

LA SALUD SALVADOREÑA  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
AÑO 2003

**COMITE EDITORIAL**

**DECANO:**

**Dr. Ricardo Mèndez Flamenco**

**VICEDECANA**

**Dra. Ena Cordòn**

**DIRECTORA EJECUTIVA**

**Dra. Msp Ena Cordòn**

**CODIRECTOR:**

**Dr. Msp Antonio Vàsquez Hidalgo**

**ARTE Y DISEÑO**

**Dr. Msp Antonio Vàsquez Hidalgo**

**SUPERVISORA DE PRODUCCION**

**Dra. Msp Ena Cordòn.**

**EDITORES ASOCIADOS**

**Dra. Evelyne de Leeuw (Holanda)**

**Lic Mike Robertson ( Holanda)**

**Licda Amnechien Deelman (Holanda)**

**Dra. Maria Isabel Rodriguez ( Rectora)**

**Dr. Julio Piura ( Nicaragua)**

**SOPORTE TECNICO**

**Sr. Aparicio Duran**

**FOTOGRAFIA:**

**Lic. Salvador Octavio Montes**

**Circulaciòn de 1000 ejemplares  
mas sobrantes de reposiciòn.**

**IMPRESO EN EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA.**

INDICE

EDITORIAL	3
ARTICULOS	4



**EDICION ESPECIAL**

MAESTRIA EN SALUD PUBLICA  
 TESIS DE GRADO PRIMERA GENERACION  
 CON FORMACIÓN CIES NICARAGUA Y MSP EL SALVADOR CON APORTE DEL PROYECTO DE  
 FORTALECIMIENTO DE LA SALUD PUBLICA EN LA FACULTAD DE MEDICINA/UES HOLANDA.  
 1997-1999.

1. Interculturalidad, salud y supervivencia indígena en El Salvador. Dr. Msp José Eliseo Orellana Orellana.....	4
2. Calidad de los servicios de Salud en el Municipio de Ilopango desde la Perspectiva de los usuarios. Dr. Edgardo Adolfo Platero Dr. José Roberto Rivas Amaya, Dra. Patricia Figueroa de Quinteros .....	8
3. Conocimientos sobre infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA de adolescentes en comunidades rurales de San Salvador, La Libertad, Cabañas y Chalatenango. 1999 .Dr. Cesar Eduardo Jiménez Velasco, Licda Ana Beatriz Sánchez Zimmermann, Licda Ana Miriam Henríquez. ....	12
4. Conocimientos, actitudes y practicas que influncian la participación social, en la prevención del Dengue, comunidad las Margaritas, Santa Tecla. Febrero a Junio. Año 2000. Licda Morena Guadalupe Hernández .....	16
5. Contenidos de Salud Publica en la Carrera de Educación para la Salud de la Universidad de El Salvador, en el año 2000. Licda Silvia del Carmen Letona Burgos.....	23
6. Influencia de la Actividad Laboral Temprana Sobre la Salud Fisica y el Desarrollo social de niñas y niños de 7 a 12 años Trabajadores en la Calle de San Salvador, en el Periodo de Julio a Noviembre de 1999 . Dra Heidi Navarrete de Perez, Licda Isabel Cristina Reyes, Licda Regalado, Licda María de los Angeles de Ayala .....	29
7. Aseguramiento de la calidad en la Provisión de Servicios de Atención a la Mujer y a la niñez en areas Rurales de la zona Sur de San Salvador. abril 2000 a marzo 2001 .Dr. José Manuel Beza.....	34
8. Socialización masculina y salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes varones de las áreas urbano marginal, urbano, urbano popular y rural del departamento de San Salvador, en los meses de mayo a julio de 2000. Dra. Amalia Elisa Ayala, Dr. Ricardo González .....	39
9. El sistema local de salud ,zona norte de san salvador 1992-1997: una experiencia innovadora en salud. Licda María Angela Elías Marroquín, Licda Ethel Verónica Villalta, Dr. Eduardo Antonio Espinoza Fiallos .....	46
10. Propiedades Antimicóticas In Vitro de una Planta Natural <u>Allium sativum</u> (XX27). Año 2001. Dr. Antonio Vásquez Hidalgo .....	53

## EDITORIAL

### Ha nacido una estrella y vemos su luz

Como todo gran evento de importancia social, el nacimiento de un programa académico de alto nivel técnico y científico, es siempre precedido de condiciones particulares que confluyen para que el evento suceda. Tal es el caso de la fundación del programa de Maestría en Salud Pública en la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador. En 1996 se concreta la idea que da pie a un proceso de formación de postgrado serio y de calidad académica en la Universidad de El Salvador.

A nivel regional, solo nuestro país carecía de un programa de maestría en Salud Pública, todos los demás países lo han tenido por muchos años, en Guatemala, se da primero en el INCAP y luego es asumido por la Universidad de San Carlos; en Honduras tuvo gran auge desde la década de los 80s con el apoyo de OPS; en Nicaragua El Centro de Investigación y Estudios de Salud (CIES) hace más de quince años que se desarrolla el programa; de igual forma Costa Rica y Panamá también lo han hecho.

En 1994 con el estudio conocido como ANSAL, se hace un análisis global del sistema de salud del país y se vislumbra una primera propuesta para una reforma del sistema, esto implica un rediseño integral de los subsistemas existentes. Sin embargo una reforma de este tipo, además de un criterio político bien establecido, requiere de personal que le dé el soporte científico y técnico adecuado. En ese momento El Salvador no contaba con esta posibilidad, los Maestros en salud pública a nivel nacional eran escasos y no había muchas posibilidades de becas a nivel internacional.

En la década de los 90s, la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador fue beneficiaria de un Proyecto de cooperación internacional con el Gobierno

Holandés por cerca de 6 años, en los campos de la Enseñanza Médica y Promoción y la Educación Para la Salud. En 1996 se diseña una tercera etapa del proyecto con énfasis en fortalecer la enseñanza de la Salud Pública.

Es en este marco se inicia la formación de 60 Maestros en Salud Pública en la Facultad de Medicina de El Salvador, con el acompañamiento del CIES de Nicaragua y la Universidad de Maastricht, Holanda.

Participan en el primer grupo de alumnos 30 docentes de la FM/UES, funcionarios del MINED, ISSS, ONGs y otras instituciones como la Policía Nacional Civil y El Órgano Judicial. Los profesores que asumen el reto están constituidos por los escasos Maestros en Salud Pública con que la FM contaba en ese momento y el equipo de Maestros del CIES / UNAN.

En esta ocasión ponemos a su disposición la primicia de la producción científica de este primer grupo de egresados de la Maestría en Salud Pública, como justo reconocimiento al esfuerzo de alumnos y docentes que han invertido sus esfuerzos como investigadores en el campo de la Salud utilizando todo el armamentario de la Salud Pública.

Reciban nuestra felicitación por el tesonero trabajo de ser pioneros en el campo académico de la formación de postgrado y la investigación científica en salud Pública y nuestra invitación a continuar abriendo brecha en largo camino de la Investigación de nuestra realidad de salud.

**Dra. Ena Mercedes Córdón**

## ARTICULOS




---

**INTERCULTURALIDAD, SALUD Y**


---

**SUPERVIVENCIA INDIGENA EN  
EL SALVADOR**

**Dr. Msp José Eliseo Orellana Orellana.**

**1- LA INTERCULTURALIDAD, EL  
AMBIENTE Y LA SALUD**

**L**a conceptualización de la salud de una comunidad o de una sociedad es fundamental tanto para ejecutar acciones que van en contra o a favor de la salud, como para estructurar la respuesta social organizada a los distintos problemas considerados prioritarios. Algunos problemas considerados prioritarios por algunas culturas, no lo son en otras.

Cuando la población indígena considera a la madre tierra como algo vivo que interactúa con ellos, que les sustenta, que es parte de su vida; se aleja de la visión utilitarista que considera los recursos naturales como algo que se puede explotar y destruir indefinidamente y como un recurso sin ligamentos emocionales.

Esta visión no sólo se presenta ante la naturaleza, se mantiene también en relación al resto de actores sociales.

Sin embargo la población indígena, a pesar de esa visión que abarca la naturaleza y la convivencia humana ha sido marginada y discriminada.

La marginación ha permitido segregar a las personas a espacios reducidos, geo-socialmente y a condiciones de vida que determinan su nivel de salud y enfermedad.

El perfil de salud de las comunidades indígenas, en base al diagnóstico realizado recientemente en el País (Ver anexo: conclusiones y cuadro síntesis de indicadores), pone en evidencia la brecha que existe entre estos núcleos poblacionales y el resto de la población y las condiciones en que se desarrolla la vida de estas comunidades.

**2- INTERCULTURALIDAD,  
INTEGRACION Y DESARROLLO**

Hasta hace pocos años, se consideraba que desarrollo era sinónimo de crecimiento económico. Actualmente, el concepto de Desarrollo Humano Sostenible pone en juego una visión integral de población ambiente y desarrollo para las actuales y futuras generaciones. Es una visión que se centra en el desarrollo de las capacidades humanas, condiciones de vida digna y la salud.

Este enfoque ha puesto de manifiesto, asimismo, el poco progreso que pueden realizar las sociedades humanas si no se reconoce el verdadero rol social de la mujer y la necesidad ética de respetar los recursos de las generaciones futuras. Esto no podrá lograrse sin la conservación, el uso racional y restauración ( en la medida de lo posible) del ambiente.

En el proceso de marginación histórica que han sufrido las comunidades indígenas en El Salvador, éstas han perdido algunos de sus rasgos culturales.

En El Salvador, durante los últimos años, las comunidades indígenas han entrado en una franca interacción tanto a nivel

nacional como internacional. El intercambio con las comunidades de otros países, ha fortalecido se sentido de identidad y la lucha por sus derechos, entre ellos el de la salud. También ha permitido mejorar su capacidad de negociación, Logrando, asimismo, el RECONOCIMIENTO, tanto de actores, personales e institucionales, nacionales e internacionales.



### 3- DESARROLLO DE LA SALUD EN LAS COMUNIDADES INDIGENAS EN EL SALVADOR, "UNA VISION HACIA EL FUTURO".

En CCNIS, como colectivo de coordinación de las acciones de diferentes organizaciones indígenas, se está trabajando en una propuesta para la cooperación a favor del "Desarrollo de las comunidades indígenas en El Salvador".

En esa propuesta, el componente de salud comprende los temas siguientes:

- 1- **La organización del Sistema de Salud local** que defina un modelo de atención Integral a la salud.
- 2- **La integración de la Medicina Tradicional** al Sistema de Salud local y nacional, que incluye capacitaciones y proyectos.
- 3- **La comunicación e información en salud.** Que se refiere a la instalación de redes de informática, telefónica y radiofónica. Los sistemas de

información, gerencial, vigilancia epidemiológica y el sistema geográfico de información.

- 4- **La capacitación y desarrollo de los recursos humanos,** comprende la capacitación en los temas de interés. Por otro lado se hará una oferta de **educación permanente en salud** y de temas transversales como: género, Desarrollo Humano y la Interculturalidad.
- 5- **Planes de contingencia,** que contemplen medidas de prevención, y la identificación que permita establecer el nivel de riesgo en cada comunidad, el plan de acuerdo a los riesgos identificados.
- 6- **Planes y proyectos para disminuir los efectos devastadores causados por el huracan Mitch,** para enfrentar problemas específicos como, la contaminación del agua.

**Para realizar lo anterior, las estrategias se basan en aplicar los principios de:**

- Atención Primaria de Salud (APS) y Atención Primaria Ambiental (APA).
- Vigilancia del estado de salud de los pueblos
- Fortalecimiento de la capacidad organizativa en salud de los pueblos
- Investigación, comunicación e intercambio de experiencias
- Integración de la Interculturalidad, género y
- Desarrollo Humano Sostenible, y
- La participación social.

#### 4. RETOS:

- ❖ reconocimientopermita integrarla a la terapéutica ofical.
- ❖ Lograr que los planes y programas de salud locales se realicen con una visión integradora de acuerdo al modelo de salud integral.
- ❖ Que las comunidades indígenas logren su participación e inclusión en los acuerdos iberoamericanos sobre seguridad social.
- ❖ Asegurar la participación de las poblaciones indígenas en todos los aspectos de la vida de la sociedad, principalmente en los aspectos del desarrollo social.

#### Anexos:

Conclusiones y cuadro síntesis de indicadores en el Diagnóstico de Comunidades Indígenas.

#### CONCLUSIONES:

1. En El Salvador, las comunidades indígenas se autodefinen a sí mismas como tal, a partir de un reconocimiento colectivo que integra aspectos de su identidad sociocultural y no a partir de rasgos físicos, vestimenta y otros atributos, calificados tradicionalmente como "indígenas".
2. Los indicadores que miden el nivel de vida de la población indígena en El Salvador están dentro de la categoría de extrema pobreza.
3. La población indígena en El Salvador sufre niveles muy altos de discriminación en cuanto al cumplimiento de los derechos humanos más vitales: salud, educación y alimentación.
4. La subordinación y discriminación de las mujeres de los pueblos indígenas es triple en relación a su posición de clase, raza y situación de género.
5. Según los habitantes de las poblaciones indígenas, la vivienda es propia cuando la han habitado de una generación a otra por ser colonos o formar parte de una cooperativa, pero la mayoría no poseen escrituras o títulos de vivienda que los acredite como dueños de la misma.
6. La proporción de analfabetismo y de desempleo son mayores en la población muestral de las comunidades indígenas de El Salvador que la proporción a nivel general y a nivel de departamento y municipio.
7. Los indicadores de salud en la población muestral de las comunidades indígenas de El Salvador, muestran un nivel más alto de deterioro que la población general y del municipio correspondiente, por lo que puede concluirse que los niveles de salud en estas comunidades son menores que los de la población general.
8. La accesibilidad a los servicios de saneamiento básico y salud, así como de energía eléctrica es menor que la población general, por tanto, puede concluirse que las condiciones de vida de la población de estas comunidades son mucho menores que los de la población general.
9. Los datos de la población muestral indican que la población de las comunidades indígenas recurre a la medicina tradicional y sus agentes comunitarios (curanderos y parteras) en un 45% de los casos, tanto por aspectos culturales de tradición, como por cuestiones de costo y accesibilidad.
10. El 100% de los encuestados coincide en que para mejorar la situación de la población indígena se debe de tener: acceso a la propiedad de la tierra, buscar el reconocimiento y comercio de artesanías, reconocimiento por el gobierno de la población indígena, reconocer la espiritualidad del indígena, tener una

comunidad unida y organizada, tener acceso a la educación, respeto a los derechos humanos, vivir en amor y hermandad, acceso a créditos, creación de un Instituto Indígena y promoción de la cultura indígena.

**Cuadro1.  
Causas mas frecuentes de enfermedad en la población indígena. El Salvador 1998.**

**CAUSAS**

1. Infecciones respiratorias agudas (IRAS)
2. Parasitismo intestinal
3. Diarreas
4. Neumonías
5. Mordedura por animal transmisor de rabia
6. Varicela
7. Hipertensión arterial
8. Hepatitis A
9. Accidentes de trabajo
10. Parotiditis

**Cuadro síntesis de resultados<sup>1</sup>**

CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA	Indicador
Número de miembros por familia	5
Jefes de familia mujeres	24%
Jefes de familia hombres	76%
Jefes de familia entre 15 y 44 años	69%
<b>TIPO DE UNION</b>	
Casado	61%
Unión libre	39%
Mujeres en edad fértil	20.80%
Uso de Planificación familiar	10.50%
<b>EMBARAZO Y PARTO</b>	
Prevalencia de embarazo	9%
Control prenatal	26%
Aplicación de Toxoide	20%
Remesa	1.30%
Auto atención del parto o por familiar	30%
Atención por partera u otro personal deS.	70%
Atención institucional	38%
Atención por partera	62%
<b>CRECIMIENTO Y DESARROLLO</b>	34%
<b>DESNUTRICION</b>	40%
Leve	84%
Moderada	13%
Severa	3%
<b>OCUPACION DE JEFES DE FAMILIA</b>	
Agricultura	61%
Amas de casa	18%
Jornalero	6%
Artesanos	2%
Otros	13%
<b>ALFABETISMO</b>	59%
<b>DESEMPLEO</b>	24%
Dependencia	4,7
Cobertura ISSS	2,3%
<b>VIVIENDA</b>	
Adobe	57.80%
Techo de teja	78%
Piso de tierra	86.40%
Sin def. de dormitorio o apenas uno	89.00%
Energía eléctrica	33%
Se ilumina con candil o candela	64%
Abastecimiento con agua de río o pozo	91.60%
Agua de cañería domiciliar o colectiva	8.40%
Basura se acumula cerca de la casa	30%
Basura es enterrada o quemada	49%
Defeca al aire libre	37%
Poseen letrina	60%
Servicio sanitario de lavar	3%
<b>CALIFICACION SOCIOECONOMICA</b>	
(Rango: 15 - 45) Promedio en hogares	24
Pobreza absoluta	38.00%
Pobreza	61.00%
Cubren condiciones básicas de vida:	1.00%

# 2

## Calidad de los servicios de Salud en el Municipio de Ilopango desde la Perspectiva de los usuarios.

Por:

**Dr. Edgardo Adolfo Platero**  
**Dr. José Roberto Rivas Amaya**  
**Dra. Patricia Figueroa de Quinteros**

### RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la calidad de los servicios de salud en la zona urbana del municipio de Ilopango del departamento de San Salvador, desde la perspectiva durante el periodo del ultimo trimestre de 1998.

**Diseño Metodológico.** Tipo de estudio es descriptivo de corte transversal. Universo 16,137 viviendas. Muestra de 861 viviendas. Se elaboro un instrumento que consta de 46 preguntas cerradas.

**Resultados.** La percepción de buena calidad por tipo de servicios fue: Publico 72 %, ISSS 69 % y privado 81 %. Las principales condiciones de accesibilidad en los servicios que los califican como de mala calidad fueron: el precio que pagaron por la consulta (89%) y la facilidad para obtener una consulta (85%) Peor evaluados tiempo de espera (86%) y la espera en farmacia (69%). En general la percepción de la calidad de los servicios según el proceso de atención a los usuarios es buena en 51 % y mala con 36 %, 13 % abstención.

**Conclusión.** La calidad de los servicios de salud es de buena calidad.

### Introducción.

Los procesos actuales de transformación del sistema de salud en el marco de la reforma a nivel mundial demandan el análisis de las circunstancias y condiciones en que se brinda la atención a la población; ciudadanos que constitucionalmente tienen el derecho a exigir al Estado la prestación de servicios de salud con una calidad a su satisfacción.

Preocupa a los gobiernos de la región, la presión que ejercen sobre la prestación de los servicios públicos y a la vez sobre la calidad, el crecimiento acelerado de los grupos poblacionales, la concentración y hacinamiento de estos en las grandes ciudades que les ofrecen una mejor oportunidad de subsistencia.

Las presiones de la banca mundial por demostrar la incapacidad de la gestión de los servicios de salud gubernamentales, enmarcado dentro del proceso de globalización tendiente a imponer modelos privatizados de atención en salud, entre otros, podrían influir de manera directa e indirecta en la calidad que los servicios de salud ofertan a la población demandante.

**Objetivos:** General: Determinar la calidad de los servicios de salud en la zona urbana del municipio de Ilopango del departamento de San Salvador, desde la perspectiva de los usuarios durante el último trimestre de 1998. Específicos: 1. Determinar las características de los usuarios que explican las variaciones en la percepción de la calidad de los servicios de salud. 2. Establecer las principales condicionantes de las Instituciones proveedoras de servicios de salud que influyen en la percepción de la calidad desde la perspectiva de los usuarios.



### Diseño Metodológico.

El universo del estudio fue de 16,137 viviendas. Entre los criterios inclusión están: ser mayor de 16 años de edad, manifestar verbalmente su aceptación en participar en la encuesta una vez explicado los propósitos del mismo, ser residente de la zona urbana del municipio de Ilopango, haber demandado asistencia médica o haber acompañado a un menor de edad en la atención médica en los últimos 6 meses.

La unidad de muestreo fue la vivienda, para efecto de definir el tamaño de la muestra se utilizó el método de muestreo por conveniencia que fue de 861 viviendas. Se utilizó un instrumento de recolección que consta de 46 preguntas cerradas, 35 de ellas con alternativas de respuesta en una escala tipo likert (muy buenas, buena, regular, mala y muy mala). Las respuestas obtenidas por el instrumento se dicotimizaron en dos categorías: buena calidad (muy buena y buena) y mala (regular, mala y muy mala).

El procesamiento de los datos se desarrollaron las siguientes cuatro fases: 1. Crítica: en la que se desarrollaron mecanismos de control de calidad mediante una supervisión directa a los entrevistadores. Los investigadores en cada una de las visitas revisaron los formularios y se completaban cuando presentaba inconsistencias; 2. Digitación: en esta parte del proceso, a través del programa Epi info versión 6.0 se construyó el cuestionario que contiene la descripción de la base de datos; 3. Análisis de consistencia: con la finalidad de detectar incongruencias en la estructura del formulario y presencia de valores fuera de rangos esperados y 4. Presentación de resultados a través de cuadros de salida.

### Resultados y Análisis.

Se entrevistaron 861 usuarios de los servicios de las cuales 31 % fueron hombres y 69 % mujeres. La edad promedio era de 16-44 años.

Del total de entrevistados 64 % demandaban asistencia a los servicios públicos, 24 % a los de la seguridad social y 12 % servicios privados. Los principales motivos o causas de consultas encontrados en el estudio fueron morbilidad (60%), seguido de lo preventivo (26%).

Las condiciones de accesibilidad a los servicios-distancia al establecimiento, horario de atención y disponibilidad del servicio de salud cuando lo necesita-fueron relevantes para la población entrevistada. La percepción de buena calidad por tipo de servicios fue la siguiente: publico 72 %, ISSS 69 % y privado 81 %. Las principales condiciones de accesibilidad en los servicios que los califican como de mala calidad fueron: el precio que pagaron por la consulta (69 %) y la facilidad para obtener la consulta (85 %).

Con respecto a los aspectos relativos a los ajustes del lugar y de existencia de recursos, la cantidad de recursos humanos que proveen la atención en las Instituciones fue calificada por los usuarios de los mismos como malas (69 %), igual porcentaje de la muestra identificó al uso de tecnología y equipos biomédicos como de pésima calidad.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ENCUESTADA SEGUN TIPO DE INSTITUCION DE SALUD CONSULTADO.

TIPO	SUJETOS	%
<b>PUBLICO</b>	551	64
<b>ISSS</b>	209	24
<b>PRIVADO</b>	101	12
<b>TOTAL</b>	<b>861</b>	<b>100</b>

Al evaluar la calidad de atención en los aspectos relacionados con el proceso de atención (desde el punto de vista organización y funcionamiento), los tiempos de espera antes de la consulta (66 %) y la espera en farmacia (69 %) para recibir los medicamentos fueron los peor evaluados.

En general la percepción de la calidad de los servicios según el proceso de atención que se brindó a los usuarios, fue calificada

como buena por el 51 % de los entrevistados, en contraste con el 36 %} que califico como mala, restando un 13 % que no contesto.

#### PERCEPCION DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEGUN ACCESIBILIDAD.

Accesibilidd	total	bueno %	malo %	n.s./n.c.%
distancia	861	96	3	1
disponibilidad	861	94	5	1
horario	861	96	1	2
consulta	861	11	85	4
precio	861	7	89+	4
total	4305	61	37	2

En lo que respecta a la información obtenida en donde se valoran aspectos relacionados con la conducta del proveedor durante el proceso de atención, los resultados resaltaron a la puntualidad de asistencia del médico a la Institución, el interés mostrado por el médico para conocer detalladamente la enfermedad o causa por la consulta el usuario la coordinación del personal en la consulta, como los prioritarios para el 34 % de los usuarios.

Al evaluar la percepción de la calidad desde la perspectiva de la conducta presentada por el usuario, como respuesta a los resultados de la atención en salud, se pudo constatar que, la cancelación de citas y controles médicos (60 %) al igual que la cancelación de tratamientos instaurados por los médicos (59 %) fueron elementos de peso para evaluar de mala calidad a los servicios de salud.

La percepción del mejoramiento del estado de salud después de la atención médica recibida fue buena en el 80 % de los usuarios de los servicios públicos, 74 % en los del ISSS y 81 % en los privados.

