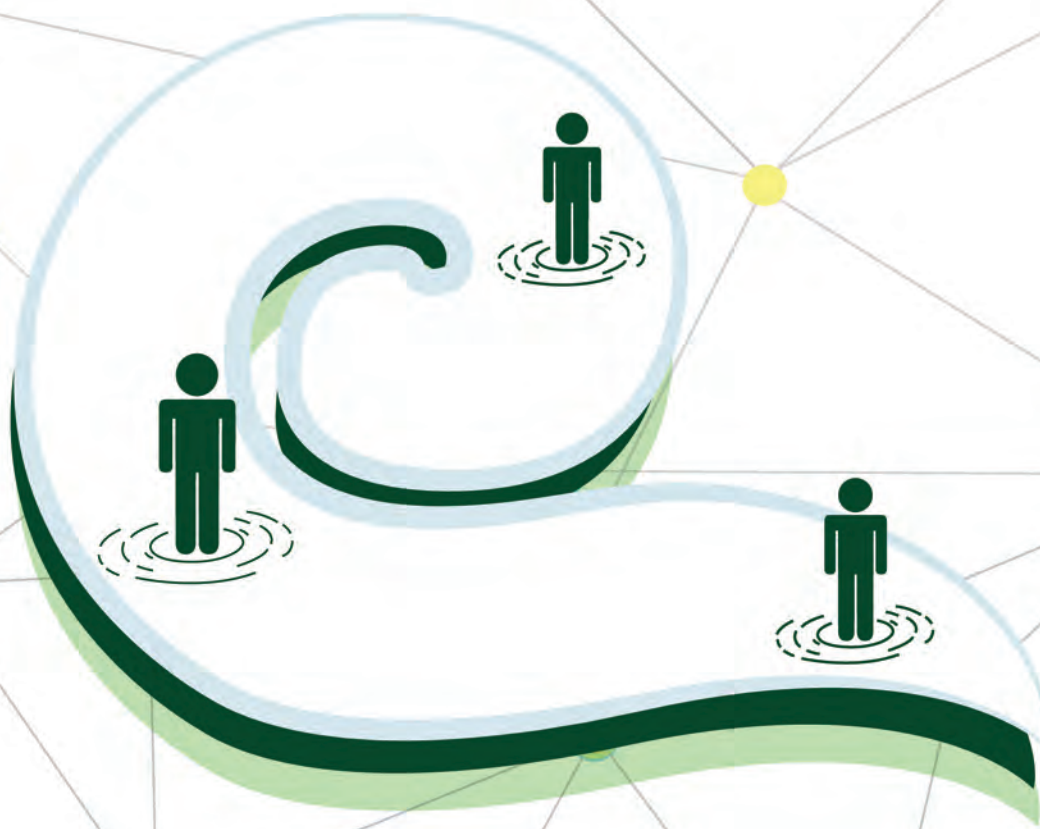


Marisol Campos Rivera · Luis Antonio Reyna Martínez [COORDINADORES]

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

APROXIMACIONES TEÓRICO-METODOLÓGICAS DESDE ESPACIOS FORMATIVOS Y COMUNIDAD



UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO

Marisol Campos Rivera · Luis Antonio Reyna Martínez [COORDINADORES]

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

APROXIMACIONES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

DESDE ESPACIOS FORMATIVOS Y COMUNIDAD



UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO

Marisol Campos Rivera . Luis Antonio Reyna Martínez. Coordinadores
*Atención Primaria de Salud. Aproximaciones teórico-metodológicas
desde espacios formativos y comunidad*

Datos electrónicos
Chetumal, Quintana Roo: Universidad de Quintana Roo, 2020
(1 archivo 3.8 MB)

ISBN: 978-607-9448-88-2
Libro electrónico en formato PDF
Forma de acceso: Internet

Primera edición: Noviembre de 2020

DR. ©Universidad de Quintana Roo
Boulevard Bahía s/n esq. Ignacio Comonfort
Col. Del Bosque, 77019
Chetumal, Quintana Roo
www.uqroo.mx

Corrección de originales
Jorge Huixtlaca Quintana
Cuidado de la edición
Lizbeth Zenteno Espinoza
Diseño
Lizbeth Zenteno Espinoza y Andrea Montiel Bautista
Diagramación
Andrea Montiel Bautista
Portada
Mariana Berenice Estrada Espejel

Se prohíbe la reproducción total o parcial, por cualquier medio,
sin la autorización expresa por escrito del autor de la obra reproducida

Hecho en México

COMITÉ REVISOR

Dallany Trinidad Tun González

dallany.tun@correo.uady.mx

ORCID: 0000-0001-7016-9272

Licenciada en Enfermería por la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY), maestra en Ciencias de Enfermería por la Universidad de Guanajuato, campus de Ciencias de la Salud e Ingenierías; diplomada en Tanatología. Actualmente es directora de la Facultad de Enfermería de la UADY, donde también es profesora de tiempo completo desde 2008 y secretaria académica desde 2011. Es enfermera docente certificada por el Consejo Mexicano para la Certificación de Enfermería (COMCE A. C.). Perfil PRODEP desde 2013, con renovación en 2016 y 2019. Es integrante del grupo de investigación Enfermería, Educación y Salud. Asimismo, es titular de cursos a nivel Licenciatura, Posgrado y Educación Continua. Es enfermera general del Hospital General Regional Número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de 2010 a la fecha. Es evaluadora del Consejo Mexicano para la Acreditación de Enfermería (COMACE A. C.). Es integrante de la Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería (FEMAFEE A. C.) e integrante de la Asociación de Facultades y Escuelas de Enfermería de la Región Sureste (AFEERS A. C.). Forma parte del consejo técnico del Examen General de Egreso para la Licenciatura en Enfermería (EGEL-ENFER) y del Profesional Técnico de Enfermería (EGEPT-ENFER).

Áreas de interés: Proceso de atención de enfermería; Educación de enfermería y Cuidados de enfermería.

Máryuri García González

maryuri@cepes.uh.cu / maryurigarciagonzalez@gmail.com

ORCID: 0000-0002-2734-6541

Doctora en Ciencias de la Educación; máster en Ciencias de la Educación Superior por el Centro de Estudios para el Perfeccionamiento de la Educación Superior (CEPES) de la Universidad de La Habana, Cuba. Es profesora titular e investigadora, jefa del grupo de Comunicación y Desarrollo Universitario del CEPES. Es editora ejecutiva de la *Revista Cubana de Educación Superior*; miembro del Comité Doctoral del CEPES y de la Cátedra UNESCO en Gestión y Docencia Universitaria.

Líneas de investigación: Ciencias de la educación; Formación y gestión por competencias; Dirección y metodología de la investigación; Gestión organizacional; Pedagogía y didáctica; Comunicación organizacional; Desarrollo local y comunitario; Gestión de la calidad; Redacción y gestión de resultados científicos.

CONTENIDO

- 8 **INTRODUCCIÓN**
Luis Antonio Reyna Martínez y Marisol Campos Rivera
- 12 **CAPÍTULO 1**
Atención Primaria de Salud desde el abordaje comunitario:
experiencias de su aplicación en la formación académica
Marisol Campos Rivera, María Ángeles Villanueva Borbolla
y Diana Paola Betancurt Loiza
- 36 **CAPÍTULO 2**
Atención Primaria de Salud: análisis de su implementación
para la formación del médico general en las instituciones
de educación superior
Rigoberto de la Cruz Fajardo Ruz, Luisa María Higareda Laguna
y Francisco Montes de Oca Garro
- 63 **CAPÍTULO 3**
Diagnóstico de salud comunitario. Aportes para la formación
de profesionales de la salud
Laura Hernández Chávez, Ximena Molina Nava
y Gerson Lugardo Vasquez Reyes
- 90 **CAPÍTULO 4**
Bases de la comunicación en salud y la narrativa
para la atención primaria
Luis Antonio Reyna Martínez
- 109 **CAPÍTULO 5**
La educación nutricional en el contexto comunitario
Hugo Alejandro Panting Villalobos y Fabiola Pinzón Moguel

130	CAPÍTULO 6 La intervención de enfermería para promover cambios de comportamientos saludables en comunidades Sheila Mariela Cohuo Cob, Didier Francisco Aké Canul y Marco Esteban Morales Rojas
151	CAPÍTULO 7 Resiliencia y comunidades educativas: respuesta ante la COVID-19 en el ámbito universitario Nadosly de la Caridad de la Yncera Hernández y Lilia Denisse Peña Salazar
173	AGRADECIMIENTOS
174	SOBRE LOS AUTORES

A nuestra Cuata fugaz

Gracias por enseñarnos tanto,
en tan poco tiempo

Y a su mamá Ahydee,
por ser la Ceiba que no desgaja
ni el huracán más fiero

INTRODUCCIÓN

Luis Antonio Reyna Martínez y Marisol Campos Rivera

El reto de la Atención Primaria de Salud (APS) inicia su ambicioso planteamiento de una «salud para todos» en 1978, al que en la actualidad se suma, dentro una gran área de oportunidad, la generación de conocimiento aplicado que se refleje en la formación de profesionales de la salud con las competencias necesarias en la investigación operativa, el trabajo comunitario y la comunicación. De ahí que se haya hecho énfasis en la necesidad de reorientar los programas educativos (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

En 2015, se inició el Programa Universitario de Atención Primaria de la Salud (PU-APS) en la División de Ciencias de la Salud de la Universidad de Quintana Roo (DCS-UQROO), con la finalidad de fortalecer las competencias de APS de los estudiantes de Medicina, Enfermería y Farmacia, programas de licenciatura que se ofertan en dicha División, y, al mismo tiempo, promover la salud de las comunidades aledañas a la institución (Fajardo, 2019). El desarrollo del PU-APS ha sido el punto de confluencia de diversos académicos que, en un ejercicio de constante reflexión, han buscado generar actividades y productos para dar a conocer los aprendizajes y contribuciones que han surgido desde la praxis.

Algunas de las acciones que pueden resaltarse son: 1) la emisión del 1^{er} Congreso Internacional de APS llevado a cabo en noviembre de 2017, que representa el primer encuentro entre académicos de distintas instituciones, y en cuyo marco se manifestó el interés de conformar una red internacional de APS; 2) el intercambio académico realizado en la localidad de Villamaría, en coordinación con la Universidad de Caldas, Colombia, para el fortalecimiento de aspectos en la implementación de estrategias de APS en el trabajo comunitario y 3) la realización de la Jornada Académica de APS, a manera de cierre de semestre en el marco del PU-APS, que ha permitido generar espacios de intercambio de experiencias y aprendizajes por parte de todos los involucrados, cuya primera edición dio lugar a la escritura del primer libro cuyo eje es la APS.

En este sentido, han pasado ya dos años desde la integración de trabajos que conformaron la primera obra conjunta de los involucrados en el PU-APS, titulada *Atención Primaria a la Salud. Comunicación, redes y experiencias de un programa universitario* y publicada en el año 2019. En esa publicación se reflexionó sobre los fundamentos de la APS, los inicios y evolución del Programa y se integraron las reflexiones de los involucrados en las actividades comunitarias, desde los marcos teórico-metodológicos que fundamentan las disciplinas impartidas en la DCS-UQROO, así como desde las líneas de trabajo de los autores.

Los esfuerzos hasta aquí expuestos se han llevado a cabo principalmente en vinculación con académicos de la Universidad Autónoma de Yucatán, la Universidad Modelo campus Chetumal, el Instituto Nacional de Salud Pública y la Universidad de Caldas. Paralelamente, esto ha permitido formalizar un grupo de trabajo, a través de un Cuerpo Académico denominado «Atención, comunicación y educación en salud» (CA-ACES), el cual surge con la intención de articular y dar formalidad a la convergencia académico-investigativa de sus integrantes y colaboradores, quienes, a través de sus trabajos e iniciativas, nutren las líneas de generación y aplicación del conocimiento (LGAC) «Comunicación, educación y comunidad» y «Enfermedades crónicas no transmisibles» (ECNT).

En el CA-ACES se conjuntan aproximaciones de expertos de distintas disciplinas, mismas que se articulan para brindar una mirada fresca a la APS que contemple elementos como la comunicación, la educación y la comunidad, en la búsqueda de responder a distintos fenómenos y problemáticas poblacionales. De esta forma, adquiere relevancia el sentido humano del abordaje de la salud y su relación con los aspectos de formación de profesionales de la salud con una perspectiva comunitaria, la cual considera los procesos de comunicación implícitos en estas iniciativas.

De esta forma, la presente obra representa, al mismo tiempo, un esfuerzo por parte de esta red de colaboración en el desarrollo y fortalecimiento de las líneas de trabajo del CA-ACES, así como para dar continuidad a las bases teórico-metodológicas que se han ido plasmando desde el primer libro en torno a la APS. Como se mencionó, en la primera obra se reflexionó sobre los aprendizajes en torno a las actividades comunitarias de académicos y estudiantes involucrados en el PU-APS; sin embargo, en esta ocasión la reflexión crítica se encamina a una perspectiva global de la APS como un enfoque en espacios formativos y su vínculo con lo comunitario.

En función de lo anterior, lo comunitario se retoma en un sentido amplio y no solamente como el trabajo que se realiza hacia las comunidades, sino también como un enfoque que implica los propios espacios de relación en el marco de lo formativo, desde donde la comunidad es parte de la experiencia de estudiantes y académicos. De esta forma, a partir de estas aproximaciones, se plasman las diversas miradas como resultado de la praxis en los ámbitos de acción de los autores.

La obra se presenta inicialmente con un capítulo cuyo planteamiento versa sobre el fortalecimiento del talento humano en APS y en la generación de espacios a nivel curricular para la enseñanza crítica y con enfoque comunitario, de tal forma que los profesionales se integren al desarrollo de estrategias participativas y que, a su vez, aporten a la transformación social.

Se da continuidad en el siguiente capítulo, en donde se retoman las áreas de oportunidad ya mencionadas para la generación de conocimiento aplicado de APS en

los sistemas de salud y se plantea un análisis de la formación y perfil profesional del médico general, alineado a las bases de la APS y el trabajo comunitario.

Le sigue una reflexión acerca de los elementos que componen los diagnósticos de salud comunitarios que forman parte del quehacer del personal sanitario y, al mismo tiempo, son fundamentales en el desarrollo de estrategias preventivas y de promoción de la salud. Esto, con base en la experiencia de seguimiento de las necesidades formativas planteadas por los estudiantes en el campo de lo comunitario.

El siguiente capítulo estudia las bases de la comunicación aplicadas a la salud, las cuales, además de ser fundamentales para el desarrollo de dichas estrategias, dado que deben involucrar profesionales de la salud competentes en este campo, son parte de las áreas de oportunidad identificadas para llevar la APS a la realidad de los sistemas.

Se aborda posteriormente sobre la educación nutricional, la cual es un tema transversal de los fenómenos comunitarios y es un componente clave de las estrategias de APS. Por ello, se presenta un recorrido por programas con enfoque nutricional a través de sus resultados y sus principales estrategias, lo que aporta a la generación de nuevas iniciativas.

Seguidamente, se encuentra la propuesta de fortalecimiento de iniciativas que surgen desde la enfermería a través de la inclusión de teorías y modelos de cambio de comportamiento contextualizados de acuerdo con las características de las comunidades, lo que se relaciona también con el desarrollo de competencias de investigación en esta disciplina.

La obra se complementa con una reflexión necesaria del contexto en el que vivimos a partir del año 2020 y que invariablemente forma parte de las estrategias actuales de APS, los impactos psicosociales de la pandemia de COVID-19, particularmente en las comunidades educativas, desde el enfoque de la resiliencia y su aplicación en el ámbito universitario.

La coordinación y conjugación de saberes de los integrantes del CA-ACES y de la red académica de colaboración plasmados en esta obra tiene la finalidad de generar aportes que se concreten en beneficios a la población involucrada en espacios formativos de profesionales de la salud y, al mismo tiempo, que sienten bases para la consolidación del grupo de trabajo, mediante el fortalecimiento de la generación de conocimiento aplicado a la atención primaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fajardo-Ruz, R., Campos, R. y Concha-Koh, A. (2019). Programa Universitario de Atención Primaria a la Salud. Antecedentes teórico-metodológicos. En *Atención Primaria a la Salud. Comunicación, redes y experiencias de un programa universitario*, L. A. Reyna y M. Campos (coords.). (pp. 6-17). México: Universidad de Quintana Roo. <http://risisbi.uqroo.mx/handle/20.500.12249/1974>
- Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud. (2007). *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. OPS. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-ops.pdf

CAPÍTULO 1

Atención Primaria de Salud desde el abordaje comunitario: experiencias de su aplicación en la formación académica

Marisol Campos Rivera, María Ángeles Villanueva Borbolla y Diana Paola Betancurt Loaiza

1. INTRODUCCIÓN

Desde sus inicios en 1978, la esencia de la atención primaria de salud (APS) radica en una visión equitativa de la salud como un derecho y busca fomentar las capacidades colectivas para construir futuros incluyentes. Dados estos principios de connotación política, no sorprende que las clases privilegiadas se resistieran a la realización de la APS. A lo largo de décadas, las instituciones redujeron la APS a una modalidad selectiva, diseñada para mejorar estadísticas de salud —vista desde el modelo biomédico—, orientada a grupos en situación de riesgo. Esta modalidad se enfocó en la implementación vertical de intervenciones «costo-efectivas» sin cuestionar las causas subyacentes de las enfermedades (Werner, 2002).

A pesar de esto, surgieron experiencias donde la práctica de la APS es más parecida a su concepción genuina (Werner, 1995). Instituciones como la Organización Panamericana de Salud (OPS) se han encaminado a estos principios, al mirar críticamente que las acciones realizadas han avanzado poco en la meta de alcanzar «salud para todos» (OPS, 2014).

En la Declaración de Astaná (GCPHC, 2018), se reafirma a la APS como piedra angular de un sistema de salud sostenible para la cobertura sanitaria universal, y los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) relacionados con la salud. Si bien la APS se relaciona con los primeros niveles de atención, la práctica clínica y la garantía al acceso de servicios de salud, también conlleva una perspectiva social que prioriza entornos y cuidados de salud con énfasis en las poblaciones vulneradas por la brecha de desigualdad socioeconómica.

El presente capítulo reflexiona sobre la APS desde una perspectiva comunitaria y como escenario formativo. El sustento teórico lo inspiran la APS, la psicología comunitaria y las pedagogías constructivistas. El componente práctico se nutre de las experiencias de las autoras en la formación de profesionales de la salud. La conjugación de los aspectos teórico-prácticos y el análisis de las experiencias con respecto a sus características, circunstancias, retos y aprendizajes permite abordar una propuesta pedagógica. Por lo tanto, el texto contribuye a la generación de elementos prácticos y de aporte social para quienes tengan la intención de implementar la APS en la formación académica desde el abordaje comunitario.

Ahondamos en la importancia de asegurar buenas prácticas comunitarias de APS. Lo anterior implica que quienes conforman la academia —docentes, investigadoras(es), y estudiantes— se involucren como agentes activos. Esto busca superar las barreras del academicismo y replantearse la enseñanza de la APS en las universidades, de modo que puedan comprometerse socialmente con el «buen vivir» de los sujetos, familias y comunidades a través de las tres funciones esenciales —docencia, investigación y proyección social y/o vinculación— en un ejercicio continuo de buena ciencia (Calderón, 2018).

Nuestra propuesta se centra en el fortalecimiento del talento humano en APS y en la generación de espacios a nivel curricular para la enseñanza crítica. Dicho fortalecimiento se enfoca en la co-construcción, trabajo en equipo y en red, comunicación y liderazgo, de modo que los profesionales se integren al desarrollo de estrategias participativas que aporten a la transformación social.

2. SUSTENTO TEÓRICO

2.1 ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA COMUNITARIA

En los documentos oficiales de las agencias internacionales de salud (PAHO, 1978; OMS, 1986; OPS, 2007; ONU, 2015) se identifican planteamientos que relacionan la APS con lo comunitario. Al concebir la salud como un derecho y la participación colectiva como parte crucial para alcanzar la meta de «salud para todos», se fundamenta que la APS contemple acciones que provengan desde los intereses, necesidades e inquietudes de las personas en relación con su entorno. Ello involucra necesariamente valores como la equidad y la solidaridad.

Werner (1995) identifica la APS como revolucionaria, ya que implica garantías, cambios sociales y el fortalecimiento de la participación poblacional. De acuerdo con este autor, paradójicamente a nivel internacional, la APS se ha extendido como un modelo vertical —de arriba hacia abajo— y su labor se ha centrado en ser selectiva. Si bien esto mejora las estadísticas de atención, no necesariamente favorece las condiciones de vida ni promueve estados de dependencia. Esto pone en entredicho si las iniciativas de APS consideran principios de justicia social.

El trabajo en APS, desde una perspectiva comunitaria orientada al fortalecimiento o empoderamiento, requiere un abordaje complejo que le permita comprender y generar estrategias que consideren al ser humano en interacción, sus condiciones de vida y potencial transformador. Dos ámbitos que contemplan esto son el educativo y el psicosocial. Por esta razón, presentamos la perspectiva psicosocial comunitaria y su contribución a la reflexión y acción en espacios formativos con enfoque APS como alternativa para las buenas prácticas profesionales.

2.2 VISIÓN CRÍTICA DEL CONCEPTO DE COMUNIDAD

Para el trabajo comunitario, es esencial la comprensión del concepto de comunidad, para lo cual existen diversos abordajes. Esposito (2018) refiere que el origen de comunidad proviene de *communitas*, derivada del latín *manus* —deber o cargo— y *communis* —conjunto humano con deber hacia los otros—. Por lo que el término *communitas* conlleva una obligatoriedad hacia los otros y, por lo tanto, una renuncia del individuo como tal para conectarse con una totalidad comunal. El término *munis*, en relación con *donum* —un dar—, expresa un deber y donar sin reciprocidad. De ahí que *communitas* en términos amplios refiere a un estar-juntos, un conjunto de personas a quienes las une un deber (García, 2016).

