora de artículos en revistas indexadas. Con 25 años de experiencia en la formación de profesionales en las maestrías, Salud Pública, Gestión Hospitalaria y de Psicología de la Comunidad. Actualmente es Coordinadora de la Maestría en Gestión Hospitalaria.

Biografía académica de José Alberto Rosabal Rodríguez

Originario de Camagüey, Cuba. Realizó sus estudios superiores en la Universidad de Las Tunas, donde obtuvo los títulos de Licenciado en Educación, especialidad en Geografía en 1998 y Máster en Ciencias de La Educación en 2008. Profesor Auxiliar. Miembro del Instituto Pedagógico Latinoamericano y caribeño IPLAC. Año 2010. Asesor, conferencista y tutor del Curso de investigación de Maestría de Psicología Clínica de la Comunidad; en la UES en coordinación con otras universidades italianas; en el Proyecto de Agua Futura en 2021 y actualmente Asesor del Proyecto de Investigación Pedagógica de la Unidad de Investigación Científica de la Facultad de Medicina en la UES.

«Probabilidad de hipertensión y diabetes en hombres y mujeres: alcoholismo y tabaquismo. Cantón Los Elizondos, Santa Ana. 2019»

Biografía académica de Reina Araceli Padilla Mendoza

Originaria de Chalchuapa, departamento de Santa Ana, El Salvador, realizó sus estudios superiores en la Universidad de El Salvador. (UES), donde obtuvo el título de Sociología 1993. Maestra en Salud Pública en 1998 en CIES Managua, Nicaragua. Maestra clase en Metodología de la Investigación Científica en 2,000. Diplomada en Promoción de la Salud en Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos Universidad de Chile en 2003. Diplomada en Prevención Prenatal de Discapacidades 2007. Formación de Tutores en line en 2005. *Universitat* de Barcelona virtual en 2005. Ha participado en Congresos Nacionales e Internacionales y como tribunal evaluador en Jornada Científica de Región Occidental de MIN-SAL 2011. Redacción de módulos para Salud Pública. Actualmente es Coordinadora y Profesora de Maestría en Salud Pública.

«La cooperación científica para la asesoría de tesis de posgrado en La Facultad de Ciencias Médicas, UNAN-León»

Biografía académica de Edwin Mazariego Flores

Originario de Usulután, El Salvador, ha realizado estudios en la Universidad de El Salvador, de Licenciatura en Laboratorio Clínico en el 1997. Máster en Métodos y técnicas de investigación social en el año 2010. Ha publicado artículos científicos en revistas indexadas. Egresado del Doctorado en educación superior UES. Es docente de la Unidad de ciencias básicas en la Facultad de medicina, UES

CONVOCATORIA Y LINEAMIENTOS DE PUBLICACIÓN EN RLU

La Dirección y el Consejo Editorial de la revista La Universidad invitan a la comunidad académica nacional e internacional a presentar sus artículos académicos, ensayos y reseñas de libros, relacionados con las Ciencias Sociales y Humanidades de la realidad salvadoreña, centroamericana o latinoamericana.

Lineamientos de publicación en RLU

A continuación, se presentan las siguientes especificaciones que los colaboradores deben seguir para la edición de los artículos en esta revista.

Requisitos formales

1. Todo artículo postulado debe ser original e inédito. Además, no debe estar postulado simultáneamente en otras revistas o editoriales. Los artículos deben enviarse al correo electrónico revista.launiversidad@ues.edu.sv o subirse a la plataforma de OJS en formato compatible con Word.

2. El autor debe completar el siguiente formulario de Google donde incluirá información general y entregará una carta de autorización firmada: <https://forms.gle/AH4HxmX-jSViG1bic6>

3. Los textos deben presentarse en su redacción definitiva y no deben sobrepasar las 40 páginas Word. Además, deben seguir las siguientes indicaciones: 1) *Configuración de la página*: el documento debe estar en tamaño carta; márgenes de 2.5 cm (superior e inferior) y 3.0 cm (derecho e izquierdo) 2) *Configuración del párrafo*: el cuerpo del texto debe estar en Times New Roman 11 puntos y los títulos en 12 puntos; el texto debe estar justificado y con sangría en la primera línea; interlineado de 1.5 y espaciado de 4 puntos antes y 4 puntos después.

4. Todo trabajo deberá incorporar las referencias bibliográficas al final del documento según el formato utilizado por la American Psychological Association (APA), séptima edición.

En caso de utilizar tablas y figuras, debe tener en cuenta las siguientes indicaciones:

Tablas. Están compuestas por filas y columnas y contiene información numérica o textual. *Título*:

- a. *Título*: **Tabla 1.** *Título de figura debe ser breve, sin punto final, en cursiva y con 11 puntos*
- b. *Cuerpo*: letras o número deben estar escritos con letra de 11 puntos
- c. *Nota*: se agrega una descripción adicional o una explicación. Además, si se retomó de una fuente debe citarse. Usar letra tamaño 10 e interlineado 1.15

Figuras. Una figura puede ser un cuadro, fotografía, dibujo, esquema, flowchart, imagen clínica o cualquier ilustración o representación no textual.

- a. *Título*: **Figura 1.** *Título de figura debe ser breve, sin punto final, en cursiva y con 11 puntos*
- b. *Cuerpo*: debe tener buena resolución, preferiblemente debe tener una resolución de 300 DPI y entre 1000 y 2000 pixeles
- c. *Nota*: se agrega una descripción adicional o una explicación. Además, si se retomó de una fuente debe citarse. Usar letra tamaño 10 e interlineado 1.15

5. Incluir número de ORCID. Puede obtenerlo en <https://orcid.org/>

6. Los artículos se escribirán preferiblemente en español. No obstante, cuando el tema así lo amerite, se pueden recibir textos en inglés, italiano, alemán, francés y portugués.

Colofón