Con respecto a la conducta al usuario par usar de nuevo los servicios de salud donde demanda la asistencia, la opinión fue similar en los 3 subsectores, existiendo mínimas variaciones, un promedio de 89 % opinó que los usaría de nuevo. Por otro lado si se le diera a escoger los servicios libremente los usuarios de servicios públicos opinaron en un 89 % que usarían los servicios públicos, los del ISSS en

un 60 % los de seguridad social y los privados en un 52 % los servicios públicos y 22 % los del ISSS.

Los resultados mostraron, de acuerdo con la percepción general de la atención recibida, que la calidad fue buena en los públicos en un 72 %, ISSS 69 %. El porcentaje mas alto de percepción de buena calidad se presentó entre el 81 % de los usuarios que acudieron a las instalaciones privadas.

Al analizar la percepción que hacer los usuarios a cada uno de los diferentes tipos de servicios para mejorar la calidad de atención fueron las siguientes: hacer mas cerca los servicios (publico 32 %, ISSS 22 % y privado 80 %), hacer mas barato los servicios (publico 19 %, ISSS 18 %y privado 21 %), y mejorar el trato humano (público 14 % e ISSS 17 %).

#### Conclusiones.

La calidad de los servicios de salud del Municipio de Ilopango desde la perspectiva de los usuarios fue evaluada como de buena calidad.

El bajo nivel económico de la población y el alto costo de la atención influyeron en la percepción del usuario para evaluar los servicios como de mala calidad.

La mayor parte de la población encuestada consulto los servicios de salud del Ministerio de Salud Publica.

El principal motivo de consulta a los servicios de salud, fue la consulta por morbilidad, por lo que la deficiencia en el suministro de medicamentos y la falta de tecnología apropiada influyeron negativamente en la percepción de calidad de los servicios.

La accesibilidad de los servicios de salud, tanto geográfica como de horario de atención fueron elementos relevantes para evaluar los servicios de salud como de buena calidad.

La conducta del proveedor hacia el usuario, específicamente en lo que respecta a tiempo dedicado a la consulta fue un factor determinante para evaluar la percepción de la calidad de los servicios como buena.

El alto costo de la consulta y la ausencia de facilidades para acceder a una atención influyeron negativamente en la percepción de calidad.

Las comodidades o facilidades físicas que los servicios ofrecen al usuario, fueron determinantes en la valoración positiva de la calidad por parte de las mujeres.

En lo que respecta al trato de los recursos hacia el usuario, el comportamiento del médico y el tiempo dedicado al momento de la consulta resultaron entre los elementos que más se valoraron como positivos en la percepción de la calidad.

El poco interés mostrado en el seguimiento y control del usuario por parte del proveedor, influyeron en la cancelación de citas y cumplimiento de tratamientos por parte del paciente.

La mayoría de la población encuestada coincidió que si le dieran a elegir el servicio, optaría por la misma institución a la que consulto.

#### **Bibliografía.**

1. Aristoteles. The Works of Aristotle, categories, Encyclopaedia Británica. 1980
2. Demign. E. A revolucão de Administracão,
3. Marques. Rio de Janeiro 1990.
4. Donabedian A. Quality Assesment. The industrial model and the health care. Odel. Clinical Performance and Quality health Care. 1993.
5. Donabedian Avedis. Conferencia Magistral . Instituto de Salud pública. Mexico. Junio 1993.
6. Jun. C. Estados sobre o simbolismo do si mesmo, vozes. Petropolis, 1986.
7. Juran J.M. A qualidade desde o pronto, novos passos para o planejamento de Qualidade em productos e servicios, editora San Pablo. 1992.
8. Nogueira R.P. Perspectivas de la gestion de calidad total en los servicios de salud. Serie paltex Sociedad y Salud 2000 No 4 OPS/OMS 1997.
9. Pavlov. Obras completas. Moscu. URSS 1951.
10. Petrovski A. Psicología clinica. Manual didáctico para los institutos de pedagogía. Academia de Ciencias Biológicas. 1975

11. Sechenow. Obras Filosóficas y psicologicsescogidas. Moscu. Gospolitizdat 1947
12. Teboul, James . Gerenciando a dinâmica de Qualidade, Qualitymark, Rio de Janeiro. 1992.

## 3

**Conocimientos sobre Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA de adolescentes en comunidades rurales de San Salvador, La Libertad, Cabañas y Chalatenango. 1999 .**

Por:

**Dr. Cesar Eduardo Jiménez Velasco  
Licda Ana Beatriz Sánchez Zimmermann  
Licda Ana Miriam Henríquez**

**RESUMEN**

**Objetivo:** Identificar algunos factores relacionados con los conocimientos que sobre infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA poseen los (as) adolescentes de comunidades rurales de los departamentos de San Salvador, La Libertad, Chalatenango y Cabañas. Diciembre 1999.

**Diseño Metodológico:** Tipo de estudio es Descriptivo transversal. El universo esta constituido por 40,000 adolescentes. El tamaño muestral fue de 323 personas, con un nivel de confianza del 95 % y un error del 3 %. La técnica utilizada se empleó la entrevista visitando casa por casa y llenando un cuestionario. Se elaboró un cuestionario de 13 preguntas cerradas.

**Resultados:** El 67.8 % manifestaron haber oído hablar sobre el VIH/SIDA, el 30.3 % dijeron no saber nada sobre el tema y el 1.9 % no quisieron contestar. El termino de Infecciones de Transmisión Sexual solo fue conocido por el 27.9 % de los(as) adolescentes

encuestados. El 71.2 % nunca habían oído hablar sobre ellas y el 0.9 % no quiso contestar. En cuanto al conocimiento de los adolescentes sobre las formas de contagio de las ITS se encontró lo siguiente: 65.2 % por contacto sexual, 27 % no saben, 10.1 % dieron respuestas incorrectas, 1.1 % transfusiones de sangre, 1.1 % por agujas contaminadas y el 1.1 % vía perinatal. Sobre los métodos o formas para prevenir contagiarse de VIH: 29.7 % evitar tener contacto sexual con personas de alto riesgo, 26 % desconocían esa información, 23.3 % empleando el condón, 18.7 % siendo fiel a la pareja, 12.8 % respondieron incorrectamente, 7.3 % evitar el contacto con agujas contaminadas, 6.8 % reduciendo el numero de compañeros sexuales, 5.9 % evitando las transfusiones sanguíneas y 3.2 % por la abstinencia. Sobre la forma de prevenir o contagiarse con ITS fueron: 31.5 % usando condón, 25.8 % no saben, 15.7 % por la fidelidad, 4.5 % abstinencia, 4.5 % por transfusiones sanguíneas, 4.5 % respuestas incorrectas y 3.4 % reduciendo el numero de compañeros sexuales.

**Conclusión.** Los adolescentes de las comunidades rurales estudiadas poseen un bajo e inadecuado nivel de conocimiento acerca de las formas de contagio y prevención de las ITS/VIH/SIDA. Cabañas es el Departamento que tiene más bajos conocimientos.

**Introducción.**

**L**as infecciones de Transmisión Sexual (ITS) así como el VIH/SIDA constituyen un serio problema de Salud Pública por su magnitud y Trascendencia desde el punto de vista social, económica y evidentemente, de salud. Los grupos de riesgo para estos padecimientos se han ido modificando desde la aparición de los primeros casos, especialmente a lo que concierne al VIH/SIDA; pasando de un patrón de Transmisión donde los principales grupos de riesgo lo constituían los homosexuales, los drogadictos y las prostitutas, a convertirse en los grupos de mayor riesgo las amas de casa, los obreros y campesinos heterosexuales y

los(as) adolescentes. El primer caso de VIH/SIDA en El Salvador se reportó en 1984, y cada año aparecen entre 200 a 300 casos nuevos. Hasta el año 2000 se han reportado 2425 casos de SIDA.

El propósito del presente estudio tiene como objetivo identificar algunos factores relacionados con los conocimientos que sobre las ITS/SIDA poseen los adolescentes en las zonas rurales de los departamentos de San Salvador, la Libertad, Chalatenango y Cabañas.

**Objetivos:** General: Identificar algunos factores relacionados con los conocimientos que sobre infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA poseen los (as) adolescentes de comunidades rurales de los departamentos de San Salvador, La libertad, Chalatenango y Cabañas. Diciembre 1999. Específicos: 1. Determinar el nivel de conocimientos que poseen los (as) adolescentes sobre las ITS y VIH/SIDA. 2. Identificar la fuente de Información a través de la cual los (as) jóvenes obtuvieron los conocimientos sobre VIH/SIDA. 3. Indagar acerca de la presencia en la comunidad de Instituciones o personas que brinden servicios e información sobre ITS y VIH/SIDA para adolescentes. 4. Comparar los resultados más importantes en cuanto al nivel de conocimientos por departamento.

#### **Diseño Metodológico.**

Es un estudio descriptivo transversal, donde se analizan de forma cuantitativa las relaciones entre las diferentes variables. El universo está constituido por 40,000 adolescentes que viven en las zonas rurales de los Departamentos de San Salvador, La Libertad, Cabañas y Chalatenango. La unidad de análisis está formada por cada adolescente perteneciente a las comunidades rurales seleccionadas. El tamaño muestral resultó de 323 personas, con un nivel de confianza del 95% y un error del 3 %.

Para la selección de la muestra se utilizó un muestreo polietápico por conglomerados. 1. se seleccionaron cuatro departamentos del país de

acuerdo a los siguientes criterios: Diferente nivel de desarrollo social y económico: San Salvador tiene el índice de desarrollo humano más alto a nivel nacional y Cabañas está ubicado en los últimos lugares, mientras que La Libertad y Chalatenango se seleccionaron por contar con índice de desarrollo humano intermedios. El otro criterio fue que existieran promotores de salud en las comunidades seleccionadas. 2. para la selección de los municipios se colocaron los nombres de los mismos en papeles para luego hacer un sorteo, seleccionando 4 municipios por departamento haciendo un total de 16 municipios para considerar en el estudio. 3. luego a cada municipio se le asignó un número igual de encuestas a realizar en base al tamaño de la muestra, es decir, un promedio de 20 adolescentes a entrevistar. 4. teniendo el número de entrevistas por municipio se procedió a realizar otro sorteo en el cual se colocaron en papelitos los nombres de los cantones (zonas rurales) de esos municipios y se escogió al azar un cantón. Con el listado de los cantones se buscó el apoyo de los promotores de salud quienes nos acompañaron hasta los lugares casa por casa. Los jóvenes entrevistados el 45 % pertenecían al sexo masculino y el 55 % al sexo femenino. Las edades oscilaban entre los 11 y los 18 años, la edad promedio fue de 14 años, con una moda de 12 años. En cuanto al lugar de residencia el 31 % eran de San Salvador, 25.7 % vivían en la Libertad, el 22.9 % residían en Chalatenango y 20.4 % provenían de Cabañas. La técnica utilizada se empleó la entrevista visitando casa por casa y llenando un cuestionario. Se elaboró un cuestionario con 13 preguntas cerradas. Los encuestadores eran jóvenes entre los 17 y los 22 años, quienes fueron previamente capacitados.

#### **Resultados.**

Del total de jóvenes encuestados el 67.8 % manifestaron haber oído hablar sobre VIH/SIDA. En 30.3 % dijeron no saber nada sobre el tema y 1.9 % no quisieron contestar. El término Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) solo fue conocido por el 27.9 % de los (as) adolescentes encuestados. El 71.2 %

nunca habían oído hablar sobre ellas y el 0.9 % no quiso contestar.

**DISTRIBUCION POR SEXO DE ADOLESCENTES ENTREVISTADOS EN LOS DEPARTAMENTOS DE SAN SALVADOR, LA LIBERTAD, CABAÑAS Y CHALATENANGO. 1999.**

SEXO	FRECUENCIA	%
MASCULINO	145	44.9
FEMENINO	178	55.1
<b>TOTAL</b>	<b>323</b>	<b>100</b>

Respecto a las formas de contagio del VIH los (as) adolescentes respondieron de acuerdo al siguiente orden de frecuencia: por contacto sexual el 72.6 %, por transfusiones sanguíneas el 23.3 %, por agujas contaminadas el 23.3 %, no sabían el 19.2, respuestas incorrectas el 15.1 %, el 6.8 % por heridas y 0.9 % vía perinatal. Entre las respuestas incorrectas se encontraban los besos, las caricias, dando la mano, por picadura de zancudos.

En cuanto a los conocimientos de los adolescentes sobre las formas de contagio de las ITS se encontró lo siguiente: 65.2 % por contacto sexual, 27.0 % no saben, 10.1 % dieron respuestas incorrectas, 1.1 % transfusiones de sangre, 1.1 % por agujas contaminadas y el 1.1 % vía perinatal.

**DISTRIBUCION DE ADOLESCENTES ENTREVISTADOS DE ACUERDO A SU LUGAR DE RESIDENCIA. 1999.**

LUGAR	FRECUENCIA	%
SAN SALVADOR	100	31.0
LA LIBERTAD	74	22.9
CHALATENANGO	83	25.7
CABAÑAS	66	20.4
<b>TOTAL</b>	<b>323</b>	<b>100</b>

Sobre los métodos o formas para prevenir contagiarse de VIH: 29.7 % evitar tener contacto sexual con personas de alto riesgo, 26 % desconocían esa información, 23.3 % empleando el condón, 18.7 % siendo fiel a la pareja, 12.8 % respondieron incorrectamente, 7.3 % evitar el contacto con agujas contaminadas, 6.8 % reduciendo el número de compañeros sexuales, 5.9 % evitando las transfusiones sanguíneas y 3.2 % por la abstinencia. Sobre la forma de prevenir o contagiarse con ITS fueron: 31.5 % usando

condón, 25.8 % no saben, 15.7 % por la fidelidad, 4.5 % abstinencia, 4.5 % por transfusiones sanguíneas, 4.5 % respuestas incorrectas y 3.4 % reduciendo el número de compañeros sexuales.

Los adolescentes que si habían escuchado hablar sobre el tema de VIH/SIDA lo habían hecho en la siguiente forma: por la radio 10.5 %, por la televisión 18.7 %, por medio de los periódicos 4.1 %, leyendo algún folleto 2.3 %, por promotores de salud de su comunidad 4.6 %, por la partera 0.5 %, por charlas en la comunidad 2.3 %, en la escuela 73.0 %, en la iglesia 2.3 % por medio de amigos 14.6 % en conversaciones en la calle 8.2 % y otros 5.5 %, mencionando el hospital, FUNDASIDA y el ISSS.

Los jóvenes que si habían escuchado hablar sobre las ITS respondieron que lo habían hecho por la radio 6.7 %, por la televisión 9.0 %, por los periódicos 2.2 %, por un folleto 2.2 %, lo habían leído en un póster 1.1 %, en el centro de Salud 10.1 %, a través de un promotor de salud 5.6 %, en reuniones de la comunidad 1.1 %, en la escuela 83.1 %, en la iglesia 1.1 %, por medio de amigos 7.9 %, en conversaciones en la calle 3.4 % y otros 7.9 %.

Los adolescentes manifestaron en un 23.3 % que en su comunidad existen instituciones, servicios o personas que entregan condones de forma gratuita o a muy bajo precio, un 58.4 % dijeron que no existe dicho servicio en su comunidad y el 18.3 % desconocía si existían o no.

Los jóvenes respondieron en similar proporción respecto a la existencia de Instituciones, servicios o personas que suministren información sobre el VIH en su comunidad. Un 39.1 % dijeron que si existe, un 54.5 % manifestaron que no existen, y el 6.4 % desconocían esa información.

Respecto a la disponibilidad de servicios, instituciones o personas que les proporcionen información sobre las ITS, el 38.4 % de los adolescentes manifestaron que si cuentan con ese servicio, el 57 % dijeron que no existen

tales servicios en su comunidad y el 4.6 % lo ignoraban.

El Departamento de Cabañas es el que, constantemente posee los porcentajes más bajos en todos los aspectos investigados, considerándose el de mayor riesgo para el desarrollo de las ITS y VIH/SIDA. El departamento de Chalatenango tienen, comparativamente, en la mayoría de los aspectos investigados, los porcentajes más altos. Sin embargo esto no significa que este menos expuestos que los demás, porque en general, los resultados revelan un inadecuado conocimiento de las medidas de prevención y control. Donde menos han oído hablar de las ITS y VIH/SIDA es en el departamento de Cabañas. Donde menos saben que el preservativo puede prevenir las ITS y el VIH/SIDA es en los departamentos de Cabañas y la Libertad. Donde hay menos Instituciones que brinden información sobre ITS y el VIH/ SIDA es en Cabañas y paradójicamente en San Salvador.

### Conclusiones.

En general, los adolescentes de las comunidades rurales estudiadas poseen un bajo e inadecuado nivel de conocimientos acerca de las formas de contagio y prevención de las ITS/VIH/SIDA.

Los medios de comunicación masiva tales como la radio, la televisión y la prensa escrita no fueron mencionados como una fuente importante de información para los adolescentes de dichas comunidades.

La escuela resultó ser la fuente de información más mencionada por los adolescentes en relación a brindarles información sobre el tema de las ITS/VIH/SIDA.

El acceso de los adolescentes a condones se ve limitado por el desconocimiento que tienen sobre la existencia de proveedores a nivel comunitario debido probablemente a una pobre difusión de la disponibilidad de este servicio.

Comparativamente, el departamento que posee significativamente los niveles más bajos de conocimiento sobre las formas de contagio y las formas de prevención de ITS/VIH/SIDA es Cabañas. Paradójicamente posee los porcentajes más altos de mención de la escuela como fuente de información.

El nivel alcanzado por algunas variables estudiadas no es consistente con el índice de desarrollo humano en que se encuentra cada departamento. Por alguna razón, San Salvador no cumple con esta expectativa, principalmente en lo que respecta a la presencia de Instituciones que brinden información sobre ITS y en la existencia de servicios locales que dispensen condones.

### Bibliografía.

1. Alan Guttmacher Institute. Into a New World. Young Women sexual a reproductive lives. 1998.
2. Asociación Demográfica Salvadoreña. Encuesta nacional de salud Familiar. FESAL-98. El Salvador. abril 2000.
3. Centro Latinoamericano de Desarrollo. CELADE. Población, Salud Reproductiva y Pobreza. CEPAL 1999.
4. Comité Promotor por una maternidad sin riesgos. Plataforma de acción de la IV conferencia mundial sobre la mujer. México 1995.
5. Consejo de Información y educación de la sexualidad de los EEUU. estudio de la percepción de las conductas sexuales en adolescentes. Año 1999.
6. FUNDASIDA. Prácticas sexuales y conocimientos sobre VIH/SIDA en estudiantes de tercer ciclo de educación básica de los departamentos de San Salvador y la Libertad. 1997
7. Instituto Tecnológico de Santo Domingo República Dominicana. Entrenamiento en el manejo sintomático de las infecciones de Transmisión sexual. USAID. 1995.
8. Ministerio de Economía. Dirección general de Estadística y Censos. Encuesta de hogares de propósitos múltiples. El Salvador 1999.
9. MSPAS. Boletín informativo de Epidemiología. Volumen 1. número 1. Dirección general de salud. El Salvador. 1998.
10. MSPAS Infecciones de Transmisión sexual, normas y protocolos de manejo de las ITS/VIH/SIDA. El Salvador 2000.
11. MSPAS. Protocolo de atención de personas infectadas con VIH/SIDA. El Salvador. 2000.
12. Murieras P Pshphoring. A. Manual para el ejercicio de los derechos reproductivos en México. México. 1996.
13. ONU para el desarrollo. Informe sobre desarrollo humano en El Salvador. 1996.
14. Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo. Informe sobre desarrollo humano en El Salvador. 2000.
15. United Nations Populations Fund. Sexual and reproductive lives of young people. EEUU. 1999.
16. Visión Mundial. Conocimientos y prácticas sexuales en 60 adolescentes de zonas rurales en los departamentos de Chalatenango, Cabañas, La Unión y la Libertad. 1997.

## 4

---

**Conocimientos, actitudes y practicas que influncian la participación social, en la prevención del Dengue, comunidad las Margaritas, Santa Tecla. Febrero a Junio.Año 2000.**

Por:

**Licda Morena Guadalupe Hernández**

---

**RESUMEN.**

**Objetivos:** Identificar los conocimientos, actitudes y practicas que influncian la participación social en la prevención del Dengue, en los habitantes de la comunidad, Las Margaritas de Santa Tecla, febrero a Junio.año 2000.

**Diseño Metodológico.** La investigación es cualitativa, de tipo descriptiva y participativa con la utilización de métodos cualitativos y cuantitativos. El grupo esta conformado por 168 jefes(as) de familia, distribuido en 5 sectores Para el procesamiento de los datos se realizo aplicando la técnica de análisis de contenido.

**Resultados.** Menos de la mitad de los lideres sabían que el dengue " es una enfermedad". En las campañas de prevención pasadas, la

mayoría de los lideres expreso: " todos en la comunidad". Los lideres en su mayoría conocen que el dengue se transmite por " picadas de Zancudo". De las medidas preventivas los lideres se refirieron a " lavar la pila". Los síntomas que reconocen la mayoría de los lideres, son: " calenturas o fiebres". Mas de la mitad de los jefes(as) día consideraron que las campañas de prevención " eran buenas".

**Conclusiones.**

En el ámbito general el conocimiento que tienen los lideres y la población es muy variada, lo que conocen del dengue es que es una enfermedad causada por zancudos. El conocimiento que tienen sobre medidas de prevención contra el dengue es adecuado.

**Introducción.**

**E**l Dengue en el año 2000, sé esta clasificando entre las seis enfermedades a nivel mundial que necesitan estar vigiladas por considerarse endémica en la zona de las Américas.

Las epidemias tienen carácter explosivo, pero la tasa de letalidad es muy baja, siempre que no aparezca el dengue hemorrágico.

En la comunidad las Margaritas no se han registrado en los últimos años casos de mortalidad por dengue, pero es de notar que la presencia de vectores hace la morbilidad de la enfermedad sea alta.

En la comunidad desde hace dos años se han intensificado acciones para combatir este problema y se puede decir que, para cada vez que existe la amenaza de una epidemia se intensifican las siguientes intervenciones: fumigación, abatización y educación sobre medidas preventivas.

**Objetivos.**



General: Identificar los conocimientos, actitudes y practicas que influncian la participación social en la prevención del dengue, en los habitantes de la comunidad, las Margaritas de Santa Tecla, febrero a junio año 2000. Objetivos Específicos: Identificar los conocimientos que tiene sobre el dengue, los habitantes de la comunidad las Margaritas. Caracterizar las actitudes que tienen los habitantes de la comunidad sobre la prevención del dengue. Explicar los patrones culturales, a través de las practicas, individuales, familiares y sociales de alto riesgo, que inciden en la presencia de vectores en la comunidad.

### **Diseño Metodológico.**

La investigación es cualitativa, de tipo descriptiva y participativa con la utilización de métodos cualitativos y cuantitativos. Las unidades de observación son los lideres y Jefes de Familia de la comunidad las Margaritas de Santa Tecla, San Salvador.

Se seleccionaron a los jefes de familia, por ser los responsables de orientar y dirigir a su respectivo núcleo familiar y por que se desea verificar si al proporcionarles mayor participación y poder de decisión en las acciones de prevención realizadas se contará con el apoyo del resto de la familia.

Criterios de inclusión: que residan en la comunidad desde 1999, que ejerzan el rol de jefes de familia dentro de sus respectivos hogares, que tengan edades entre los 21 y 40 años, que se encuentre en la comunidad en el periodo de marzo a junio del 2000, que tengan disponibilidad de proporcionar la información requerida. Criterios de exclusión: que no sean jefes de familia, que hayan llegado a residir a la comunidad en este año 2000, que sean menores de 21 años, que tengan mas de 40 años, que no se encuentre en el momento de aplicar los instrumentos.