Jean Luc Nancy, de acuerdo con García (2017), entiende la comunidad, estar-juntos, como presencia. Con ello subraya que la comunidad es la existencia, la presencia de un estar común que implica necesariamente al otro a través de la comunicación. Montero (2004) propone contemplar el proceso de construcción de comunidad y su reconocimiento como actor con potencial transformador. De esta manera, el punto de encuentro, el «nosotros», supone interacciones, relaciones estrechas, apoyo, solidaridad, pertenencia y un espacio de seguridad física y psicológica (Montero, 2004). Esto armoniza con los valores que sustentan la APS (OPS, 2004) y lleva implícito el compromiso político y ético (Rodríguez y Montenegro, 2016).

Es importante contar con una perspectiva crítica de *comunidad*, así como del trabajo e interacciones que se dan en ese marco. Montero (2004) advierte los siguientes peligros: 1) activismo, donde la ausencia de reflexión teórica y rigor metodológico permite considerar que todo lo que venga de la comunidad es una verdad absoluta; 2) postura de especialista o experto, como un supuesto saber superior que lo convierte en el único capacitado para decidir qué hacer y cómo hacerlo y 3) concientizador o iluminador, que es la percepción de sí mismo(a) como salvador(a) de la comunidad. Estos aspectos contienen una mirada de comunidad como algo separado de la realidad del agente externo y una visión de lo comunitario desde la deficiencia e incapacidad de generar cambios.

Montero (2004) señala que la comunidad está en un proceso de construcción constante a través de la resolución de problemas; por lo tanto, es de carácter heterogéneo y dinámico, por ello es arriesgado unificar este concepto o encasillarlo como un espacio geográfico. Al respecto, Rodríguez y Montenegro (2016) señalan que la idea de territorialidad se ve superada a partir de los desarrollos tecnológicos, así como de las iniciativas que surgen a partir de grupos de interés que no comparten espacios físicos.

2.3 PERSPECTIVA PSICOSOCIAL COMUNITARIA Y ESPACIOS FORMATIVOS EN APS

La psicología comunitaria en América Latina surge de la psicología social, redefinida a partir del trabajo de grupos donde lo social y lo comunitario van de la mano. Aborda el marco interdisciplinario comprometido con el cambio social que debe ser coordinado, planificado e implementado por la comunidad, y donde el rol de quien ejerce la psicología comunitaria es facilitar. Además, es una alternativa al rol tradicional, al posicionarse activamente en los procesos de transformación social, pensamiento crítico y transdisciplinariedad, situados en el constante devenir entre la teoría y la práctica (Jiménez-Domínguez, 2004).

Profundizar en los espacios formativos con enfoque en APS, desde una perspectiva comunitaria con orientación psicosocial, permite visibilizar las diferentes formas de relación y resignificación de lo común, y de la otredad como un nosotros a través de la praxis. En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha enfatizado la necesidad de nutrir los programas educativos dirigidos a profesionales de salud con aspectos de trabajo comunitario y reconoce que la consolidación de los equipos de APS depende de la interacción que se da en la práctica (Nebot, Rosales y Borrell, 2009; OPS, 2008).

En la psicología comunitaria latinoamericana, encontramos dos aspectos que la caracterizan. Uno de ellos es el modelo de la construcción y la transformación crítica, y el segundo aspecto son los procesos psicosociales comunitarios (Montero, 2004). Montero (2004) categoriza el modelo de la construcción y la transformación crítica como paradigma, al considerar que es un ámbito de saber delimitado por las siguientes dimensiones: 1) ontológica, en cuya definición del sujeto cognoscente se reconoce la producción de conocimiento desde las comunidades, enfatizando la relación que se establece entre los agentes externos y los internos; 2) epistemológica, caracterizada por la complejidad y su carácter relacional al asumir que el conocimiento se produce en y por relaciones entre sujetos cognoscentes y objetos de conocimiento; 3) metodológica, relacionada con los modos por los cuales el conocimiento se produce y las formas de participación para ello; 4) ética, como la definición de la otredad, a partir de su inclusión en la relación de producción de conocimiento y reconocimiento como propietario de este; 5) política, referida a la finalidad del conocimiento producido, es decir ¿qué? y ¿para qué?, teniendo en cuenta el ámbito de aplicación y sus efectos sociales, así como la posibilidad de expresión de todos los involucrados, incluso en espacios públicos (Montero, 2004).

Este modelo sienta las bases teórico-prácticas para una relación horizontal entre agentes internos («la comunidad») y agentes externos (profesionales de la salud), ambos como sujetos cognoscentes de su propia realidad y, por tanto, agentes activos de transformación. A través de diversas formas de participación y en interacción, los sujetos generan conocimiento y alternativas de acción de acuerdo con su contexto, intereses y motivaciones. Lo anterior converge con el sentido comunitario de la APS.

En cuanto a los procesos psicosociales comunitarios, Montero (2004) identifica, por un lado, la habituación, la naturalización y la familiarización, que están relacionados con la forma en que las circunstancias de vida cotidiana ocurren habitualmente y donde las personas asumen su realidad y la aceptan pasiva y acríticamente. Por otro lado, reconoce los procesos psicosociales de problematización y desnaturalización que están ligados al análisis crítico de la realidad en la propuesta educativa de Paulo Freire (2002), así como el proceso de concientización, entendido como la movilización de la conciencia sobre una situación determinada que hasta el momento no había sido identificada, mediante el desarrollo de una capacidad crítica que conlleva la desideologización (Montero, 2004).

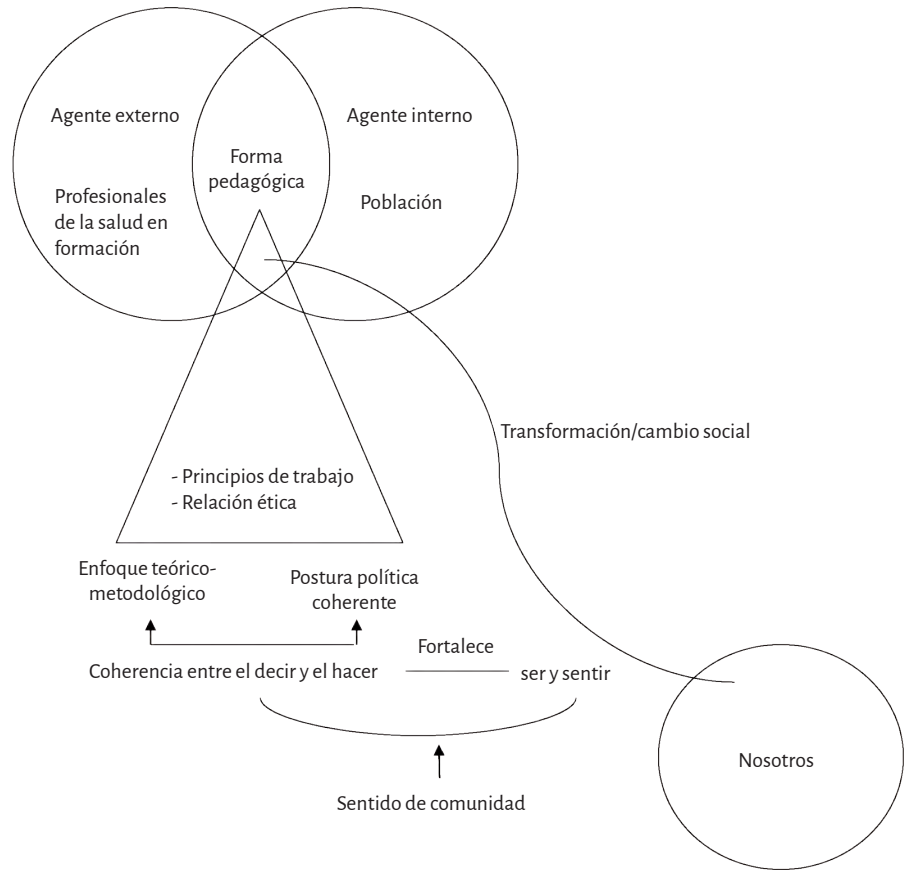
Considerar la existencia simultánea de los diferentes procesos psicosociales, y el modelo de la construcción y la transformación crítica en los espacios formativos, brinda una visión novedosa sobre estos últimos y ubica la concientización como finalidad. Al respecto, Montero (2011) señala la necesidad de llevar a cabo el segundo tipo de procesos psicosociales con el estudiantado. Encaminarse hacia una ruta compartida con una misma intención a la vez que se entiende la diversidad entre agentes, requiere considerar las formas en que se llevan a la práctica las iniciativas comunitarias, y la participación del estudiantado.

3. PROPUESTA PEDAGÓGICA PARA LA APS CON ENFOQUE COMUNITARIO Y FORMATIVO

Un aspecto fundamental de la psicología comunitaria latinoamericana es su compromiso con el cambio social, basado en el supuesto de que el pensamiento surge de la práctica y que el conocimiento cobra sentido en la acción (Musitu y Buelga, 2009). Este capítulo presenta una propuesta para la formación de talento humano en salud desde el enfoque comunitario, nutrido a partir del ejercicio reflexivo sobre la experiencia de implementación de escenarios de práctica y servicio social en el campo de la salud. Esta propuesta comenzó a gestarse como parte de un proyecto del Instituto Nacional de Salud Pública, y continuó en el programa universitario de APS de la Universidad de Quintana Roo, ambas experiencias descritas en otra sección.

Esta propuesta busca establecer elementos que apoyen el ejercicio reflexivo en torno a los espacios formativos e interacciones dadas en y a partir de estos, como fuente de construcción del sentido comunitario requerido para la APS. La figura 1 representa la configuración de los elementos presentes en estos espacios, así como sus relaciones.

Figura 1. Espacios formativos en salud desde un enfoque comunitario



Fuente: elaboración propia

Las iniciativas de salud que provienen de los organismos dedicados a ello traen consigo la interacción entre agentes externos —en este caso, profesionales de la salud— y agentes internos —población con la que se trabaja—. Sin embargo, cuando esta interacción se asume como espacio formativo, adquiere relevancia la forma pedagógica como elemento mediador entre los agentes. La forma pedagógica referida está centrada en la reflexión-acción, esto es, la praxis, y su ejercicio da pie a una postura política, lo que a su vez fortalece la dimensión del ser y el sentir, desde donde es posible la construcción de un sentido de comunidad como un nosotros que impulse transformaciones sociales hacia el bienestar común.

Con postura política nos referimos al qué y para qué del conocimiento producido; para su construcción, dos hitos son necesarios. El primero es sentar las bases y principios del enfoque teórico-metodológico bajo el cual se desarrollará la iniciativa de salud. El segundo es la búsqueda constante de la coherencia entre el decir —los fundamentos y principios del enfoque— y el hacer —los actos de cada agente y las prácticas— Montero (2004).

Construir una postura política coherente implica un ciclo constante que inicia con la visibilización de la incoherencia entre decir-hacer o entre teoría-práctica; continúa con el reconocimiento del nivel de contradicción e incoherencia en el que nos movemos, lo cual lleva a generar conciencia crítica, que se aplica en una observación y reflexión de la propia acción (Núñez, 1999). La búsqueda de esta coherencia puede relacionarse con los cuatro pilares de la educación: aprender a aprender, a hacer, a ser y a vivir juntos (Delors, 1994). Aprender, entonces, bajo estos supuestos, requiere poner a prueba la teoría, observar y reflexionar de manera crítica y colectiva sobre la propia práctica, lo que a su vez tiene el potencial de generar coherencia.

El reconocimiento de la otredad está relacionado con la dimensión ética del modelo de la construcción y la transformación crítica, y es necesario para la construcción del nosotros. Para construir colectivamente es necesario generar relaciones horizontales, transparentar intereses y mantener una comunicación clara, donde cada mirada aporte a la comprensión del mundo y a la solución de las problemáticas identificadas. Fortalecer la capacidad del sujeto para reflexionar sobre sí mismo(a), la otredad y su contexto, que al tiempo favorece su curiosidad por aprender, le brinda apertura de criterio y escucha activa. De esta forma, el sujeto cognoscente define una postura política coherente y construye un sentido de comunidad, de interdependencia que posibilita la acción a favor del bienestar común y la salud colectiva, reflejado en el ser y el convivir.

4. COMPONENTE PRÁCTICO: DESCRIPCIÓN DE LAS EXPERIENCIAS Y SU ANÁLISIS

A continuación, presentamos las experiencias de iniciativas de APS con enfoque comunitario que, a su vez, son escenarios de formación profesional.

4.1 DESCRIPCIÓN DE LAS EXPERIENCIAS DE APS CON ENFOQUE COMUNITARIO

Caso 1. Universidad de Quintana Roo, México

Descripción del espacio formativo

El proyecto de Atención Primaria a la Salud se inicia en 2015 en la División de Ciencias de la Salud (DCS) de la Universidad de Quintana Roo, México, para probar la implementación de un programa —el Programa Universitario de Atención Primaria a la Salud (PU-APS)—, que estaba orientado a brindar competencias en APS al estudiantado y, a su vez, beneficiar a la población cercana a sus instalaciones (Fajardo, 2019).

La atención en salud a la comunidad es liderada por aproximadamente diez médicos pasantes en servicio social (MPSS), que son asignados al PU-APS cada semestre por un año. Sus actividades se desarrollan en comunidad y en el labo-

ratorio de APS, y responden a los ejes de gestión y vinculación, investigación, servicio a la comunidad y docencia.

Los MPSS son responsables de un área geográfica, donde implementan acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y donde también se incorporan estudiantes de los primeros cuatro semestres de las licenciaturas de Medicina, Enfermería y Farmacia, una vez a la semana.

En el PU-APS, se ha considerado importante la multidisciplinariedad, por lo que su equipo base contempla una persona del área de psicología con formación en salud pública.

A partir de agosto del 2017, se ha desarrollado un componente de fortalecimiento comunitario orientado a reflexionar y actuar desde la perspectiva de la psicología comunitaria para resignificar el espacio de servicio social en medicina con enfoque en APS, y así llevar a la práctica elementos necesarios para el trabajo comunitario y el fortalecimiento individual y colectivo.

Acciones que favorecen un enfoque comunitario:

- Implementación de técnicas participativas los días de práctica, lo que facilita la reflexión del trabajo comunitario y el aprendizaje basado en la experiencia.
- Acompañamiento en los procesos logísticos y de práctica docente de los MPSS, donde se promueve el diálogo y la toma de decisiones conjunta.
- Evaluación final del servicio social para facilitar que los MPSS recuperen la experiencia y aprendizajes. Esto les permite reconocer sus avances y cambios en su desarrollo personal y profesional, dando más sentido al enfoque de APS.
- Generación de la jornada académica de APS, llevada a cabo al final de cada periodo, con la intención de que la comunidad académica (MPSS, estudiantes y profesores[as]) conozca los resultados y aprendizajes de la actividad comunitaria a través del ejercicio del diálogo horizontal. Esto tiene como finalidad generar reflexión colectiva y multidisciplinaria sobre la praxis de la APS, tener un panorama amplio sobre los alcances del PU-APS, así como reconocer los diferentes actores implicados y sus aportes. Esta iniciativa marca el rumbo hacia la construcción de un lenguaje y un sentir común.

Retos

Las(os) MPSS pasaron previamente por el internado. Trabajar desde un enfoque comunitario es distinto a lo que generalmente permea la educación médica, sobre todo en la dinámica hospitalaria. El reto es que paulatinamente tengan mayor

confianza para expresar su sentir-pensar, y, a su vez, abran espacios contruidos en la confianza con el estudiantado a su cargo y la población con la que trabajan.

El trabajo con comunidad en el ámbito médico no es algo nuevo. El reto es generar mayores espacios y pausas reflexivas que permitan identificar aquellas contradicciones existentes e impulsar cambios que generen mayor coherencia entre el decir y el hacer desde un enfoque comunitario y de APS.

Acuña (2020) menciona como retos en la formación médica retomar la vocación social, el trabajo interprofesional y renovación de los equipos de salud. Esto implica que en el equipo de salud el papel médico se reposicione como un elemento más y no como eje principal, elementos que se reconocen también como retos desde la perspectiva comunitaria que aquí se expone.

Visibilizar los dilemas a los que se exponen los MPSS ante las diversas circunstancias del estudiantado a su cargo, la población atendida y el contexto social, así como la recuperación de su propia «subjetividad» —su manera de sentirse en el trabajo— facilitaría la formación profesional con visión humanista. También permitiría el reconocimiento de los valores que los mueven y, en este sentido, la adscripción a una forma de ser y hacer medicina.

Caso 2. Servicio social, prácticas profesionales y proyecto de titulación dentro del Plan Estratégico en Salud Michme, Xoxocotla, Morelos, México

Descripción del espacio formativo

El Plan Estratégico en Salud (PES) Michme surge de un proyecto de investigación-intervención del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) de México. El proyecto fue financiado por agencias externas y su finalidad era generar acciones colectivas de promoción de la salud orientadas a resolver problemáticas relacionadas con la obesidad, diabetes e hipertensión (ODH) en la comunidad de Xoxocotla.

El proyecto se dividió en tres etapas:

1. Diagnóstico situacional de salud (julio 2010-mayo 2011). Se reconocieron las necesidades, recursos, valores y problemáticas locales relacionadas con la ODH.
2. Planeación (mayo 2011-marzo 2013). En esta etapa se conformó un grupo de trabajo comunitario (GTC), integrado por diferentes personas y organizaciones de Xoxocotla. El GTC, después de conocer varias experiencias y capacitarse, generó su propio concepto de salud en el que basó el objetivo, definió los principios bajo los cuales se promovería y desarrolló un Plan Estratégico en Salud (PES) que se nombró *Michme* (*peces*, en idioma náhuatl). El objetivo del *Michme*/PES se enfoca en que hombres y muje-

res de Xoxocotla se apropien de la salud como un derecho y participen en mejorar su calidad de vida integrando hábitos, saberes y necesidades culturales.

3. Implementación y evaluación (abril 2013-junio 2016). Se realizaron diferentes acciones para fortalecer las capacidades y sensibilizar a las personas del pueblo de Xoxocotla, en torno a alimentación natural y nutritiva, autoestima, equidad de género, participación en actividades deportivas y recreativas, solidaridad familiar y tratamiento de las personas que viven con ODH.

La realización del proyecto, así como del *Michme/PES* surgió de la colaboración entre agentes internos y externos. El estudiantado que se integró al proyecto participó activamente en la implementación de las acciones del plan y en los espacios de formación creados específicamente para ellas(os).

Acciones que favorecen un enfoque comunitario:

- Espacio de formación constante cuyo eje es la relación dialógica entre teoría y práctica para la construcción de comunidad. Los espacios de capacitación tenían lugar en el aula y el terreno, y se retroalimentaban mutuamente. Las actividades concretas consistieron en revisar bibliografía sobre enfoques teórico-metodológicos (véase cuadro 1); aplicar los enfoques en el diseño de actividades; implementar-observar las actividades planeadas; reflexionar críticamente la práctica para generar conclusiones y recomendaciones para acciones colectivas futuras.
- Sesiones reflexivas sobre la ética en la práctica para desarrollar el sentido ético de la práctica comunitaria y la reflexión crítica del estudiantado.
- Identificación de principios y objetivos claros tanto del *Michme/PES* como del involucramiento del estudiantado en las acciones de este. Así, se incluyeron contenidos útiles para el desempeño profesional y relevantes para el desarrollo de las acciones planeadas. También dio pie a incorporar los intereses e inquietudes del estudiantado por participar en alguna acción específica, aprovechar su creatividad y destrezas personales, mismas que contribuyeron al *Michme/PES* como proceso colectivo.
- Interacción de diferentes disciplinas e intercambio de saberes. Concretar las diferentes áreas disciplinares en la capacitación y diseño de acciones exigía un esfuerzo por tejer lenguajes, formas y enfoques. La interacción entre disciplinas permitió al estudiantado ampliar su campo de visión y de acción. La comunicación abierta y horizontal entre culturas y cosmovisiones, la xoxocolteca y la occidental, contribuyó a la construcción del concepto de salud en el que se basaron las acciones del *Michme/PES* y, por ende, la práctica comunitaria del estudiantado.

- Evaluación del desempeño estudiantil a través del aprendizaje basado en la experiencia, lo que generó aprendizaje significativo y colectivo.

Retos

- Reproducir ejercicios verticales y de dependencia aprendida en las aulas (adoctrinamiento vs. diálogo de saberes).
- Distinguir entre la búsqueda de rigor metodológico y apego a las normas de calidad del método y una actitud impositiva, unilateral y vertical en la toma de decisiones.
- Facilitar el proceso de aprendizaje desde diferentes posturas y procesos de cada estudiante, sin caer en la persuasión o manipulación.
- Crear espacios de colaboración donde la distribución del trabajo sea equitativa y permita el intercambio de ideas y habilidades hacia una meta en común. Los retos son superar la tendencia aprendida de que el trabajo en equipo es «juntar» lo que cada individuo desarrolla, y lograr puntos de encuentro en tiempos, ideas y formas de hacer-sentir-pensar.
- Ejercitar capacidades no desarrolladas durante la formación previa del estudiantado, como redacción, expresión oral y comunicación asertiva.

Caso 3. Universidad de Caldas

Descripción del espacio formativo

La Universidad de Caldas es una institución pública colombiana ubicada en la ciudad de Manizales, en el centro occidente del Departamento de Caldas, que alberga a estudiantes nacionales y ex tranjeros. Una de sus facultades es la de Ciencias para la Salud, la cual cuenta con programas como Licenciatura en Educación Física, Recreación y Deportes, Medicina y una carrera tecnológica de Regencia en Farmacia.

El programa de Enfermería cuenta con la práctica académica del cuidado de enfermería en el primer nivel de atención, el cual se centra en las valoraciones comunitarias. Esta práctica ha permitido conocer las problemáticas sociales a través de entrevistas con actores claves, encuestas y mapeos de los microterritorios con el fin de establecer estrategias de solución —socializadas con la comunidad— y planear tácticas educativas contextualizadas.