En la comunidad existen 242 personas que tienen edades entre 21 y 40 años. Se encontraron a 168 jefes(as) de familia,

distribuidas de la siguiente forma, en los cinco sectores: sector uno con 41 jefes de familia, sector dos con 38 jefes, sector tres con 45 jefes, sector cuatro con 20 jefes y sector cinco con 168 jefes. En el grupo de jefes(as) de familia no fue factible entrevistar a todos los que reunían los requisitos antes mencionados, por la limitante de recurso humano (por criterios de conveniencia para la investigadora), haciéndose factible realizarlo con 50 jefes(as) aproximadamente que fueron los primeros 10 jefes (as) que encontraron en cada uno de los sectores visitados, en las fechas que se destinaron para aplicar los instrumentos. Se trato de garantizar el requisito de la investigación cualitativa que dice: todos los sectores deber ser representados para conocer, las opiniones de todos sus miembros, con la finalidad de comprender o dar una explicación de cómo se manifiesta la problemática del dengue entre los miembros de la comunidad Las Margaritas.

Grupo seleccionado. Lideres (informantes claves), para este grupo se considero como requisito que perteneciera a la junta directiva o al comité de salud de la comunidad, así como el que gozaran del reconocimiento popular por parte de los miembros de la comunidad como lideres comunitarios. Con todos estos requisitos se identificaron a 24 personas en total, de estos se selecciono a tres informantes claves, por cada uno de los sectores, para hacer un total de 15 personas; los instrumentos fueron aplicados a los primeros tres informantes claves que se encontraron por sector.

Técnicas e Instrumentos para la recolección de la información: 1. Entrevista abierta con los lideres y jefes de familia de la comunidad para explorar conocimientos, el instrumento fue una guía de entrevista. 2. Entrevista abierta dirigido a los lideres y jefes(as) de familia de la comunidad para estudiar la percepción, el instrumento fue una guía de percepción. 3. entrevista estructurada con los informantes claves para estudiar los patrones culturales individuales, el instrumento fue una guía de entrevista estructurada. 4. Observación para estudiar las practicas sanitarias de alto riesgo

que inciden en la presencia de vectores en el ámbito familiar y comunitario, el instrumento fue una guía de observación.

El procesamiento de datos se realizó aplicando la técnica de análisis de contenido, procediéndose a tabular la información recolectada, por frecuencia de repetición de respuesta de mayor a menor en la siguiente forma: frases para la interpretación: lo que dicen casi todos, lo que dice la mayoría, lo que dice mas de la mitad, lo que dice la mitad, lo que dice menos de la mitad, lo que dice la minoría, lo que dicen algunos.

Para el análisis final de la información se aplicaron las técnicas matricial (ordenamiento vertical/ horizontal de la información con los ejes y descriptores del estudio) y la de análisis de interpretación, que es una técnica de análisis de contenido de tipo inferencia, con la cual se identificaron: actitud de ruptura. En todo momento se tuvieron presentes las categorías contenidas en el Marco de Referencia.

## Resultados

Los resultados se describen por objetivos relacionados con las categorías identificadas para el análisis de los mismos. Se elaboro un instrumento de preguntas abiertas que fue aplicado a dos grupos de la población: 1. Líderes comunitarios y 2. Jefes de familia.

Menos de la mitad de los líderes sabían que el dengue: " es una enfermedad", solo la minoría respondió que: "se origina por lo zancudos que hay en la comunidad", uno respondió que " se debe tener cuidado, cuando hay muchos zancudos en la comunidad".

Las intervenciones que se realizaban en la comunidad tenían la característica de ser intersectoriales y multidisciplinarias , las actividades incluían brigadas médicas mensuales, capacitaciones al comité de salud y visitas intradomiciliares. Al consultarle que personas participaban en las campañas de prevención pasadas, la mayoría de los líderes expreso: "todos en la comunidad", menos de la

mitad dijo: " las personas que permanecían en la casa", la minoría reconoció que: " todos en la familia". Todas las personas respondieron a favor de la participación, solo uno dijo: " no sé".

Los líderes en su mayoría conocen que el dengue se transmite por: " picadas de zancudo", por lo que menos de la mitad expreso que: " cuando las picadas son muchas se enferma la gente".

Se puede inferir que con respecto al mecanismo de transmisión del dengue en las personas de la comunidad, todos los entrevistados del primer grupo lo relacionaron con el zancudo, resultando a nivel general un conocimiento adecuado.

De las medidas preventivas que conocían los líderes la mayoría se refirió a: "lavar la pila", menos de la mitad dijo: " botar lo que no sirve, no acumular cosas", la minoría estaban de acuerdo en: " no dejar los recipientes con agua destapados", " hechar abate, fumigar", algunos dijeron dormir con mosquitero", "limpiar las canaletas" y " no tener floreros en casa".

Se puede inferir que los entrevistados identifican casi todos las medidas preventivas, por lo que se puede decir que están informados en el aspecto teórico,

Los síntomas que reconocen la mayoría de los líderes, en las personas para decir que tienen dengue son: " calenturas o fiebre", mas de la mitad dijo: " dolor de cuerpo", menos de la mitad expreso: " dolor de cabeza", la minoría identificaba el " dolor de huesos", pero algunos dijeron: " puntos o ronchas" e " irritación de ojos".

Se debe destacar el hecho de que ciertas personas identificaron algunos aspectos psicológicos en el enfermo con dengue, entre los que están: " tristeza", "deseo de estar acostados", "mucho sueño" y "miedo".

Menos de la mitad de la mitad de los líderes, llevan alas personas cuando se enferman con dengue al "hospital", la minoría menciona:

"llevarlos a la unidad de salud" y algunos dijeron: "llevarlos a pasar consulta". Se puede inferir que si todos están de acuerdo en llevarlos a algún centro asistencial, par que sus parientes obtengan el tratamiento adecuado, solo una persona opinó: "tenerlos en casa"

**CONFORMACION DEL GRUPO DE LA COMUNIDAD.**

SECTORES	IDENTIF.	No JEFES
SECTOR	UNO	41
SECTOR	DOS	38
SECTOR	TRES	45
SECTOR	CUATRO	20
SECTOR	CINCO	24
TOTAL		168

Menos de la mitad de los lideres reconocían a los zancudos que le pueden causar dengue por "Que siguen para picar a la gente", para algunos era porque "son más grandes", "mas negros", "chupan la sangre", "viven cerca del agua" y tiene las "patas largas". Casi todos los reconocían mas por el tamaño, el color y lugar de hábitat solo la minoría expreso: "no tener idea, todos se parecen".

Menos de la población, sabían que el dengue: "es un enfermedad. Las medidas de prevención que mencionaron mas de la mitad de los jefes de familia son: "lavar los recipientes", menos de la mitad dijeron: "tener tapados los recipientes", par la minoría lo más importante era: "eliminar el zancudo", "evitar que el zancudo pique", "hechar abate", esta información aun que es variada son adecuados y permiten el control de los mismos.

Pero algunas personas también hicieron referencia a: "dormir con espiral por las noches", "hecharse mentol" y "regar gas en las alcantarillas", con respecto a estas ultimas se debería de prevenir a la población sobre los efectos adversos de estas practicas.

Los síntomas que la mayoría de los jefes de familia, mencionaron en una persona con dengue son: "fiebre alta", para mas de la mitad era el "dolor de cuerpo", menos de la mitad menciono: "dolor de cabeza", la minoría indico: "no se" , "ronchas en el

cuerpo" y "frío", para algunos "sangran", "no desean comer" y "ojos rojos". Unas personas también expresaron algunos elementos psicológicos como: "tristeza", "desanimados", "cambia su forma de ser" y son "lentos".

Para la mitad de la población si alguien se enferma con dengue, lo debe llevar a: "la unidad de salud", "cruz roja", "orar por ellos".

Con respecto a las campañas de prevención que se realizaron en la comunidad, la minoría de los lideres pensaron que eran "excelentes", la mayoría de ellos dijeron: "eran buenas para la comunidad".

Referido a las ventajas que sienten los lideres: al aplicar las medida preventiva contra el dengue menos de la mitad opino: "no se enferma la gente", la minoría expreso que les trae: "muchas ventajas", para algunos se: "aprende ha estar bien cuidados , las personas de la comunidad".

Al respecto de las personas que no desean aplicar las medidas preventivas, menos de la mitad de los lideres opinaron que: "no se quieren ni ellos solos", la minoría expreso : "son egoístas", "no se preocupan por ellos y los demás".

Con respecto a las ventajas que los jefes de familia, sentían al aplicar las medidas preventivas contra el dengue la mayoría respondió: "se evitan enfermedades", menos de la mitad refirió "no se enferma la gente", la minoría expreso que les atrae "muchas ventajas, para algunos se "aprende ha estar bien cuidados, las personas de la comunidad. Todos los lideres están de acuerdo en que es bueno aplicar las medidas preventivas contra el dengue.

Al preguntar a los lideres que mencionaran las formas en como creían que podrían contribuir a combatir el dengue, menos de la mitad dijeron: "colaborando con los demás", la minoría expreso "aplicando las medidas

preventivas" y " organizando de nuevo el comité ".

Sobre las personas que voluntariamente participan, en las actividades de prevención contra el dengue, la mayoría de los jefes de familia respondió: "son personas inteligentes", menos de la mitad pensaba que: " son buenas", la minoría expresaron al respecto: " se preocupamos por todos nosotros" y para al era que " son personas astutas".

La población entrevistada en su totalidad no están de acuerdo con aquellas personas que expresan no desear integrarse en la aplicación de medidas preventivas.

Menos de la mitad de la familia creen poder colaborar para contribuir a combatir el dengue dentro de su comunidad, es: " trabajar con los demás", la minoría expreso: " aplicando las medidas preventivas", " fumigar" y " destruir los zancudos".

En lo que se refiere al control que se lleva para que se apliquen las medidas de prevención dentro de la vivienda, menos de la mitad dijo que casi nunca, para la minoría expreso: nunca, algunos respondieron que a veces y otros respondieron: casi siempre. Se puede decir que existe una tendencia orientada a la negatividad en lo que se refiere a la no existencia de controles, en la aplicación de medidas de prevención del dengue dentro de la comunidad.

La mayoría de los líderes expresaron que nunca han existido medidas o sanciones en contra de las familias que no aplican las medidas de prevención, la minoría de ellos expreso al respecto que: casi nunca y respondieron algunos que esto se hace: pocas veces. Estos resultados evidencia de establecer indicadores cuantitativos y cualitativos que permiten evaluar el comportamiento de la población frente a sus practicas de alto riesgo y la posibilidad de establecer mecanismos de control social, que garanticen el cumplimiento intradomiciliar de las medidas de prevención contra el Dengue.

Se puede percibir el interés de los líderes por disfrazar un hecho objetivo; como lo representa el abandono de las practicas adquiridas con las intervenciones en salud, no solo por parte de la población sino también por parte de ellos como dirigentes comunitarios.

Al consultarles si existían impedimentos , cuando tienen muchas actividades diarias en el día para cumplir con la debida aplicación de medidas preventivas contra el dengue menos de la mitad respondió: Pocas veces, la minoría acepto que: muchas veces si era una barrera y algunos dijeron: siempre.

Las practicas de alto riesgo observadas, en casi todas las viviendas de los líderes, son: el lavado de los recipientes no es en forma adecuada lo que contribuye para la sobrevivencia de criaderos de larvas en pilas y barriles.

Otro aspecto importante es que en menos de la mitad de los hogares: los recipientes se encontraron destapados o semiprotegidos, lo que hacia que los zancudos fácilmente llegaran a su objetivo. Solo la minoría al momento de la observación presentaron floreros.

Al preguntarles cada cuanto hacían ellos el lavado de sus recipientes de las pilas y los barriles; menos de la mitad respondieron que cada 8 días, la minoría cada 3 días, cada 2 días respectivamente. Algunos mencionaron cada 15 días y una persona dijo hacerlo a diario.

Los recipientes de las casas de los jefes(as) familia, no presentaron de acuerdo a lo observado, un adecuado lavado de pilas y barriles, encontrándose costras en las paredes y en el fondo de la misma, en todos los recipientes encontraron con la presencia de criaderos de larvas en sus depósitos útiles. Menos de la mitad tenían sus recipientes con agua destapados o tapados de manera inadecuada.

En todas las viviendas observadas de la población no existían medidas de protección en puertas y ventanas, por lo que la presencia de zancudo dentro de ellas era abundante. Mas

de la mitad de las personas no utilizaron mosquitero por la noche, muchas veces las camas presentaban el mosquitero, pero no lo usaban por que manifestaron " no gustarles".

### **Conclusiones.**

A nivel general el conocimiento que tienen los líderes y la población es muy variada, lo que conocen del dengue es que es una enfermedad causada por los zancudos, e incluso para algunos el hecho que sea invierno es la razón principal para se incremente el numero de vectores, cuando esto sucede es que se preocupan y hacen referencia a que se debe controlar.

El signo de alarma, se los da la presencia de abundantes zancudos adultos dentro de la comunidad, en ningún momento hicieron alusión del vector en fase acuática o relacionaron la presencia del zancudo en su fase adulta con el abandono de las medidas de prevención por parte de sus habitantes.

Coincidieron en mencionar que la comunidad y toda la familia eran las personas que participaban en las campañas de prevención contra el dengue.

Al consultarles el lugar a donde ellos llevarían a sus pacientes cuando se enfermaran con dengue, procedieron a identificar a las Unidades de Salud y al Hospital.

El conocimiento que tienen sobre las medidas de prevención contra el dengue, es adecuado, tanto que los líderes como los jefes de familia las mencionaron en sus respuestas.

Lo que también evidencio fue la prioridad que ellos le dan a las acciones referidas de matar al zancudo cuando este esta adulto o usan insecticidas, espiral, aceite quemado e incluso hechar fuego en los tragantes. Para ellos el realzar estar practicas es suficiente para erradicar a los vectores, restando importancia a la erradicación de las larvas.

Se puede inferir que, ellos conocen teóricamente de las medidas preventivas y de lo que tienen que hacer en sus hogares para proteger sus recipientes, para que el zancudo no deposite sus larvas, pero no le dan importancia a cumplir con lo que saben que les beneficiaría para disminuir él numero de zancudos.

Se pudo delimitar que el conocimiento de los vectores que ellos tienen es insuficiente, lo que no contribuye en el proceso de concientización esperado.

La opinión que tienen sobre las campañas de prevención pasadas son favorables en tanto que consideran que ayudaban a la comunidad y hacían participar.

Se percibe la ausencia de mecanismos de control que sirva como regulador social que los haga comprometerse en el cumplimiento de las medidas de prevención.

La percepción que tienen sobre la aplicación de medidas de prevención también fue adecuada y favorece a la implementación de ellas, por que la asocian con el mantenimiento de la salud. A nivel personal sienten la disposición de participar, así como no sienten dificultad para incluir a la familia en las actividades de prevención.

Para los líderes las personas importantes que los pueden motivar a la aplicación de las medidas de prevención contra el dengue son los hijos(as), esposo (a) y las madres.

Reconocieron la no-existencia en la comunidad que estén pendientes de que se cumplan las medidas de prevención dentro de las viviendas, por lo que la decisión de aplicarlas o no es una decisión personal y familiar. Tampoco existe en la comunidad un sistema de sanciones o medidas de hecho que garanticen, la seguridad de las personas en contra de aquellas que no deseen aplicar las medidas de prevención contra el dengue.

Para los líderes sus vecinos aplican las medidas de prevención, cuando en la realidad

saben que se han descontinuado estas practicas en la actualidad.

Las múltiples actividades diarias, si estas se realizan en casa, no son una limitante para que ejecuten las medidas de prevención, lo contrario es para ellos , si traban fuera de la casa y tienen múltiples actividades diarias, entonces si se constituye una barrera que les impide aplicar las medidas de prevención dentro de sus respectivas viviendas.

### **Bibliografía.**

1. Cohen de Gobiam. Guillermo. La psicología en la Salud Publica. 1975. 3ª edic. México.
2. Diccionarios de Sociología. Henry .1987. fondo concultura económica SA de CV
3. Martínez Manuel. Modulo de investigación cualitativa. 1999. Maestría en salud publica. Universidad Nacional autónoma de Nicaragua.
4. Pineda , Alice. Perfil de salud. 1997. Maestría en salud publica. Universidad Nacional autónoma de Nicaragua.
5. Martínez Torres. Dengue y dengue Hemorrágico. Aspectos clínicos de salud. México 1995.
6. Morgan, Breve introducción a la psicología. 1977. Edit. Mcgraw Hill
7. OPS. 2000. Dengue y Dengue Hemorrágico en las Américas. Publica. Cientif. 538.
8. OPS. 1987. Dengue hemorrágico: diagnostico Tratamiento y Lucha.
9. OPS. Boletín informativo del programa comunicando salud: dengue y dengue hemorrágico. Febrero 2000. Vol.2, numero 2.
10. Piura López, Introducción a la metodología de la investigación científica. 2ª edic. 1995.
11. Reportaje /dengue: piquete que mata. 1996.
12. Rubinsteins, S. Psicología. 1960. Edito Grijalvo. México.
13. Proceso de Planificación y promoción y educación para la salud. Taller diagnostico Educacional organizativo. Teorías sobre cambio de conducta y medio ambiente. Use.
14. Werner David. Aprendiendo a promover la salud 1984. Palo alto California.
15. Proceso de Planificación en Promoción y Educación para la salud: taller comunicación Interpersonal en educación para la salud.septiembre 1995

## 5

---

## Contenidos de Salud Pública en la Carrera de Educación para la Salud de la Universidad de El Salvador, en el año 2000.

Por:

Licda Silvia del Carmen Letona Burgos

---

### RESUMEN

**Objetivo :** Determinar si el contenido de Salud Pública en los programas de estudio de la carrera Educación para la Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador esta en relación con las tendencias actuales de la Salud Pública.

**Diseño Metodológico:** La investigación realizada fue un estudio de caso cualitativo. La unidad de análisis fueron los programas de estudio, correspondiendo a un total de 16 programas de Educación para la Salud. Se requirió de informantes claves que fueron los docentes que desarrollaron los módulos y cursos que contienen el componente de Salud Pública. No se utilizó muestra.

**Resultados:** el 75 % de los estudiantes entrevistados, opinaron que el contenido de Salud Pública de los programas esta claramente definido, a diferencia de una minoría 25 % que considera que el contenido

de Salud Pública en los mismos esta vagamente definido. La mayoría de los informantes considera que el enfoque de esos contenidos es de desarrollo social humano integral, y la minoría considera que se percibe un enfoque mezclado de biologicista-tradicional con rasgos de ser integral. En relación a los contenidos programáticos de Salud Pública y la realidad salvadoreña, la mayoría 62.5 % de los estudiantes expreso que casi todos los contenidos tienen relación con esta. Otros coinciden en algunos contenidos, y algunos consideraron que todos los contenidos corresponden con la realidad del país. Los contenidos de salud pública planteados en el programa responden a tendencias internacionales. Todos dijeron que los contenidos de salud pública de un modulo y otro que le continua están relacionados entre si.

**Conclusiones.** Los contenidos de Salud Pública se identifican en casi todos los módulos y desde los primeros ciclos de estudio. Los contenidos de Salud pública de los programas muestran correspondencia con la mayoría de los componentes del perfil profesional del educador para la salud.

### Introducción.

**E**l enfoque de Salud Pública, es una urgente necesidad en la formación de los profesionales de la salud, sobre todo en los Educadores para la salud, ya que frente a su rol debe prevalecer una concepción de salud pública sobre un enfoque medicalizado e individualizado ya esta suficientemente demostrado que abordar la salud-enfermedad desde una perspectiva de salud pública, tiene repercusiones políticas, sociales, ideológicas, económicas y culturales muy importantes a favor de la situación de la salud de las diferentes sociedades del mundo actual.

El modelo educativo que esta siendo utilizado para la formación de recursos humanos en salud, se caracteriza porque pone énfasis en el cambio conductual de los individuos como

alternativa fundamental para realizar funciones de curar, evitar daños a la salud y rehabilitar a los que lo han sufrido.

**Objetivos:** General: Determinar si el contenido de Salud Pública en los programas de estudio de la carrera Educación para la Salud de la Facultad de Medicina en la Universidad de El Salvador está en relación con las tendencias actuales de la Salud Pública. Específicos: identificar: 1. los contenidos de salud pública comprendidos en los diferentes programas de la carrera Educación para la Salud. 2. La estructura interna de los contenidos de salud pública dentro de los programas de Educación para la Salud. 3. las tendencias teóricas actuales de la nueva salud pública en los contenidos de los programas de la carrera Educación para la Salud. 4. la función de la salud pública en el perfil profesional del educador para la salud.

#### **Diseño Metodológico.**

La investigación realizada fue un estudio de caso, aplicado al área de la Salud Pública en el currículo actual de la carrera de Educación para la Salud. La población estuvo constituida por el currículo de la carrera de Licenciatura en Educación para la Salud, no se determinó muestra. Las unidades de análisis fueron los programas de estudio, correspondiendo a un total de 16 programas de educación para la salud en su área específica, entre los que se incluyen cursos complementarios y 3 módulos pertenecientes a la Unidad de Ciencias Básicas de la Escuela de Tecnología Médica.

Se requirió de informantes claves, que fueron los docentes que desarrollan los módulos y cursos que contienen el componente de salud pública, resultando 5 docentes de educación para la salud y 3 de la unidad de Ciencias Básicas. Asimismo, entre los informantes claves se incluyeron los 14 estudiantes de los diferentes módulos de la carrera, de los niveles tercero, cuarto y quinto año de estudio.

Para la recopilación de información se emplearon las técnicas e instrumentos siguientes: Revisión documental, entrevista.

Para cada una de las técnicas propuestas se utilizaron los siguientes instrumentos: una matriz de registro de información documental, un cuestionario, una guía conteniendo los elementos para el análisis, dos guías de entrevista. Las fuentes de información en el estudio fueron: programas de estudio de módulos y cursos, documento curricular de la carrera Educación para la Salud, Informantes clave. Para el procesamiento de la información de las entrevistas se procedió a cerrar preguntas abiertas y categorizar las respuestas. Para la información documental: tomando en cuenta los descriptores en estudio, se revisó cada uno de los programas seleccionados de la carrera, la información vaciada en la matriz fue objeto de análisis cualitativo. Para el análisis se contrastó la información recopilada acerca de cada descriptor.

#### **Resultados.**

Los programas revisados en la Unidad de Ciencias Básicas fueron tres, se encontró que en los módulos I, II y III se identifica más de alguna conceptualización de la Salud Pública. En cuanto a los contenidos de salud pública responden a las tendencias actuales, para los módulos I y II, casi todos, para el módulo III, todos. Los contenidos de Salud Pública muestran coherencia entre sí: módulo I siempre.

La mayoría (75 %) de los estudiantes entrevistados, opinaron que el contenido de Salud Pública de los programas está claramente definido; a diferencia de una minoría (25 %) que considera que el contenido de Salud Pública en los mismos está vagamente definido.

En igual proporción que la anterior, la mayoría de informantes identifica que el enfoque de esos contenidos es de desarrollo social humano integral, y la minoría considera que se percibe un enfoque mezclado de biologicista-tradicional con rasgos de ser integral.

Al preguntar sobre la concepción que se identifica en los programas, un poco más de la mitad dijeron que prevalece una concepción



multicausal en el análisis e interpretación del proceso salud enfermedad, mientras que el resto, opino que se observa un análisis e interpretación integral de dicho proceso.

Al preguntar a los estudiantes a que tópicos de la Salud Pública se da mayor importancia, se obtuvo el siguiente orden de prioridad: 1. sistemas de salud, 2. Administración de Salud Pública, 3. Planificación en Salud Pública, Reforma de Salud, 5. políticas de Salud, 6. Programas de salud y 7. Aspectos legales de salud.

En relación a la correspondencia entre los contenidos programáticos de Salud Pública y la realidad salvadoreña, la mayoría (62.5 %) de los estudiantes expresó que casi todos los contenidos tienen relación con esta; otros coinciden en que solo algunos contenidos; y algunos consideraron que todos los contenidos corresponden con la realidad del país.

En cuanto a que si los contenidos de Salud Pública, planteados en el programa corresponden a la tendencias internacionales actuales en este campo, la mitad (50 %) dijeron que casi todos los contenidos, otros (37 %) expresaron que algunos contenidos y solamente una minoría (8.13 %) dijo que todos los contenidos responden a la tendencias internacionales actuales en este campo.

Sobre la coherencia identificada entre los contenidos programáticos de Salud Pública, la mitad de los estudiantes (50 %) opino que siempre están relacionados dentro del mismo módulo. La otra mitad opinó que esa relación se da casi siempre.

Todos dijeron que los contenidos de Salud Pública de un módulo y del otro que le continua, están relacionados entre si.