En 2017, se incorporaron las visitas familiares como uno de los escenarios propicios con el fin de ahondar las realidades sociales concretas. La periodicidad es entre una y tres visitas a la semana con acompañamiento del docente. No existe un tiempo determinado para las visitas, ya que cada familia es un universo de

comprensión para el estudiantado. Estas visitas se han fortalecido desde el enfoque cultural con la propuesta de un plan de decisiones y acciones de enfermería, a la luz de la valoración culturalmente congruente, resultado de la conjunción de los sistemas populares y profesionales. Este abordaje ha otorgado herramientas de análisis para brindar el plan de cuidado de enfermería de acuerdo con formas de vida, contextos, sentimientos, preocupaciones, necesidades, valores, creencias y modos de vida de las personas (Muñoz y Vásquez, 2007).

Las prácticas formativas actuales involucradas en la APS se dan en el cuarto semestre de Enfermería en la actividad académica Cuidado de enfermería a personas, familias y comunidad, antes llamada Primer nivel de atención, y recientemente se ha puesto en marcha con practicantes de medicina de undécimo semestre. De forma electiva, el estudiantado de Enfermería puede acceder a la electiva de Profundización en Promoción de la Salud en el décimo semestre, y todo el estudiantado puede involucrarse en los semilleros de investigación (algunos de los proyectos involucran el trabajo familiar y comunitario), desde los primeros semestres. Por otro lado, se han vinculado estudiantes de posgrado (maestría en Salud Pública) que con sus proyectos y resultados fortalecen la APS.

El estudiantado en formación ha participado en diferentes momentos con familias y comunidades en actividades como generación de rutas de atención familiar de acuerdo con la caracterización de las familias priorizadas de los barrios seleccionados; formulación de planes de acción; promoción de la participación comunitaria con líderes de los barrios seleccionados; generación de red de apoyo interinstitucional que permita llevar a cabo las propuestas de la comunidad y la co-construcción de los procesos de Educación para la Salud con actores comunitarios.

Acciones que favorecen un enfoque comunitario

- En el trabajo comunitario, cobran relevancia las(os) líderes sociales y su interacción con el estudiantado. Dichas(os) líderes son quienes favorecen la interacción barrial, configurándose como agentes dinamizadores y actores clave para estimular no solo la participación ciudadana, sino también la generación de proyectos que permitan solucionar problemas concretos.
- Los círculos de cultura (abordaje desde la educación popular) se han realizado desde el 2016 hasta diciembre de 2019, y en 2020 de forma virtual. En total se han llevado a cabo más de 60 círculos de cultura que dan cuenta del proceso de reflexividad crítica y diálogo con quien participa. Estos espacios generaron credibilidad y compromiso conjunto.
- La integración de la docencia, investigación y proyección en unos territorios particulares ha permitido la confianza de las personas y sus familias, así como la continuidad y sensibilización del estudiantado con el compromiso social y el acompañamiento a través mejor evidencia posible.

- El estudiantado se vincula en el desarrollo de acciones de proyectos dentro del marco de la política Universidad Promotora de Salud (UPS). Tales proyectos son el «Buen vivir: un proyecto de atención primaria social en salud basado en las capacidades humanas», el «Acompañamiento integral a mujeres emprendedoras de la zona rural del municipio de Villamaría, Caldas» y «Entornos escolares para la vida». La integración del estudiantado representa un beneficio académico y, a la vez, social para quienes participan, dado que les permite ser parte activa de iniciativas que impactan los entornos próximos, y, en este sentido, se asumen como parte de un colectivo y el proceso de cambio.

En el año 2015, se estableció un convenio entre la Dirección Territorial de Salud de Caldas (DTSC) y las universidades de la ciudad de Manizales, cuyo objeto fue constituir una alianza para impulsar y fortalecer las diferentes acciones en los territorios, en el marco del desarrollo de la estrategia de Atención Primaria Social. Con este convenio, se fortalece la intervención sectorial, transectorial y comunitaria en los territorios. A partir de esto el estudiantado formado en salud puede intercambiar conocimientos con estudiantes de diferentes profesiones y fortalecer su actuación.

Retos

Es necesario que la formación del talento humano de la Facultad de Ciencias para la Salud (las diferentes profesiones) se desarrolle en las escuelas, barrios, lugares de trabajo y en la misma universidad, es decir, en el marco de la vida cotidiana de las comunidades, con la posibilidad de interactuar con otras profesiones, lo que implica salir de las aulas de clase y enfocarse en las prácticas directas con la comunidad. De esta forma se ampliará la capacidad para aportar a las múltiples miradas de una misma realidad, además beneficiaría al sentido de comunidad a través del reconocimiento del papel y contribución de las diferentes disciplinas, actores y sectores.

En la capacitación del talento humano en salud en relación con la APS, se plantean retos teóricos como el aprendizaje basado en problemas y el estudio de casos con análisis colectivo, lo que permitiría problematizar diferentes situaciones de los casos que podrían llegar a encontrar los estudiantes con las familias y contrastarlas con la evidencia científica como una fase preparatoria antes de ir a campo y tener contacto con la comunidad.

Establecer escenarios de práctica institucional como el laboratorio APS permite generar un sitio específico para lo que se realiza, lo que contribuye en la preparación de los estudiantes en una fase de alistamiento antes de ir a campo. Esto incluye la planeación y definición de roles. Además, facilita el trabajo colaborativo, toda vez que pueden integrarse todos los subgrupos, se promueve la convivencia, así como el intercambio de experiencias para la diversificación de los diferentes métodos de aprendizaje según el ciclo vital.

Es indispensable presentar las reformas curriculares en los diferentes programas de la Facultad de Ciencias para la Salud, necesarios para evidenciar un currículo problematizador en relación con el componente teórico práctico en APS, de modo que suscite el trabajo colaborativo comunitario, acompañado de la reflexión constante y logre sensibilizar al futuro profesional ante la injusticia y el sufrimiento humano.

Posicionar el evento anual de Atención Primaria Social, el cual cuenta con tres versiones (2018, 2019 y 2020), con el fin de establecer un espacio para compartir referentes teóricos, experiencias en investigación y proyectos de extensión a nivel internacional, nacional y local de docentes y estudiantes en los diferentes entornos comunitarios. En este sentido, se evidencian los alcances o resultados obtenidos del avance en el conocimiento, así como en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas, familias y comunidades.

4.1.1 ELEMENTOS PARA LA REFLEXIÓN DEL ENFOQUE COMUNITARIO DE APS EN ESPACIOS FORMATIVOS

En secuencia con el sustento teórico de la perspectiva psicosocial latinoamericana en torno a la construcción y transformación crítica, así como a los procesos comunitarios, las autoras nos dimos a la tarea de realizar un ejercicio general de análisis de las experiencias anteriormente presentadas. Este análisis se basó también en los pilares de la educación y su forma pedagógica. Incluimos en el dominio del saber y el hacer los fundamentos teórico-metodológicos y principios formativos. En el dominio del ser y el convivir, abarcamos la postura política de quien es responsable del espacio formativo y el sentido de comunidad o del nosotros (véase cuadro 1).

Este ejercicio de análisis permite evidenciar los elementos presentes en las experiencias de espacios formativos que favorecen un enfoque comunitario como el aquí propuesto. En nuestra experiencia, los aspectos que requieren de un mayor esfuerzo de reflexión crítica son los relacionados con el ser-sentir y convivir, que en términos psicosociales comunitarios se refieren a la postura política y ética.

Cuadro 1. Elementos para la reflexión del enfoque comunitario de APS en espacios formativo

SABER Y HACER		SER-SENTIR/CONVIVIR		
EXPERIENCIAS	Fundamentos teórico-prácticos/metodológicos	Principios formativos	Postura política de quien es(son) responsable(s) del espacio formativo frente a lo comunitario y al rol de los estudiantes	Sentido de comunidad-nosotros (dimensión ética de reconocimiento del nos-otros)

MÉXICO (UQROO)	Psicología comunitaria	Escucha activa	Contribuir a la formación médica desde una perspectiva comunitaria	Médicos pasantes en servicio social y estudiantes en general con mayor sensibilidad para asumirse como parte de la comunidad, en tanto partícipes del PU-APS. Lo anterior fortalece su relación con la población que trabaja a través de sus acciones y la práctica de los principios de la APS
	Promoción de la salud	Construcción de un nosotros (sentido de comunidad)	Brindar herramientas en la formación en medicina para la reflexión sobre los espacios cotidianos y su relación con el autocuidado	
	Búsqueda de beneficio a la comunidad y competencias en APS en estudiantes	Trabajo en equipo		
	Educación popular	Horizontalidad		
	Aprendizaje basado en la experiencia	Resignificación del trabajo comunitario	Sensibilizar acerca de la perspectiva de salud positiva y fortalecimiento a nivel personal, familiar y comunitario y contribuir a las competencias necesarias para facilitar	
	Acompañamiento al proceso de servicio social	Reconocimiento constante de logros y aprendizajes		
	Diálogo de saberes	Multidisciplinariedad		
		Solidaridad		
	Equidad			
MÉXICO (INSP)	Investigación-acción-participativa	Ética en la práctica	Reconocimiento del carácter no lineal del trabajo comunitario	Reconocimiento de la relación ética entre agentes internos y externos a la comunidad. Se recalca la importancia de la reflexión crítica constante de los procesos de investigación y acción, donde se vinculan lo académico y lo comunitario
	Educación popular/ Concepción metodológica dialéctica	Colaboración	Relevancia al conocimiento de los referentes históricos, culturales, políticos del lugar de trabajo	
	Promoción de la salud emancipadora	Inclusión		
		Negociación		
	Psicología comunitaria	Horizontalidad	Aprendizaje a partir de la reflexión crítica sobre la práctica	
		Multidisciplinariedad	Conceptualización del trabajo grupal y comunitario como un proceso vivo y dinámico, que no corresponde a la idealización de lo comunitario	
		Compromiso		
		Voluntariedad	Generación de conocimiento colectivo. Todas(as) saben algo, nadie sabe todo	
	Perseverancia			
	Consistencia			
	Transparencia			
	Respeto			
		Las(os) estudiantes como miembros colaboradores		

<p>Enfoques</p> <ul style="list-style-type: none"> · Enfoque comunitario y familiar · Enfoque de determinantes sociales de la salud · Enfoque cultural <p>Teóricos</p> <ul style="list-style-type: none"> · Salutogénesis · Las capacidades humanas de Martha Nussbaum · Capital humano de Pierre Bourdieu <p>Elementos pedagógicos</p> <ul style="list-style-type: none"> · Enfoque de educación: educación para la salud participativa y emancipatoria · Educación popular · Modelo pedagógico: interestructurante dialogante · Estrategia: diálogo de saberes 	<p>Basados en los derechos</p> <p>Justicia social</p> <p>Integralidad</p> <p>Coherencia</p> <p>Construcción conjunta</p>	<p>Perspectiva pedagógica: crítica</p> <p>Postura ético-política</p> <p>Se trasciende el academicismo, al pensar que la comunidad también puede beneficiarse del trabajo comunitario. En este sentido, se da en una acción recíproca, un «gana-gana». Aporte a la justicia social desde la academia</p>	<p>Se ha fortalecido la humanización al reivindicar los sujetos de cuidado y sus conocimientos; desde el «saber»</p> <p>Espacios de formación teórica: habilidades cognitivas</p> <p>Trabajo directamente en campo con las familias y comunidades, lo cual permite el desarrollo de habilidades para dar cuidado de enfermería a personas, familias y comunidades en el primer nivel de atención</p> <p>Articulación de la docencia, investigación y extensión</p> <p>Apoyo en fases de caracterización de las familias y comunidades como punto de partida: fichas familiares y mapeos</p> <p>Intervención: individual, grupal, colectiva y familiar</p> <p>Fundamentación de los procesos del hacer en posturas teóricas</p> <p>Elaboración de proyectos de modo que se permita acceder a recursos externos</p> <p>Unidades didácticas educativas</p> <p>Triada de integración: comunidad civil, Estado y academia</p>
--	--	---	--

Fuente: elaboración propia

Para quienes se interesen en hacer este tipo de reflexión crítica, algunas preguntas guía para facilitarla son: 1) Acerca de la postura política, ¿para qué se realizan las acciones determinadas en el espacio formativo? ¿Cuál es su finalidad y cuál es su beneficio real? ¿Qué tanto esas acciones denotan los aspectos teórico-metodológicos y principios de trabajo de la iniciativa o espacio formativo? y 2) acerca de la dimensión ética, ¿qué tipo de relación se establece entre los diferentes agentes implicados en la iniciativa y/o espacio formativo (profesores, estudiantes, comunidad)? ¿Estas relaciones favorecen la reflexión de sí misma(o) y del otro(a) como parte de un nosotros(as)?

Tener en cuenta estos aspectos es útil para identificar los elementos que necesitan fortalecerse.

4.2 RECOMENDACIONES PRÁCTICAS

Es importante vislumbrar el espacio formativo, no solo para potenciar el talento humano, sino para crear un sentido de comunidad. Esto requiere que tanto dentro como fuera del aula se practique un trabajo reflexivo, ético, colaborativo, dialógico, flexible, creativo e incluyente. No debe darse por hecho la construcción del sentido de comunidad únicamente desde la «teoría». Para comprender, apropiarse y construir el sentido de comunidad, este debe practicarse y experimentarse desde la interacción entre pares y con quien facilita el espacio formativo. A continuación, se incluyen algunas recomendaciones prácticas para suscitar un ambiente propicio que incentive el sentido de comunidad a través una práctica y postura ética coherente (decir-hacer), así como al reconocimiento de la otredad y la construcción colectiva de conocimiento (ser-convivir):

La comunicación como herramienta para la interculturalidad y diálogo de saberes. La construcción de una relación horizontal entre profesionales de la salud y comunidad requiere de una comunicación abierta, transparente y bidireccional. Su consolidación solo puede darse en la práctica y en interacción como equipo de trabajo (OPS, 2008). Hernández Rincón (2017) menciona que el diálogo de saberes en la formación en APS permite el acercamiento a la población y la comprensión de los problemas de salud, a partir de saberes tradicionales y conocimientos profesionales desde la comunicación como valor compartido. Así, la interculturalidad a través del diálogo de saberes implica «darle voz al otro», cuyos planes de cuidado, más allá de imponerse, puedan conversarse, negociarse o reorientarse (Briñez, 2016).

El aporte a la justicia social como eje rector en la práctica de la APS a través del reconocimiento de la determinación social en salud y enfoques de salud positiva basada en las potencialidades de las comunidades más allá de sus debilidades. Implica que, en los espacios formativos, sea imperativo revisar y priorizar enfoques que van más allá del modelo médico hegemónico y de una mirada exclusivamente biologicista centrada enfermedad. Los enfoques propuestos son salutogénesis, promoción de la salud con enfoque emancipatorio, salud comunitaria y la psicología

comunitaria latinoamericana. Por otro lado, reconocer que la salud se construye día a día y que es resultado de un entramado complejo en cada momento histórico nos invita a replantear las soluciones a los problemas de salud pública desde la justicia social, cuestionando los sistemas que perpetúan inequidades de género, clase y etnia (Breilh, 2003).

Generación de espacios y tiempos para la reflexión. Estos pueden ser parte de un ciclo planeado de educación dentro del espacio formativo o surgir a partir de un evento inesperado en el aula, práctica comunitaria o contexto social. Propiciar estos momentos permite reflexionar sobre la práctica y retomar los objetivos iniciales o replantearlos, e impulsar acciones coherentes y más eficientes, disminuyendo así la brecha entre el decir y el hacer.

La praxis como guía para el espacio formativo y la APS con enfoque comunitario. La praxis implica un constante ir y venir entre acción y teoría, teniendo como finalidad la transformación personal y social. Este equilibrio teoría-acción se logra mediante técnicas pedagógicas y a través de enfoques metodológicos y técnicas participativas que permitan una interacción horizontal e incluyente. Como enfoques teórico-metodológicos proponemos la indagación apreciativa, la educación popular y la investigación-acción participativa. En cuanto a las técnicas participativas, existen tantas como contextos educativos y comunitarios; sin embargo, en nuestras experiencias se destacan los círculos culturales, foto-voz y grupos de discusión. En la formación de los profesionales de la salud la oportunidad de participar de escenarios comunitarios mediante técnicas participativas genera mayores vínculos de confianza, fortalece el trabajo en equipo, la comunicación y el liderazgo en los estudiantes para que sean copartícipes de las transformaciones de los territorios (Franco, 2015). Para tal propósito contribuye la diversificación de los métodos de aprendizaje dirigidos al fortalecimiento de la reflexión crítica y participación del estudiantado por medio de su experimentación. Tales técnicas incluyen el aprendizaje basado en la experiencia, el aprendizaje basado en problemas, solución de casos y escritura reflexiva.

Capacitación constante. Es un error asumir que el estudiantado, al tener conocimientos disciplinares, de antemano tiene la capacidad de generar lazos de confianza, facilitar el aprendizaje y relacionarse de manera horizontal con la población. Por ello, es esencial que el estudiantado se capacite en bioética, facilitación de grupos, comunicación social, humildad cultural, prevención de discriminación, escucha activa y observación, así como en particularidades del escenario formativo. Asimismo, es importante mantener sesiones de capacitación de acuerdo con las necesidades que vayan apremiando, como redacción de manuscritos, elaboración de cartas descriptivas, planeación y evaluación de acciones, interpretación de datos y revisión bibliográfica, por mencionar algunas.

Planeación colectiva y reconocimiento de los diferentes roles. La toma de decisiones sobre los pasos a seguir en alguna intervención de APS debe involucrar como actor clave al estudiantado en formación a la par de otros. Ello contribuye a su

aprendizaje sobre el proceso de planeación y promueve la colaboración en torno a resultados comunes. Por otro lado, la dinámica horizontal al momento de planear visibiliza los talentos de cada sujeto y el reconocimiento de los diferentes roles del equipo de salud y descentraliza la figura médica.

Develar y reflexionar sobre las formas de interacción entre estudiantes y población con la que se trabaja. Aquí enfatizamos la relevancia de reconocer al sujeto en situación de formación como protagonista de un acompañamiento respetuoso, ante todo un ambiente que suscite la reflexión constante donde pueda despertarse la sensibilidad ante las injusticias y sufrimiento de los demás. Por otro lado, deben resaltarse los diferentes aportes que brindan a la formación las distintas disciplinas y cosmovisiones con respecto a la salud.

La interacción de procesos de planeación y gestión curricular de diferentes programas académicos. Especialmente en las universidades, la planeación curricular deberá integrar diferentes disciplinas que aborden problemáticas de salud o bienestar social. La intersectorialidad y la educación interprofesional en salud (EIP) ocurre cuando los estudiantes o profesionales aprenden con los demás y entre sí con el propósito de mejorar la calidad de vida de la población (OMS, 2013).

Evaluación centrada en el aprendizaje y basada en el desarrollo de competencias. Antes de iniciar el proceso formativo y/o alguna iniciativa de APS con enfoque comunitario, es importante tener claro objetivos de aprendizaje y competencias o cambios que se espera alcanzar. Esto permitirá definir lo que se quiere evaluar, para qué y cómo, teniendo como prioridad el aprendizaje y asumiendo la evaluación como un mecanismo de reflexión.

Estas recomendaciones se verán fortalecidas por políticas institucionales y universitarias que fomenten la educación centrada en la persona e inviertan recursos en el seguimiento y acompañamiento para la garantía de la calidad en los programas de formación en salud.

5. REFLEXIONES FINALES

Revitalizar la educación en APS en el quehacer académico ha controvertido los modelos tradicionales de formación de profesionales de la salud. Dichos modelos están centrados en la transferencia de conocimiento, en la importancia de la enseñanza basada en contenidos y en la neutralidad del rol docente-estudiante. Para transitar hacia una APS fiel a los principios de justicia social, los valores y la perspectiva comunitaria referida, es necesario que los modelos de formación avancen hacia un sentido crítico que permita involucrarse con las comunidades desde la docencia y la investigación.

Reflexionar sobre los espacios formativos desde un enfoque psicosocial comunitario se centra en el aspecto humano en función de la relación con otros en

un contexto histórico específico. Para ello, los principios que deben tenerse en cuenta son la justicia social, la interculturalidad expresada como diálogo de saberes, la práctica ética y la postura ética coherente, así como la praxis, mismos que orientan las recomendaciones prácticas expuestas en el presente capítulo.