En cuanto a su relación entre los contenidos de un año académico y el siguiente, la mitad (50 %) dijo que casi siempre están relacionados y la otra parte opino que estos contenidos guardan relación siempre.

Al indagar sobre el grado de complejidad de los contenidos de Salud Pública percibido entre temas, módulos, ciclos y años académicos, se encontró que la mitad dijo que el grado de complejidad se incrementa entre un tema y los siguientes. Los demás expresaron que el aumento en el grado de complejidad entre un módulo y el otro, se da casi siempre.

Asimismo, la mitad de los estudiantes opino que el grado de complejidad de los contenidos entre un ciclo y el siguiente se da casi siempre, y los demás consideraron que el grado de complejidad aumenta entre un año académico y el siguiente.

Para todos los estudiantes, en cuanto al contenido de salud pública, los programas proponen fundamentalmente la metodología siguiente: Investigación de campo, Investigación documental, clases participativas.

La mitad de los estudiantes expresaron que se participa en el desarrollo de los programas de Educación para la Salud pública en la red de establecimientos de salud, principalmente en unidades de salud y escuelas, en los primeros años de su carrera, realizaron actividades en comunidades. Últimamente esta práctica ya no se realiza. El resto de los estudiantes expresó que no hay práctica claramente identificada en el campo de la salud pública en los diferentes programas de estudio, manifestaron que lo que se hace, es investigación documental y algunas observaciones de campo.

En cuanto a la estructura interna de los contenidos de salud, se obtuvo: en la Unidad de Ciencias Básicas: **módulos I, II y III.** Pertinencia: Se introducen los aspectos teórico-metodológicos e instrumentos para el trabajo comunitario con contenidos de salud pública, salud comunitaria, proceso salud y enfermedad y epidemiología, así mismo, los elementos básicos de la promoción de la salud, como conceptos, principios, características, fines y objetivos. Coherencia: es congruente el contenido teórico metodológico del trabajo comunitario, al plantear las diferentes

dimensiones de la participación comunitaria con la técnicas e instrumentos para el trabajo comunitario; Universalidad: existe actualización, específicamente en el contenido de la promoción de la salud, salud comunitaria, proceso salud y enfermedad, no así en el contenido de “desarrollo de la comunidad”; Impacto: la practica comunitaria esta planteada como un espacio de investigaciones e intervenciones. La contribución de los estudiantes a la solución de problemas en este campo de la salud esta planteada en el modulo.

**Modulo IV, Promoción de la salud:** pertinencia: el programa de este modulo plantea en sus objetivos el desarrollo de capacidades para el análisis critico de la problemática de la promoción de la salud. Coherencia: se observa coherencia entre la misión de la carrera, los propósitos y objetivos del modulo, si como entre estos últimos y los contenidos. Los contenidos guardan secuencia y coherencia entre si, las subproblematicas están relacionadas entre ellas, pero no constituyen problemas en este campo de estudio. Universalidad: se identifica actualización en los contenidos de acuerdo a referentes de la nueva salud pública, en tal sentido el problema constituye en un espacio para divulgar el pensamiento innovador de esta área científica. Impacto: la contribución de los estudiantes a la solución de problemas en este campo de la salud esta planteado en el modulo.

**Modulo V: fundamentos teórico metodológicos de la educación:** no posee contenidos de Salud Publica.

**Modulo VI: Fundamentos teórico metodológicos de la educación para la salud.** El programa de este modulo plantea en sus objetivos el desarrollo de capacidades par el análisis crítico de la problemática de educación para la salud. Coherencia: se observa coherencia entre la misión de la carrera, los propósitos y objetivos del modulo, así como entre estos últimos y los contenidos. Universalidad: se identifica actualización en los contenidos de acuerdo a referentes de la nueva salud pública. Impacto: los contribución

de los estudiantes a la solución de problemas en este campo de la Salud esta planteado en el modulo.

**Modulo VII. El diagnostico socio epidemiológico de la comunidad.**

Pertinencia: muestra pertinencia con los enfoques de la nueva salud pública ya que plantea una concepción de salud integral y ofrece al estudiante modelos y enfoques con visión integral, participativa, colectiva y transformadora de la realidad. Coherencia: se observa coherencia entre la misión de la carrera, los propósitos y objetivos del modulo, así como entre estos últimos y los contenidos- Universalidad: no se identifica actualización en los contenidos de acuerdo a referentes de la nueva salud pública. En tal sentido el programa no constituye en un espacio para divulgar el pensamiento innovador de esta área científica. Impacto: la contribución de los estudiantes a la solución de problemas en este campo de la salud esta planteado en el modulo, pero no se precisa su realización.

**Modulo VIII. Factores determinantes de la conducta humana.**

Pertinencia: no se identifica con claridad la actividad práctica. Coherencia: los contenidos se perciben coherente entre si, todos ellos son pertinentes al modulo. Universalidad: en el programa se plantean las teorías de explicación y cambio de comportamiento conocidas universalmente. Impacto: en el programa no se propone la ejecución de proyectos transformadores de l objeto de estudio.

**Modulo IX. Diagnostico comportamental y de las influencias ambientales.**

Pertinencia: en el programa no se identifica con claridad el grado de pertinencia y coherencia con misión de la carrera pero si con los objetivos curriculares de la misma. Coherencia: los contenidos se perciben coherentes entre si, todos ellos son pertinentes al modulo, su organización va de lo general a lo particular y de lo simple a lo complejo. Universalidad: en el programa se identifican teorías y modelos de comunicación, pero no se aclara cuales se estudian, esto imposibilita establecer si están de acuerdo a referentes actuales de la Nueva

Salud pública, en tal sentido el pensamiento innovador en este campo no se puede identificar con claridad. Impacto: el programa no se propone la ejecución de proyectos transformadores del objeto de estudio.

**Modulo X. Diagnostico Educativo y administrativo.** Pertinencia: en el programa no se identifica con claridad el grado de pertinencia y coherencia con la misión de la carrera y los objetivos curriculares de la misma. >Coherencia: se identifica coherencia entre los contenidos y la metodología, esta se describe y se explica aunque de manera general, caracterizándose además como participativa, lo cual permite establecer la relación de interés. Universalidad: en el programa se identifican teorías y modelos de comunicación, sin embargo no se aclara cuales se estudian, esto imposibilita establecer si están de acuerdo a referentes actuales de la nueva Salud Pública, en tal sentido el pensamiento innovador en este campo no se puede identificar con claridad. Impacto: en el programa se identifica un contenido que da respuesta a cambios en la conducta relacionada con la salud.

**Modulo XI. Practica de las intervenciones en educación para la salud.** Pertinencia: el modulo muestra pertinencia y coherencia con la misión de la carrera y los objetivos curriculares de la misma. Coherencia: el programa se observa coherencia entre los propósitos, objetivos del programa con los fines y objetivos de la carrera. Universalidad: en el programa se identifican teorías, enfoques y modelos de planificación en promoción y educación para la salud de acuerdo a referentes actuales de la nueva salud pública. Impacto: en el programa se identifican contenidos que den respuesta a cambios en salud pública, por ejemplo experiencias en las comunidades y ciudades saludables.

**Modulo XII. Evaluación en educación para la salud.** Pertinencia: el programa muestra pertinencia y coherencia con la misión de la carrera y los objetivos curriculares de la misma y que pretende la formación de recursos humanos en salud y capacidades y

cualidades humanas. Coherencia: se observa coherencia entre los propósitos, objetivos del programa con los fines y objetivos de la carrera. Universalidad: se identifican teorías, enfoques y modelos de evaluación en salud de acuerdo a referentes actuales de la nueva salud pública. Impacto: se identifican contenidos que den respuesta a cambios en la evaluación en salud pública y educación para la salud.

**Modulo XIII: La educación para la salud en la administración de la salud pública.** Pertinencia: No aparecen contenidos referidos a enfoques, teorías o modelos innovadores en el campo de la salud pública, siendo aquí donde debería estudiarse tomando en cuenta que este modulo es el espacio teórico de la salud pública en esta carrera. Coherencia: se observa coherencia entre los propósitos, objetivos del programa con fines y objetivos de la carrera. Universalidad: no se identifican teorías, enfoques, ni modelos de salud de acuerdo a referentes actuales de salud pública. Impacto: se plantea la investigación de una investigación documental sobre los avances de la reforma de salud, lo que contribuye a que los estudiantes puedan analizar críticamente estos cambios.

**Modulo XIV: La educación para la salud en la población materno infantil.** Pertinencia: el programa plantea en sus objetivos el desarrollo de capacidades para contribuir a disminuir la problemática de salud de la mujer y el niño. Coherencia Se observa coherencia en el modulo. Universalidad: la mayoría de los contenidos están actualizados de acuerdo a referentes de la nueva salud pública. Impacto: no se emplean proyectos sociales en este campo.

**Modulo XVI. La educación para la salud en al población adulta.** Pertinencia: el programa muestra pertinencia con relación a la misión de la carrera, esto se identifica al analizar su descripción y sus objetivos. Coherencia: Se observa coherencia entre la misión de la carrera, los propósitos y objetivos del modulo. Universalidad: se observa que la mayoría de los contenidos están actualizados de acuerdo a

referentes de la nueva salud pública. Impacto: la contribución a los estudiantes a la solución de los problemas en este campo de la salud no se expresa claramente, no se aclara si se desarrollaran proyectos sociales en este campo.

**Modulo XVII. Educación para la salud en el área ocupacional.** Pertinencia: la nueva salud pública propone abordaje integral de los problemas, tanto en lo conceptual como en lo práctico, no establece la supremacía de la atención médica en la salud. Coherencia: se identifica coherencia entre la misión de la carrera y la proyección social. Universalidad: no se observa que los contenidos estén actualizados de acuerdo a referentes de la nueva salud pública. Impacto: la contribución de los estudiantes a la solución de problemas en este campo de la salud, aunque esta planteado en los objetivos del modulo.

### Conclusiones.

Los contenidos de salud pública se identifican en casi todos los módulos y desde los primeros ciclos de estudio, este componente se comporta como un eje transversal del currículo de la carrera Educación para la salud.

La estructura interna de los contenidos de salud pública, en la mayoría de los programas de estudio del área diferenciada de la carrera muestran pertinencia, coherencia y universalidad, sin embargo el impacto identificado tanto interno como externo no se identifica expresadamente en los programas de estudio.

La mayoría de los contenidos de salud pública de los programas muestran teorías y modelos con enfoques de abordaje integral, participativo y transformador del proceso salud enfermedad, lo cual es congruente con tendencias actuales de salud pública.

La practica académica planteada en el área diferenciada no corresponde a las estrategias metodologías para la formación de los recursos humanos consideradas en el marco de la nueva salud publica, ya que tanto la investigación como la proyección social que constituyen

además de funciones de la Educación superior en el contexto curricular, se convierten en ejes metodológicos en la formación integral de los profesionales.

Los descriptores de calidad de la educación, pertinencia, coherencia, universalidad e impacto, empleados par analizar los contenidos de salud publica en los programas del currículo de educación para la salud, muestran un nivel satisfactorio de valoración, sin embargo la metodología educativa, que se identifica en los mismos muestra bajo grado de pertinencia con lo demandado por las nuevas tendencias en Educación y en Salud.

Los contenidos de salud pública de los programas muestran correspondencia con la mayoría de los componentes del perfil profesional del Educador para la salud, no así en el área de política e investigación socio antropológica.

### Bibliografía.

1. Alba Álvarez, Rafael. Salud publica y medicina preventiva. Edito. manual moderno. 1991.
2. Aldana Mendoza. Carlos. Ciencia y conocimiento. Intitulo de investigaciones y mejoramiento educativo. USAC. Guatemala. 1991.
3. Aquino. Luis. un breve repaso sobre un nuevo planteamiento epidemiológico. 1972.
4. Ashton, John. La nueva salud publica. edito masón. 1988.
5. Badia. Roberto. Apuntes de Salud Pública. Edito Univ. 1993.
6. Barton. Sociology of education at the crossroad. 1978
7. Couri. Charles. La medicina en los actuales pueblos primitivos historia Universal de la medicina. 1972.
8. Duran, N. Historia de la Indias. Códice Ramirez. American Antropology. 1978
9. Lestón, Robert. Principios de bioestadística. Edit. Manual moderno. 1998
10. Estrada , Hugo. Perspectivas Interdisciplinarias en la investigación etnobotanica a partir del servicio. 1990.
11. Nalón, J.H. Salud publica y Medicina preventiva. Edith. Manual moderno. México 1991.
12. Harden, R.M. Estrategias educacionales en el desarrollo curricular. Holanda. 1984.
13. Imperatori, Angela. El sueño Irrealizado del tío Sam. 2ª edic. edit. Abril. La habana Vieja. 1990-
14. Mora Carrasco. Fernando. Introducción a la Medicina Social y Salud Pública. Edit. Trillas. 1990.
15. Piura, Julio. Metodología de la Investigación científica. Nicaragua. 1998.
16. Rodríguez Maria Isabel. Conferencia Inaugural de la Maestría en Salud Pública. Documento mimeografiado. Facultad de medicina. UES. 1997.
17. Rojas Soriano, Raúl. Crisis, Salud, Enfermedad y Practica Médica. 1990.
18. Rojas Soriano. Raúl. Capitalismo y Enfermedad. Edit. Trillas. 1989.
19. Sepúlveda, Maria Teresa. La medicina entre los prehispanicos. México. 1990.
20. Unidad de Impresiones de la OPS. Boletín epidemiológico. Vol. 10, No 4, 1990.

## 6

## Influencia de la Actividad Laboral Temprana Sobre la Salud Física y el Desarrollo social de niñas y niños de 7 a 12 años Trabajadores en la Calle de San Salvador, en el Periodo de Julio a Noviembre de 1999 .

Por:

Heidi Navarrete de Perez  
Isabel Cristina Reyes Regalado  
María de los Angeles de Ayala.

### Introducción.

El estudio adquiere relevancia en vista de que el trabajo infantil, a pesar de ser tan antiguo como la sociedad misma, nunca ha tenido por parte de los gobiernos la atención que requiere como problemática social que afecta a la niñez como futuro de la humanidad. Además existen escasos estudios que reflejan la magnitud del daño tanto individual como social que la actividad laboral temprana ocasiona en la niñez trabajadora.

En San Salvador existen según datos de UNICEF para 1999 39,926 niños y niñas de 7 a 12 años que deambulan en las calles realizando alguna actividad laboral.

**Objetivos. General:** Analizar la influencia de la actividad laboral temprana sobre la salud

### RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la influencia de la actividad laboral temprana en niñas y niños trabajadores en la calle de 7 a 12 años de San Salvador, en el periodo de Julio a Noviembre de 1999.

**Diseño Metodológico:** Tipo de investigación descriptivo, transversal y correlacional. Población 39,926 niños y niñas trabajadores de la calle. Muestra fue de 104.

**Resultados:** El sexo más predominante es masculino con el 61 % y el femenino con el 39 %. Grupo etareo mas afectado es de 7 a 12 años de edad. No asiste a la Escuela el 99 %. Tipo de trabajo mas realizado es de vendedores ambulantes el 60%. Jornadas laborales de 12 hrs 38%. El 48 % salen a trabajar enfermos. El 15 % es adicto a alguna droga.

**Conclusiones.** La salud física de niños y niñas trabajadores se ve afectado por el inicio del trabajo a temprana edad. El 54 % trabaja 7 días a la semana. El 64 % esta desintegrado del núcleo familiar, viven con otras personas que no son sus padres.

física y el desarrollo social de las niñas y niños trabajadores en la calle de 7 a 12 años de San Salvador, en el periodo de Julio a Noviembre de 1999.

**Específicos:** Analizar la influencia de las condiciones laborales en las que se realiza la actividad laboral sobre la salud física de las niñas y niños trabajadores en la calle. Identificar como influye el tiempo de la jornada laboral, sobre el desarrollo social de las niñas y niños trabajadores de la calle. Caracterizar el perfil de morbilidad que con mayor frecuencia presentan los niños y niñas trabajadores en la calle.

### Diseño Metodológico.

Tipo de estudio: la investigación es descriptiva, transversal y correlacional.

En el diseño se considero un segundo grupo de niños y niñas que permanecieron en la calle acompañando a algún adulto trabajador sin desempeñar ellos ninguna actividad laboral, presentando características similares al grupo maestro. La población estaba conformada por 39,926 niños y niñas trabajadores en la calle de San Salvador, comprendidos entre las edades de 7 a 12 años. Muestra fue de 104 niños.

Criterios de Exclusión para el grupo sujeto de estudio: que no quiera cooperar con la encuesta, menores de 7 años y mayores de 12 años, que no este trabajando en la calle en el momento de la encuesta.

Criterios de inclusión para el grupo de contraste: edad de 7<sup>a</sup> 12 años, ambos sexos, que se encuentre en la calle acompañado a un adulto trabajador, no realiza ninguna actividad laboral.

Criterios de exclusión: edad menor de 7 años y mayor de 12 años.

Se validaron los instrumentos aplicándolos a 20 niños y niñas trabajadores en la calle seleccionados al azar y a conveniencias de los investigadores y que presentaban características similares a los sujetos de estudio. Se capacitó a 10 encuestadores para recolectar los datos. El total de instrumentos fue de 624, distribuidos así: Grupo de estudio: guía de entrevista 104 y guía de observación 104. Grupo de contrastes: Guía de entrevista 208 y guía de observación 208.

### Resultados y análisis.

Con los resultados obtenidos de la investigación se puede afirmar que el sexo que predomina como trabajadores en la calle es el masculino representado por el 61 % del total de encuestados, ocupando el sexo femenino el 39 % restante.

Los anteriores datos demuestran que la mayor parte de los niños trabajadores esta conformado por los varones lo que puede relacionarse con las investigaciones realizadas

a nivel Internacional como UNICEF y FEPADE. El grupo etareo mas afectado por el trabajo temprano es el de 7 a 12 años. La procedencia que predominó en los niños trabajadores de San Salvador es en la actualidad del área urbana representado por un 84 % y el lugar en donde con mayor frecuencia se ubican para realizar el trabajo es, en las terminales, mercados, parques, constituyéndose estas áreas en ambientes de riesgos para el desarrollo social y de la salud física de los niños y niñas trabajadores.

En relación a la asistencia a la escuela en el grupo de niños trabajadores, se encontró que el 99 % no asiste a la escuela y solamente el 19.2 % ha alcanzado del primer al tercer grado de escolaridad.

#### SEXO DE NIÑOS Y NIÑAS TRABAJADORES Y NO TRABAJADORES.

SEXO	NT	T	TOTAL
FEMENINO	98	41	139
MASCULINO	110	63	173
TOTAL	208	104	312

De los 104 niños y niñas trabajadores el 57 % sabe solo leer, mientras que un 43 % no sabe ni siquiera leer, y un 35 % saben leer y escribir aunque no asistan a la escuela lo que permite pensar que han aprendido a leer y escribir en la calle de una forma empírica. El 82 % refieren el deseo de asistir a la escuela. Su inicio de actividad laboral fue antes de los 9 años, esto puede considerarse como un inicio extremadamente precoz al trabajo, edad en la cual debieran dedicarse a realizar actividades propias de los niños de su edad.

El tipo de trabajo que con mayor frecuencia realizan los niños del grupo estudiado es el de vendedores ambulantes representado por el 60 %, con este dato puede inferirse que por su corta edad realizan este trabajo que no les demanda mayor complejidad aunque después de los 12 años asumen otro tipo de trabajo como cobradores de buses y otros.

El 69 % de los niños son enviados a trabajar por lo padres y que el dinero recolectado es entregado a estos en un 40 %, mientras que un

16 % es entregado a otros familiares adultos que son quienes los mandan a trabajar, los anteriores datos demuestran como los niños a su corta edad forman parte del sector laboral productivo informal del sostén del hogar quedando así limitada o anulada la actividad específica de la infancia.

Los niños invierten en el 77 % del dinero que ganan, en la compra de sus alimentos (31 %), dándole dinero a los padres (40 %), y un 4.8 % lo gastan en la escuela y solo un 1.2 % es para sus medicinas y otras cosas esto refleja el significativo riesgo en la salud física y del desarrollo social de este grupo de niños y niñas.

El 20 % lo ahorra, lo cual es depositado en alcancías ( 6 % ), mientras que el 80% restante no le alcanza el dinero para ningún tipo de ahorro y al 1 % de estos niños, no le dan nada de lo que gana por lo tanto no pueden ahorrar, no disponen de ningún tipo de dinero par satisfacer sus necesidades de salud.

Las jornadas laborales son de 38 % en jornadas largas y agotadoras de 12 hrs., un 35 % de 6 horas y un 27 % jornadas inhumanas de 18 horas diarias.

Este resultado fundamenta científicamente el desgaste y deterioro físico de estos niños como también el retraso en su desarrollo social por la no tenencia de oportunidades para el juego, la asistencia a la escuela, ni para la interacción en grupos juveniles.

El estado de salud cuando realizan su trabajo, se encontró que un 42 % de niños y niñas salen a la calle a trabajar aun estando enfermos mientras que un 58 % no lo hace, además para satisfacer sus necesidades de salud física, los niños manifestaron no acudir a ningún lugar para curarse ( 34 % ), lo que explica que el proceso mórbido evoluciona sin ninguna intervención adecuada y es resuelto por el organismo bajo condiciones inadecuadas que favorezcan la restauración de la salud de estos menores. Un 27 % manifestó curarse en la casa y solo un 28 % acuden a hospitales y unidades de salud, esto se ve limitado por no

tener los recursos económicos para acceder a los servicios de salud.

Sobre la interferencia para el desarrollo social y psicológico se indagó que un significativo porcentaje de niños trabajadores (38 %) han sufrido algún trauma al ver a algún compañero de trabajo morir en el momento que este realizaba su actividad, ya sea sufrir una muerte por accidente de tránsito (40 %), asesinados en la calle (43 %) y muertos en la calle por enfermedad un 10 %.

Toda esta problemática psicosocial afecta negativamente el proceso normal de desarrollo de estos menores al tener que sobrevivir en un ambiente hostil, agresivo y amenazante para sus vidas y que es su espacio en donde tienen que vivir la mayor parte de su tiempo.

De los 104 niños encuestados el 91 % manifestó siempre haber trabajado en la calle, casi desde que tienen uso de razón, y que el total de días que trabajan es de 7 días semanales (54 %) descansando ningún DIA, el 26 % y solo el domingo 27 %, estos datos confirman como el cansancio físico por las jornadas excesivas de trabajo están deteriorando cada día la salud y el desarrollo social de los niños trabajadores.

Los lazos de amistad en el 94 % de niños manifestaron estar contento con los amigos que tiene y creen "llevarse bien "con ellos (95 %).

**Tabla 1. Tipo de Trabajo que realizan los niños y niñas de 7 a 12 años de San Salvador.**

Tipo de Trabajo	Frec	%
Cobrador de buses	7	7
Vendedor	64	60
Vendedor y recogedor	2	2
Recogedor de latas	3	3
Pidiendo dinero	3	3
Botar basura	4	4
Limpiador de carro	3	3
Cantantes	5	5
Payaso	3	3
Lustrador de zapato	5	5
Otros	5	5
<b>TOTAL</b>	<b>104</b>	<b>100</b>

El 73 % del total de niños encuestados no pertenece a ningún grupo, ni reconocen la importancia de ello, esto puede deberse a la falta de tiempo para estas actividades ya que la mayor parte del día la dedican al trabajo, La no pertenencia a grupos juveniles no favorece al desarrollo psicosocial de estos niños.

El 32 % vive con sus padres, mientras que el 20 % viven con abuelos y el 18 % con los tíos y el 13 % viven solos o se reúnen en las noches con personas desconocidas para dormir bajo algún techo.

La comunicación entre padres y niños trabajadores no ocurre nunca en un 45 %, casi nunca en un 29 % estos datos permiten pensar en el vacío afectivo que estos niños adolecen y como esto afecta su madurez y su desarrollo social. Pocas veces se comunican los padres y cuando lo hacen es para obligarlos a trabajar (58 %).

Un 50 % de los niños manifestaron el deseo de tener oportunidad de estudiar, un 11 % quieren aprender algún oficio y un 10 % tener tiempo para jugar, lo cual resulta concordante como una necesidad para el desarrollo social, además el 87 % de niños refirió que les gustaría participar en eventos deportivos, esto viene a confirmar la necesidad de interacción social de la que tanto carecen estos niños.

El 30 % refirieron que no disponen de tiempo para jugar y un 29 % lo hacen por la tarde y la noche, esta situación no les permite disfrutar de esta actividad lúdica ya que lo hacen cansados después de la jornada de trabajo. Los objetos de que disponen son pelotas de plástico (35 %) mientras que un 35 % no disponen de tiempo ni de juguetes para distraerse.

Un 68 % desea ser profesional, el 23 % desea un oficio. Este 91 % es significativo ya que refleja la claridad del compromiso social que estos niños tienen como también algún grado de madurez que han adquirido tempranamente al ingresar a la fuerza laboral informal.

En cuanto a la adicción a alguna droga, el 15 % refirió haber probado droga alguna vez (cigarro, pega, cerveza, marihuana, cocaína), se encontró que 53 % la ha consumido en un tiempo menos de 3 meses el 18 % de 4 meses a un año, y un 29 % mas de un años, estos datos son alarmantes ya que estos niños pueden convertirse en futuros ciudadanos delincuentes, antisociales, con un fuerte componente de resentimiento social y que dificilmente se insertarán a la sociedad sanamente.

En cuanto al perfil de salud se encontró un predominio de la IRAS en ambos grupos (54 % > 44 %), seguido de la EDAS (25 % > 15 %), lesiones en la piel (8 > 6 %).

Aunque es único caso el intento de suicidio presentado en los niños y niñas no trabajadores expresa el poco deseo de vivir, no esperar nada de la vida y la falta de seguridad brindada por los mayores.

**Tabla 1. Lugar de Trabajo de niños de la calle de 7 a 12 años en San Salvador.**

Lugar de trabajo	Frecuencia	%
Boulevard del ejercito	4	4
Buses	4	4
C. Tiendota	8	8
C. Escalón	3	3
Terminales	32	30
Mercados	29	28
Parques	21	20
Hospital Rosales	1	1
Ferrocarril	1	1
Casa	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>104</b>	<b>100</b>

### Conclusiones.

La salud física de niños y niñas trabajadores se ve grandemente afectado por el inicio del trabajo a temprana edad (100 % de niños tomados en el estudio son menores de 12 años), además un alto porcentaje (42 %) de niños y niñas aun encontrándose enfermas deber Salir a trabajar.

El total del estudio el 54 % trabajan 7 días a la semana, sin tener oportunidad de descansar ya que deben permanecer desarrollando un trabajo informal (100 %), un 65 % trabajan



mas de 7 horas dichas condiciones conducen a un daño permanente a la salud, así mismo esas jornadas prolongadas y sin días de descanso le limitaron su adecuado desarrollo social (no acceso a la escuela 95 % de escolaridad y el 56 % no gozan de tiempo para jugar y divertirse). A pesar de las condiciones inadecuadas de vida en las cuales el niño se encuentra, las respuestas obtenidas demuestran que no han perdido sus aspiraciones e intereses de ser alguien productivo para la sociedad (81 % de las que no asisten a la escuela refieren tener deseos de hacerlo en el futuro y el 50 % de todos los entrevistados desean estudiar actualmente).

Otro aspecto social relevante e importante para su desarrollo en la integración familiar, condición con la cual ellos no cuentan, desfavoreciéndoles su estabilidad emocional y el desarrollo social (64 % viven con otras personas que no son sus padres).

El perfil de morbilidad predominante en el grupo de estudio (83 %) corresponden a enfermedades infecciosas prevenibles (IRAS y EDAS) indicando estos las inadecuadas condiciones del entorno en las cuales se encuentran laborando, afectándoles, su integridad física y su desarrollo social.

## Bibliografía

Alan Denver, Epidemiología y Administración de Servicios de Salud, Washington, OPS/OMS.1991.

FEPADE. Los jóvenes en situación de Exclusión Social, San Salvador 1997.

MAYMO, Rasiel. Cómo preparar un anteproyecto y tesis de graduación. Ediciones Myssa.1989.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO OIT CENTROAMERICA. Los menores edad y el trabajo. Guatemala , septiembre de 1993.

OLOFF PALME, Estudio sobre Niños en la calle, octubre. 1991.

Procuraduría para la defensa de los Derechos Humanos. Trabajo Rural Infantil en Chalatenango, junio de 1997.

PIURA. Metodología de la Investigación. Nicaragua, segunda edición 1995.

SAMPIERY Y OTROS. Metodología de la investigación. 2ª EDICION 1999.

UCA Solidaridad y violencia en las pandillas del gran san salvador, El Salvador. 1998.

UNICEF. Estado Mundial de la infancia. 3ª edic. 1997

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, Facultad de Medicina. Curso de Marketing en Servicios de Salud. El Salvador. 1999.

REFERENCIAS Y DOCUMENTOS.

PRENSA GRAFICA. Periodico Nacional Matutino. El Salvador.




---

**Aseguramiento de la calidad en la  
Provisión de Servicios de Atención  
a la Mujer y a la niñez en áreas  
Rurales de la zona Sur de San  
Salvador. abril 2000 a marzo 2001**

por:

**Dr. José Manuel Beza**

---

**RESUMEN**

**Objetivo:** Explicar como el modelo de servicios de salud adoptado en las comunidades rurales en la zona sur del Departamento de San Salvador asegura la calidad de la provisión de los servicios de atención en la mujer y a la niñez, durante abril de 2000 a marzo de 2001.

**Diseño Metodológico:** Tipo de estudio es cualitativo. Modelo a utilizar es el implementado por la Fundación Serafín del proyecto PROSAMI. Entre los métodos e instrumentos de recolección de datos fueron: revisión de manuales y convenios de la organización, entrevista con directos, gerentes, supervisores y promotores de salud, revisión de reportes de monitores y herramientas de aplicación, reporte de evaluación anual de abril 2000 a marzo de 2001.

**Resultados:** En la atención a la mujer permite ubicar que la eficacia practica se quedo abajo del umbral de 30 a 80 % de la eficacia esperada para este componente de atención. La dosis de Toxoide tetanico fue de 83.6 % superò el estándar establecido. No se han

establecido estándares para citología cervical y vaginal. Las coberturas de atención prenatal son de 80 a 100 %, no así con los partos atendidos alcanzo 62.9 %. Atención en la niñez se encontró que más del 100 % fueron cubiertos los niños menores de 1 año, la cobertura de vacunación antisampionosa de 84.1 %. Para los niños de 1 a 4 años se reporta una cobertura acumulada de 59.4% con una concentración o promedio de atenciones por niño inscrito de 6.

**Conclusión.** El modelo de servicios de salud adoptado en las comunidades rurales en la zona Sur del Departamento de San Salvador ejecutado por promotoras es de calidad.

**Introducción.**

A partir de la definición de la estrategia de Atención Primaria de Salud, como una forma practica y sistemática para mejorar las políticas de salud, considerando la capacidad de pago de cada país, para mejorar la calidad de vida de sus poblaciones.

La participación comunitaria es considerada como una de las mejores opciones existentes para acceder a las zonas mas marginadas y pobres, con el fin de proveerlas con los mínimos servicios de salud. La capacitación de agentes comunitarios de salud ha sido propuesta como una de las formas más costo efectivo para mejorar la situación de salud en las comunidades rurales mas densamente pobladas y más marginadas de los servicios institucionales del sistema gubernamental de salud en los países en vías de desarrollo.

El análisis explicativo sobre el modelo adoptado por las comunidades rurales, su eficacia y las formas de aseguramiento a través del monitoreo, pueden aportar desde su sencillez, en un nivel de baja complejidad, las pautas instrumentales para el aseguramiento de la calidad y las formas posibles de acreditación de diferentes modelos de servicios dentro del sector salud, por parte de entidades a quienes les corresponda la función de rectoría.

**Objetivos:** General: Explicar como el modelo de servicios de salud adoptado en las comunidades rurales en la zona sur del Departamento de San Salvador asegura la calidad de la provisión de los servicios de atención a la mujer y a la niñez, durante abril de 2000 a marzo de 2001. Específicos: 1. Describir el modelo de servicios de salud adoptado en las comunidades rurales en la zona sur de San Salvador. 2. Conocer la eficacia de los servicios prestados por promotoras de salud en las comunidades rurales en la zona sur de San Salvador. 3. Explicar el aseguramiento de la calidad de los servicios de salud adoptado en las comunidades rurales en la zona sur de San Salvador.

### Diseño Metodológico.

El presente es un estudio de caso con enfoque cualitativo, para explicar el aseguramiento de la calidad de los servicios de salud en el modelo implementado por la Fundación Serafín en comunidades rurales en la zona sur del Departamento de San Salvador, a partir de la sistematización de la experiencia del proyecto PROSAMI.

Para la obtención de los datos se tomo como fuente primaria, el sistema de Información Gerencial de la Fundación Serafín, para el total de las familias que conforman las comunidades rurales que atiende la organización en la zona sur del Departamento de San Salvador. Para describir el modelo y explicar el aseguramiento de la calidad se realizaron entrevista y revisiones documentadas de la organización.

Entre los métodos e instrumentos de recolección de datos utilizados, están: revisión de manuales y convenios de la organización, entrevista con Director, Gerentes, Supervisores y Promotores de Salud, revisión de reportes de monitoreo y herramientas de aplicación, reportes de evaluación anual de abril 2000 a marzo de 2001.

Procedimientos para recolección de información. El procedimiento a seguir para la

recolección de datos, se desarrollo en las siguientes etapas:

1. Primera etapa: diseño y validación de Guías de obtención de la información, llenado de las guías para recolección de datos. 2. Segunda etapa: recolección y procesamiento de consolidado de abril de 2000 a marzo 2001, recolección de resultados de las guías de obtención de la información con Director, Gerentes, Supervisores y Promotores de la Salud. 3. Tercer etapa: análisis de los resultados obtenidos. Se proceso y se tabulo en Office-Excel.

Plan de tabulación y análisis, se utilizaron las tablas de frecuencia del Sistema Gerencial de Información de la organización y los resultados de las guías de entrevistas y revisión de documentos basados en los descriptores, siguiendo en orden secuencial de la siguiente manera: 1. Descripción y análisis de la estructura, procesos y resultados esperados del modelo de servicios. 2. Descripción de los procesos de ponderación de la eficacia del modelo de servicios. 3. explicación y análisis de los procesos de aseguramiento de la calidad de los servicios prestados.

### Resultados Discusión.

Atención a la mujer. En cuanto a la cobertura de inscripción de mujeres elegibles para Planificación Familiar para los 12 meses en estudio acumulo 20.1 % lo cual dentro de lo estandarizado para la ONG cae en la categoría B (de 20 a 29 %). Este umbral de rendimiento permite ubicar que la eficacia práctica se quedó abajo del umbral de 30 a 80n % de la eficacia esperada para este componente de atención.

La cobertura de tercera dosis de Toxoide Tetánico (TT3) en mujeres en edad fértil supero el estándar establecido con 83.6 %. En cuanto a la citología cervical y vaginal en las MEF, no se han establecido estándares, ya que ha sido un servicio que no estaba dentro de la oferta inicial ni dentro de los compromisos de gestión, y se ha incorporado posteriormente como un valor agregado, de manera que aun

no se tiene estimado, de acuerdo a la capacidad de cobertura de este servicio, cuales podrían ser los estándares, indicadores y umbrales para su ponderación de inicio. La mayoría de mujeres en las áreas de intervención, nunca se había realizado un examen de Papanicolau, y se ha no logrado detectar mujeres con displasia que ya están en tratamiento. Este procedimiento ha sido incorporado a las actividades de las promotoras, bajo estrecha supervisión de los técnicos, quienes coordinan con los niveles locales del MSPAS para la obtención de especulos esterilizados, autoclave, laminas, fijador, lectura de la citología, notificación a las usuarias, tratamiento y el seguimiento correspondiente.

Las coberturas de atención prenatal han cumplido con el umbral de 80 a 100 % esperado, no así con los aparatos atendidos por personal capacitado que alcanzó el 62.9 % cayendo en la categoría C que califica la eficacia entre 50 y 70 % según el estándar y el umbral de 80 a 100 % establecido.

Como puede verse en los resultados sobre los partos, estos ocurrieron mas de los que se esperaban, de manera que igualmente hubo un incremento sustancial en las inscripciones de puerperas superando el 100 % de cobertura en los 12 meses con una concentración o promedio de atenciones por mujer inscrita de 3; además refirieron a todas las puerperas que se les detectaron signos de peligro. La muerte materna que se reporta ocurrió en una mujer de 31 años de edad que fue atendida por su esposo de no noveno parto, y que presento un cuadro de sepsis severa durante el puerperio inmediato.

Atención a la niñez. Desde el periodo neonatal en los primeros 27 idas de vida, a raíz del incremento de partos ocurridos, consecuentemente se inscribieron mas recién nacidos de los esperados en el periodo, superándose el resultado esperado del 100 %, así mismo se detectaron 5 niños con bajo peso al nacer de los cuales 4 fueron referidos en el ámbito de mayor complejidad.

Los niños menores de 1 año fueron cubiertos en mas del 100 %, dados los incrementos en los partos ocurridos, y fueron cubiertos con el esquema de vacunación establecido. Un detalle importante de denotar en el modelo es que trabajan con mucho énfasis la recuperación nutricional de los niños y el uso de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad que llega al 63.5 %. Se reportaron 5 muertes infantiles que ocurrieron 3 en el primero y 2 en el tercer trimestre del periodo y por causas perinatales y malformaciones congénitas.

Par los niños de 1 a 4 años se reporta una cobertura acumulada de 59.4 % con una concentración o promedio de atenciones por niño inscrito de 6, siendo el estándar de 4 atenciones, lo cual sugiere variaciones no deseadas en el registro de información y una deficiencia en el aseguramiento de la calidad que se tocara posteriormente. Consecuentemente el registro de cobertura de vacunación con antisarampionosa de 84.1 % esta mas relacionado al 59.4 % de los registrados como inscritos que del total de niños menores de 5 años; de manera que en este caso estaríamos sobre la hipótesis de ineficacia en este componente en particular, aun cuando pueda explicarse mejor en un sondeo a profundidad sobre el mecanismo de inscripción de los niños cuando pasan del grupo menor de una año al grupo de 1 a 4 años. De cualquier manera se esperaría que la vacunación con antisarampionosa como trazador, indique que en realidad la ineficacia señalada, mas que hipótesis sea, de cara a este resultado una oportunidad de mejora del sistema.

Finalmente par ponderar y ver la orientación del modelo de atención puede considerar que si se totalizan las atenciones dadas por les 5 promotores de salud en las comunidades estas realizaron 5428 visitas domiciliarias, dando un total de 8,833 atenciones (1.6 atenciones por visita domiciliar) de las cuales 8,396 (95 %) se dieron al grupo de mujeres en edad fértil y niños menores de 5 años, y de estas 7,165 (85 %) corresponden a las atenciones preventivas y solamente 1231 (15 %) fueron atenciones por morbilidad principalmente en niños.

Solamente el 5 % del total de atenciones se proporcionaron a otros grupos de edad, entre niños mayores de 5 años, adolescentes y adultos. Esto permite categorizar al modelo en su focalización hacia el grupo prioritario y su mayor orientación a las actividades de tipo preventivo.

### Conclusiones.

El modelo de servicios de salud adoptado en comunidades rurales en la zona Sur del Departamento de San Salvador ejecutado por promotoras, bajo la supervisión y apoyo técnico de un profesional de la salud, explica el aseguramiento de la calidad, por los siguientes aspectos:

- a. Su diseño sistémico, con la predefinición de estándares, indicadores y umbrales, desde la aplicación sobre los elementos estructurales que le dan el soporte al proceso de producción de los servicios.
  - b. La Fundación Serafin cuenta con una estructura de apoyo fundamentada en la administración por valores, bajo los principios de equidad, eficacia, eficiencia y calidad.
  - c. Los procesos de provisión están enfocados a las mujeres en edad fértil y niños menores de 5 años y en más del 85 % la atención es de tipo preventivo; lo cual determina su pertinencia en función de la situación de riesgo de este grupo poblacional. Su nivel de operación y sus propósitos son coherentes con la Política Nacional y los Planes de Gobierno.
2. El modelo fundamenta su eficacia en la gestión de sus recursos humanos y tiene como herramienta fundamental para el aseguramiento de la calidad el monitoreo regular y la evaluación periódica de las actividades y resultados del sistema.

Para el monitoreo regular y la evaluación periódica, el modelo cuenta con un sistema de registro y un sistema de información mecanizado que permite el aseguramiento, fundamentándose en datos para la detección de oportunidades de mejora y aplica metodologías de análisis documental y observación directa del modelo de servicios ejecutados por las PS.

La asignación poblacional para cada PS, y la frecuencia del monitoreo por parte del supervisor permiten brindar los servicios de forma eficaz y oportuna, dentro de los estándares de calidad establecidos en el modelo.

Los procesos evaluativos y el análisis causal de los problemas de salud de las comunidades facilita el diseño de estrategias y las posibilidades de mejora continua del modelo de servicios.

El sistema de registro, de procesamiento y análisis del modelo, es sensible para la detección de fallas y posibles oportunidades de mejora de todo el sistema.

3. el modelo ha sido eficaz en el cumplimiento de los objetivos de ampliación de coberturas en los que atención prenatal, atención del puerperio, vacunación con TT, atención del recién nacido, atención de los niños menor de un año en su crecimiento y desarrollo y vacunación, se refiere; sin embargo, la cobertura de atención del parto por personal capacitado no llega al umbral esperado de 80 a 100 %, lo mismo ocurrió con la cobertura de inscripción de los niños de 1 a 4 años, y en el caso de planificación familiar no alcanzó superar el 30 % que se estableció como estándar.

El análisis de información del modelo permite, a partir de la formulación de hipótesis de trabajo por parte de los supervisores, desarrollar habilidades de investigación operativa y de control de la gestión de los servicios dados por la PS.

El aseguramiento de la calidad de los servicios concentra sus intervenciones en la detección precoz durante los puntos más críticos del riesgo reproductivo, desde la atención a las mujeres en edad fértil, durante el embarazo, el parto, el puerperio, garantizando la continuidad de la atención y monitoreo del bienestar del recién nacido junto a su madre, y la evolución de su crecimiento físico y su desarrollo psicomotor durante el primer año de vida, continuando con el periodo de 1 a 4 años

de vida de niños y niñas en la misma comunidad, las 24 hrs del día los 7 días de la semana, que las promotoras viven en la comunidad.

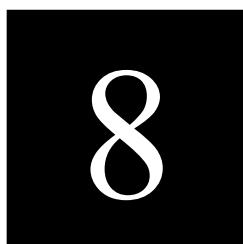
4. la capacitación de entrada de las promotoras de salud y el monitoreo regular durante la ejecución, permiten reforzar en serio las capacidades de las promotoras de salud, lo cual permite asegurar la competencia técnica para la provisión de los servicios.

La continuidad de las intervenciones desde la inscripción o detección de los usuarios, el enfoque de riesgo reproductivo y la metodología de programación de las visitas domiciliarias, asegura la oferta de servicios preventivos de salud y la atención precoz de condiciones de riesgo o casos de enfermedad, que por medio de la atención directa o referencia oportuna, tienen impacto en la disminución de complicaciones y muerte en las comunidades.

La delimitación geográfica y poblacional y los sistemas de control de la oferta de los servicios, permite garantizar el acceso a los servicios por parte de la mayoría de la población a través de la visita domiciliar, la cual es un factor de comodidad y eficiencia, dado que beneficia en términos de tiempo y oportunidad de recibir atenciones y educación personalizada por varios miembros de la familia en una sola visita, y específicamente sobre los problemas de salud que están padeciendo y como estos pueden prevenirse dentro de su contexto económico, social y cultural.

### Bibliografía.

1. Beza , José Manuel. Y otros. Agosto 1999. "una experiencia exitosa para mejorar la salud de los niños en el Salvador- P 13 noticia sobre AIEPI No 3, Unidad Regional. Del a OPS/OMS con world link
2. Beza Josek Manuel. Mayo 2000. "aplicación del enfoque económico a las gerencias de los servicios de salud. P 10 noticia sobre AIEPI No 3, Unidad Regional. Del a OPS/OMS con world link.
3. Brown Lori Di prete. 1999. " garantía de la calidad de salud en países en desarrollo".
4. Canales de Alvarado y Pineda. 1986. Metodología de la investigación. LIMUSA.
5. Conferencia Internacional sobre atención primaria de salud. Alma Ata (URRS). 1978. APOS. OMS 1978.
6. Conferencia magistral "retos de la Reforma de salud en El Salvador". Beza . enero 2000. Consulta ciudadana.
7. Conferencia magistral sobre Principios y Dimensiones de la calidad, Colindres . abril 2001.
8. Conferencia Magistral sobre aseguramiento de la calidad, Colindres .abril 2001.
9. Donobedian. Garantía y Monitoria de la calidad de la Atención Médica. México. 1992.
10. FESAL- 1998. Encuesta Nacional de Salud Familiar. El Salvador.
11. Fundación Serafin. 1999. Manual de organización y funciones. P.25-30
12. Fundación Serafin. 1999. Manual de supervisión.
13. Fundación Serafin. 199. Diagnostico de Salud de Comunidades Rurales Zona sur San Salvador.
14. González Dagnino. De palbos. Y otros 1994. Calidad Total en Atención Primaria en Salud.
15. Fernández Sampieri. 1998. Metodología de la investigación.
16. Indicadores de la calidad. 1993. Vol 8 No4.
17. IPMm S: A: Revisión y Evaluación de Promotores de Salud Comunitaria. MSPAS 1993.
18. Métodos para mejorar la calidad de atención. Blaney . 1993. Volumen 8 No4.
19. MSPAS Dirección de servicios técnicosnormativosOperativos.Calidad básica de atención en enfermera. 1990.
20. MSPAS. Dirección de servicios técnicos normativos operativos. Unidad de Enfermería del nivel central diciembre 1993. Calidad de atención básica de enfermería y desempeño del personal de enfermería.
21. OPS 2000. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención Materno Infantil.
22. Pineault, y otros. 1986. La Planificación Sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias.
23. Piura López .1995. Introducción a la metodología de la Investigación. Publica. Científica. Nicaragua. 2ª edi.
24. Shaefer Morris. Jack. 1986. Trabajadores comunitarios de salud. Serie PRICOR. Temas para las investigaciones operativas.




---

**Socialización masculina y salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes varones de las áreas urbano marginal, urbano, urbano popular y rural del departamento de San Salvador, en los meses de mayo a julio de 2000.**

**Por:**  
**Dra. Amalia Elisa Ayala**  
**Dr. Ricardo González**

---

**RESUMEN**

**Objetivos:** Analizar la influencia de los procesos de construcción y ejercicio de la masculinidad en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes varones de las áreas urbano popular, urbano marginal y rural del departamento de San Salvador en los meses de mayo a julio de 2000.

**Metodología.** El tipo de estudio es descriptivo, cualitativo. La población de estudio en de 122 adolescentes y jóvenes varones entre las edades de 13 y 14 años, 15 y 19 años y 20 y 24 años, provenientes de comunidades urbano populares, urbano marginales y rurales de la zona sur del Municipio de Soyapango, Municipio de San Marcos, Municipio de Guazapa del Departamento de San Salvador.

**Resultados.** En el área rural consideran al hombre como “ El hombre de bien” es el

modelo tradicional de masculinidad en la que destacan las características de responsable, independiente, formal, libre , sexualmente activo, proveedor trabajador, respetuoso, humilde etc. En el área urbano marginal loconsideran como correspondencia que establecen con sus pares y la manera como logra diferenciarse de los otros hombres tipificados como machistas.

**Conclusiones.** El significado de masculinidad los adolescentes y jóvenes varones lo resalta con dos tipologías de hombre, uno como “hombre de bien” y el otro como “ machista”. Consideran que el aprendizaje y ejercicio de las relaciones sexuales como componente fundamental de su identidad masculina.

**Introducción.**

**T**radicionalmente los programas de salud reproductiva han sido dirigidos casi exclusivamente a mujeres, lo que evidencia el condicionamiento social y cultural que divide y diferencia los roles a partir del sexo biológico; siendo común considerar que es natural que eventos como la crianza, el apoyo afectivo, la salud y la educación de las hijas(os), le correspondan únicamente a la mujer, situación que en muchos casos representa para ella una sobrecarga a las múltiples obligaciones domésticas.