A manera de colofón, se destaca la relevancia de reflexionar sobre los fundamentos de la APS y los pilares de la educación, a la luz del momento histórico compartido por quienes participan del espacio formativo y la construcción del sentido de comunidad. La realidad de cada circunstancia interpela revisar tanto la finalidad con la que se utiliza el enfoque de APS y los pilares de la educación, como su viabilidad y aporte a la autonomía, diversificación del potencial humano y la construcción de futuros compartidos. Por lo anterior, es necesario que se promueva una agencia compartida entre los diferentes involucrados en las iniciativas de APS, incluyendo al estudiantado y sus espacios formativos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acuña, C. (presentador). (2020, 1 de julio). Elementos contextuales de la crisis mundial actual y futura [presentación de diapositivas]. En *Programa Académico de Verano 2020 AMFEM: La educación médica en un mundo en crisis*. Facebook. <https://www.facebook.com/OficialAMFEM/videos/880968169079111/>
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar editorial. https://www.terceridad.net/STR/semestre_2017-1/libros_completos_opcional/Breilh,%20J.%20Epidemiolog%C3%ADa%20cr%C3%ADtica_ciencia%20emancipadora%20e%20interculturalidad.pdf
- Briñez A, K. y Muñoz, R. L (2016). Experiencias de cuidado cultural en personas con diabetes y el contexto familiar, con enfoque Leininger. *Cultura de los cuidados*. 20(45), 81-90. doi:10.14198/cuid.2016.45.09
- Chapela, M. C. y Cerda-García, A. (2010) Promoción de la salud y poder: Reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Chapela M. C. (2018). Andar un camino juntos: acompañamiento en la formación de investigadores cualitativos críticos. En *Formación en investigación cualitativa crítica en el campo de la salud*. (pp. 71-112). México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Delors, J. (1994). Los cuatro pilares de la educación. En *La educación encierra un tesoro* (pp. 91-103). México: UNESCO.
- Dirección Territorial de Salud de Caldas. (s.f.). Ante el Ministerio de Salud se expone APS como una experiencia exitosa en Caldas. <https://saluddecaldas.gov.co/ante-el-ministerio-de-salud-se-expone-APS-como-una-experiencia-exitosa-en-caldas/>
- Esposito, R. (2018). Communitas. Origen y destino de la comunidad. *Papeles del CEIC*. 2018;(1), 1-7.
- Fajardo-Ruz, R., Campos, R. y Concha-Koh, A. (2019). Programa Universitario de Atención Primaria a la Salud. Antecedentes teórico-metodológicos. En *Atención Primaria a la Salud. Comunicación, redes y experiencias de un programa universitario*, L. A. Reyna y M. Campos (coords.). (pp. 6-17). México: Universidad de Quintana Roo. <http://risisbi.uqroo.mx/handle/20.500.12249/1974>
- Franco-Giraldo, A. (2015). El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 33(3), 414-424. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v33n3a11

- Freire P. (2002). *Pedagogía del oprimido*. Ciudad de México: Siglo XXI.
- García F. (2016). El giro viopolítico. Violance y desconstrucción. *Política y Cultura*, (46), 33–53. <http://www.scielo.org.mx/pdf/polcul/n46/o188-7742-polcul-46-00033.pdf>
- García, K. U. (2015). *Sentido de Comunidad y Bienestar Psicológico de mujeres en situación de reasentamiento urbano: El programa de las mil viviendas gratis en Villas de San Pablo-Barranquilla* [tesis de maestría, Universidad del Norte]. Repositorio institucional UN. <http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/8380/134317.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- García M. (2017). Ontología del sentido y diferencia en la comunidad desobrada de Jean-Luc Nancy. *Contrastes*, XXII (2), 91–106. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6210030>
- Global Conference on Primary Health Care. (2018, 25-26 de octubre). *Declaración de Astaná* [conferencia]. Astaná, Kazajstán. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
- Gobernación de Antioquia, Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, Dirección Seccional de Salud de Antioquia. (2008). *Gestión de las experiencias MANA, APS y AIEPI Antioquia hacia la protección social y el desarrollo humano*. Medellín, Antioquia. https://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&alias=94-gestion-de-las-experiencias-mana-aps-y-aiepi&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&Itemid=688
- Guanais, F., Regalia, F., Pérez-Cuevas, R. y Anaya, M. (eds.). (2018). Desde el paciente. *Experiencias de la atención primaria de salud en América Latina y el Caribe*. Banco Iberoamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Desde-el-paciente-Experiencias-de-la-atenci%C3%B3n-primaria-de-salud-en-Am%C3%A9rica-Latina-y-el-Caribe.pdf>
- Hernández-Rincón, E. H., Lamus-Lemus, F., Carratalá-Munuera, C., y Orozco-Beltrán, D. (2017). Diálogo de saberes: propuesta para identificar, comprender y abordar temas críticos de la salud de la población. *Salud Uninorte*, 33(2), 242-251.
- Jiménez-Domínguez, B. (2004). La psicología social comunitaria en América Latina como psicología social crítica. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, XIII(1), 133-142.

- Ministerio de Salud. (2014, 17 de julio). *ViceSalud destaca experiencia exitosa de El Tambo en Atención Primaria en Salud* [comunicado de prensa]. Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/ViceSalud-destaca-experiencia-exitosa-de-El-Tambo-en-Atenci%C3%B3n-Primaria-en-Salud.aspx>
- Montero M. (2004). Introducción a la psicología comunitaria: desarrollo, conceptos y procesos. Buenos Aires: Paidós.
- Montero, M. (2011). Nuevas perspectivas en psicología comunitaria y psicología social crítica. *Ciencias psicológicas*, v(1), 61-68. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v5n1/v5n1a06.pdf>
- Mosquera, P. A., Hernández, J., Vega, R. R. y Junca, C. (2011). Experiencia de implementación de la estrategia de atención primaria en salud en la localidad de Bosa. *Revista gerencia, política y salud*, 10(21), 124-152. <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v10n21/v10n21a09.pdf>
- Muñoz, L. y Vásquez, M. L. (2007). Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. *Colombia Médica*, 38(2), 98-104. <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v38n4s2/v38n4s2a11.pdf>
- Musitu, G., y Buelga, S. (2009). Grandes precedentes de la psicología comunitaria. En *Psicología Social Comunitaria* (pp. 3-16). México: Editorial Trillas. <https://airamvl.files.wordpress.com/2016/05/psicolog3ada-social-comunitaria.pdf>
- Nebot. C., Rosales, C y Borrell, R. (2009). Desarrollo de competencias en atención primaria de salud. *Rev. Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* 26(2), 18-25. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2009.v26n2/176-183>
- Núñez, C. (1999). La revolución ética. (2ª ed.). Guadalajara, Jalisco: IMDEC.
- Pan American Health Organization (PAHO). (1978, 6-12 de septiembre). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata* [conferencia]. URSS. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2014, 3 de marzo). *De la «salud para todos en 2000» a la cobertura universal en salud*. Washington D.C. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9346:2014-from-health-all-2000-universal-health-coverage&Itemid=135&lang=es
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2015). *Objetivos de desarrollo sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1986, 17-21 de noviembre). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Ontario, Canadá. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-sp.pdf>
- Rodríguez, A. R., y Montenegro, M. (2016). Retos Contemporáneos para la psicología comunitaria: reflexiones sobre la noción de comunidad. *Interamerican Journal of Psychology*, 50(1), 14-22. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28446021003>
- Rubio, L., Prats, E. y Gómez, L. (2013). *Universidad y sociedad. Experiencias de aprendizaje servicio en la universidad*. Barcelona: Universitat de Barcelona. <https://www.uv.es/APS/doc/Biblioteca%20Blog/Univerdidad%20y%20sociedad.pdf>
- Sánchez, P. y Zuliani, O. (2014). Enfoques renovadores en Colombia en el marco de la epidemia del Covid-19. Así vamos en salud: Ministerio de Protección Social. <https://www.asivamosensalud.org/actualidad/atencion-primaria-en-salud>
- Stay, R. (2018). Especialistas formados en APS, hacia un balance del programa FOREAPS. *Cuad Méd Soc*, 58(1), 69-75. <http://cms.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2018/03/Especialistas-formados-en-APS-hacia-un-balance-del-programa-FOREAPS.pdf>
- Werner, D. (1995, 7 march). Life and death of primary health care [presentation]. *Life and death of primary health care*.
- Werner, D. (2002). Community Ownership: the Key to Sustainability (J. Rohde, ed.). *Sustaining Health for All*. http://www.healthwrights.org/content/articles/community_ownership.pdf

CAPÍTULO 2

Atención Primaria de Salud: análisis de su implementación para la formación del médico general en las instituciones de educación superior

Rigoberto de la Cruz Fajardo Ruz, Luisa María Higareda Laguna y Francisco Montes de Oca Garro

INTRODUCCIÓN

La educación médica, a lo largo del tiempo, nos dice que hay un modelo dominante que se manifiesta y se mantiene de manera hegemónica. En este artículo, se plantea un cambio de paradigma con énfasis en el enfoque de las necesidades sociales crónicas y emergentes para, de esta manera, actualizar la formación de los médicos y médicas en los principios y misión de su profesión. A partir de la iniciativa surgida en el 2003 de contar con un perfil del médico nacional mexicano, y de no adoptar competencias elaboradas en otros países por considerar que se debe contribuir de forma prioritaria a resolver los problemas del contexto, en el año 2008 se publica el documento que contempla las siete competencias a desarrollar por el médico general mexicano. Después de su publicación, la Asociación de Escuelas y Facultades de Medicina (AMFEM) promovió que las escuelas y facultades de medicina alinearan sus esfuerzos para desarrollar propuestas de formación y modelos académicos que pudieran desarrollar las competencias definidas (Abreu, L. F. 2008). En este capítulo se abordará en específico el desarrollo de las competencias enfocadas a la Atención Primaria a la Salud (APS) como parte de las necesidades actuales en la formación del médico en distintas instituciones.

Desde que se expuso el concepto de Atención Primaria de Salud (APS), en Alma-Ata, como una iniciativa dirigida a mejorar la equidad en acceso a los servicios y la eficiencia en el uso de los recursos de salud, con énfasis en la atención preventiva en las poblaciones menos favorecidas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) analiza y evalúa su alcance, funcionamiento y eficacia, y hace énfasis en la necesidad de una transformación en los programas educativos de los profesionales de salud. Por ello, las escuelas y facultades del área de la salud han desarrollado estrategias dirigidas al fortalecimiento de la APS por medio de la creación e incorporación de competencias, así como del diseño de propuestas académicas; sin embargo, en la operación de los programas predomina el enfoque curativo y no se desarrolla suficientemente el estudio de las necesidades de salud, ni se construyen, en el modelo, acciones para la atención de factores de riesgo que permitan la atención anticipatoria o preventiva. Es decir, no hay estrategias de atención anticipatorias y, por lo tanto, no se aplica un modelo de servicio para desarrollar acciones que vayan más allá de los programas de salud tradicionales.

En este documento se realiza el análisis a distintas instituciones para explorar cómo cada escuela y facultad, a partir de los documentos oficiales publicados en sus planes de estudios (Nebot, C. Rosales, C. Borrel, RM. 2009), ha trabajado en sus propuestas de formación para la incorporación de este enfoque. Específicamente se plantea el análisis de la información documental de las líneas de APS y las estrategias planteadas por las instituciones para el perfil del médico general.

ENFOQUE DE LA FORMACIÓN DEL MÉDICO

En 1910, Abraham Flexner cambió radicalmente el curso de la educación médica con el denominado Informe Flexner, que se divide en dos grandes apartados. El primero es un análisis histórico y teórico de la educación médica de los Estados Unidos de Norteamérica, en el que se establecen recomendaciones para organizar los planes de estudio, y destina los dos primeros años a la formación en ciencias básicas y los dos últimos, a la formación en el área clínica (Vicedo, 2002), lo que da como primer resultado la eliminación de prácticas que no tenían base científica o sustento que mejorase la salud de los pacientes, dada la gran cantidad de conocimiento empírico y mágico que perjudicaba al paciente, así como la falta de sistematicidad y rigor científico. Esto impulsa un esquema para transformar la Medicina en una profesión científica con una división de ciencias «básicas» y ciencias clínicas y quirúrgicas. Así, a través de la aplicación de los conceptos cartesianos propios del funcionalismo, se eliminó el aspecto humanista de la profesión médica, en pos de la verdad absoluta de la ciencia. Ante la falta de un conocimiento sistematizado, surgió el nacimiento de especialidades médicas, en un intento de dividir el problema en conjuntos para conocer sus problemas y construir soluciones, pero ese esquema dejó de lado la posibilidad de hacer uso de los médicos generales. Ahora, los generalistas integradores resultan indispensables, dado el encarecimiento y fragmentación del conocimiento y del paciente mismo. Pero, tomando en cuenta que es más importante la enfermedad y sus causas biológicas, la posibilidad de explorar y atender las causas psicológicas y sociales se hace más difícil porque este modelo no considera un aspecto esencial. Ahora que esta especialización ha degenerado en la sub-sub-especialización, la asistencia del enfermo ha sido atomizada sin que se cumpla el concepto de salud definida como «Bienestar biopsicosocial». Ante este panorama, ahora hay que dirigir la mirada hacia la formación de un profesional integrador, ya que este esquema fue incorporado como si fuese ley perpetua y a costa de sangre y dinero se constituyó en un sistema dominante que no respeta otros saberes u organización de conocimiento.

El segundo apartado del estudio presenta la descripción de cada una de las escuelas y el análisis estatal con datos de la población escolar, la planta docente, requisitos de ingreso, la infraestructura hospitalaria y de laboratorio, los servicios educativos disponibles para la enseñanza, así como los recursos financieros con los que se contaba. Concluye que existe una gran diversidad de escuelas de mala calidad y la necesidad de menos médicos, pero de mejor calidad, ya que la

proliferación de escuelas se debía principalmente a lo lucrativo que resultaba ya en la época de 1910. En este informe se genera un modelo de formación que era útil en ese momento, con el desarrollo de la ciencia que se tenía. Se caracterizó también por su marcado elitismo y la negación del acceso a las mujeres a esta formación. No obstante, gracias a este informe el país efectúa una reforma radical que prolifera por todo el continente americano y que después de más de un siglo persiste en muchas escuelas de medicina de la actualidad (Flexner, A, 1910).

Lo más sobresaliente del informe fueron sus recomendaciones sobre los tres métodos de enseñanza de las ciencias de laboratorio: la conferencia didáctica, la lección demostrativa y el ejercicio práctico. Recalca que el estudiante debe aprender más que ser enseñado. El modelo fue adoptado en la mayoría de las escuelas de medicina sin discusión de ningún tipo hasta 1940. En noviembre de 1952, en Colorado Springs, se impartió una conferencia sobre la «Enseñanza de Medicina Preventiva» en la que estuvieron representadas 76 escuelas de medicina de los Estados Unidos y Canadá. Sin embargo, a nivel país, el modelo flexneriano continúa como base en la formación de los médicos y médicas, y deja, en menor relevancia, aportaciones de cambio en la formación.

CAMBIO DE PARADIGMA

En el informe de la Conferencia sobre la Enseñanza de Medicina Preventiva de 1952, se responsabiliza a la reforma de Flexner de haber contribuido a crear una separación entre la medicina curativa y la preventiva y a la pérdida de la visión del paciente «como un individuo, miembro de una familia y de una comunidad». El acontecimiento sentó las bases de lo que entonces se creyó que sería el inicio de la enseñanza de una «medicina integral» para consolidar los departamentos de medicina preventiva que ya estaban constituidos y para provocar la creación en aquellas escuelas donde aún no los tenían.

No hay que olvidar que, luego de la Segunda Guerra Mundial, la creación de la alianza por el progreso generó la necesidad de incluir el aspecto económico y social y ligeramente el humanista que empezaba a desaparecer. Se crearon grandes cantidades de departamentos que nunca tuvieron la posibilidad de incorporar los aspectos sociales y de prevención en el currículum de manera efectiva. Posiblemente, la salud pública aprovechó mejor este esfuerzo para sanitizar al país con una estructura de servicios de salud a la manera de la usanza revolucionaria mexicana y el seguro social, al más puro estilo del káiser alemán Bismark como un nacional socialismo (Andrade, J. 1978).

Por otra parte, el documento de la Renovación de la Atención Primaria a la Salud en las Américas del 2005, en el Proyecto de Desarrollo de los Recursos Humanos para la Salud del Área de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS, propone iniciar un esfuerzo en conjunto con los países de la región que permita reestructurar la formación de los médicos, mediante una educación basada en la comunidad,

con una orientación general, con contenidos de salud pública y salud familiar y comunitaria y fundamentalmente con un enfoque de atención primaria de salud, que permita al egresado el desarrollo de sólidas competencias específicas y sociales, un pensamiento interdisciplinario y un comportamiento ético (OPS, 2008).

Para lograr lo anterior, resulta necesario establecer objetivos y plantearse interrogantes que permitan que la formación de médicos se articule con el resto de las políticas para cambiar la realidad que se señalaba al comienzo. En esa búsqueda se abordaron los siguientes objetivos particulares:

1. Analizar en profundidad la situación de la formación de los médicos a través de la reflexión entre los países.
2. Discutir y comunicar resultados de buenas prácticas que muestren avances, efectos y dificultades en la formación de los nuevos perfiles de los médicos basados en APS.
3. Generar una red de intercambio entre los países que permita el fortalecimiento de los procesos de cambio.
4. Establecer estrategias de trabajo y documentos que contribuyan con los países a encontrar caminos adecuados para el cambio (OPS, 2008).

La atención primaria de salud fue definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 12 de septiembre de 1978 como «la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación» (OMS, 2018). Mientras tanto en México, a finales de la década de los sesenta del siglo pasado, salíamos de una etapa de autoritarismo, luego de 1965 y 1968, y la explosión de escuelas de medicina propició la aparición de dos sistemas de organización del conocimiento médico: el Plan Integral A36 de la Facultad de Medicina de la UNAM y el Sistema Modular de la UAM. La declaración de Alma-Ata vino a reforzar la idea de esquemas más orientados a la APS con gran trabajo social, ligados a la política de salud como una forma de buscar la transformación hacia un sistema de salud nacional.

La renovación de la APS plantea que su propósito es «revitalizar la capacidad de todos los países de organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes; afrontar los nuevos desafíos de la salud y mejorar la equidad. El objetivo último de un esfuerzo de esta naturaleza es lograr mejoras sostenibles de salud para toda la población» (OPS/OMS, 2007). Sin embargo, en las definiciones no se aclara la necesidad de crear un modelo de atención (anticipatoria) con actividades de servicio (individual,

familiar y comunitario) que permita incorporar un concepto muy importante, el «factor de riesgo», con el objetivo de dar repuesta de manera eficiente a los problemas de salud, pues desde este enfoque se promueve el mantenerse sanos.

Existen tres enfoques diferentes de APS: el primero, muy selectivo de una cartera muy limitada de servicios. Desde la década de los sesenta, la OMS lideraba un modelo de intervención vertical selectivo para combatir algunas enfermedades transmisibles como la malaria en África y América Latina. Cuando asume la dirección de este organismo, el Dr. Halfdam Mahler incluye acciones más inclusivas con enfoque «alternativo», entre ellas, la APS para la intervención en salud. Así, sin saberlo, este médico propuso en 1976 la meta «Salud para todos en el año 2000» (OPS/OMS, 2014). En 1978 (del 6 al 12 de septiembre) en la ciudad de Alma-Ata, Kazajistán, se llevó a cabo la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud, organizada por OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), conferencia en la que se cuestionan los modelos verticales y el modelo médico predominante y especializado.

El segundo enfoque se dirige a la atención grupal o social, como la experiencia de los «médicos descalzos chinos», los cuales realizaban actividades preventivas y curativas en zona rurales, enfoque compartido también por la comisión médica cristiana del consejo mundial de iglesias.

Gracias a la propuesta de China a la OMS, se lleva a cabo la conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud para difundir los nuevos modelos alternativos de atención de salud. En la conferencia se aprobó la declaración de Alma-Ata, ratificada al año siguiente en la asamblea general de la OMS, que lanzó mundialmente la «Estrategia de Salud para Todos en el año 2000». La declaración establece «la responsabilidad que tienen los gobiernos por la salud de sus pueblos a través de medidas sanitarias sociales, reiterándose la salud como un derecho fundamental y una de las más importantes metas sociales mundiales» (OPS/OMS, 2007).

Un tercer enfoque corresponde a los servicios de salud con un enfoque incluyente. En 2005, la OMS/OPS dan a conocer el documento de posicionamiento «Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas» con el propósito de alcanzar atención universal e incluyente a través de un enfoque integrado y horizontal para desarrollar los sistemas de salud, con cuidados orientados a la calidad, con énfasis en la promoción y prevención, intersectorialidad, participación social y responsabilidad por parte de los gobiernos.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Los cuidados ambulatorios son más antiguos que los hospitales. Los primeros en conocerse con carácter ambulatorio y colectivo los ofrecieron las corporaciones de artesanos, en Europa, a partir del siglo XIII; las primeras unidades

ambulatorias de salud fuera de los hospitales surgieron en Francia siglo XVII, la primera de ellas fue creada por un médico francés en París en 1630, la cual atendía gratuitamente a los pobres. De ahí siguieron los establecimientos médicos, los cuales sirvieron de entrenamiento a los alumnos, llamados dispensarios, incluían las medicinas. En Inglaterra, se crearon a partir del siglo XVII como iniciativa del Colegio Médico Real de Londres y se difundieron durante el siglo XVIII (Gerard, J. 2013). Cuando esta idea llegó a Estados Unidos, estos dispensarios dependían de donaciones, eran atendidos por un médico o farmacéutico, realizaban pequeñas cirugías, aplicaban vacuna contra la viruela, daban medicinas y extraían dientes. A inicios del siglo XX, los dispensarios son reemplazados por los centros de salud, a cargo de gobiernos locales, y se difundieron ampliamente en los años sesenta.

En los países socialistas, predominaban los centros de salud como modelo de atención ambulatoria, con una atención más inclusiva e integral; articulaban servicios clínicos y preventivos de acceso universal gratuito, financiado por los impuestos generales. El equipo básico lo constituía un médico general, pediatra, gineco-obstetra, odontólogo, enfermera y personal auxiliar; se denominaban policlínicas y se localizaban en los centros de trabajo.

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. LA EXPERIENCIA EUROPEA, ESTADOUNIDENSE Y CANADIENSE

Los países de Europa se caracterizan por garantizar el acceso universal y una amplia gama de servicios relacionados. Las modalidades de financiamiento de la APS están agrupadas en dos principales modelos de protección: a) Bismark, basados en seguros sociales de salud (Social Health Insurance, SHI), obligatorio con aportaciones trabajador asalariado y b) Beveridge, servicios nacionales de salud (National Health Services, NHS), ordenados por autoridades estatales y financiados con recursos fiscales (OIT, 2009). El personal principal en la APS es el *general practitioner* (GP), *family doctor*, *Hausarzt*, o el médico clínico general que monitorea a las familias, independientemente de la edad o sexo. Las sucesivas publicaciones y recomendaciones de la OMS a los gobiernos tienen un contexto político muy poderoso, que invita a los países a desarrollar esquemas para atender a los más pobres y evitar los movimientos sociales que impidan la operación del modelo capitalista posterior a la Guerra Fría, como los movimientos revolucionarios en América Latina de la Revolución cubana y posteriores de 1968. La experiencia de las facultades y escuelas de medicina en APS, a lo largo de las últimas décadas, se ha intensificado. La búsqueda de alternativas y desarrollo de diferentes prácticas con resultados diversos demuestran que es posible formar una fuerza laboral en ciencias de la salud equilibrada que facilite el desarrollo de APS (Fajardo, R. 2015).