El Salvador se caracteriza por tener una población predominantemente joven, en el que la edad mediana no supera los 20 años de edad, los (as) adolescentes entre los 10 y 19 años representan el 23 % del total de la población y solamente el 58 % de estos, cursan estudios de educación básica.

El presente estudio tiene como propósito generar mayor conocimiento sobre la influencia que el proceso de socialización de la identidad masculina tiene en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes varones de las áreas urbano popular, urbano marginal y rural del Departamento de San Salvador.

Objetivos: General: Analizar la influencia de los procesos de construcción y ejercicio de las masculinidad en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes varones de las áreas urbano popular, urbano marginal y rural del Departamento de San Salvador en los meses de Mayo a Julio de 2000. Específicos: 1. conocer el significado que los adolescentes objeto de estudio le dan a la masculinidad. 2. Identificar algunos de los patrones de socialización que conducen a la construcción de diferentes formas de masculinidad. 3. Analizar las manifestaciones de los significados de la masculinidad en actitudes y comportamientos relevantes de la salud sexual y reproductiva. 4. Identificar las fuentes de información de donde obtienen los conocimientos relacionados con la salud sexual y reproductiva. 5. Analizar la percepción de los adolescentes en relación a la utilización de los servicios de salud sexual y reproductiva.

#### **Diseño Metodológico.**

El tipo de estudio es descriptivo, cualitativo. La población de estudio son 122 adolescentes y jóvenes varones en edades comprendidas entre los rangos de 13 y 14 años, 15 y 19 años y 20 y 24 años provenientes de comunidades urbano populares, urbano marginales y rurales del Departamento de San Salvador.

El marco muestral lo formaron tres escenarios del Departamento de San Salvador, como escenario urbano popular al área de la zona de salud oriente del municipio de Soyapango, el escenario urbano marginal a la zona de salud sur del municipio de San Marcos y el escenario rural a la zona norte del Municipio de Guazapa.

Criterios de selección. Varones, entre las edades de 13 a 14 , 15 a 19 y 20 a 24 años, domiciliados en comunidades urbano marginales, urbano populares y rurales.

Criterios de selección de las comunidades.

Urbano marginal: comunidades habitacionales conformadas por grupos familiares en estado

de pobreza que han sufrido desplazamiento de sus lugares de origen, principalmente del área rural, por razones de búsqueda de fuentes de trabajo, por desastres naturales o a consecuencia del conflicto armado y que se encuentran asentadas en terrenos generalmente no autorizados para vivienda en el gran San Salvador.

Urbano popular: comunidades habitacionales conformadas por grupos familiares de estratos medio bajos ubicados en barrios y colonias de las áreas urbanas de ciudades del gran San Salvador.

Comunidad rural: comunidades habitacionales conformadas por grupos familiares en estado de pobreza o extrema pobreza ubicados en cantones o caseríos del área rural de municipios de la periferia del área metropolitana de San Salvador.

Las técnicas de recolección de datos seleccionados fueron los grupos focales y las entrevistas individuales en profundidad, las cuales nos permitieron recoger las vivencias de los sujetos con su propio lenguaje, ritmos y visiones. Se realizaron un total de 18 grupos focales con participación de 6 o 7 muchachos por grupo y 18 entrevistas en profundidad.

#### **Resultados.**

La mayoría de las afirmaciones y opiniones enunciadas por los adolescentes de este grupo de edad y de los tres escenarios, describen en mayor medida la “hombre de bien” del modelo tradicional de masculinidad en quien destacan principalmente las características de responsable, independiente formal, libre, sexualmente activo, proveedor trabajador, respetuoso, humilde etc.

En el área urbana el significado de hombre lo definen en el área urbano marginal con correspondencia con sus pares y la manera como logra diferenciarse de los otros hombres tipificados como machistas.

En los adolescentes de 15 a 19 años, tienen significados de hombre en su mayoría



relacionados con las características propias de “hombres de bien”. En el caso de los escenarios urbano y urbano marginal se encuentra bastante similitud en las expresiones y están referidos a tres aspectos como lo son la experiencia de las relaciones sexuales, el ser padre de familia responsable y el ser trabajador; sin embargo llama la atención que los muchachos del área urbano marginal son los únicos que se encuentran mas relacionados con el “hombre machista”, siendo los únicos que lo reconocen abiertamente.

#### NUMERO DE ADOLESCENTES Y JOVENES PARTICIPANTES

EDAD	URBANO POPULAR	URBANO MARGINAL	RURAL	TOTAL
13-14	13	14	14	41
15-19	13	15	14	42
20-24	12	14	13	39
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>43</b>	<b>41</b>	<b>122</b>

Los criterios que los muchachos utilizan con mayor frecuencia para calificarse ellos mismos como hombres se encuentran relacionados con algunos cambios corporales propios de la pubertad ( tono de voz, vello pubico, bigote, crecimiento fisico, crecimiento del pene y eyaculacion) y cambios de índole psico-sexual y social ( manera de pensar, atracción hacia el sexo opuesto, el noviazgo, capacidad para trabajar, tener un salario y una familia).

Prácticamente los dos primeros grupos de edad y en cada uno de los tres escenarios guardan bastante similitud en su percepciones, predominando los criterios sobre los cambios corporales y en menor cuantía los relacionados con la sexualidad. Es muy significado como uno de los muchachos de 13 a 14 años ve como requisito importante para llegar a ser hombre “ cuando tenga mas fuerza y valor de salir a la calle” ponderando la fuerza física como medio para hacerse valer y asegurar la conquista del espacio publico, tal y como la manda el modelo dominante de masculinidad.

Por su parte el grupo de 20 a 24 años al contrario de los anteriores manifiesta con mucha mayor vehemencia la apreciaciones de carácter sexual con énfasis genital; las

expresiones de: me considero hombre “cuando puede tener una relación con una mujer ya sin necesidad que le duela” u “hoy si ya puedo hacerlo” reflejan la experiencia anterior, para muchos parte de un proceso normal.

En el área rural los significados de hombría relacionados con el trabajo asalariado y la posibilidad de formar su propia familia como elementos de primera importancia. En el área urbana es notorio el predominio de los aspectos sexuales.

Las familias tienden a considerarlos como hombres, en primer lugar por la aparición de algunos cambios corporales (tono de voz y mayoría de edad) y principalmente por el grado en el que se cumplen los requerimientos del modelo de “hombre de bien” dentro del cual se refieren a: formalidad, mejor educación, mas seriedad, capacidad de trabajo y formar su hogar, mayor responsabilidad e independencia.

Contrariamente a lo anterior los amigos de los muchachos “ mas experimentados” o de mayor edad, en su consideración de hombría hacer mención a criterios como demostraciones de valentía, producción fiel del calo, ritos y costumbres del grupo, tener novia o relacionarse con varias chicas y haber tenido relaciones sexuales. Ponen de manifiesto un preponderancia a los aspectos de sexualidad, son pruebas como exigencias que deben cumplirse para asegurar el reconocimiento y pertenencia del grupo.

Los adolescentes de todos los grupos de edad y de los diferentes escenarios, que existe una casi total unanimidad en cuanto a las dificultades encontradas por los muchachos, cuando consciente o inconscientemente se falta a las reglas o normas establecidas, muchos afirman que actitudes como ser atentos o calmados son suficientes para ser objetados y mal vistos en el grupo, mas grave aun si no se tiene novia, no ha tenido relaciones sexuales o elude las pruebas de hombría, entonces con muchas mas rigor son catalogados como maricones o niñas.

En términos generales las preocupaciones causadas por los cambios que esta experimentando su cuerpo y pensamiento son diversas. Las inquietudes referidas se destacan la homosexualidad, la masturbación, la virginidad, las ETS, el embarazo y las relaciones sexuales.

Pueden observarse bastante similitud entre las preocupaciones citadas por los grupos de 15 a 19 y 20 a 24 años a diferencia de las que afirman los muchachos de 13 a 14 años. En el caso de este último grupo, las preocupaciones más llamativas conciernen con las dudas sobre su identidad y preferencia sexual, por ejemplo se afirma: "... uno va creciendo y no sabe si se va enamorar de otro hombre", "porque es una etapa que pasamos los hombres, que no sabemos si somos hombres o mujer", "me preocupa hacerlo con un homosexual, si para eso están las mujeres", "que ya siento que me gustan las cipotas, que quiero tener relaciones, pero como no tengo la edad me preocupa".

Los otros grupos comparten prácticamente la totalidad de las preocupaciones que sobre sexualidad se mencionan, pero desde la vivencia actual, en especial coinciden con las posibles consecuencias de la masturbación:

"... La masturbación es anormal y da cáncer en el pene", "... masturbarte te van a crecer los pechos", y la capacidad y desempeño sexual tocante al tamaño del pene: "... pero no se como se sintiera ella, se se sintiera complacida", "... cuando una está con una mujer, ella dice no me hiciste nada".

Para el caso de los muchachos que actualmente viven o vivieron una relación de pareja, también pudo constatarse que el tema de la sexualidad y la reproductividad se conversan muy ocasionalmente. Los grupos de 13 a 14 años o no tienen pareja o si la tienen no hablan sobre el tema, los grupos de 15 a 19 años creen que se habla sobre sexo cuando se tiene suficiente confianza y lo restringen a las relaciones sexuales.

Una de las razones por las cuales se intercambia muy poco sobre el tema entre las parejas es por que para muchos adolescentes

ese tipo de conversación no tiene cabida en una relación formal ligada por un vínculo afectivo, pues interpretan la sexualidad y en particular el placer erótico, más como un componente del modelo de "hombre machista" y por lo tanto pecaminoso y malo.

El grupo de 20 a 24 años del área urbana es el que más aporta información y el que más comunicación sobre el tema establece con su pareja, posiblemente se trate de casos de parejas en relaciones más o menos estables y que aunque el tema también lo circunscriben a las relaciones sexuales y en términos machistas, reflejan algún grado de intercambio y negociación con sus parejas respecto a las posibles consecuencias de las relaciones sexuales.

Las maneras como los adolescentes y jóvenes varones satisfacen sus deseos sexuales son variadas, las más frecuentes citadas son: la masturbación, observando revistas y películas pornográficas y páginas del mismo tema en Internet, relaciones sexuales con prostitutas, con las novias y con homosexuales.

Por lo expresado por los adolescentes y jóvenes entrevistados, pareciera que en cuanto a la satisfacción de los deseos sexuales, ellos manejan una serie de posibilidades, más o menos de esta manera: si los muchachos tienen novia entonces pueden con ellas satisfacerse o sostener relaciones sexuales, si no tienen novia y disponen de dinero, entonces relaciones sexuales con prostitutas; en el caso de no contar con dinero entonces la mayoría opta la masturbación y algunos refieren relaciones con homosexuales.

Los adolescentes relacionan directamente la palabra sexo con el coito propiamente o con aspectos relacionados con el. Los únicos medios que se citan a través de los cuales se informan sobre sexo son las revistas y películas pornográficas y páginas del mismo tipo en Internet, con lo cual puede deducirse la magnitud de la desinformación y desconocimiento sobre los aspectos más elementales de la salud sexual.

Conversando sobre los métodos de planificación familiar los adolescentes reconocen particularmente tres: las tabletas, las inyecciones y los preservativos; de los dos primeros están familiarizados los jóvenes, los menores se refieren casi solo a los preservativos.

La mayoría conoce bastante bien las razones por las cuales deben usarse los preservativos, sin embargo son muy pocos los que los utilizan y generalmente los que lo usan son los que tienen mas experiencia. Se repite con bastante frecuencia que la primera relación sexual se sostiene sin ninguna protección; parece que los adolescentes están más preocupados y nerviosos por superar la prueba, o aprovechar la oportunidad, que por protegerse de las ETS-SIDA o por evitar un embarazo.

En las reacciones, sentimientos ante la presencia de un embarazo están: enojado, desesperado, afligido, preocupado, molesto, sorprendido, asustado, se siente mal, no haya que hacer. La mayor parte de las reacciones que los adolescentes refieren, son las de no aceptación o de no compromiso ante el embarazo y apoyándose en el poder que le confiere la cultura machista, busca argumentos que justifiquen su actitud. Otra reacción también señalada es de instar a la pareja a terminar con el embarazo mediante un aborto.

#### Discusión.

En términos generales es muy notorio observar una tendencia a hacer una distinción bastante marcada entre dos tipologías de hombre, una de ellas sustentada con todos los argumentos del modelo de “ hombre de bien” y relacionado moralmente con lo bueno y el otro con todos los atributos socialmente negativos identificado como “ machista” relacionado moralmente con lo malo.

Al hombre de bien lo identifican con “respeta a la mujer, es responsable, fuerte, trabajador e inteligente” y al “machista” con “domina la mujer, tiene varias mujeres, vicioso, violento, creído, orgulloso y macho”. Muchos

adolescentes entrevistados opinan que la mayor parte de los hombres que ellos conocen en sus diferentes contextos, pertenecen a los del tipo “machista”.

La distinción entre “hombre de bien” y “hombre machista”, la diferencian así: “Hombre de bien” los agentes reproductores son principalmente la familia, la escuela y la iglesia y sus fuentes son los libros, las revistas educativas, los programas educativos de televisión, los muchachos afirman “la escuela y la familia nos enseñan a distinguir cual es lo bueno y cual es lo malo”. Los hombres “machistas” según la percepción de los muchachos encuentran en los lugares más negativos de la calle (prostíbulos, centros de vicios, pandillas etc.) y mediante la pornografía en revista, televisión y cine, el consumo de alcohol, las drogas y las prácticas violentas, sus mecanismos de producción y reproducción.

Los jóvenes de 20 a 24 años también distinguen la relación señalada, reconocen que a esa edad se piensa mucho en las muchachas y que las manera mas frecuentes de satisfacer los deseos sexuales es a través de la masturbación y el coito. Estos jóvenes afirman que necesitan demostrar su hombría, particularmente cuando se sienten cuestionados por una mujer, con respecto a su capacidad y desempeño sexual; un joven de este grupo y del área urbana comentó” la mujer le pide mas a uno, eso le va tocando el ego, por eso es que uno tiene que ingeniárselas”. Cuando se les pregunta que tipo de hombre predomina más, ellos responden que “el hombre machista”, sin embargo afirman que les gustaría ser como “el hombre recto”.

#### Conclusiones.

Con respecto al manejo que declaradamente hacen del significado de la masculinidad los adolescentes y jóvenes varones, distinguen dos tipos de hombre: “hombre de bien” y “hombre machista”.

Los modelos de hombre, son agentes de socialización diferentes; por ejemplo: “Hombre de bien” los agentes reproductores son principalmente la familia, la escuela y la iglesia y sus fuentes son los libros, las revistas educativas, los programas educativos de televisión, los muchachos afirman “la escuela y la familia nos enseñan a distinguir cual es lo bueno y cual es lo malo”. Los hombres “machistas” según la percepción de los muchachos encuentran en los lugares más negativos de la calle (prostíbulos, centros de vicios, pandillas etc.) y mediante la pornografía en revista, televisión y cine, el consumo de alcohol, las drogas y las prácticas violentas, sus mecanismos de producción y reproducción.

En los grupos de adolescentes y jóvenes del área rural sobresalen los significados de hombría relacionados con el trabajo asalariado y la posibilidad de formar su propia familia.

Los amigos de los adolescentes y jóvenes varones con las personas con las cuales tienen mayor confianza, comunicación e influencia, por lo que en esa relación entre pares, es donde la práctica de la sexualidad masculina encuentra las mejores condiciones para su reproducción, exponiendo a múltiples riesgos la salud sexual y reproductiva propia y la de su (s) pareja(s).

Es casi unánime en los grupos las afirmaciones en cuanto a las presiones ejercidas por su pares, hombres mayores y a veces hasta por los mismos padres, de cumplir con los requerimientos que impone la masculinidad dominante, particularmente en lo referido a la sexualidad erótica homo fóbica y las dificultades a las que se enfrentan aquellos que intentan actuar de otra manera.

Para dar pruebas de hombría cambian según la edad de los adolescentes, los de menor edad están preocupados por el acto sexual en si y los mayores que ya pasaron la prueba, por el desempeño y la capacidad sexual, más si esta es cuestionada por la mujer.

Muchos de los adolescentes y jóvenes varones desearían que fueran sus padres quienes conversaran con ellos los temas más importantes de la salud sexual y reproductiva, sin embargo en la realidad el nivel de comunicación y confianza entre ambos es mínimo.

Las conversaciones sobre sexualidad y reproductiva entre las parejas y adolescentes sucede con muy poca frecuencia, ya que entre los adolescentes se cree que hablar sobre esos temas es equivalente a hablar del acto sexual; por otra parte estiman que en una relación de pareja ligada por un vínculo afectivo esas conversaciones no tienen cabida, pues valoran el acto sexual en si como obsceno y por lo tanto incompatible con el sentimiento de amor.

Los jóvenes varones (20 a 24 años) del área urbana son los que mas comunicación establecen con su pareja, posiblemente por que se trate de relaciones más o menos estables y que aunque el tema también lo circunscriben a las relaciones sexuales y en términos machistas, reflejan algún grado de intercambio y negociación con las mismas.

Referente a experiencia de la primera relación sexual en el marco de los requerimientos del modelo dominante de masculinidad, muchos adolescentes y jóvenes lo asumen como una prueba que debe transitarse obligatoriamente, para lo cual debe buscarse lo mas pronto posible, para aprender a vencer todo tipo de miedos y temores, hasta lograr un vasto dominio.

El fracaso en el uso del preservativo por parte del adolescente y jóvenes varones, particularmente cuando sostienen la primera relación sexual, a pesar de la amplia información sobre sus beneficios, sobre los detalles de cómo usarlo, su accesibilidad y gratuidad, puede explicarse por la falta de acompañamiento de una adecuada educación sexual.

Valoran el placer erótico como inmoral y pecaminoso por lo que algunos intentan negarlo o rechazarlo, de tal forma terminan

acogiéndose a comportamientos sexuales de doble moral.

Prácticamente los únicos medios que los adolescentes y jóvenes varones utilizan para informarse, sobre sexo son las revistas y películas pornográficas y paginas del mismo en Internet.

Las revelaciones de los adolescentes y muchos jóvenes varones que se ven enfrentados a un embarazo, indican que nos están preparados para asumir la responsabilidad ni el compromiso que significa la paternidad.

### **Bibliografía.**

1. Allan Dale. OPS/OMS El Salvador, Adolescencia en El Salvador. folleto
2. Camacho, H. Perfil en Salud Sexual y Reproductiva de los y la adolescentes de america Latina y el Caribe entre los 10 a 24 años de edad. 1988-1998.. documento borrador.
3. Fondo de Población de la Naciones Unidas UNFPA. Programa de Acción. Población y Desarrollo: un compromiso universal. Conferencia internacional de Población y Desarrollo El Cairo Egipto. 1994.
4. MSPAS. Normas de atención en Salud para los y las adolescentes. El Salvador CA 1998. 63 p
5. Olavaria, Jose. Adolescentes/jóvenes: que poco sabemos de ellos. Articulo publicado en Chile 98: ente la cumbre y la detención de Pinochet"FLACSO. Chile. Santiago 1999.
6. OMS de la Salud 2000. ¿ que ocurre con los muchachos? Una revision bibliografita sobre la salud y el desarrollo de los muchachos adolescentes. 58 pp
7. OMS 2000. los muchachos en la mira. 32
8. OPS Asociación mexicana de Educación Sexual. Hablemos de salud Sexual. Manual para APS.
9. OPS/OMS Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Ameritas. 1998-2001. publicación noviembre 1998.
10. Valdez, Teresa. Conferencia regional la equidad de género en América Latina y el Caribe. Desafios desde la identidad masculina. Santiago de Chile. Junio 1998.



---

## EL SISTEMA LOCAL DE SALUD ZONA NORTE DE SAN SALVADOR 1992-1997: UNA EXPERIENCIA INNOVADORA EN SALUD

Por

María Ángela Elías Marroquín

Ethel Verónica Villalta

Eduardo Antonio Espinoza Fiallos

---

### RESUMEN

Los elementos que hicieron del Sistema Local de Salud (SILOS) de la Zona Norte de San Salvador una experiencia relevante para la construcción de la salud en el período 1992-1997 se inquirieron en una investigación cualitativa (Estudio de Caso) que analizó Contexto, Participación Social, Intersectorialidad, Equidad, Calidad y Sostenibilidad, utilizando técnicas de Grupos Focales, entrevistas a profundidad y revisión documental, encontrando que el desarrollo del SILOS se vio, favorecido por el ambiente democrático y concertador posterior a los acuerdos de paz, se realizaron acciones de calidad pertinentes a los problemas identificados, basándose en un andamiaje organizativo comunitario, investigaciones, sistema de información y procesos participativos que avanzaron hasta la toma de decisiones. Creó instancias de conducción locales, municipales y regionales que abordaron intersectorialmente las determinantes de la salud generando ambientes más saludables incluyendo un importante aporte a la equidad con acciones tendientes a reducir desigualdades locales. Fortaleció y extendió la capacidad organizativa, apropiación local de la estrategia de APS, optimización de los recursos y capacidad de concertar alianzas. Debido a la afectación de poderosos intereses económicos, enfrentamiento con el

modelo biomédico, percepción gubernamental de que la creciente organización y participación comunitarias constituía una amenaza para el control político de la zona y políticas de Estabilización y Ajuste Estructural que limitaban la inversión social y propiciaban una Reforma Sectorial con un modelo de atención centrado en los establecimientos de salud (Sistemas Sanitarios), el gobierno central abortó la experiencia mediante un cambio de enfoque que limitó radicalmente los aspectos organizativos, participativos y de trabajo intersectorial.

Palabras claves: SILOS, Experiencia innovadora en salud, integralidad, participación, intersectorialidad.

### Introducción

Desde finales de la década de los 70 hasta la fecha, El Salvador ha vivido su peor crisis política y militar de este siglo. En este período, la guerra civil iniciada en 1980 finalizó con la firma de los Acuerdos de Paz en Enero de 1992, comenzando allí una etapa de recomposición de las fuerzas sociales, políticas y económicas que tienen como marco general el proceso de Globalización, un nuevo impulso del proceso de Integración Centroamericana y diferentes procesos de Reformas estatales entre ellas la Reforma de salud, bajo presión de los organismos financieros multinacionales.

A medida que el conflicto bélico se fue incrementando y con posterioridad al mismo, en casi todo el territorio nacional y en respuesta a la reducción total o parcial de la prestación de Servicios por el Ministerio de Salud, se desarrollaron variados modelos comunitarios de atención en salud que hacían énfasis en la Atención Primaria de Salud (APS) con un enfoque integral, siendo uno de los elementos más importantes para su sostenibilidad

la organización y participación comunitarias.

Algunas de estas experiencias adquirieron especial relevancia por la diversidad de abordajes, enfoques y estrategias desarrolladas en el proceso de construcción de la salud que iba mas allá de los establecimientos involucrando a muchos actores locales y trascendiendo de su ámbito de acción.

Paralelamente, en el plano internacional, en un esfuerzo por avanzar efectivamente en la participación de los principios básicos de la "Atención Primaria en Salud" y la meta "Salud para todos en el año 2000" (SPT2000), que se venía promoviendo desde Alma Ata en 1978, los países miembros de la OPS acordaron en septiembre de 1986 en la resolución de la XXI Conferencia Sanitaria panamericana, iniciar un proceso de reordenación de los Sistemas Nacionales de Salud<sup>1</sup>, verdaderas Reformas de Salud, que les permitiera ser más eficientes, eficaces y equitativos. Este proceso se reorientó a transformar los Sistemas Nacionales de Salud sobre la base del desarrollo local y la descentralización.

Sin embargo en El Salvador, no fue sino hasta Marzo de 1992 que se decidió el despegue de los SILOS en las 5 Regiones en las que administrativamente dividía al país el Ministerio de Salud, identificándose 10 zonas en las que se desarrollarían otros tantos SILOS, estas eran: Zona Norte de San Salvador, Zona Sur de San Salvador, Zona Oriente de San Salvador, Juayúa, Ilobasco, Nueva Concepción, La Palma, Moncagua, Metapán y San Francisco Gotera.

En el caso particular de la Zona Norte del Departamento de San Salvador, ya se habían desarrollado experiencias de Programación Local con los Comités

Intersectoriales de cada Municipio, que se habían formado por iniciativa de la Región Metropolitana de Salud en búsqueda de extender la cobertura a toda la población, con el propósito de mejorar sus condiciones de vida, ratificándose dicha iniciativa en la mencionada reunión Nacional de SILOS en Marzo de 1992.

En Julio de 1992 los Comités Intersectoriales Municipales de la Zona Norte decidieron convocar a una Asamblea General que integraría al mayor número de actores sociales con el objetivo de dar a conocer el concepto y filosofía de los SILOS así como el análisis de sus diferentes componentes para su operativización.

Una nueva Asamblea en Agosto de 1992 oficializó el SILOS Norte y conformó el Primer Comité Conductor y un Plan de Trabajo. Cuando el SILOS de la Zona Norte dio inicio a sus funciones ya la población de la zona contaba con un elevado nivel organizativo gestado durante el conflicto armado merced a las experiencias comunitarias desarrolladas a que se ha hecho alusión.

Los objetivos de la investigación estuvieron dirigidos a estudiar la incidencia del contexto en el desarrollo de la experiencia, analizar la influencia de la participación de los actores sociales en el desarrollo de la experiencia, describir como las intervenciones intersectoriales desarrolladas permitieron un abordaje integral de la salud, establecer los procesos que aportaron a la equidad en salud, identificar las acciones que contribuyeron a la sostenibilidad del proceso y describir los factores que contribuyeron a la calidad de la atención en salud.

## Metodología

<sup>1</sup> Primera Reunión Nacional de SILOS, San Salvador, 15 de Julio de 1994. MSPAS-OPS pp. 34

El estudio fue de tipo cualitativo, del tipo estudio de caso; cuya unidad de análisis fue el SILOS de la zona norte de San Salvador, analizando los siguientes descriptores Participación, Equidad, Integralidad e intersectorialidad, sostenibilidad, Calidad y *Relevancia*

El proceso de investigación fue sido desarrollado en varias etapas:

1. **Fase preparatoria** (Reflexión y diseño)
2. **Trabajo de campo** (Acceso, Recolección de datos)
3. **Procesamiento de la información en matrices por actores y criterios.**
4. **Información y diseminación de los resultados**

operacionalizado de descriptores:

Las técnicas utilizadas hasta hoy han sido la entrevista a profundidad, discusión de grupos focales y el análisis documental. Los informantes claves fueron seleccionados de común acuerdo entre el equipo de investigación y los miembros de la Experiencia

El análisis de los datos se ha desarrollado siguiendo los siguientes pasos:

**Reducción de datos** (simplificación, resumen de la información)

**Separación de los datos** en segmentos o unidades que resulten relevantes o significativas, denominados descriptores en el lenguaje de Rescate.

**Identificación y clasificación de unidades** (codificación y categorización), denominados criterios en el lenguaje de Rescate

**Síntesis y agrupamiento**

**Obtención de resultados y conclusiones**

**Verificación de conclusiones**

Al concluir el trabajo de campo y elaborar un informe preliminar de los resultados, se realizó un taller para socializar los hallazgos y devolver la información a los actores de la ELIS.

## Resultados

No	Descriptor	Código o indicadores
1	Contexto	1.1 Surgimiento de la ELIS 1.2 Principales necesidades 1.3 Actores involucrados 1.4 Relaciones con el gobierno local 1.5 Relaciones con organizaciones de la sociedad civil 1.6 Influencia del contexto socio político 1.7 Oportunidades para la descentralización 1.8 Implicaciones para el abordaje de salud
2	Participación	2.1 Posibilidades 2.2 Mecanismos 2.3 Capacidad 2.4 Contenido 2.5 Factores influyentes
3	Equidad	3.1 Existencia de desigualdades 3.2 Desarrollo de capacidades 3.3 Prestación de servicios
4	Integralidad	4.1 Abordaje intersectorial 4.2 Procesos participativos 4.3 Acciones sobre los determinantes 4.4 Abordaje intersectorial 4.5 Procesos participativos 4.6 Acciones sobre los determinantes
6	Sostenibilidad	6.1 Proceso interno 6.2 Alianzas 6.3 Evolución de ingresos y gastos 6.4 Financiamiento externo
7	Calidad	7.1 Sistema de información 7.2 Definición de prioridades 7.3 Implementación de acciones 7.4 Recursos humanos 7.5 Planificación y evaluación 7.6 Investigación 7.7 Cambios fundamentales
8	Relevancia	8.1 Abordaje y contexto 8.2 Trascendencia 8.3 Construcción de la salud 8.4 Factores influyentes

En esta Zona del país ya se había desarrollado una experiencia de Programación Local con los Comités



Intersectoriales de cada Municipio, que se habían formado por iniciativa de la Región Metropolitana de Salud en búsqueda de extender la cobertura a toda la población, con el propósito de mejorar sus condiciones de vida, ratificándose dicha iniciativa en la mencionada reunión Nacional de SILOS en Marzo de 1992.

En Julio de 1992 los Comités Intersectoriales Municipales de la Zona Norte decidieron convocar a una Asamblea General que integraría al mayor número de actores sociales con el objetivo de dar a conocer el concepto y filosofía de los SILOS así como el análisis de sus diferentes componentes para su operativización.

Una nueva Asamblea en Agosto de 1992 oficializó el SILOS Norte y conformó el Primer Comité Conductor y un Plan de Trabajo. Cuando el SILOS de la Zona Norte dio inicio a sus funciones ya la población de la zona contaba con un elevado nivel organizativo gestado durante el conflicto armado merced a las experiencias comunitarias desarrolladas a que se ha hecho alusión.

A diferencia del SILOS Norte de San Salvador que contaba con el apoyo estatal, otras experiencias locales en Salud basadas en la APS y desarrolladas durante el conflicto que venían solicitando infructuosamente apoyo estatal, entraron tempranamente en conflicto con el Ministerio de Salud cuando este reinició la prestación de servicios (posteriormente a los Acuerdos de Paz en 1992) en las zonas ex - conflictivas y percibió a la organización comunitaria como una amenaza para el control político de estas zonas. Este conflicto se extendería un poco más tarde (Finales de 1995) al SILOS Norte de San Salvador cuando a la amenaza percibida en la organización comunitaria se sumó el conflicto con el modelo de atención (Sistemas Sanitarios) promovido por el proceso llamado "Modernización del Sector" en la que declarativamente se

plantearon políticas y objetivos de descentralización, desconcentración, equidad, eficiencia, aumento de cobertura y también fortalecimiento de la organización y participación comunitarias.

Pero algunos de estos elementos de la Modernización como es el caso de la descentralización, la organización y la participación comunitarias se implementaban mas débilmente y con un enfoque diferente a como lo estaba desarrollando hasta ese momento el SILOS de la Zona Norte, lo que generó frecuentes y cada vez mas agudas contradicciones entre los actores locales y las instancias gubernamentales que casi hicieron desaparecer la experiencia.

A partir de ese momento se inició una nueva etapa del SILOS caracterizada por un cambio de enfoque en todos sus componentes y actividades.

Experiencias como la del SILOS enfrentaron dificultades adicionales derivadas del hecho de que no se documentaron los alcances, efectos y profundidad de estas iniciativas locales en la promoción de la salud y la prestación de servicios. Tampoco se está evaluando el impacto que la "Modernización" del sector salud está teniendo sobre ellas.

En este contexto y ante las insuficiencias en las diferentes propuestas para la Reforma de Salud, el análisis del SILOS Norte y otras experiencias locales similares resultan relevantes, porque:

1. Aportan elementos importantes para el rediseño del Sistema de Salud
2. Genera capacidades de la Comunidad-Población de ejercer control sobre las determinantes de la salud.

El equipo investigador se planteó que la identificación de los elementos relevantes del SILOS Norte podría contribuir a fortalecerlo y a elevar el nivel de conciencia y organización de la población en pro del derecho a la Salud. Podría igualmente aportar al reforzamiento de los aspectos de participación, Integralidad e intersectorialidad, a través de un mayor involucramiento de las comunidades en la gestión de los servicios, en el diseño de mecanismos de calidad y en un enfoque más integral de las políticas públicas de salud.

Esta investigación fue cualitativa, del tipo de estudio de caso, analizando el SILOS en el contexto natural y social donde se desarrolló, se estudiaron los criterios establecidos por *RESCATE* que son: Contexto, participación, integralidad e intersectorialidad, equidad, sostenibilidad y calidad; las técnicas de recolección de datos fueron la entrevista a profundidad, el grupo focal y la revisión documental, las fuentes de datos fueron actores claves de los diferentes niveles organizativos del SILOS; los datos se vaciaron en matrices para datos cualitativos, se codificaron y analizaron, luego se validó la información con los actores sociales de la experiencia.

En el análisis realizado sobre la relevancia de la experiencia desarrollada por el SILOS de la Zona Norte en la construcción de la Salud en El Salvador se encontró que en el **proceso de desarrollo** se vio favorecido por la apertura de espacios democráticos y el ambiente de concertación que existía en la sociedad con posterioridad a los acuerdos de paz, por la experiencia organizativa que ya habían desarrollado los actores sociales en el nivel local y por el interés de la OPS y de la cooperación Holandesa de aplicar la estrategia de Atención Primaria en Salud.

Sin embargo hubo aspectos del contexto que también limitaron su desarrollo tales como: La persistencia de posiciones conservadoras en el sector gubernamental y la pobre inversión social como consecuencia de las

exigencias de los programas de estabilización y ajuste estructural.

Además de definir dentro de su estrategia la necesidad de la participación y los contenidos de la misma, se desarrolló un **proceso participativo** que inició con formas sencillas como la ejecución de acciones conjuntas y aporte de materiales por parte de los actores involucrados (MSPAS, ONG's Comunidades y Gobiernos Locales) y avanzó progresiva y sostenidamente hacia formas más complejas de participación como la toma de decisiones y la evaluación de lo realizado.

Se desarrollaron en los actores locales mecanismos y capacidades para **la participación**, fortaleciendo, estimulando y replicando las instancias organizativas comunitarias ya existentes y creando instancias adicionales de conducción en el ámbito local, municipal y regional.

El SILOS capacitó a los actores en todas estas instancias a fin de cualificar y acrecentar su participación; en el campo de la intersectorialidad se crearon instancias de trabajo conjunto, diseño y ejecución de diferentes actividades orientadas a modificar los determinantes de la salud, mediante programas de atención a diferentes grupos poblacionales de riesgo y de la población en general, en campos que iban más allá del sector salud, como medio ambiente, educación, caminos, infraestructura y otros; Involucrando a los actores relacionados con estos determinantes, que hasta ese momento realizaban con las mismas comunidades, acciones dispersas y descoordinadas.

En la búsqueda de la **equidad**, el SILOS reconoció desde sus inicios las desigualdades existentes en los grupos poblacionales de la zona, debido a lo

cual si bien orientó sus programas y actividades a toda la población, hizo énfasis en aquellos grupos sociales que habían sido identificados como postergados; además hizo un aporte importante en el ambiente físico de las familias y comunidades, generando ambientes mas saludables.

La infraestructura en salud fue diseñada y ejecutada para que las comunidades identificadas con mayores dificultades pudieran tener acceso a los servicios de salud; en este proceso de búsqueda de la equidad también se concientizaron los gobiernos locales y los funcionarios locales del MSPAS, quienes impulsaron acciones orientadas a la disminución de las disparidades detectadas.

Para contribuir a la *sostenibilidad* de las acciones, el SILOS fortaleció la capacidad organizativa existente y la reprodujo en las zonas donde no la había; logró que la población se apropiara de la estrategia de APS; optimizó los recursos locales y los movilizó por la cooperación externa; capacitó e incorporó a los actores locales. Además desarrolló la capacidad de concertar alianzas entre actores importantes para enfrentar las determinantes de la salud.

*La calidad en salud* desarrollada por el SILOS se expresó en respuestas inmediatas y pertinentes a las necesidades y problemas identificadas por la comunidad mediante la ejecución de proyectos específicos; estas respuestas a las necesidades de salud se vieron potenciadas y cualificadas porque cada institución participante y las comunidades aportaron sus recursos humanos con mayor capacidad técnica y valiosa experiencia acumulada en salud comunitaria.

Adicionalmente el SILOS desarrolló investigaciones que aportaron información actualizada y propia que permitieron mejorar las intervenciones en salud. El SILOS también creó un Sistema de Información Interinstitucional propio apoyándose en él y en el andamiaje

organizativo comunitario para difundir y fortalecer las acciones tendientes a mejorar la salud.

## Conclusiones

El SILOS zona norte de San salvador fue una experiencia relevante porque generó procesos participativos desde su génesis, para lo cual creó estructuras organizativas en diferentes niveles, la participación fue al nivel mas alto que en la toma en la decisiones, se abordaron las determinantes de la salud bajo el enfoque intersectorial, sus acciones fueron con énfasis en las comunidades y grupos mas desprotegidos y pobres, su sostenibilidad estuvo dada por sus capacidades organizativas y de participación así como por las capacidades técnicas de sus equipos tanto técnicos como de agentes comunitarios, su calidad radicó en sus investigaciones, su sistema de información y por las intervenciones integrales en salud. También demuestra las capacidades de la población para plantear políticas en salud participativas y coherentes con las necesidades de los grupos postergados.

Todos estos aspectos de relevancia desarrollados por esta experiencia de trabajo en salud impulsado principalmente por los actores locales de la zona, pueden contribuir a proponer verdaderas reformas en salud que tengan un impacto positivo en la salud de la población y no la marginen mas.

## REFERENCIAS

1. *Alma-Ata 1978. Atención Primaria de Salud*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978 (serie "Salud para Todos", N° 1)
2. ANSAL, Análisis del Sector Salud en El Salvador, "La Reforma de Salud hacia su equidad y Eficiencia", Síntesis Ejecutiva, Pág. 15 y 16, San Salvador, Mayo 1994
3. Ciballero, Lily: *La Reforma de Salud: entre la descentralización y la privatización*. FUNDE. Avances No. 6. Pág. 73. San Salvador. Febrero de 1995.
4. *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Conferencia Internacional en Promoción de la Salud. Canadá 1986
5. .

10

## Propiedades Antimicóticas In Vitro de una Planta Natural Allium sativum (XX27). Año 2001.

Por: Dr. Antonio Vásquez Hidalgo.

### R esumen

**Objetivo** Determinar las propiedades antimicóticas in vitro de la *Planta Natural XX27* contra dermatofitos, Año 2001.

**Metodología** Se utilizó un diseño experimental, con un nivel de confianza del 95 % y un error de estimación del 0.05%. Se realizó un estudio simple ciego. Valor alfa de 0.05. En el estudio se utilizó una muestra no aleatoria de tres cepas puras de hongos, denominadas: *Microsporium gypseum*, *Trichophyton rubrum* y *Epidermophyton floccosum*, los cuales fueron sembradas en 10 tubos cada cepa a diferentes concentraciones ( 1.5%, 5 % y 10 %), conteniendo el medio de Agar Saboraud o Mycoceol con la planta natural ( total 108 tubos en c/cultivo). Como grupo testigo se utilizó por cada 5 casos un tubo conteniendo el medio pero sin la planta natural ( total 18 tubos). Se hicieron cultivos con el objeto de confirmar clasificación taxonómica y/o contaminación. Se realizó extracto alcoholico de la planta en la Facultad de Química y Farmacia, mediante un reflujo se hizo la extracción de la planta en proporciones del 10, 5 y 1.5 % en alcohol durante una hora , a una temperatura de ebullición, en seguida se filtra para ser utilizada en actividad biológica.

**Resultados** A una concentración del 10 % en medio de Saboraud el 60 % de los tubos no presentaron crecimiento del hongo y en medio de Micocel el 77 % en similar caso, el resto de concentraciones al 5 % y 1.5 % no fue significativo. Estadísticamente por el diseño de bloques se tiene que  $F_c$  es mayor  $F_t$  y por la

prueba de Tukey al 5 % se encontro significancia estadística ( $p=0.05$ ).

**Conclusiones** La Planta natural XX27 tiene eficacia a concentraciones del 10 % sobre las cepas de hongos de *M gypseum*, *E floccosum* y *T rubrum*. Las zonas de inhibición y/o no crecimiento estaban en un rango de 60 – 80 %. La planta podria representar una opción en el tratamiento alternativo en el caso de tratar infecciones con micosis resistentes a las drogas sintéticas convencionales de uso frecuente.

**Palabras clave:** Planta Natural, Prevalencia, dermatofitos.

### Introducción

A nivel mundial el uso de medicamentos dermatológicos, ha tenido bajas respuestas clínicas, debido a: dosis respuesta inadecuada; resistencia del agente al producto; bajo poder económico adquisitivo; calidad del medicamento; por lo que se hace imperativo la búsqueda de otras alternativas.<sup>2</sup>

En nuestro medio son frecuentes los dermatofitos a nivel de piel, pelo y uñas en humanos y animales, presentando mayor prevalencia los de piel, como es el caso de las tiñas, que son muy frecuentes en niños y adultos.<sup>3</sup>

Los dermatofitos tienen una correlación clínica muy marcada de acuerdo al tipo de hongo asociado a la estructura anatómica en particular<sup>4</sup>. Así pueden haber tiñas corporis, capitis, unguum, barbae, pedis, estas son las más frecuentes de encontrar en nuestro medio, estas especies ( *M gypseum*, *T rubrum* y *E floccosum*) están clasificadas en tres géneros: *Epidermophyton*, *Microsporium* y *Trichophyton*.

La justificación del estudio a nivel de **Salud Pública** radica fundamentalmente en la prevalencia de dermatofitos en niños y adultos, que ocupan el quinto lugar de morbilidad de consulta externa por Infecciones de Piel, con una tasa de 312,6 x 10,000 hab.( 1998 MSPAS\* ).

El estudio de investigación intenta encontrar propiedades antimicóticas in vitro de la planta natural para ser utilizada a un bajo costo en las comunidades.

### Objetivos de la investigación.

#### GENERAL:

Determinar las propiedades antimicóticas in vitro de *la Planta Natural XX27* contra dermatofitos, Año 2001.

#### ESPECIFICOS:

1. Realizar Prueba in vitro para demostrar presencia del principio activo del producto.
2. Determinar la acción de la Planta Natural contra dermatofitos
3. Determinar la concentración optima con efecto antimicótico.

**Hipótesis.****Hipótesis Nula:** No existe correlación entre la Planta natural contra dermatofitos en las pruebas realizadas in vitro. **Hipótesis alternativa:** Existe correlación al utilizar la Planta Natural y su efecto contra dermatofitos en pruebas realizadas in vitro.

### Diseño Metodológico.

#### Tipo de estudio.

Se utilizó un diseño experimental, con un nivel de confianza del 95 % y un

error de estimación del 0.05%. Se hizo un estudio simple ciego. Valor alfa de 0.05.

#### Variables de estudio.

1. Planta natural: *Allium sativum*
2. Dermofitos. entre ellos: *M. gypseum*, *T. rubrum* y *E. floccosum*.

#### Área de estudio.

Una parte de las pruebas se realizaron en el laboratorio del departamento de Microbiología de la Universidad de El Salvador para la obtención y procesamiento de las cepas de dermatofitos, la otra por laboratorio particular o Nacional para calidad y confirmación de la muestra. La preparación del extracto se hizo en la Facultad de Química y Farmacia.

#### Selección de la muestra.

Se utilizó un muestreo aleatorio, para determinar la muestra de estudio, así por ejemplo entre los **criterios de inclusión**, se tiene: 1. cepas puras de dermatofitos, 2. Planta natural sea *XX27*, 3. fácil procesamiento por técnica de laboratorio, 4. no contaminación de las muestras y 5. exista método de comparación entre la muestra y grupo testigo.

Entre los **criterios de exclusión**, están: 1. contaminación de otros géneros de micosis, 2. Planta Natural sea otra, 3. mal utilización de la técnica de laboratorio y 4. testigo sea diferente al control. 5. mal control de calidad.

#### Análisis de la Información.

Es necesario aclarar que ha sido intensa la búsqueda de información bibliográfica de fuentes primarias y

\* Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

secundarias, así como en CD Lilacs e Internet ( Yahoo, Google, Medline) en las que existe escasas referencias de la investigación en particular.

Se utilizaron métodos estadísticos descriptivos, como: polígono de frecuencias, logarítmicas, tablas y gráficos, medidas de tendencia central; Método Inferencial, como uso de varianza, tablas de contingencia 2x2, desviación estándar, Epidat 1. Se determinó el nivel de significancia estadística por las pruebas de Tukey. Se utilizó procesador de texto en los software de Office 2000, Excel entre otros.

## I. Control de sesgos

Entre los principales sesgos a considerar, están: 1. Selección inadecuada de la planta natural, su control fue por estudio fitoquímico y bromatológico; 2. preparación técnica inadecuada, su control fue por método estandarizado de laboratorio o por grupo testigo; 3. Inadecuada selección de cepas puras, su control fue por clasificación taxonómica; 4. concentración inadecuada del extracto, su control fue por dosis respuesta letal. 5. Sesgo de información, su control fue por validez y confiabilidad. 6. Proceso inadecuado de la Planta natural y cepa de Hongos, su control fue por control de calidad. 7. Mala preparación del medio. Su control fue por método estandarizado. 8. Usar medios vencidos, su control se verificó por fecha de vencimiento y control de calidad del producto. 9. Mala preparación de los tubos. Su control fue por verificación de muestras. 10. Sesgo del instrumentista al usar un diseño de modelo mal elaborado, su control fue por análisis de resultados verificando de nuevo la técnica. 11. Cultivos mixtos, su control fue por verificar frasco conteniendo el medio. 12. Error de análisis, su control fue por verificación de un experto. 13. Resultados experimentales erróneos, su control fue por replicación de resultados por observadores independientes (criterios: no relacionados con el

investigador, ética código, estar capacitado, no vinculado a investigación afín).

## Consideraciones éticas.

No se utilizaron como muestras a sujetos humanos en la investigación.

## Procedimiento metodológico.

Se procedió en tres fases:

**PRIMERA FASE:** Se utilizaron los criterios de inclusión anteriores, se hizo análisis fitoquímico de la planta natural, así como estudio bromatológico. Se determinó la concentración a dosis respuesta por método de observación en los tubos de ensayo por hoja de cotejo. Se realizó extracto alcohólico de la planta en la Facultad de Química y Farmacia, mediante un reflujo se hizo la extracción de la planta en proporciones del 10, 5 y 1.5 % en alcohol durante una hora, a una temperatura de ebullición, en seguida se filtra para ser utilizada en actividad biológica.

**SEGUNDA FASE:** Para la obtención de muestras se utilizaron técnicas de laboratorio, sembrados en medio de cultivo de **Saboraud** y **Mycocel**, utilizando cepas puras obtenidas por muestras de laboratorio, así como el extracto puro de la planta a diferentes concentraciones, luego posterior a la inoculación por el método de dilución 0.5 ml del extracto se depositó en la superficie del bicel. Se observó durante un período de 4 semanas si hay crecimiento o no, de acuerdo a la siguiente escala: actividad antimicótica + + + +, actividad micocida + +, y actividad inhibitoria +. Se hizo método comparativo con el grupo testigo pero sin la planta natural, con el objeto de observar el crecimiento natural del hongo.

**Resultados**

**FASE III** .Se envió a Laboratorista un modelo de código simple para un estudio simple ciego, en el cual lo modificará para efectos de no inferir en prejuicios. Se envió el extracto de la planta a las concentraciones de 1.5 %, 5% y 10 %, el laboratorista prepara en 90 tubos de 16 x 150 ml liso con tapón de algodón, conteniendo 6 ml de mezclado con la planta natural, luego prepara otros 90 tubos con Micocel mas la planta natural con 6 ml y se homogeniza a una concentración ideal de 1.5 % a 10. Prepara 18 tubos testigo sin la planta conteniendo 9 con Agar saboraud y 9 con Micocel. El laboratorista codifica del 1 al 216 con tubos de igual característica sin distinción, solamente el número correlativo, luego se hizo selección aleatoria por cada 5 tubos marcados al testigo. Luego envió set al investigador para siembras de hongos, especificando que los tubos del 1 al 10 se sembrarán con *M. gypseum*, del 11 al 20 con *E. floccosum*, del 21 al 30 con *M. rubrum*. Los tubos marcados del 31 al 32 con *M. gypseum*, 33 al 34 *E. Floccosum* y del 34 al 36 con *M rubrum* etc con el objeto de no repetir sistemáticamente el mismo hongo y evitar sesgos en el muestreo.Las siembras se hicieron con asa bacteriológica en L para hongos, tomando una asada del inculo del tubo conteniendo el hongo hacia los tubos numerados. Los tubos se dejaron a temperatura ambiente junto al grupo testigo, registrando posteriormente cada semana por un mes los resultados.