La incursión temprana en la comunidad beneficia a los estudiantes de medicina en el aprendizaje y desarrollo de los conocimientos, actitudes y habilidades pro-

pías de su práctica en el futuro; también su participación sirve para solventar las necesidades de la sociedad que son de su competencia. Experiencias notorias se encuentran en Estados Unidos y Canadá. En 1993 se implementó un programa de educación médica rural (RMED) en la Escuela de Medicina de Rockford, de la Universidad de Illinois. La Universidad de Nuevo México, a principios de los ochenta, diseñó nuevos programas orientados a la comunidad; sin embargo, se terminó en el programa tradicional. Otro proyecto fue la «Undergraduate Medical Education for the 21st Century», exposición de los estudiantes a una integración curricular de todas las disciplinas relevantes para la APS en el tercer año del ciclo de rotaciones clínicas. Se destacan las escuelas de Medicina de Dartmouth, Pittsburgh y la de Wisconsin.

En Inglaterra, a partir del documento General Medical Council «Tomorrow's Doctors» (OPS, 2008), se generan currículos más modernos desarrollados en torno a programas basados en la comunidad y el aprendizaje basado en problemas, que buscan un equilibrio entre la formación clínica en hospital y una combinación eficiente en APS, con base en un modelo comunitario de atención holística.

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN AMÉRICA LATINA

En la región de América Latina, destacan las iniciativas de Cuba y Brasil con alto compromiso gubernamental en el desarrollo de la APS en el currículum de pregrado como fuente de profesionales que promueve la formación con base en la necesidad de fuerza de trabajo. Simultáneamente, con el desarrollo de estas experiencias, diversas entidades consideraron la necesidad de introducir nuevas orientaciones para la definición de los perfiles educativos.

La orientación de la APS involucra la apropiación de un compromiso social en el desarrollo de modelos de atención enfocados en la persona, en los cuales se declare el derecho a la salud; en el reconocimiento de las necesidades de salud de la población y de las comunidades en las que se ofertan los servicios; en el incremento de la capacidad del primer nivel de la atención con la creación de redes integrales de servicios; en la inclusión de los determinantes sociales de la salud; en el seguimiento y en la difusión de los resultados de los compromisos contraídos así como en la atención a las personas que se encuentran en condiciones de exclusión y vulnerabilidad. Al mismo tiempo, se deben establecer mecanismos eficientes para la participación del gobierno, la sociedad civil y los interesados en la definición de estrategias que lleven hacia la salud universal. Lo anterior debe considerar cada comunidad en su momento histórico, contexto y escenario. De acuerdo con las posibilidades, se encontrará la forma para promover estos escenarios y de formar parte del protagonismo hacia la construcción colectiva de la APS (OPS/OMS, 2007).

La estrategia de la APS definida en la conferencia de Alma-Ata en 1978 dio como resultado, en algunos proyectos, el intercambio de los modelos biomédicos

enfocados en la enfermedad que benefician los servicios desde un enfoque puramente curativo, caro, basado en establecimientos de segundo y tercer nivel, por modelos preventivos de la enfermedad a costos razonables para la población, basados en la promoción de salud (Vignolo, J. Vacarezza, M. 2011). La prevención, desde este enfoque, concreta medidas destinadas no solamente para evitar la aparición de la enfermedad, sino también para disminuir factores de riesgo y, de la misma forma, para detener su avance y reducir sus consecuencias, por lo que se debe promover en todos los niveles (Vignolo, J. Vacarezza, M. 2011).

El enfoque de la APS requiere gobernanza y voluntad política; recursos humanos para la salud bien capacitados con este enfoque, motivados y distribuidos imparcialmente; mecanismos de distribución financiera justos, equilibrados, fundados en la solidaridad; sistemas de información y resultados de cobertura; accesibilidad a medicamentos y tecnologías con estándares apropiados, accesibles y eficaces, con la participación social.

ANTECEDENTES DE LA EDUCACIÓN MÉDICA CON ENFOQUE DE APS

En 1994, se llevó a cabo la conferencia de la OMS-WONCA en Ontario Canadá, cuyos resultados se publicaron en el documento «Hacer que la práctica médica y la educación médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: La contribución del médico de familia», con 21 recomendaciones que implican grandes cambios en los sistemas de salud (WHO, 2010). En 2002, en Sevilla, tuvo lugar la Primera Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, donde se señaló que para corregir el rezago que presentan las escuelas de medicina de los países iberoamericanos, en lo que respecta a la introducción de medicina familiar en el currículo de pregrado, se necesita un esfuerzo mayor y la adopción de estrategias adecuadas a la situación de cada escuela o facultad. Es necesaria la formación de un médico que tenga como principio básico a la APS, con la inclusión de acciones comunitarias y un enfoque multidisciplinario para poder integrar un equipo de trabajo que pueda generar acciones integrales en la comunidad, no solo con habilidades de atención en el primer nivel.

Las características primordiales de la APS deben ser la promoción de la salud, la ampliación de las acciones preventivas, la atención a los padecimientos más frecuentes y endémicos y la educación para la salud, en salud materno-infantil y la planificación familiar (OPS/OMS, 2007).

La experiencia temprana en la comunidad ayuda a los estudiantes de medicina a desarrollar las competencias en APS, en cuanto a sus conocimientos, habilidades y actitudes hacia la práctica futura, siempre y cuando se oriente el currículo médico hacia la resolución de problemas contextualizados de la sociedad. Por otra parte, existen experiencias, desde Sudán hasta Estados Unidos, que muestran que una buena relación de la universidad con los gobiernos y sus comunidades puede traer una mejoría significativa en las

condiciones de salud de la población, según diversas publicaciones de hace más de 20 años (OMS, 2018).

La vía a la salud universal es larga. En la declaración de Alma-Ata de 1978 se puntualizó que el papel del gobierno es fundamental, ya que tiene la responsabilidad de proporcionar a la población servicios de salud de carácter integral que rompan con el enfoque de que son únicamente curativos, e incluyan y promuevan la promoción, la prevención, la rehabilitación y el tratamiento de trastornos comunes. El lema de Alma-Ata, «Salud para todos en el año 2000», fue un llamado a la acción, y el motor de este movimiento procuraba ofertar servicios culturalmente apropiados, accesibles y adaptables (OMS, 2018).

DESAFÍOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD FRENTE A LA RENOVACIÓN DE LA APS

Para conseguir sistemas de salud basados en la APS, se deben romper barreras como la diferenciación en la atención entre los sectores público y privado, combatir la falta de recursos financieros, reducir las desigualdades en la atención en salud, eliminar la visión separada de salud y desarrollo y las reformas de salud que han dividido a la población, disminuir la participación comunitaria limitada, evitar la nula continuidad de las políticas de salud y el liderazgo nacional y estatal debilitados, luchar contra los limitados recursos humanos en número y la escasa capacitación hacia el enfoque de APS. Asimismo, la APS se enfrenta con la falta de resolución de los problemas del entorno, pues se carece de coparticipación y corresponsabilidad por parte de los integrantes del equipo y hay ausencia de seguimiento y evaluación en los resultados de las estrategias, así como falta de flexibilidad en la gestión que permita la adaptación a cada realidad y se contribuya a la mejora de la coordinación entre los distintos recursos y niveles asistenciales (OPS/OMS, 2007).

A continuación, se muestra en el cuadro 1, que existen esfuerzos de distintos países para alinear sus sistemas y sus políticas en materia de salud a los elementos que marcan los organismos internacionales, cada uno con un grado de desarrollo distinto, según sus experiencias y resultados en la implementación de estas estrategias encaminadas a la APS.

Cuadro 1. Desafíos de los Modelos de Atención en salud en la incorporación de los elementos de la renovación de APS

PAÍS	ELEMENTOS DE LA RENOVACIÓN DE APS DECLARACIÓN DE MONTEVIDEO 2005	ELEMENTOS DE APS EN LOS MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD	DESAFÍOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS MODELOS
MEXÍCO	I. Inclusión social y la equidad en materia de salud	Establecimiento de un sistema único, público y gratuito, durante el periodo presidencial 2019-2024	Descentralizar, evitar fragmentación y descoordinación del sector salud
	II. Funciones decisivas tanto del individuo como de la comunidad para establecer sistemas basados en la atención primaria de salud	Creación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI) para ampliar el acceso efectivo de la población a los servicios de salud, sobre todo a grupos en situación de vulnerabilidad, marginación o discriminación	Equilibrar el acceso limitado e inequitativo a los servicios de salud
	III. La orientación hacia la promoción de la salud y la atención integral e integrada	Aseguramiento del acceso a servicios de salud y medicamentos gratuitos para la población sin seguridad social laboral	Terminar con la mala prescripción y uso inadecuado de los medicamentos
	IV. El fomento del trabajo intersectorial	Modernización del sistema de información y comunicación	Evitar la fragmentación de la información en los diferentes niveles de atención en el sector
	V. La orientación hacia la calidad de la atención y la seguridad del paciente		Formar recursos humanos con el enfoque en APS
	VI. El fortalecimiento de los recursos humanos en materia de salud		
	VII. El establecimiento de condiciones estructurales que permitan la renovación de la atención primaria de salud		
	VIII. La garantía de la sostenibilidad financiera		
	IX. La investigación y el desarrollo y la tecnología apropiada		
	X. El fortalecimiento de las redes y asociaciones de cooperación internacional para apoyar la atención primaria de salud		

CUBA		<p>Desde 1970, el Sistema Nacional Salud cubano garantiza el acceso a servicios integrales de salud, en unidades ambulatorias y hospitalarias</p> <p>El nivel primario debe dar solución a 80% de los problemas de salud de la población y ofrecer las acciones de promoción y protección de la salud</p> <p>En el nivel secundario se cubre cerca de 15% de los problemas de salud. Su función fundamental es tratar al individuo ya enfermo para prevenir las complicaciones y realizar una rehabilitación inmediata</p> <p>En el nivel terciario se atiende alrededor de 5% de los problemas de salud, relacionados con secuelas o complicaciones de determinadas enfermedades</p>	<p>Escasez de recursos ocasionada por la crisis económica que afectó de manera profunda al país en la década de los noventa</p> <p>El bloqueo económico y social impuesto por los EE.UU. desde hace varias décadas obliga a adquirir equipamiento médico, medicamentos y materias primas para la industria farmacéutica a precios mucho más altos que al resto de los países</p>
COLOMBIA		<p>Colombia cuenta con una Política de Atención Integral en Salud que define al conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud, expresadas en políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios que se materializan en atenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos</p>	<p>Mejorar los sistemas de información para hacerlos más ágiles, así como los procesos de intercambio de información y la adopción de decisiones oportunas y coherentes</p> <p>Trabajo de articulación entre lo global y lo local, entre políticas y normas, entre modelos teóricos y enfoques y entre sectores</p>

CANADÁ		<p>Sistema de salud financiado con fondos públicos. Todos los canadienses están cubiertos por un seguro médico universal.</p> <p>Construido sobre los cinco principios de la Ley de Salud de Canadá (HCA, por su sigla en inglés):</p> <p>a) la universalidad significa que el plan provincial debe conceder el derecho a 100% de la población;</p> <p>b) el alcance indica que todos los servicios de salud asegurados prestados por hospitales y profesionales médicos deben estar cubiertos por el plan;</p> <p>c) la accesibilidad significa que los servicios sanitarios deben prestarse sin barreras;</p> <p>d) la facilidad de transferencia garantiza la cobertura de salud para los asegurados cuando se trasladan en Canadá o cuando viajan dentro o fuera del país;</p> <p>e) la administración pública requiere que el plan deba ser administrado y ejecutado sin fines de lucro por una autoridad pública responsable nombrada o designada por el gobierno provincial</p>	<p>Vincular e integrar mejor las actividades o políticas de mejoramiento de la salud que promueven los diversos sectores y estructuras institucionales, como la salud pública y la atención médica, con miras a afianzar mejores vinculaciones</p> <p>Asegurar el suministro de servicios de atención primaria que destaquen la prevención. Fortalecer la disponibilidad de enfermeras, médicos y demás personal de salud</p> <p>Ampliar la atención domiciliaria y comunitaria</p> <p>Gestionar con eficacia el uso y los costos de los fármacos</p> <p>Reforzar las tecnologías de información y comunicaciones en el sector de la salud</p> <p>Invertir en tecnologías nuevas, equipos e instalaciones necesarios para sostener y renovar los servicios de salud</p>
---------------	--	--	---

Fuente: elaboración propia a partir del documento «Renovación de la atención primaria en las Américas»; documentos oficiales de los modelos de atención en salud de Cuba, Domínguez-Alonso, Emma, & Zacea, Eduardo (2011); México (SIDSS. 2019); Canadá, Solórzano, F. (1992), OMS/OPS, (2017) y Colombia (MINSALUD, 2016)

Las dificultades en la educación médica atañen no solo a las instituciones de educación, en ellas inciden el condicionamiento de los sistemas de salud, las unidades médicas, los mecanismos regulatorios de la calidad de la formación en salud, la organización de los sistemas de salud, la rigidez en los criterios de contratación del mercado laboral en salud, las definiciones y orientaciones de las nuevas tendencias educativas. Todo lo anterior se refleja en la práctica profesional.

En estos tiempos resulta apremiante incrementar el número de médicos en zonas rurales y urbanas, ya que la atención se limita en algunas áreas. Esto ocurre en cada uno de los países de América, lo que demanda para las escuelas de medicina adquirir el compromiso social de equilibrar la atención de la salud de las comunidades en donde se encuentran ubicadas, particularmente con el acceso a los servicios de los más necesitados. De esta forma la APS se torna como la estrategia fundamental de formación en el perfil del egresado. Por ello, es necesario fortalecer el proceso para asumir una nueva misión social de la educación médica que dé respuesta a las necesidades sociales, lo que requiere superar la fragmentación institucional y la segmentación del conocimiento, así como convocar a la participación y responsabilidad de todos los actores comprometidos en el proceso educativo. Lo que se busca es una intervención en el proceso de enseñanza para que los programas de pregrado puedan desplazar el eje de la formación centrada en la asistencia clínica individual, prestada en unidades hospitalarias, hacia un proceso de capacitación más contextualizado que tenga en cuenta las dimensiones sociales, económicas y culturales de la población.

Es fundamental que, durante su formación profesional, el estudiante participe en la solución de los problemas más complejos. Justamente, al trabajar con esos problemas más difíciles, el alumno participa en las reuniones de asociaciones, consejos de salud y otros foros donde se debaten esos problemas. Para viabilizar las experiencias de este tipo, es necesaria una buena articulación entre la formación, los servicios y la comunidad, con la creación de algún espacio donde se planifiquen y ejecuten en conjunto todas esas actividades en diferentes escenarios del aprendizaje.

PERFIL DEL MÉDICO GENERAL MEXICANO Y LOS COMPONENTES DE LA APS

El documento «Perfil por competencias del Médico General Mexicano» (Abreu, L. F. 2008) detalla por vez primera las competencias del médico general mexicano. Este proyecto se promovió por la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A. C. con el fin de que los profesores conocieran lo que deben enseñar, los estudiantes lo que deben aprender y a la sociedad en general lo que el médico general certificado es capaz de hacer. Las competencias promueven que cada institución educativa pueda disponer la forma en que desarrollará el perfil sugerido, así como la formación de competencias adicionales que se identifiquen como fundamentales. Establece siete competencias genéricas: 1) dominio de la atención médica general, 2) dominio de las bases científicas

de la medicina, 3) capacidad metodológica e instrumental en ciencias y humanidades, 4) dominio ético y del profesionalismo, 5) dominio de la calidad de la atención médica y trabajo en equipo, 6) dominio de la atención comunitaria y 7) capacidad de participación en el sistema de salud. El documento describe las unidades de competencia de cada una de las competencias genéricas que son más específicas y logran mejor su orientación y las capacidades por desarrollar.

Para los fines de este capítulo, se genera un cuadro (véase cuadro 2) con la acotación de la competencia y las unidades de competencia que pueden integrarse a los perfiles de las distintas escuelas y facultades de medicina para desarrollar las competencias dirigidas a la APS, así como el desempeño esperado, el producto que se podría generar, el conocimiento que se requiere, en el caso del escenario para poder articular los elementos que indica la competencia se identifica a la comunidad, sin embargo también se puede dar al interior de las sedes hospitalarias al incluirse en las rotaciones actividades de promoción y prevención, reto aún mayor en la articulación de estos elementos en la formación.

Cuadro 2. Competencia genérica «6. Dominio de la atención comunitaria»

ELEMENTO QUE SE EVALUA	DESEMPEÑO	PRODUCTO	ESCENARIO
D6. A1) Aplicar acciones preventivas y de promoción a la salud que permitan controlar riesgos a la salud individual y colectiva mediante la participación comunitaria y uso efectivo de los recursos disponibles	Realizar el análisis situacional de una comunidad Instrumento: Lista de cotejo	Ensayo Multicausalidad del proceso salud-enfermedad Contexto bio-psicosocial Elementos epidemiológicos	Comunidad
D6. A2) Utiliza programas nacionales y la evidencia disponible para instrumentar acciones que den respuesta a las necesidades de salud de la población, favoreciendo los estilos de vida y el ambiente sano que permita mejorar la calidad de vida a través de la corresponsabilidad de la comunidad con la mejora de salud	Actividad de Educación para la Salud Instrumento de evaluación: Guía de Observación	Programa de intervención para instrumentar acciones en respuesta a las necesidades de una población en específico	
D6. A3) Realizar diagnósticos del estado de salud de la comunidad identificando los factores de riesgo y grupos vulnerables considerando los recursos disponibles así como los líderes naturales y los diferentes actores y grupos de la comunidad para establecer un plan de acción de salud	Realizar el análisis situacional de una comunidad	Ensayo Multicausalidad del proceso salud-enfermedad Contexto bio-psicosocial Elementos epidemiológicos	
D6. A4) Establecer indicadores en su caso sistemas de vigilancia para evaluar resultados del plan de acción de salud y realizar ajustes	Realizar el análisis situacional de una comunidad	Ensayo Multicausalidad del proceso salud-enfermedad Contexto bio-psicosocial Elementos epidemiológicos Plan de acción de prevención y promoción Sistema de vigilancia	

Fuente: elaboración propia a partir del Perfil del Médico General Mexicano (Abreu, L. F. 2008)

Cuadro 3. Competencia genérica «7. Capacidad de participación en el sistema de salud»

ELEMENTO QUE SE EVALUA	DESEMPEÑO	PRODUCTO	ESCENARIO
D7. A1) Actuar de manera congruente con las políticas de salud, leyes y reglamentos nacionales y regionales, ajustando las acciones médicas a la legislación vigente y utilizando de mejor manera los recursos disponibles	Actividad de Educación para la Salud Instrumento de evaluación: Guía de observación	Plan de sesión de la actividad de intervención Instrumento de evaluación: Lista de cotejo	Comunidad
D7. A2) Instrumentar planes y programas nacionales y regionales de salud buscando ampliar beneficios para la salud individual y colectiva	Actividad de Educación para la Salud Instrumento de evaluación: Guía de observación	Plan de sesión de la actividad de intervención Instrumento de evaluación: Lista de cotejo	
D7. A3) Realizar actividades para impulsar la prevención y el cuidado de la salud contribuyendo a la mejora de la salud individual y colectiva	Actividad de Educación para la Salud Instrumento de evaluación: Guía de observación	Plan de sesión de la actividad de intervención Instrumento de evaluación: Lista de cotejo	
D7. A4) Promover el trabajo en equipo y redes de colaboración con otros profesionales de la salud y la comunidad	Actividad de Educación para la Salud Instrumento de evaluación: Guía de observación	Plan de sesión de la actividad de intervención Instrumento de evaluación: Lista de cotejo	
D7. A5) Evitar el empleo de recursos favoreciendo la correcta utilización de los mismos	Actividad de Educación para la Salud Instrumento de evaluación: Guía de observación	Plan de sesión de la actividad de intervención Instrumento de evaluación: Lista de cotejo	
D7. A6) Analizar el costo social de la enfermedad, los problemas derivados de la marginación, su cobertura y la inequidad, utilizando de manera eficaz los recursos económicos de los pacientes e instituciones de salud evitando su dispendio	Realizar el análisis situacional de una comunidad	Ensayo Multicausalidad del proceso salud-enfermedad Contexto biopsicosocial Elementos epidemiológicos Plan de acción de prevención y promoción Sistema de vigilancia	

Fuente: elaboración propia a partir del Perfil del Médico General Mexicano (Abreu, L. F. 2008)

Este documento, a pesar de tener los elementos necesarios para ser incorporados en las distintas escuelas y facultades, representa un reto para poder estructurarse en las distintas fases de la formación del médico general.

El desarrollo de competencias en la educación ha sido escasamente abordado. No todos los docentes saben de ellas ni todos las comprenden, solo algunos aplican y para casi todos los profesores son de difícil apropiación. Los docentes, en general, no saben cómo se integran, ni cómo se valúan de manera integral, ni a qué responden. Se puede decir que los profesores no conocen la importancia real de articularlas ni evaluarlas. Cuando se habla dentro de las instituciones acerca de ellas, en el mejor de los casos, se simula su aplicación en el diseño de programas para cumplir con el requisito institucional, pero en el aula se siguen los patrones de toda la vida y no hay cambio real.

Se puede entender la diversificación de los escenarios también como una opción con posibilidades de contribuir a la construcción de modelos innovadores, puesto que se basa en los problemas de la calidad de los servicios, entendida en este caso en su sentido más amplio de traducción del derecho de ciudadanía a la salud. Abordar la diversificación en esa dimensión significa colocarla como parte del proceso de gestión del trabajo colectivo en los servicios, orientado hacia la construcción de un nuevo contrato ético y político de los profesionales y de la población (Neves, J. J., 2004).

INCORPORACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE APS EN LOS PLANES DE ESTUDIO DE LA LICENCIATURA DE MEDICINA

En el cuadro comparativo (véase cuadro 4) se describen los elementos que se analizan entre IES, específicamente del área de Medicina, de acuerdo con los criterios establecidos en el documento del Consenso Global sobre la Responsabilidad Social de las Facultades de Medicina del 2010.

Las escuelas de Medicina incluyen en sus perfiles un conjunto de competencias consistentes con la evolución de las necesidades a las que sirven los sistemas de salud en donde trabajan; en la actualidad, orientados al desarrollo de competencias para APS.

Se ofrecen experiencias de aprendizaje en la comunidad a los estudiantes para que tengan un contacto temprano; de forma transversal, tanto en la formación cognitiva como en la práctica, para que entiendan y actúen sobre los determinantes de la salud y adquieran habilidades apropiadas para la prevención y la promoción de la salud.

Las escuelas de Medicina involucran a su planta académica y a los estudiantes para afrontar los desafíos de salud y las diferentes necesidades de la sociedad desde el enfoque de APS.

Los objetivos principales de este apartado son:

1. Reconocer cómo la educación médica ha reflejado los distintos abordajes en la formación del perfil del médico general, desde los modelos de APS planteados en los planes de estudio.
2. Identificar los atributos distintivos de la APS en relación con los procesos de cambio en la educación médica.
3. Especificar de modo detallado cómo la formación en escenarios diversificados puede contribuir a la configuración del perfil profesional de egreso.

La definición de parámetros que se consideran en este ejercicio de análisis tiene su propia complejidad en el proceso de integración de los elementos de atención primaria declarados en los documentos de los planes de estudio publicados en las distintas instituciones seleccionadas. Los criterios principales son que se encuentran avaladas a nivel nacional como programas de calidad, ya que cuentan con el reconocimiento de algún organismo evaluador o acreditador.

Los elementos susceptibles de valoración se establecieron con base en una metodología que permite establecer parámetros comparables, de acuerdo con Sartori y Morlino (1999). Estos parámetros definidos son programa académico, competencias de APS, estrategias de formación y la fuente de recuperación de información (Sartori, G, Morlino, L. 1999).

Cuadro 4. Los distintos abordajes en la formación de los perfiles del médico general desde los modelos de APS

INSTITUCIÓN EDUCATIVA	PROGRAMA ACADÉMICO	COMPETENCIAS DE APS	ESTRATEGIAS DE FORMACIÓN	RECUPERACIÓN DE INFORMACIÓN
UAM	Licenciatura en Medicina	Conocer su capacidad médica y los criterios para referir en forma oportuna al paciente a otros niveles de atención. Actuar en conjunto con otros profesionales, el paciente, la familia y la comunidad para establecer una acción integral en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la restitución de la salud y la rehabilitación	Etapa IV: «Integración de la Práctica Profesional». Objetivo: Que el alumno, basado en las ciencias básicas, clínicas, socio-médicas y la investigación, integre conocimientos, habilidades, destrezas y valores éticos para resolver problemas de salud en los distintos niveles de atención. Para construir una práctica basada en la promoción, preservación y recuperación de la salud del individuo a través del pensamiento crítico, práctica reflexiva y evidencia médica científica	https://www.uam.mx/licenciaturas/pdfs/79_5_Licenciatura_en_Medicina_xoc.pdf

UNAM	Lic. de Médico Cirujano	Mediante el aprendizaje de las disciplinas socio médicas, el alumno será capaz de incluir la prevención y las técnicas de la salud pública en su futuro ejercicio profesional dentro de un contexto histórico, ético, filosófico y humanista	Prácticas de Salud Pública en las asignaturas: se ubican dos asignaturas de este tipo según el plan de estudios	http://www.facmed.unam.mx/_documentos/planes/mc/punico.pdf http://oferta.unam.mx/planestudios/medicina-fmedicina-planestudio13.pdf
BUAP	Licenciado en Medicina	Utilizar con juicio crítico el conocimiento epidemiológico, teórico, clínico, científico, metodológico y técnico de la medicina para diseñar e implementar planes estratégicos, proyectos de investigación tendientes a promover la salud, disminuir riesgos y solucionar los problemas de la comunidad, contribuyendo así al desarrollo humano	Áreas que contribuyen a que el médico en formación comprenda que desde una perspectiva individual y global el fenómeno salud-enfermedad es un proceso multifactorial y que la prevención es la mejor estrategia para dar solución a los problemas de salud que afectan a la población. A esta área corresponden las asignaturas de Epidemiología, Nutriología Médica y Salud Pública	https://medicina.buap.mx/?q=content/licenciaturas
UNISON	Licenciatura en Medicina	Capacidad para desempeñarse en la medicina de primer nivel de atención (preventiva comunitaria y familiar) para preservar y/o recuperar la salud	El diseño curricular de la licenciatura en medicina, que responde a la necesidad de dar primacía a los aspectos preventivos de la medicina, la transición epidemiológica que vive nuestra región, con su notable incremento en enfermedades crónico-degenerativas, y las tendencias emergentes en la medicina mundial, aunado todo ello a las fortalezas ya mencionadas, indican que las líneas de investigación que se deben de impulsar son la Nutrición, la Epidemiología, así como aspectos fundamentales de la sociomedicina como son la Educación para la Salud y la Participación Comunitaria en Salud	https://www.unison.mx/institucional/organos_gobierno/colegioacademico/

UADY	Licenciatura en Medicina	Será un médico general preparado para la atención individual, familiar y colectiva en el primer nivel, con capacidad para seguir aprendiendo, ya sea bajo dirección universitaria o por sí mismo. Debe de ser además un investigador en ciernes, un universitario culto, en cierto modo humanista	<p>En la definición del primer nivel como el primer punto de contacto y la entrada al sistema de atención, ejerciendo básicamente acciones propias de los cinco niveles de prevención:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. promoción de la salud; 2. protección específica; 3. diagnóstico temprano y tratamiento; 4. limitación del daño y 5. actividades de rehabilitación <p>Dentro de su plan de estudios tiene un componente transversal de APS cinco asignaturas que incluyen una de Prácticas Comunitarias</p>	http://www.medicina.uady.mx/principal/docs/med/Guia_MC_2019-2020.pdf
UACAM	Licenciatura en Medicina	Identifica los principales problemas de salud de la población de nuestro país y, en particular, del Estado, y es capaz, por su preparación epidemiológica, clínica y terapéutica, de efectuar acciones de prevención, curación y rehabilitación de los individuos enfermos conjuntamente con su familia y promover la salud al conocer los determinantes sociales y ambientales del proceso salud-enfermedad, fomentando la adopción de estilos de vida saludable, o acciones de educación para la salud, dirigidas a los pacientes y grupos sociales	Sin información acerca de las estrategias, se encuentran cuatro asignaturas que se relacionan con el desarrollo de las competencias planteadas	https://fm.uacam.mx/view/paginas/20

UQROO	Licenciatura en Medicina	Aplicar y evaluar acciones preventivas y de promoción a la salud que permitan controlar los riesgos a la salud individual y colectiva mediante la participación comunitaria y el uso efectivo de los recursos disponibles. Capacidad para colaborar en la ejecución y evaluación permanente de planes y políticas nacionales y regionales de salud, impulsando la prevención y el autocuidado de la salud para contribuir a la mejora de la salud individual y colectiva, favoreciendo el desarrollo humano, la vida democrática y el combate a la exclusión social	La APS se encuentra planteada como eje transversal desde el primer ciclo hasta el cuarto, con prácticas comunitarias integrales una vez por semana con un equipo multidisciplinario. También se encuentra un componente importante de asignaturas que son parte del programa de Atención Primaria	http://dcs.uqroo.mx//medicina/perfil-aspirante/
-------	--------------------------	--	--	---

Fuente: elaboración propia a partir de la información oficial de las instituciones de educación superior mencionadas en el cuadro: UAM (2020), UNAM (2020), BUAP (2020), UADY (2020), UNISON (2020), UADY (2020), UACAM (2020), UQROO (2020)

DISCUSIÓN Y APORTACIONES

Como se observa en el cuadro 4, existen distintos esfuerzos de las IES para incorporar el enfoque de APS desde sus perfiles; sin embargo, se requiere seguir el trabajo colegiado para migrar en su totalidad al enfoque de APS y brindar un mejor servicio a la comunidad. La trascendencia que puede tener la adecuada implementación del modelo de atención, mediante la coordinación sistemática de un equipo multidisciplinario con una visión transdisciplinaria de trabajo, va más allá de promover solo la curación de ciertos padecimientos, ya que su principal orientación y propósito es favorecer una cultura de autocuidado a través de un esquema de atención multivariada con una visión multidisciplinaria, con componentes de promoción, prevención, atención, rehabilitación y trato digno a la población.

Existen aún algunos retos para los programas como 1) apropiar a la comunidad en su autocuidado, 2) incluir acciones de APS a lo largo de la formación de los estudiantes hasta en el área clínica para dar continuidad al programa de formación a lo largo del currículum, 3) empoderar a los equipos multidisciplinarios en APS, 4) Involucrar a otros profesionistas para brindar una mejor atención a la población, con lo que se continúa trabajando en el interior de los programas

académicos como parte de la misión y visión de nuestra Universidad y, al final, poder solventar algunos de los problemas reales inherentes al área de la salud (Borrell, R. 2005).

Algunos desafíos actuales a los que se enfrenta la formación en APS son:

- Los profesionales de salud tienen escasa motivación y remuneración en comparación con otros profesionales.
- El trabajo en equipo difícilmente se encuentra desarrollado o se incita escasamente.
- Los profesionales competentes prefieren trabajar en hospitales y ciudades que en áreas rurales.
- La formación universitaria de pregrado y de posgrado del personal de salud no se ajusta a los requisitos de la práctica de la APS.

Hasta ahora, las escuelas y facultades han intentado desarrollar las competencias basadas en la incorporación de asignaturas, como se mostró en el cuadro 4; sin embargo, se requiere:

1. Establecer en los perfiles las competencias en APS.
2. Analizar la forma en la que se desarrollarán las competencias en el currículum.
3. Analizar escenarios que les permita incorporar la visión que se plantea a nivel mundial para responder a las necesidades reales del contexto con este enfoque.
4. Crear escenarios en contextos supervisados que les permitan desarrollar las habilidades en APS.
5. Diseñar un portafolio de evidencias que permitan ir evaluando los niveles de cada competencia como se muestra en los cuadros 2 y 3.

También se requiere establecer cómo la estructura de los diferentes niveles de atención integra los diferentes niveles de prevención. Si los estudiantes en formación experimentan estos elementos en escenarios de formación, lograrán integrar de manera más rápida las competencias que se requieren para ser un médico general con esta visión.

En este contexto, el médico con formación en APS debe ser un profesionalista con comprensión social y proceder ético, con capacidad de liderazgo, trabajo en equipo y autoaprendizaje; debe poseer las competencias que le permitan con la

más alta cualidad posible incidir en el bienestar de las comunidades, así como formar parte del que se mantenga o recupere la salud individual, familiar y de las comunidades. Esto quiere decir que el perfil del médico con enfoque APS debe contar con una visión integral y humanística en un contexto socio-ambiental (OPS, 2008).

En atención primaria, deberíamos pensar en un médico sanitarista (salubrista) que ejerza todas las funciones de la salud pública y no solo las asistenciales y gerenciales (atención gerencial) que hoy le impone el modelo neoliberal. Las ocupaciones deben ser variadas bajo este enfoque, e iniciar por las funciones clínicas y de prestación de servicios, las cuales seguirán siendo indiscutibles, y, de la misma forma, las de educación para la salud, las administrativas y las de monitoreo y seguimiento de los programas existentes dentro de la atención primaria, asumiendo la más importante de todas: la de participación comunitaria (Garret E. 1981). Debe existir equilibrio en las asignaturas, módulos o bloques de formación en APS y las que desarrollan el componente clínico, todo esto debe de ser visible y estar descrito en los distintos planes de estudio y poderse evaluar por los organismos acreditadores.

Las competencias del médico orientadas hacia la APS deben mostrar la capacidad de adecuar su práctica profesional a la definición del sistema de salud propia del país, establecer relaciones de respeto y confianza para dialogar y negociar con los ciudadanos/comunidad, equipos/comunidades y otros sectores, con respeto a la diversidad cultural, comprender el ciclo vital, trabajar en equipo y desarrollar liderazgo con el resto del equipo de salud y la comunidad, manejar las incertidumbres y los cambios y generar su propia capacidad de autoaprendizaje y autoconocimiento (OPS, 2008).

Los escenarios de formación deben variar e integrar las prácticas en la comunidad mediante el trabajo directo en contextos de atención. Asimismo, trabajar en desarrollar las competencias encaminadas a implementar acciones enfocadas a la prevención primaria, concepto que se define como «medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes» (OMS, 1998, Colimón, 1978).

Las estrategias para la prevención primaria pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud. Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes (OMS, 1998, Colimón, 1978).

Un segundo nivel de complejidad se ubicaría, al igual que en el nivel de atención, en los hospitales con especialidades como Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, Cirugía General, Psiquiatría, etcétera, en donde se desarrollará la

visión de la búsqueda en sujetos «aparentemente sanos» de enfermedades lo más precozmente posible. Comprende acciones de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Estos objetivos se pueden lograr a través del examen médico periódico y la búsqueda de casos (pruebas de screening). «En la prevención secundaria, el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad».

La captación temprana de los casos y el control periódico de la población afectada para evitar o retardar la aparición de las secuelas es fundamental.

Lo ideal sería aplicar las medidas preventivas en la fase preclínica, cuando aún el daño al organismo no está tan avanzado y, por lo tanto, los síntomas no son aún aparentes. Esto es particularmente importante cuando se trata de enfermedades crónicas. Pretende reducir la prevalencia de la enfermedad (OMS, 1998, Colimón, 1978).

Un ejemplo es el tratamiento de la hipertensión arterial en sus estadios iniciales a través de un control periódico y seguimiento del paciente.

Los profesores que participan desde las fases iniciales hasta las clínicas deben tomar en cuenta las nuevas tendencias de formación y los nuevos escenarios, en donde es indispensable cambiar el paradigma de formación que de antaño rige a la profesión desde un enfoque curativo a un enfoque integral que fortalece las competencias de la APS y el trabajo con y para la comunidad.

La formación por competencias orientadas hacia la APS busca que los futuros médicos puedan comprender mejor su papel frente a las necesidades crecientes de la población por medio de una visión holística y humanística del ser humano en un contexto socio-ambiental y así contribuir al desarrollo de los sistemas de salud basados en la APS (OPS, 2008). Sin embargo, en las últimas décadas se ha observado que la práctica profesional médica ha tenido un déficit en la identificación de contextos sociales con mayor énfasis en la interacción biológica de la enfermedad, lo que repercute en la atención integral del individuo (Sozzani, C. 2007).

Como se puede observar, no solo es necesario el trabajar con las escuelas y facultades que forman a los futuros profesionistas, sino trabajar en conjunto con los sistemas de salud y los gobiernos en general en la incorporación de nuevas visiones que permitan a los estudiantes formarse en escenarios que les brinden experiencias para desarrollar las competencias. Para eso, el papel de los gobiernos es de suma importancia en la capacitación del personal y en el otorgamiento de la infraestructura adecuada para implementar estas nuevas adecuaciones y lograr lo que actualmente plantean las estrategias de desarrollo en el plan nacional en las políticas de APS (SIDSS. 2019).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu Hernández, L. F. (2008). Perfil por Competencias del. AFEM. México: Elsevier.
- Andrade, J. (1978). Marco conceptual de la educación médica en la América Latina. (pág. 25). Washington: OPS-OMS, Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 28.
- Andrade, J. (1979). La educación médica y salud. Marco conceptual de la educación médica en la América Latina: Cuarta parte. Washington D.C.: Oficina Sanitaria Panamericana.
- Borrell, Rosa María. (2005). La educación médica en América Latina: debates centrales sobre los paradigmas científicos y epistemológicos en: Proceso de transformación Curricular: otro paradigma es posible. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario. (pág. 28). UNR Editora. Argentina.
- Carlos E. Sozzani (2007). Servicio social universitario: una herramienta para la profundización del vínculo entre la universidad y las problemáticas nacionales. VII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <http://www.aacademica.org/000-106/380>
- Colimon k. (s.f.). Niveles de Prevención. Recuperado el 04 de octubre de 2020, de <http://issuu.com/viejoo3/docs/nameb7c044>
- Domínguez-Alonso, Emma, & Zacea, Eduardo. (2011). Sistema de salud de Cuba. Salud Pública de México, 53(Supl. 2), s168-s176. Recuperado en 26 de octubre de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342011000800012&lng=es&tlng=es
- García Maldonado G, Sánchez Márquez W, Sánchez Nuncio R, Pérez Rivera F. (2013 mayo) Aprendizaje por competencias. Un reto educativo para las escuelas de medicina en México. 3(3); (pág. 19). Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad. <http://www.medicinasaludsociedad.com>
- Garret E. Funciones del médico en la atención primaria de salud. Educ Méd Salud 1981;15(3): 249-257.
- Gerard, J. (2013) «La ciudad como objeto de intervención médica: El desarrollo de la medicina urbana en España durante el siglo XVIII». Revista electrónica de geografía y ciencias sociales, Universidad de Barcelona. Vol. XVII, núm. 431.
- Fajardo R., Arroyo R., Morales E., Higareda L., Méndez I., Rojas M., López L., Gómez C., Manzanares T (2015). «Proyecto Universitario de Atención Primaria a la Salud». Universidad de Quintana Roo.

- Flexner A., (1910). Medical education in the United States and Canada. A report of The Carnegie Foundations on the Advancement of Teaching. Bulletin number four. 437 Madison Avenue: Boston: The Merrymount Press.
- Nebot Adell C, Rosales Echeverria C, Borrel Bentz RM. (2009). Curso virtual para el desarrollo de competencias en atención primaria de salud. (26(2):176-83). Rev Panam Salud Pública.
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Serie de la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 1. Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS.* (pág. 7). Washington D.C.: Biblioteca Sede OPS.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Temas de salud.* (OMS, Editor) Recuperado el 18 de enero de 2018, de https://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
- OPS/OMS. (2007). *La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).* Washington D.C.
- Oficina Internacional del trabajo OIT. (diciembre de 2009). La seguridad social como respuesta a la crisis; Sociedades en envejecimiento; Seguro de desempleo en tiempos de crisis; Sociedades en envejecimiento; Seguro de desempleo en tiempos de crisis. Revista Trabajo No. 67.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2018). Informe anual. Recuperado el 04 de octubre de 2020, de <https://www.paho.org/annual-report-of-the-director-2018/es/introduccion/>
- Organización Panamericana de la Salud (2008). *Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 2. La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud.* (pág. 78) Washington D.C.: Biblioteca OPS.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (2017). Informe de país: Canadá. Recuperado el 02 de octubre de 2020: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?page_t_es=informes%20de%20pais/canada&lang=es
- Plan de Estudios de la licenciatura de Medicina de la División de Ciencias de la Salud de la Universidad de Quintana Roo aprobado en la sesión extraordinaria del H. Consejo Universitario del 6 de marzo de 2009.
- Sartori, G, Morlino, L. (1999). *La comparación en las ciencias sociales.* Madrid: Alianza Editorial .

Solórzano, F. (1992) Ministry of Supply and Services. Choose Canada: for world class health products and services. Ottawa: Ministry of Supply and Services.

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS). (2019) «Atención Primaria de Salud Integral e Integrada: la propuesta metodológica y operativa», Gobierno de la Ciudad de México.

Traducción de: Neves Marins, J. J. (2004): Os cenários de aprendizagem e o processo de cuidado em saúde. En: Educação médica em transformação. HUCITEC-ABEM, São Paulo 2004. CVSP agradece la gentileza del autor de autorizar la traducción.

Vignolo, Julio, Vacarezza, Mariela, Álvarez, Cecilia, & Sosa, Alicia. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Prensa Médica Latinoamericana.

Vicedo, A. (2002). «Abraham Flexner, pionero de la Educación Médica». Revista cubana Educación Médica Superior v.16 n.2, Ciudad de La Habana Recuperado el 01 de octubre de 2020: https://www.researchgate.net/publication/262663905_Abraham_Flexner_pionero_de_la_Educacion_Medica.

WHO. (2010). World health report. Health systems financing: the path to universal coverage. (ingles, Trad.) Ginebra: World Health Organization.

CAPÍTULO 3

Diagnóstico de salud comunitario. Aportes para la formación de profesionales de la salud

Laura Hernández Chávez, Ximena Molina Nava y Gerson Lugardo Vasquez Reyes

No es un programa específico de atención a la salud de grupos vulnerables, no es medicina pobre para pobres; es una estrategia global que ha de impregnar y orientar las políticas de los sistemas sanitarios, contribuyendo al desarrollo social y económico global de las poblaciones. Primaria, no por básica o elemental, sino por principal o primordial («Primary Health Care» = «Cuidados primordiales de la salud»)

Galli, 2017

INTRODUCCIÓN

En un contexto universitario en el área de la salud, promover la adquisición de conocimientos y habilidades conlleva un reto como institución educativa, debido a que se debe desarrollar la práctica clínica en un escenario poblacional donde interactúan diversos factores que conllevan a un estado de salud del individuo. Por ello, es de suma importancia entender de manera primordial el término de salud, en el cual interactúan múltiples factores que determinan la salud humana. Según Lalonde, los estudios sobre salud han evolucionado desde la concepción biologista (fines del siglo XIX), pasando por el modelo ecológico o triada ecológica (mediados del siglo XX) hasta la concepción del campo de la salud. Asimismo, los determinantes externos al cuerpo forman un entorno complejo que puede afectar la salud (Galli, Pagés, & Swieszkowski, 2017).

Lalonde se refiere el concepto de salud, el cual incluye el medio ambiente con sus determinantes externas del cuerpo humano, como lo físico, químico, biológico, psicosocial y cultural, que se determina por la localización geográfica; el estilo de vida, que nos lleva a tomar decisiones hacia una vida saludable y formar hábitos; la biología humana, de la cual se puede trascender a través de la herencia, llegar a la maduración y envejecimiento. Todo lo anterior, en un marco de sistema de organización de la atención a la salud que establece parámetros de prevención, curación y restauración (los tres niveles de atención a la salud) (Colegio Médico del Perú, 1972; Mar, Rodr, & Poblacional, 2017).

La salud, según Palomino Moral y cols., «es una condición de bienestar físico, mental y social; es el logro de más alto nivel de bienestar físico, mental y social de la capacidad de funcionamiento que permiten los factores en que vive inmer-

so el individuo y la colectividad» (Palomino Moral, Grande Gascón, & Linares Abad, 2014), gracias a los esfuerzos organizados de la sociedad en la prevención y promoción para lograr una sociedad saludable. Se estudia a través de la salud pública y epidemiología, la cual presenta una preocupación constante por conocer el estado de salud y sus determinantes e identificar las necesidades para el desarrollo de estrategias dirigidas a mejorar el estado de salud de la población (Dávila, Gómez, & Hernández, 2009).

Actualmente, México presenta un gran reto por lograr integrar el campo sanitario con el sector público, por lo que es indispensable conocer el estado de salud de las poblaciones. En este sentido, se requiere seleccionar las variables necesarias para identificar el estado de salud en la población, así como establecer los indicadores para la vigilancia de la salud poblacional a través de la Atención Primaria de Salud (APS) como un componente de salud comunitaria y eje principal del sistema de salud (MINSALUD, 2016).

En 1946, la OMS definió el término salud como «el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades», lo que dio paso a la noción de salud comunitaria, la cual se define como un conjunto de acciones, prestaciones y servicios destinados a mejorar la situación de salud de la comunidad en sus dimensiones físicas, psicológicas y sociales que actúan por medio de la capacidad colectiva de adaptación positiva a los cambios del entorno, que hace ver al estado de salud como bienestar y no como enfermedad. Por ello, es necesario establecer indicadores robustos que puedan servir para determinar el nivel de salud de la región o el estado (Organización Mundial de la Salud, 2006).

Es importante tener un medio por el cual se pueda medir un parámetro aplicando una escala de referencia a una variable o un conjunto de ellas, según Morgenstern (Morgenstern, 1995), quien clasifica las variables de salud en dos niveles de medición:

1. Observación directa de la persona; por ejemplo, las mediciones del peso, la estatura, presión arterial.
2. Por la observación de un grupo poblacional o como el resultado del análisis de proporciones, de las cuales se obtienen prevalencias, tasas, etcétera.

Al medir las dimensiones de salud, no obstante, puede presentarse algún grado de error en la medición o cierto grado de imprecisión. Esta situación se considerará más adelante.

Un indicador se define como «una medida que refleja una situación determinada. Todo indicador de salud es una estimación (una medición con cierto grado de imprecisión) de una dimensión determinada de la salud en una población específica». Según la OMS, los indicadores se clasifican también por su manera

de relacionarse con el estado de salud, ya sea de forma directa o inversa, como «indicadores positivos e indicadores negativos». Los primeros inciden por su relación o asociación directa con el estado de salud, «cuanto mayor sea su magnitud, *mejor* será el estado de salud de los sujetos de esa población». Se consideran indicadores negativos cuando mantienen una relación o asociación inversa con el estado de salud, «cuando mayor sea su magnitud, *peor* será el estado de salud de los sujetos de esa población» (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

Normalmente, la situación de salud se expresa a través de indicadores para describir, en términos estadísticos, ya sea como porcentajes, tasas o razones, los cambios que se han presentado con respecto a un periodo de tiempo, *prediciendo o generando pronósticos* o comparando dos poblaciones, considerando las mismas variables, a modo de identificar necesidades de atención de salud o conocer y *explicar* alguna carga de enfermedad, con la intención de lograr un sistema de vigilancia de salud de una población, desde los registros de fertilidad, nacimientos, datos de morbi-mortalidad, datos sociales y económicos de los sectores de prestación de servicios así como de los centros de atención poblacional en sus tres niveles de atención para identificar riesgos y necesidades, para gestionar los sistemas y mejoramiento de la calidad de atención a través de las políticas públicas para el beneficio poblacional.

Uno de los errores de medición con el que nos encontramos es comparar necesidades de salud de otras áreas geográficas, por lo que es necesario generar un análisis desglosado o estratificado según características de las personas, lugar y tiempo.

Se genera una propuesta para desglosar o estratificar de acuerdo con el nivel de diagnóstico, por mencionar un análisis a nivel mundial o regional, la estratificación de ser por subregión, país, sexo, cuyos fines de análisis sean metas mundiales y regionales. A nivel nacional, se desglosará por estado, sexo, grupo etario o grupo étnico para analizar diversas metas regionales y nacionales establecidas, por mencionar algunas propuestas por la OPS/OMS (Porta, 2014).

Nos centraremos en este capítulo, de acuerdo con lo antes mencionado, en analizar los determinantes y condicionantes de la salud a través de indicadores en sus múltiples dimensiones para el diagnóstico de salud comunitario.

ANTECEDENTES DEL TEMA

La OMS (Organización Mundial de la Salud) recopila datos cuantitativos a través de las oficinas regionales de los países sede, los cuales presentan una visión en una serie de indicadores de salud, así como de la situación sanitaria de los países. La finalidad de dichos indicadores es analizar la situación poblacional de salud, así como presentar evidencias para la formulación de políticas públicas (Ginebra, 2011).

Esto permitió formar el Análisis de la Situación de Salud (ASIS) de la población en el año 1992, propuesto por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el cual se encarga de estudiar los factores causales de riesgo a la salud de las poblaciones, por grupos etarios en un campo comunitario, y se considera como un instrumento imprescindible en todos los niveles de atención a la salud, especialmente en la atención primaria de salud (APS). Incluye un equipo multidisciplinario básico de salud, del cual la OPS en el año 2000 aprobó la iniciativa «La Salud Pública en las Américas», que define 11 funciones esenciales de la salud pública, entre los que destacan el monitoreo, la evaluación y el análisis de la situación de salud.

Para el año 2017, Dalgeish y cols. muestran la estrategia de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) del Programa General de Trabajo, 2019-2023, que clasifica los datos publicados por prioridades estratégicas desde la comprensión e interpretación por cada indicador como «estimación comparable», «datos primarios» u «otros datos» para resumirlos y vincularlos ante las prioridades estratégicas de la ODS (Dalgeish *et al.*, 2007).

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La Atención Primaria de Salud, definida desde 1978 por Alma-Ata como «la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos racionales y científicamente probados con tecnologías, socialmente aceptadas, puesta al alcance de los individuos y familias de la comunidad» (Dukes, 1978), de la que se llegó a pensar que iba en contra del modelo biomédico tradicional, se confundía con atención primitiva de primer nivel con escasa capacidad resolutoria, incluso le han llamado atención para pobres; sin embargo, es una atención esencial, incluso integral, que permite eliminar barreras de acceso geográfico, económico, social y organizacional geográfico.

En el año 2005, la OPS retoma los elementos de APS de 1978 y, con base en la declaración de «Salud para todos» del año 2000, formula la APS renovada, a la cual la OMS, en el 2008, define como necesaria en el informe de salud para el mundo (Sanchón Macías, 2010). Por lo tanto, la APS se debe reconocer como atención primaria en salud integral, que integra elementos de equidad en salud así como determinantes en salud, los cuales están articulados con la promoción a la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad, en donde la atención no solo debe limitarse al hospital, sino también a la comunidad para hacer frente a los problemas de salud.

La APS orientada a la comunidad se integra para mejorar la adherencia; encuentra soluciones comunes y adaptables a cada territorio con la intención de generar comportamientos y estilos de vida que sean sostenibles en el tiempo. En este sentido, se fundamentan los principios de una metodología cualitativa, investigación-acción participativa, la cual inicia con la identificación de problemas de

la comunidad pero debe estar soportada por la participación de una comunidad. Todo ello se inicia con la caracterización de la comunidad donde se conoce, define y planifica la información necesaria para conocer la comunidad, por lo cual se requiere priorizar los problemas, sobre todo los que sean factibles, para generar un diagnóstico comunitario con la intención de implementar programas de salud comunitaria, los cuales deben tener una vigilancia y evaluación de la intervención (Lamus-Lemus *et al.*, 2017).

GUIA PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA (ASIS)

El trabajo en campo que se desarrolla a través de la APS en un ámbito universitario debe sustentarse en una referencia metodológica con fines de docencia e investigación, donde los principales actores son los alumnos de las áreas afines a la salud que participan como equipo multidisciplinario, encabezados por un grupo de expertos docentes/investigadores en el área social, salud y políticas públicas. La guía ASIS cumple con el fin de organizar procesos de búsqueda de información, análisis, síntesis, y crea una propuesta de transformación de la situación actual de salud de su población.

Durante la secuencia de la descripción metodológica, se presentan algunas preguntas reflexivas sobre el diagnóstico comunitario y sus aportes en la formación de profesionales de la salud. La secuencia metodológica del ASIS, con sustento en los elementos de campo de salud de Lalonde, permite identificar problemas de salud comunitaria; se desarrolla ante un modelo formativo para entrenar a estudiantes y profesores de distintas especialidades del área de salud, los cuales son los encargados de realizar investigaciones y proyectos comunitarios.

La guía de elaboración de ASIS fue el resultado de un análisis de varios expertos en el área de Higiene y Epidemiología y Bioestadística, así como de posgrados de Salud Pública y Atención Primaria a la Salud de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba, donde se logró analizar 600 ASIS de consultorios médicos para llevar a cabo su correspondiente informe (Barros, Bernal, Reinoso, De Haz, & Pérez, 2006).

Es necesario el conocimiento de los componentes socio-históricos, culturales y demográficos de la población para generar un análisis crítico para identificar los riesgos de la población y poder explicar los daños a la salud. A continuación, se muestra una descripción de componentes y aspectos de la guía ASIS.

La guía ASIS, de adaptación propia y que tiene como referencia a Barros 2006, consta de 10 componentes. El componente 2 se analiza con un enfoque familiar.

- Componente 1. Descripción de la situación socio-histórica y cultural del territorio

- a) Caracterización geográfica
 - b) Recursos naturales
 - c) Aspectos históricos
 - d) Organización política administrativa
 - e) Recursos y servicios de la comunidad
- Componente 2. Caracterización social de la población con enfoque familiar
 - a) Estructura por edad y sexo de la familia
 - b) Nivel de escolaridad de la población
 - c) Dedicación ocupacional
 - d) Razón de dependencia
 - e) Número de núcleos familiares
 - f) Tamaño promedio de la familia
 - g) Fecundidad
 - h) Migraciones
- Componente 3. Identificación de los riesgos a nivel comunitario, familiar e individual
 - a) Riesgos ambientales
 - b) Riesgos sociales
 - c) Riesgos laborales
 - d) Riesgos genéticos
 - e) Comportamientos de riesgo a la salud
- Componente 4. Descripción de los servicios de salud existentes y análisis de las acciones de salud realizadas
 - a) Recursos de salud disponibles para los habitantes
 - b) Recursos humanos
 - c) Nivel inmunitario de la población
 - d) Dispensarización
 - e) Acciones de vigilancia y control
 - f) Capacitación de recién nacidos
 - g) Lactancia materna
 - h) Identificación de lactantes de riesgo.
 - i) Identificación del riesgo preconcepcional
 - j) Identificación de embarazadas de riesgo
 - k) Ingresos en el hogar
 - l) Pesquisaje de cáncer evitable
 - m) Atención estomatológica
 - n) Saneamiento ambiental
 - o) Grupos de trabajo comunitario
 - p) Intervenciones familiares
- Componente 5. Descripción y análisis de los daños y problemas de salud de la población

- a) Morbilidad
 - b) Deficiencia y discapacidad
 - c) Mortalidad
- Componente 6. Análisis de la participación de la población en la identificación y solución de problemas de salud
 - a) Necesidades sentidas
 - b) Problemas percibidos por la población
 - c) Criterios sobre los servicios de salud
- Componente 7. Análisis de la intersectorialidad en la gestión de salud en la comunidad
 - a) Acciones conjuntas con organizaciones de barrio
 - b) Acciones conjuntas con otros sectores sociales
 - c) Acciones de redes de apoyo social
- Componente 8. Tratamiento metodológico de la información
 - a) Utilizar el enfoque familiar
 - b) Utilizar indicaciones adecuadas según el tamaño pequeño de la población de los consultorios
 - c) Calcular e interpretar correctamente los indicadores
 - d) Establecer comparaciones con indicadores de periodos anteriores
 - e) Explicar la utilización de técnicas y procedimientos en el ASIS
- Componente 9. Situación de salud de la comunidad
 - a) Análisis de la situación socio-histórica y cultural del territorio
 - b) Análisis de la composición socio-demográfica de la población
 - c) Análisis de los riesgos personales, familiares y comunitarios
 - d) Análisis de la composición socio-demográfica de la población
 - e) Análisis de los riesgos personales, familiares y comunitarios
 - f) Análisis de los servicios y la atención a la población
 - g) Análisis de los daños a la salud de la población
 - h) Análisis de la participación de la población
 - i) Análisis de la intersectorialidad
 - j) Diagnóstico de la situación de la salud
- Componente 10. Elaboración del plan de acción
 - a) Dar prioridad a los problemas identificados
 - b) Planteamiento de los propósitos de cambio sobre los problemas prioritarios
 - c) Planteamiento de tareas o actividades concretas con participación intersectorial y de la población
 - d) Establecimiento de los indicadores de evaluación del plan
 - e) Diseño del plan de acción con fechas de cumplimiento y determinación de personas participantes y de los responsables de la ejecución de las tareas

Para desarrollar el interés del alumno hacia la identificación de los problemas de la salud que aquejan a las comunidades y hacerlo partícipe, considerando que el alumno se encuentra en una etapa formativa, a través de programas multidisciplinarios como el de Atención Primaria de Salud, desde las distintas etapas de formación (aulas universitarias, campos clínicos o servicio social) y de herramientas metodológicas de una amplia gama de la salud hasta la dirección para la formación de propuestas para la solución de los problemas identificados, se formula la siguiente pregunta: ¿Cómo un alumno del área de la salud debe asegurar el desarrollo de habilidades y destrezas en el diagnóstico comunitario de salud para poder cumplir con el perfil de egreso que enmarca su carrera profesional?

Dentro de la currícula de la universidad del área de la salud, es necesario que se incluyan programas académicos que desarrollen el conocimiento para el perfil de egreso en un ámbito comunitario, a través de la inclusión de materias como Salud Pública, Epidemiología, Bioestadística, Problemas sociales y económicos de México, así como Atención Primaria de Salud, donde se asegure una secuencia lógica y coordinada para la inclusión del alumno desde los primeros componentes del ASIS que se encargan de describir la situación socio-histórica y cultural del territorio, caracterizar la socio-demografía de la población, hasta la elaboración de un plan de acción. En algún momento el alumno logra «conjuntar» todos los conocimientos adquiridos para tomar decisiones asertivas y con responsabilidad y establecer un plan de acción mediante un equipo multidisciplinario (médico, enfermero, farmacéutico, psicólogo, nutriólogo, rehabilitador físico).

Una vez que el alumno enriquece su conocimiento con las visitas de campo y genera diagnósticos de salud comunitaria, como parte del programa universitario APS en sus primeros años de carrera profesional, ya se encuentra listo para su siguiente etapa de formación en la ejecución del diagnóstico actuando como líder responsable de un centro de salud comunitario en su pasantía de Servicio Social. La institución de salud que actualmente aplica un diagnóstico de salud comunitario como primer nivel de atención es la Secretaría de Salud, en su modalidad tradicional, donde el alumno de la Licenciatura en Medicina desarrolla los siguientes apartados de Diagnóstico de Salud Comunitario que se debe de trabajar en un año efectivo de servicio social.

Al comparar las guías de referencia del ASIS con el contenido que solicita el Sector Salud en la modalidad de Servicio Social, incluye de manera desglosada los indicadores en sus múltiples componentes, focalizando el desarrollo del análisis como un procedimiento epidemiológico poniendo atención en el panorama de salud poblacional, del cual se derivan las alternativas de solución a los problemas identificados, de los cuales propone de manera desglosada en los dos componentes finales de la guía ASIS, que se refiere a la situación de salud de la comunidad y la elaboración de un plan de acción de manera general.

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Establecer un diagnóstico de salud comunitario desde el ámbito educativo en el área de la salud implica un reto importante, debido a que se trata de articular desde el conocimiento básico, hasta la aplicación de técnicas y equipos estandarizados o instrumentos de recolección de información, ya sea desde el ámbito cualitativo o cuantitativo, a través de guías estratégicas que integran a una comunidad o grupos poblacionales para estudiar el estado de salud, así como las condiciones de vida, y evaluar los factores causales del proceso salud-enfermedad para generar soluciones a los problemas identificados.

Actualmente, los sistemas de salud orientados a la APS se basan en esta secuencia metodológica del ASIS, como una de las principales herramientas en la epidemiología y salud pública.

Contenido temático de Diagnóstico de Salud Comunitario SESA para médicos pasantes en Servicio Social en Quintana Roo 2020

ÍNDICE

I. Primera etapa estudio de la comunidad

1.1 Información del estado

- 1.1.1 Historia
- 1.1.2 Escudo
- 1.1.3 Himno
- 1.1.4 Municipio
- 1.1.5 Danzas
- 1.1.6 Traje regional
- 1.1.7 Superficie
- 1.1.8 Clima
- 1.1.9 Flora y fauna
- 1.1.10 Economía
- 1.1.11 Agricultura
- 1.1.12 Ganadería
- 1.1.13 Pesca
- 1.1.14 Silvicultura
- 1.1.15 Industria
- 1.1.16 Turismo
- 1.1.17 Medios de comunicación

1.2 Unidad de salud

- 1.2.1 Información general
 - 1.2.1.1 Datos generales
 - 1.2.1.2 Pirámide poblacional
 - 1.2.1.3 Ciclo de vida de la población
 - 1.2.1.4 Antecedentes históricos

- 1.2.1.5 Colonias de áreas de influencia
- 1.2.1.6 Datos epidemiológicos
- 1.2.2 Vías de comunicación y transporte
 - 1.2.2.1 Vías de comunicación
 - 1.2.2.2 Medios de comunicación
- 1.2.3 Educación y cultura
 - 1.2.3.1 Idiomas y lenguajes
 - 1.2.3.2 Alfabetización y escolaridad promedio
 - 1.2.3.3 Número de escuelas
 - 1.2.3.4 Número de bibliotecas
- 1.2.4 Instituciones de salud y programas
 - 1.2.4.1 Centros de salud clínicas y hospitales
 - 1.2.4.2 Programas de salud
- 1.2.5 Panorama de salud poblacional
- 1.2.6 Percepción del médico pasante
- II. Segunda etapa: diagnóstico de salud**
 - 2.1 Informe narrativo de actividades
 - 2.2 Metas alcanzadas
 - 2.3 Análisis del SUIVE
 - 2.4 Defunciones
 - 2.5 Alternativas de solución y conclusiones
 - 2.6 Fuentes de consulta

Fuente: Servicios Estatales de Salud de Quintana Roo 2020

Durante su desarrollo académico, el estudiante se enfrenta a múltiples estrategias educativas que tienen el fin de generar destrezas y habilidades para cumplir un perfil de egreso propuesto por las instancias certificadas por área de profesión, las cuales se alinean de manera interdisciplinaria hacia el desempeño del alumno en la APS, lo que genera una ventana de oportunidad hacia la comunidad docente para desarrollar los procedimientos metodológicos del ASIS desde los primeros semestres de carrera profesional. Entre estos destacan la inclusión hacia el trabajo organizado en campo, la identificación de problemas de salud y necesidades así como la propuesta de soluciones a los problemas.

Cuestionario para analizar el diagnóstico de salud comunitario
 Universidad de Quintana Roo, División de Ciencias de la Salud

1.0 Descripción de la situación socio-histórica y cultural del terreno		
	Pregunta	Respuesta (en caso de presentar opciones, selecciona la más idónea)
1.1	¿Cuál es la localización geográfica de la población que se pretende estudiar?	
1.2	¿Cuál es la delimitación territorial y características básicas de los estados que colindan con la muestra?	
1.3	¿Qué estado y capital corresponde a la localización de la muestra?	Estado: _____ Capital: _____
1.4	¿Cuál es su extensión territorial en kilómetros cuadrados?	
1.5	¿Existe una materia prima característica en este sitio?	
1.6	¿Cuál es y por qué es considerada una materia prima?	
1.7	¿En qué es empleada la materia prima?	
1.8	¿Se cuentan con otros recursos funcionales en pro de la economía del lugar?	
1.9	¿Qué actividades socioeconómicas desempeñan los habitantes de este territorio?	
1.10	¿De qué manera influyen los servicios prestados en la salud de la población?	
1.11	¿Qué flora y fauna caracterizan al estado?	
1.12	¿De qué manera beneficia o perjudica dicha flora y fauna a la población?	
1.13	En cuanto a sus características geográficas, ¿destaca algún tipo de relieve o mantos acuíferos naturales?	
1.14	¿De qué manera beneficia o perjudica esto a la población?	
1.15	En cuanto a climatología, ¿qué clima predomina la mayor parte del año?	
1.16	¿De qué manera beneficia o perjudica el aspecto climatológico a la población?	
1.17	Históricamente, ¿cuáles son los orígenes de este territorio?	
1.18	¿Se considera un punto crucial en la investigación el conocimiento de dicha historia?	
1.19	¿Qué aspectos históricos han propiciado el crecimiento de este estado?	
1.20	Políticamente, ¿cómo está conformado este estado?	