En las tablas de contingencia 2 x2 se observa que al utilizar la planta natural XX27 contra dermatofitos en medio de Saboraud, se obtuvo una sensibilidad del 67 % y una especificidad del 41 %; en el caso de micocel una sensibilidad del 58 % y una especificidad 33 %. Un valor predictivo de prueba positivo de 25 % (saboraud) y 58 % (Micocel). Un valor de predictivo de prueba negativo 65 % (saboraud) y 59 % (Micocel). **Tablas I y II.**

**TABLA I  
TABLA 2X2**

Tratamientos entre Planta Natural y dermatofitos. Cultivo Saboraud n=108.año2001.

Hongo/ Planta	Crecimiento	No crecimiento
Con planta	52	18
Sin Planta	25	13

Fuente: Pruebas in vitro

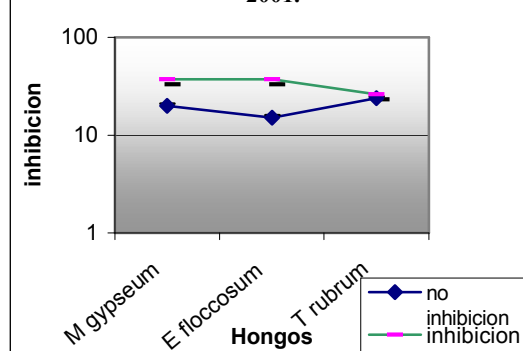
Tratamientos entre Planta Natural y dermatofitos. Cultivo Micocel n=108.año2001.

**TABLA II  
TABLA 2X2**

Hongo/ Planta	Crecimiento	No crecimiento
Con planta	28	40
Sin planta	20	20

A una concentración del 10 % en medio de Saboraud el 60 % de los tubos no presentaron crecimiento del hongo y en medio de Micocel el 77 % en similar caso, el resto de concentraciones al 5 % y 1.5 % no fue significativo.

**GRAFICO 1. Actividad antimicotica de la Planta Natural contra micosis. año 2001.**



La actividad antimicótica de la Planta natural contra dermatofitos , en su orden presentaron mayor inhibición : *M gypseum*, *E floccosum* y *T rubrum* en las concentraciones del 10 %, 5 % y 1.5 %.

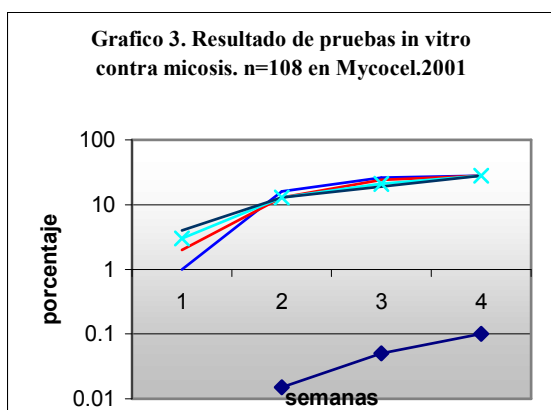
**Grafico 1.**

En los 216 tubos se observó que la capacidad de inhibición fue variable según tiempo y cepa sembrados a posterior a la preparación de los tubos en los dos medios de cultivo. En los 30 tubos clasificados como testigos el crecimiento fue del 100 %.

La media de inhibición y no crecimientos durante 4 semanas en cultivo de Saboraud por tratamiento fue 20.5, 10.25 y 5.25, en las concentraciones del 10 %, 5 % y 1.5 % respectivamente. En medio de Micocel la media de inhibición y no crecimientos fue de 28.0, 22.5 y 13.75 en las concentraciones del 10 %, 5 % y 1.5 % respectivamente.

En cultivo de Saboraud se observa que a concentraciones del 10 % la actividad antimicótica fue mayor, al 5 % presentó mayores crecimientos.

En el **gráfico 3** en cultivo de Micocel se observa que a concentraciones superiores del 5 % y 10 % la actividades antimicótica fue de mayor eficacia.



La **Tabla III de ANOVA** por el diseño de bloques en cultivo de Saboraud se tiene que Fc (18,71 ) es mayor que Ft (9.28) y por tratamiento Fc (23.98) es mayor que Ft (9.85). según Prueba de Tukey al 5 % en cultivo de Saboraud presentaron mayor significancia estadística valores de 10.25 y 15.25 (p=0.05) y en Micocel valores de 14.25 y 22.5 (p=0.05).

**TABLA III**  
**TABLA DE ANOVA**  
**Estudio de la Planta Natural contra micosis por el diseño de Bloques n=108. Cultivo Saboraud. Año 2001.**

F de v	Gl	Sc	Cm	Fc	Ft
<b>Bloques</b>	<b>3</b>	<b>566</b>	<b>188.66</b>	<b>18.71</b>	<b>9.28</b>
<b>Tratamiento</b>	<b>2</b>	<b>483.5</b>	<b>241.75</b>	<b>23.98</b>	<b>9.55</b>
<b>Error</b>	<b>6</b>	<b>60.5</b>	<b>10.08</b>		
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>110</b>			

Fuente: Pruebas in vitro. 2001

En la **Tabla IV de ANOVA** en cultivo de Micocel por bloques se tiene que Fc (53,64) es mayor que Ft (9.28) y por tratamiento Fc ( 74.05) es mayor que Ft (9.25). Según prueba de Tukey al 5 % los valores 8.75 y 14.25 tienen mayor significancia estadística (p=0.05) y con Saboraud el 10.25 y 15.25 (p=0.05).

**TABLA IV**  
**TABLA DE ANOVA**  
**Estudios de la Planta Natural contra micosis. Por el diseño de Bloques n=108**  
**Cultivo micocel. Año 2001.**

F de v	Gl	Sc	Cm	Fc	Ft
<b>Bloques</b>	<b>3</b>	<b>449.0</b>	<b>149.66</b>	<b>53.64</b>	<b>9.28</b>
<b>Tratamiento</b>	<b>2</b>	<b>413.25</b>	<b>206.62</b>	<b>74.05</b>	<b>9.55</b>
<b>Error</b>	<b>6</b>	<b>16.75</b>	<b>2.79</b>		
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>879</b>			

Fuente: Pruebas in vitro. 2001



## Discusión

Los ensayos in vitro realizados en medio de Sabraud y Micocel demuestran que en ambos medios se observaron diferencias significativas. En el medio de sabraud no contiene componentes antibacterianos, por lo que presentaron mayor proporción crecimiento no así en los cultivos de Micocel.

Se le atribuyen a la planta propiedades antimicrobianas <sup>(1,2)</sup>. En un estudio reciente publicado por Journal of the American Chemical Society se demostró que un miligramo de la planta tiene un equivalente de 15 unidades de penicilina. <sup>(2)</sup> contra algunas especies de bacterias.

The American Society for Microbiology Antimicrobial Agents en sus estudios explican que la alicina contiene grupos de enzimas que actúan sobre las infecciones sobre todo bacterianas que inhiben el crecimiento de diversos microorganismos <sup>(3)</sup>, también lo sea para micosis.

Algunos autores han reportado que el uso de la Planta a mayores concentraciones puede producir irritaciones en la piel <sup>(4,6)</sup> por lo que se sugiere tomarlo en cuenta cuando se elabore un preparado tópico por alguna empresa comercial y evitar daños secundarios en su administración al paciente con lesiones dermatológicas por tiñas.

Bonifaz et al (1990) encontraron propiedades antimicóticas de la planta realizando pruebas in vitro y in vivo, prepararon cremas del principio activo como tratamiento a 20 pacientes que presentaban tiñas obteniendo cura clínica pero con sensibilidad tóxica al producto. <sup>(3)</sup>.

En otros estudios refieren que la propiedad antifúngica encontrada ha sido de especies de *Aspergillus sp*, *Cryptococcus sp* y *Candida albicans* <sup>(6,7)</sup> pero no para otras especies de hongos.

En términos generales los dermatófitos están diferenciados clínicamente, así <sup>(8,9)</sup> : 1. **Tinea versicolor**. Se localiza en piel, clínicamente tiene “parches blancos”, hipocromicos, hongo asociado es *Malassesia furfur*; 2. **Tinea corporis**. Se localiza en piel no pilosa, presentando clínicamente “parches” con bordes eritematosos, prurito y descamación central. Entre los hongos responsables están *M. canis*, *Trichophyton mentagrophytes*; 3. **Tiña de los pies**. Localizado en espacios interdigitales de los pies. Clínicamente presenta prurito, vesículas y fisuras. Hongos asociados, están *Trichophyton mentagrophyt* *Epidermophyton floccosum*; 4. **Tiña crural**. Localizada en ingle, presenta clínicamente escamas eritematosas en zona intertriginosa respetando escroto, se acompaña de prurito. Hongos asociados: *Trichophyton rubrum*, *trichophyton mentagrophytes* y *epidermophyton floccosum*; 5. **Tiña capitis** localizada en cabeza, cabello, clínicamente presenta alopecia con parches circulares, folículos rotos. Hongo asociado *Mycrosporium canis* y *Trichophyton tonsurans*; 6. **Tiña barbae** localizada en pelos de la barba, clínicamente presenta lesiones eritematosas y edematosas. Hongo asociado *T. rubrum* y *T. mentagrophytes*; 7. **tiña unguis**. Localizado en uña, clínicamente presenta uñas gruesas, fisuradas y polvorientas. hongo asociado *T. rubrum*, *T. mentagrophytes* y *E. Floccosum*.

Los resultados del experimento demuestran que la Hipótesis de investigación planteada en el estudio sobre la existencia de correlación entre la planta natural y su efecto contra dermatofitos en Pruebas in vitro es aceptada por lo que se rechaza la hipótesis nula.

Al momento la literatura relacionada al uso de la planta XX27 contra micosis no ha sido explotada, por lo que puede considerarse como una propiedad

reciente contra dermatofitos. La fuente BoDD (Botanical Dermatology Base) index to Plant Families<sup>(5)</sup> no asocia la familia con las especies de hongos. Se han descubierto otras propiedades<sup>(3,6,7,10-12)</sup> en los casos de hipertensión, asma, antimicrobiano, bronquitis y otros.

La media de inhibición y no crecimientos (n=216) se considera que es bajo, aun con el control de seguridad de minimizar en lo posible la contaminación durante el proceso de preparación e inoculación en los tubos de ensayo en las pruebas in vitro. A medida que el tiempo transcurría durante 4 semanas se observó que algunos tubos presentaban inhibición y en otros crecimiento, al final de las 4 semanas los tubos marcados con crecimiento presentaban crecimiento a mitad y otros total a nivel del bicel. Al azar se realizaron cultivos de los tubos para descartar contaminación y determinar que el crecimiento es del hongo inoculado y no de otra especie, se aislaron en menor porcentaje bacterias.

En este estudio puede observarse que existen diferencias en las concentraciones del preparado contra dermatofitos, por lo que puede concluirse que la relación es directamente proporcional que la planta tiene actividad antimicótica contra las especies de hongos.

## Conclusiones.

La Planta natural XX27 tiene eficacia a concentraciones del 10 % sobre las cepas de hongos de *M gypseum*, *E floccosum* y *T rubrum*. Las zonas de inhibición y/o no crecimiento estaban en un rango de 60 – 80 %. La planta podría

representar una opción en el tratamiento alternativo en el caso de tratar infecciones con micosis resistentes a las drogas sintéticas convencionales de uso frecuente.

## Bibliografía

1. Doctor Phyto. Aromatherapy and herbal Medicine Company.XX27 clinical review. 2001.<http://phytomin.com/library/botanicalsGHI>
2. Zhi-De Deng. Antibacterial Property of XX27.2000.<http://128.228.75.7/ice2000/zhi>
3. Bonifaz, y otros. 1990. Estudio de la actividad in vitro de la Alicina en el tratamiento de tiñas. Dermatology, rev. Mex. Lilacs 24 edición.
4. XX27Alliaceae.BoDD.2000.<http://www.uwcm.ac.uk/dm/BoDD>.
5. Botanical Dermatology Database. Index to Plant Families. 2000. <http://bodd.ef.ac.uk/indexes/Plantfamilies.html>.
6. Dawit Dikasso.2001. Medicinal preparation and use of XX27 by traditional healers in Southern Nations Nationalities and People State. [Http://www.cih.uib.no/journals/EJHD/EJHD-V13/N2-93.htm](http://www.cih.uib.no/journals/EJHD/EJHD-V13/N2-93.htm).
7. XX27. 2001. Health Nutrition .<http://www.sbwise.com/ingredients/htm>.
8. Koneman, et al. Micosis. Microbiol. Cap 14. 1998: 690-696.
9. Rippon.Micosis. Micology. 1998.
10. XX27 Herbs and supplements by Nutrative.1999.<http://www.xx27.htm>.
11. XX27. 1999. <http://xx27.htm>
12. Jane Jesse et al. 1997. Medical Attributes of XX27. <http://xx27.html>.
13. 1998. MSPAS. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social.



# AVISO

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
DECANATO**

## Señor anunciante

Si Ud. Desea publicidad en el area de mercadeo, eventos, avisos, noticias, cursos etc. Nosotros se lo publicamos a un costo económico.

**Información en Decanato de la  
Facultad de Medicina.**

**Dirección: Ciudad Universitaria.  
Final 25 av. Norte. San  
Salvador.C.A.  
Tel: 225-8318 fax: 225-8822**

### AVISOS

AVISO	
SUBSCRIPCION	SEMESTRAL
<b>Información en Decanato de la Facultad de Medicina.</b>	
<b>Dirección: Ciudad Universitaria. Final 25 av. Norte. San Salvador.C.A. Tel: 225-8318 fax: 225-8822</b>	



## LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR



### Anuncian para el año 2003 el inicio de la MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA VI GENERACION

La Facultad de Medicina de Universidad de El Salvador pone a su disposición un nuevo curso de Maestría en Salud Pública por encuentros, esta modalidad permite que los estudiantes se formen en Salud Pública a la vez que continúan desarrollando sus acciones de servicios y/o docencia en salud en su realidad social cotidiana, ya que cada “encuentro” se realiza cada 3 ó 4 semanas (de acuerdo a calendario) durante 2 años en días Viernes, Sábado, Domingo y Lunes. (para un total de 34 encuentros).

#### Objetivo

Formar especialistas en Salud Pública capaces de:

- ♦ Desarrollar capacidades de Gerencia, Promoción y Educación para la Salud, Epidemiología, investigación y Docencia en Salud
- ♦ Producir conocimientos teóricos y metodológicos para el estudio de la problemática del proceso del proceso salud-enfermedad en la población bajo una concepción integral.
- ♦ Desarrollar capacidad para el análisis de intervenciones en Salud en Instituciones pública y privadas y la participación en el diseño de políticas y planes Salud Integral.

#### Proceso de Selección

- ♦ **Presentación de Documentos:**  
I. del 01 al 24 de Marzo de 2003.
- ♦ **Taller de Selección:**  
del 27 al 28 de marzo 2003.
- ♦ **Publicación de listas**  
29 de marzo de 2003, en las oficinas de la Maestría en Salud Pública, Facultad de Medicina, UES.
- ♦ **Clases:** 6 de Junio de 2003

#### Información

**Maestría en Salud Pública**  
Teléfonos:  
235-3046  
Horario: 8:00 a 12:00md  
1:00 a 4:00pm  
Recoger hoja de inscripción en Maestría en Salud Pública, ubicada entre 25 avenida norte y 25 calle poniente en el edificio 25-25.

# E

n Proyecto :

Para el año 2003 se impartirá módulos opcionales según la siguiente programación:

Diseño de proyectos : del 04 al 08 de Julio ,Marketing servicios Salud: del 25 al 29 Julio  
Salud Ocupacional : del 11 al 15 de Julio  
Economía de la Salud : del 18 al 22 de Julio

## REGLAS DE PUBLICACIÓN DE TRABAJOS CIENTÍFICOS DE LA REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA.

1. Deben ser originales e inéditos y contener información actualizada de interés para los lectores en el campo de salud.
2. Deberán ser escritos en español, a máquina doble espacio papel bond blanco, tamaño carta y deberá incluir original y tres copias, letra Times New Roman No. 12 a una columna (opcional el envío de diskette).
3. Tipos de artículos que se aceptarán: reportes clínicos, reporte de investigación, descripción de procedimientos técnicos, revisiones bibliográficas, ensayos y artículos de temas relacionados con la salud, odontología, familia, ética, cultura, educación en salud, cartas al editor.

### **Reportes Clínicos**

Deben escribirse los métodos clínicos para llevar a cabo un tratamiento determinado y deberá llevar: resumen, descripción detallada del caso y discusión. Este reporte no debe exceder de cuatro páginas a doble espacio. Se adjuntarán las ilustraciones en blanco y negro o a color necesarias, de acuerdo al autor y editor.

### **Reporte de Investigación**

Se deberá exponer el problema analizando en la investigación y objetivo, tan claramente que no exista duda acerca del mismo; deberá incluir material y método de tal manera que la investigación pueda ser analizada y reproducida por otro investigador. Los reportes de resultados deberán ser exactos, concretos y breves; se deberá incluir una discusión y las conclusiones obtenidas. Se deben comentar las implicaciones clínicas de la investigación, sus limitaciones y se discutirán los resultados sustentándolas con otras investigaciones que incluyen conceptos opuestos a los del artículo incluirá el resumen y la bibliografía consultada del trabajo presentado.

### **Descripción de Procedimientos Técnicos**

Se deberá exponer el objetivo de la técnica, dar una descripción detallada y ordenada de los procedimientos, para poder ser reproducidos por otros investigadores, hacer referencia a otras alternativas de esta técnica, sintetizar ventajas y desventajas de la técnica presentada, especificidad, sensibilidad, eficacia y valor predictivo.

### **Revisiones Bibliográficas**

Registrarán acertadamente la secuencia del desarrollo de un campo en particular,

deberá ser breve y completa, presentar una documentación en el tema por medio de referencias bibliográficas, actualizada no menos de 5 años.

4. Todo trabajo deberá llevar el siguiente orden:
  - a. Carátula
  - b. Resumen estructurado
  - c. Texto
  - d. Bibliografía
  - e. Pies de figura
  - f. Tablas
  - g. Figuras
- a. **Carátula**
  1. Título completo del trabajo o subtítulo si lo tiene.
  2. Nombre y apellido de los autores, en su orden. Incluir sólo abreviaciones para grados académicos.
  3. Afiliación institucional para cada autor
  4. Dirección, teléfono y fax del primer autor.
  5. Información acerca de apoyo financiero al trabajo.

### **b. Resumen estructurado**

No debe exceder de 250 palabras y debe ser consignado español e inglés.

Deberá incluir:

1. Objetivos
2. Estado actual del campo
3. Material y métodos
4. Resultado
5. Conclusiones

Si es revisión incluirá:

1. fuente de información
2. síntesis de datos
3. conclusiones

No usar citas bibliográficas ni abreviaciones.

### **c. Texto: constará de lo siguiente:**

1. Introducción
2. Material y métodos
3. Resultados
4. Discusiones y conclusiones

### **d. Bibliografía**

Se ordenará y enumerará por orden de aparición en el texto.

#### 1. Artículos

- Apellidos e iniciales de todos los autores cuando son seis o menos, cuando son más de seis, enumerar los primeros seis y añadir Col.
- Título del artículo
- Nombre de la revista, editor
- Número del volumen
- Primera y última página
- Año

#### 2. Libros

- Apellidos e iniciales de todos los autores.
- Títulos y subtítulos
- Edición (otras que la primera)

- Ciudad
- Casa Editorial
- Página y Año.

#### 3. Capítulo de libro

Agregar a lo anterior

- Apellidos e iniciales de todos los autores de el capítulo
- Título de el capítulo
- Editores, autores o recopilaciones del libro.
- Registro igual que el No.2

#### 4. Internet:

- Apellidos iniciales del autor.
- Título y subtítulo del tema.
- Número de página
- Buscador
- Fecha

#### **e. Pies de figura**

Aparecerán en páginas independientes; según el orden en que sean mencionadas en el texto. Este será breve y muy preciso señalado al final, por orden alfabético, las abreviaturas empleadas con su designación correspondiente que, cuando, donde.

#### f. Tablas

Aparecerán enumeradas con números romanos según el orden de organización en el texto. Llevarán un título informativo en la parte superior y las abreviaturas con su definición en el interior que, cuando, donde.

#### g. Figuras

La presentación de figuras inadecuadas para su reproducción puede ser motivo de no aceptación de un trabajo. El número deberá ser limitado a las indispensables. Serán copias fotográficas en papel brillante, en tamaño que se juzgue más adecuado para publicación. El tamaño quedará sujeto a decisión final del editor. Llevará anotado en reverso, posición lateral derecha.

1. Número cronológico correspondiente.
2. El nombre del primer autor
3. El título del trabajo
4. Un signo que indique la posición correcta de presentación en la publicación.

- Los esquemas, gráficos y sus letras se confeccionarán con tinta chica (no con máquina de escribir) para asegurar una buena reproducción.
- Los electrocardiogramas deben reproducirse en papel de gran contraste que permita trazado destacar sin fondo.
- Las fotografías de piezas anatómicas deberán tener fondo negro o verde.
- Figuras en color, serán reproducidas como tal.



**Universidad de El Salvador**  
**Facultad de Medicina**  
**PROYECTO SALUD VISUAL**



**PLAN DE ESTUDIOS “ ÓPTOMETRISTA DE ATENCIÓN PRIMARIA ”**

Los estudios de “Óptometrista de atención primaria”, están concebidos bajo la titulación de un Diploma.

La estructura y temporalización responden al siguiente esquema:

- ◆ El Diploma tiene una duración total de 10 meses.
- ◆ Se cursarán a lo largo de 10 o más semanas de clase (una o más semanas cada mes).
- ◆ Cada semana constará de 5 días lectivos (promedio estimado)
- ◆ Cada día se realizarán 8 horas de clase (promedio estimado)
- ◆ La última semana se realizará un intensivo de prácticas clínicas con pacientes reales.
- ◆ Esto constituye un total de 360 horas o su equivalente en créditos, 36.

Destinatarios:

En su primer año de implantación y de forma excepcional los estudios se impartirán bajo la forma de Cursos Libres que permitan la acumulación de créditos. Del mismo modo, durante este primer año, se dará prioridad de matrícula a todas aquellas personas que han sido capacitadas en Óptica por ONGs que trabajen en El Salvador.

ASIGNATURA	TEORÍA (horas)	PRÁCTICAS (horas)	Horas TOTALES
Anatomía Ocular	10	5 x 2	20
Óptica Fisiológica	10	5 x 2	20
Lentes Oftálmicas	20	20x 2	60
Optometría I	30	35 x 2	65
Contactología	3	7 x 2	17
Tecnología Óptica	25	35 x 2	95
Optometria II	20	35x2	90
Principios de Patología Ocular	20	10	30
Gestión de Óptica	10	5 x 2	20
Cooperación para el Desarrollo	15	10 x 2	35
Prácticas de Clínica		20 x 2	40
TOTAL			360

Las asignaturas de Patología y Cooperación se incrementan en 10 horas más cada una. En el caso de Cooperación estas horas corresponderían a dos visitas a organizaciones que trabajan en cooperación en Óptica y optometría, una en el ámbito rural y la otra urbano.



**Proyecto Formación y Capacitación de Recursos Humanos en Salud Sexual y Reproductiva**

**PROYECTO FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**



**Facultad de Medicina**



**Facultad de Medicina**

Universidad de El Salvador

**Maestría en Educación, Promoción y Defensa Pública en Salud Sexual y Reproductiva**

**MAESTRIA EN SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

*La Salud y la sexualidad son realidades muy complicadas. La sexualidad bien comprendida conduce a una vida larga y saludable*

Final 25 Av. Norte y Blvd. Los Héroes.  
Ciudad Universitaria. San Salvador.  
Tel. 225 1500 Ext. 4227.  
Tel/fax. 235-3499 y 225 6229.  
Correo Electrónico:  
saludsexualyreproductiva@hotmail.com