1.21	¿Existe información suficiente que respalde todos estos ámbitos básicos para dar paso a la investigación?	
1.22	Concretamente, ¿dónde se encuentra localizada la muestra?	
1.23	¿Está dispuesta la muestra a participar abiertamente en la verificación y proporción de testigos?	
1.24	¿Cuál es el escudo de la comunidad?	
1.25	¿Cuál es el himno de la comunidad?	
1.26	¿Cuáles son las especies animales endémicas de la comunidad?	
1.27	¿Cuáles son las plantas endémicas de la comunidad?	
1.28	¿Cómo es el traje típico de la comunidad?	
1.29	¿Cuáles son las actividades culturales características de la comunidad?	
1.30	¿Tiene la comunidad alguna danza regional? De ser así, ¿cuáles son sus características?	
1.31	¿Son habituales en su comunidad las siguientes actividades?	<ul style="list-style-type: none"> · Pesca · Ganadería · Apicultura · Agricultura · Turismo
1.32	¿Cuántos establecimientos comerciales hay en la comunidad?	
1.33	¿Qué establecimientos comerciales hay en la comunidad?	
1.34	¿Cuántos centros educativos hay en la comunidad?	
1.35	¿A qué tipos de educación hay acceso en la comunidad?	<ul style="list-style-type: none"> · Básica · Media superior · Superior · Alternativa
1.36	¿Hay instituciones culturales en la comunidad?	
1.37	¿Cuántas y cuáles instituciones culturales hay en la comunidad?	
1.38	¿Existen instituciones religiosas en la comunidad?	
1.39	¿Qué religiones o vertientes religiosas se practican en las instituciones religiosas de la comunidad?	
1.40	¿Existen organismos no gubernamentales en la comunidad?	
1.41	¿Qué medios de transporte están disponibles en la comunidad?	
1.42	¿Existen parques y áreas verdes en la comunidad? De ser así, ¿cuántos hay? ¿en qué condiciones se encuentran?	
1.43	¿La comunidad tiene acceso a energía eléctrica?	
1.44	¿La comunidad tiene acceso a Internet?	
1.45	¿La comunidad cuenta con sistema de drenaje?	
1.46	¿La comunidad tiene acceso a fuentes de agua potable?	

2.0 Caracterización socio-demográfica de la población		
	Pregunta	Respuesta (en caso de presentar opciones, selecciona la más idónea)
2.1	¿Cuántas personas integran su familia?	
2.2	¿Cuál es la edad y sexo de cada una de las personas que integran su familia?	Nombre/Edad/Sexo 1.- _____ 2.- _____ 3.- _____ 4.- _____
2.3	¿Cuál es el nivel de escolaridad de cada uno de los integrantes de su familia?	Escolaridad 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
2.4	¿Cuáles son los ingresos familiares mensuales?	
2.5	¿Cuál es la ocupación de los integrantes de su familia?	Ocupación 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
2.6	¿Cuántos integrantes de la familia se encuentran económicamente activos?	
2.7	¿Cuántos hijos tiene?	
2.8	¿Hay actualmente en su familia alguna mujer embarazada?	En caso de ser así, qué número(s) de integrante(s) es/son: _____
2.9	¿Habitan con usted personas menores de 18 años?	
2.10	¿Habitan con usted personas mayores de 60 años?	
2.11	¿Es usted originario de la región? De no ser así, ¿por qué decidió migrar a la comunidad?	
2.12	¿Tiene algún conocido que haya emigrado de la comunidad? De ser así, ¿qué razones refirió para hacerlo?	
3.0 Identificación de los riesgos a nivel comunitario, familiar e individual		
	Pregunta	Respuesta (en caso de presentar opciones, selecciona la más idónea)
3.1	En su comunidad, ¿hay acceso a servicios de agua y drenaje?	
3.2	¿Dónde deposita usted la basura?	
3.3	¿Tiene usted recipientes con agua en su patio? De ser así, ¿con tapa o sin tapa?	

3.4	¿Tiene usted animales domésticos? De ser así, ¿de qué clase? ¿tienen acceso al hogar?	Tipodeanimal/Accesoalhogar(sí/no) _____ _____ _____
3.5	¿Tiene usted animales de corral? De ser así, ¿de qué clase? ¿tienen acceso al hogar?	Tipodeanimal/Accesoalhogar(sí/no) _____ _____ _____
3.6	¿Con qué material cocina usted?	Gas_____ Leña_____ Carbón_____ Otros (cuáles)___
3.7	¿Tiene usted botes de basura dentro de casa?	
3.8	¿De qué material está construida la casa?	
3.9	¿De qué material está hecho el techo?	
3.10	¿De qué material está construido el piso?	
3.11	¿Cuántas habitaciones tiene su casa (sin contar cocina ni pasillos)?	
3.12	¿Algún miembro de su familia está desempleado?	
3.13	¿Algún miembro de su familia dejó o interrumpió sus estudios?	
3.14	¿Algún miembro de su familia abandonó sus estudios?	
3.15	¿Cómo describiría usted la seguridad en su comunidad?	Muy segura_____ Segura_____ Medianamente segura_____ Insegura_____ Muy insegura_____
3.16	¿Debido a qué acontecimientos refiere esta respuesta?	
3.17	¿Con qué frecuencia diría usted que ocurren acontecimientos violentos en su comunidad?	Constantemente_____ Ocasionalmente_____ Casi nunca_____
3.18	¿Cómo ha sido tratada por las autoridades dicha violencia?	
3.19	Durante sus actividades laborales, ¿está usted expuesto a una cantidad considerable de ruido? (Anote en el número de individuo qué tipo de ruido)	1.-_____ 2.-_____ 3.-_____ 4.-_____
3.20	Durante sus actividades laborales, ¿está usted supuesto a realizar su trabajo en alturas?	

3.21	¿Está usted expuesto durante sus actividades laborales a alguna clase de sustancia nociva? (Si la respuesta es afirmativa para algún miembro de la familia, anote qué tipo de sustancia)	1.- _____ 2.- _____ 3.- _____ 4.- _____
3.22	¿Padece algún miembro de su familia alguna enfermedad congénita? (En caso de ser afirmativo, anote en el número de miembro de la familia qué tipo de enfermedad)	1.- _____ 2.- _____ 3.- _____ 4.- _____
3.23	¿Padece algún miembro de su familia alguna enfermedad inmunológica? (En caso de ser afirmativo, anote en el número de miembro de la familia qué tipo de enfermedad)	1.- _____ 2.- _____ 3.- _____ 4.- _____
3.24	¿Padece algún miembro de su familia algún problema genético? (En caso de ser afirmativo, anote en el número de miembro de la familia qué tipo de enfermedad)	1.- _____ 2.- _____ 3.- _____ 4.- _____
3.25	En caso de haber mujeres embarazadas en su familia, ¿se realizan exámenes de prevención de malformaciones frecuentemente?	
3.26	¿Consumen usted y/o los miembros de su familia alcohol? De ser así, ¿con qué frecuencia lo hacen? (En caso de ser afirmativa la respuesta, anote el miembro de familia y el número de copas en una semana)	Consumo de alcohol/ Frecuencia (cuál) 1.- _____ 2.- _____ 3.- _____ 4.- _____
3.27	¿Consumen usted y/o los miembros de su familia tabaco? De ser así, ¿con qué frecuencia lo hacen? (En caso de ser afirmativa la respuesta anote el miembro de familia, qué tipo de tabaco y el número de cigarrillos al día/semana)	Consumo de tabaco (tipo)/ Frecuencia (día o semana) 1.- _____ 2.- _____ 3.- _____ 4.- _____
3.28	¿Realizan usted y/o los miembros de su familia alguna clase de actividad física? De ser así, ¿con qué frecuencia lo hacen?	Actividad/Frecuencia 1.- _____ 2.- _____ 3.- _____ 4.- _____
3.29	¿Cuántas comidas al día realizan usted y su familia?	
3.30	¿Con qué frecuencia (a la semana, al mes) consumen usted y los miembros de su familia los siguientes grupos alimentarios?	Veces al mes, semana y día Frutas _____ Cereales _____ Leguminosas _____ Pescado _____ Carne de cerdo _____ Verduras _____ Aceite _____ Mariscos _____ Pollo _____ Carne de res _____

3.31	¿Cuántas veces al día se lavan los dientes usted y su familia?	
3.32	¿Es algún miembro de su familia física o verbalmente violento?	
4.0 Descripción de los servicios de salud existentes y análisis de las acciones de salud realizadas		
	Pregunta	Respuesta (en caso de presentar opciones, selecciona la más idónea)
4.1	¿Los servicios comunitarios de su localidad ofrecen rehabilitación?	
4.2	¿Tiene usted acceso a los servicios de urgencias, estomatología, transporte sanitario, hogares maternos, farmacias, ópticas?	
4.3	¿Cuentan las instituciones sanitarias con el equipo básico de salud?	
4.4	¿Cuentan las instituciones sanitarias con especialistas?	
4.5	¿Tienen usted y su familia las vacunas correspondientes según la cartilla de salud? (Realizar el análisis de la cartilla de salud de cada miembro)	
4.6	En caso de haber mujeres en su familia, ¿se realizan los siguientes exámenes periódicamente?	Mastografía/ Prueba del papanicolau
4.7	En caso de haber hombres en su familia, ¿se realizan el examen de próstata periódicamente?	
4.8	¿Se realizan los miembros adultos (de 20 a 59 años) revisiones periódicas de glucosa, presión arterial y colesterol?	
4.9	¿Algún miembro de su familia ha tenido un parto recientemente? De ser así, ¿ha sido precoz o tardío?	
4.10	¿Hay algún lactante en su familia? De ser así, ¿recibe lactancia exclusiva, artificial o mixta?	
4.11	En caso de haber lactantes en su familia, ¿presentan un bajo peso?	
4.12	¿Hay alguna mujer embarazada en su familia? De ser así, ¿presenta alguno de los siguientes factores de riesgo? (anota el o los números de integrante)	Menor de 20 años o mayor de 35 años_____ Comportamientos de riesgo (consumo de sustancias nocivas, ETS, ITS)_____ Enfermedades crónico-degenerativas o sobrepeso_____ Anomalías cromosómicas_____
4.13	¿Cuántas personas en su hogar trabajan?	Anota el/los número(s) de integrante(s): _____
4.14	¿Qué trabajo realizan las personas en su familia?	1.- _____ 2.- _____ 3.- _____ 4.- _____

4.15	¿Cuántos años tienen las personas que trabajan en su familia?	Anota el/los número(s) de integrante(s): _____
4.16	¿Se realizan las personas en su familia los siguientes exámenes?	Examen rectal Examen de cáncer de piel Examen de cáncer bucal
4.17	¿Se realizan usted y/o los miembros de su familia revisiones dentales periódicas?	
4.18	¿Tiene usted sitios con agua estancada en su hogar?	
4.19	¿Existen en su comunidad grupos de trabajo comunitario? De ser así, ¿de qué clase?	
4.20	¿Se realizan intervenciones familiares en su comunidad?	
5.0 Descripción y análisis de los daños y problemas de salud de la población		
	Pregunta	Respuesta (en caso de presentar opciones, selecciona la más idónea)
5.1	¿Padecen usted y/o los miembros de su familia alguna enfermedad? De ser así, ¿cuál? ¿de qué clase? (Determinar si es transmisible o no transmisible. En caso de que sí, anota el número de miembro de familia)	1.- _____ 2.- _____ 3.- _____ 4.- _____
5.2	¿Han padecido usted y/o los miembros de su familia algún accidente?	
5.3	¿Han tenido usted y/o los miembros de su familia intentos suicidas? De ser así, ¿resultaron frustrados o fatales?	
5.4	¿Padecen usted y/o los miembros de su familia alguna discapacidad? De ser así, ¿de qué clase? (Anota el número de miembro de la familia y el tipo de discapacidad, en caso de tenerla)	1.- _____ 2.- _____ 3.- _____ 4.- _____
5.5	¿Ha habido algún fallecimiento en su familia? (Determina sexo, edad y causa de defunción en el número de miembro de la familia)	1.- _____ 2.- _____ 3.- _____ 4.- _____

Fuente: elaboración propia con base en Barros, M. D. C. P., Bernal, I. L., Reinoso, A. T. F., De Haz, H. G., & Pérez, A. S. (2006). Guía para la elaboración del análisis de la situación de salud en la atención primaria.

Revista Cubana de Medicina General Integral

Elaborado por: Ximena Molina Nava, Gerson Lugardo Vasquez Reyes

Supervisado por: Laura Hernández Chávez

Análisis de la participación de la población en la identificación y solución de los problemas de salud

Después de haber contestado las preguntas anteriores y de haber realizado un extenso análisis de las respuestas recabadas, se puede detectar e integrar todas aquellas necesidades declaradas como evidentes en cada uno de los argumentos hechos, ya sea por fuentes de primera mano o las tesis y sitios investigados.

Se retoma en esta herramienta el término «necesidad» propuesto por Brad Shaw (1972), quien identifica como requerimientos fundamentales cuatro categorías que presentan una visión muy diferente de las carencias de una población.

- La necesidad sentida. Como su nombre lo indica, es aquella que las personas sienten dicha carencia; puede ser abordada desde la misma perspectiva de dichas personas.
- Las necesidades expresadas son aquellas que las personas dicen tener dicha carencia (pueden sentir necesidades que no expresan y, por el contrario, también pueden expresar necesidades que no sienten).
- La necesidad normativa es aquella que la carencia es identificada de acuerdo con una norma o estándar, establecida generalmente por expertos.
- La necesidad comparada es aquella que refiere problemas emergidos en comparación con otros que no están necesitados. Este enfoque es comúnmente utilizado para realizar comparaciones de problemas sociales en diferentes regiones, lo que permite determinar cuáles son las áreas que sufren mayores privaciones.

Una vez comprendidas e identificadas estas necesidades, se recomienda organizarlas en una tabla con fines prácticos de llevar un orden entre cada una de las necesidades al momento de identificarlas.

Análisis de la intersectorialidad en la gestión de salud en la comunidad

En un diagnóstico de salud es importante mencionar la acción y colaboración de los actores sociales en la identificación o solución de problemas de salud en la comunidad. Por lo tanto, en este apartado deben distinguirse los distintos grados de relación del sector salud con otros sectores gubernamentales (Organización Mundial de la Salud, 2017):

1. Información. Se considera un primer paso o nivel de intersectorialidad, que corresponde al proceso de construcción de un diálogo común y una comprensión respecto a la lógica de trabajo de los sectores, y es útil para que el sector salud sea consciente de la lógica de trabajo de otros actores

para poder identificar aspectos comunes o complementarios para un trabajo en conjunto.

2. Cooperación. Busca lograr una mayor eficiencia de cada sector con base en la cooperación, que puede escalar desde una cooperación casual o incidental hasta acciones orientadas estratégicamente con base en problemas comunes, en los que la acción de otros sectores puede ser fundamental para el logro en salud. En este nivel de intersectorialidad, suele ser la salud pública la que dirige el programa, y está presente en el campo de la implementación de programas y políticas, pero no en su elaboración.
3. Coordinación. Se sustenta en acciones basadas en coordinación, en que el esfuerzo en conjunto implique el ajuste de políticas y programas en cada sector para lograr una mayor eficacia. Apunta a una red horizontal de trabajo entre sectores, con una instancia formal de trabajo y un presupuesto compartido.
4. Integración. Es el nivel superior, que implica la definición de una política o programa en conjunto con otros sectores, que represente las necesidades y el trabajo de todos estos en el campo de la política del programa; en este sentido, la intersectorialidad no se limita a la implementación de políticas o programas en conjunto con otros sectores, sino que también implica la participación de estos en su formulación y financiamiento, con el fin de perseguir un objetivo social común.

Tratamiento metodológico de la información

En este apartado, la información recolectada será abordada desde un enfoque familiar, es decir, más allá de tratar las necesidades individuales de cada persona, se estará buscando lograr un impacto mucho más grande en todo un núcleo familiar de ser posible. Este punto es crucial, pues se recomienda seleccionar un método de priorización según las necesidades predominantes de cada familia y ser sometidas a diferentes metodologías con el fin de evaluar su viabilidad, factibilidad, pertinencia y aceptabilidad, entre otros muchos criterios.

Situación de salud de la comunidad

Tras la recopilación y el análisis de la información, deben crearse interrelaciones que expliquen los daños a la salud; dicho de otro modo, todo lo que se conoce de la comunidad debe ser analizado de modo que la relación entre cada factor explique el daño en la salud. Galli y Pagés (2017) mencionan que es relevante recordar que los daños producidos a la salud, como se sabe, no se limitan a cuestiones biológicas; en realidad, la salud es un proceso multifactorial, condicionado por variantes o determinantes. Los modelos de determinantes de la salud han evolucionado a lo largo de la historia; actualmente, se clasifican en cuatro categorías:

- Medio ambiente. Incluye los factores relacionados con la salud externos al cuerpo humano y sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control.
- Estilo de vida. Representa el conjunto de decisiones que toma el individuo respecto a su propia salud y sobre las cuales ejerce cierto control.
- Biología humana. Incluye los hechos relacionados con la salud, tanto física como mental, que se manifiestan en el organismo debido a la biología fundamental del ser humano y a la constitución orgánica del individuo.
- Servicios de atención. Incluye la práctica de la medicina y la enfermería, los hospitales, los hogares de ancianos, los servicios públicos comunitarios de atención de salud, las ambulancias y otros servicios sanitarios.

Estos determinantes deben tomarse en cuenta al realizar un análisis de la situación de salud, ya que el nivel de salud de una comunidad se define por ellos. Las condiciones de la comunidad, su estilo de vida y la calidad de sus servicios de salud deben ser estudiadas a fondo para poder determinar el verdadero problema de salud y no la causa más inmediata.

Elaboración del plan de acción

Pria Barros *et al.* (2006) mencionan que, una vez seleccionado el tratamiento metodológico de las necesidades y la identificación de las problemáticas clave, se procederá a la priorización de las mismas, en donde nuevamente la información inicial será crucial para la descripción, comparación y análisis de la situación de salud de la comunidad, de acuerdo con los criterios de una metodología en concreto. A continuación, se presentan algunos ejemplos de estas metodologías:

Priorización con la metodología Hanlon (explicación)

Morales y Cabrera (2018) explican que el método Hanlon focaliza cuatro aspectos esenciales en su análisis en donde se pretende derivar la gravedad o severidad (G), la magnitud o extensión del problema (M), la eficacia de la intervención (E) y la factibilidad que posee el programa de intervención (F).

A continuación, se describe brevemente cada uno de estos aspectos que deben ser adecuados al enfoque particular, de acuerdo con sus necesidades presentadas:

1. La magnitud del problema será el aspecto estimado a partir del número de personas afectadas por el problema, en relación con la población total (unidad por 1 000 000 de población adaptable al tamaño del territorio que se estudia). El parámetro en el que se puntuará este criterio será de la siguiente forma: 10 puntos, si el apartado de unidades por millón rebasa 50 000; 8 puntos, si se encuentran en un rango de 5 000 a 49 000; 6 puntos, si se

encuentran en un rango de 500 a 4 999; 4 puntos, si se sitúan en un rango de 50 a 499; 2 puntos, en un rango de 5 a 49 y 0 puntos, en caso de tener un rango de 0.5 a 4.9 unidades por millón de población.

2. El segundo componente corresponde a la gravedad o severidad de la necesidad, el cual será estimado a partir de datos subjetivos como la carga social que genera la problemática y datos objetivos como indicadores de salud (tasas de mortalidad, incapacidad) que serán valorados y puntuados del 1-10 (dependiendo de la severidad detectada).
3. El tercer componente es la eficacia, que representa tanto la intervención como la solución estimada, y esta se puntuará en una escala de 0.5 a situaciones que representen una gran dificultad por resolver y, en contraparte, 1.5 para aquellas que tengan una posible solución
4. El cuarto y último componente corresponde a la factibilidad del problema o intervención, y agrupa ciertas variables que en su conjunto determinarán si el programa o actividad pensados pueden ser viables. Estas variables son:
 - La pertinencia (P)
 - Factibilidad económica (E)
 - Disponibilidad de recursos (R)
 - Legalidad (L)
 - Aceptabilidad (A). (En el caso de obtener una respuesta favorable a todas las variables se puntuara con 1 punto y 0, en caso contrario)

Finalmente, la sumatoria de las puntuaciones se aplicará a la fórmula:
 $(G + M) \times E \times F$

Dichos aspectos se deberán localizar en una tabla en donde los problemas sean ordenados en la primera columna y los componentes por evaluar, en la primera fila. Debe tenerse en cuenta que después de la sumatoria la problemática con mayor puntuación será el problema a priorizar.

Priorización de multicriterio (explicación)

Al igual que la metodología anterior, la priorización multicriterio cumple con el mismo objetivo, a partir de los siguientes componentes (Grajales Quintero *et al.*, 2013):

1. Definición y estructuración. Se define por el escenario de evaluación, la disponibilidad de información y los posibles conflictos entre diversos intereses de cada actor involucrado. Estos intereses, generalmente, se asocian al problema según dimensiones múltiples de evaluación que hacen necesario un tratamiento multicriterial y discreto.

2. Descripción de alternativas posibles. Considera las posibles situaciones o escenarios de evaluación, es decir, son los elementos sobre los cuales se decide. La definición de las alternativas puede realizarse tanto en una etapa previa a la evaluación multicriterio como en su mismo desarrollo. Generalmente, el número de alternativas es finito (métodos discretos), pero pueden ser infinitas posibilidades de lección (métodos continuos).
3. Identificación de un sistema de preferencia para la toma de decisiones y elección de un procedimiento de agregación. Asignación de peso, resaltando la importancia relativa de los diferentes criterios de evaluación, generalmente en decisiones donde no se comprometen varios actores y mediante procedimientos interactivos. En la conformación de las variables de evaluación se involucran tanto los actores como los decisores.

Una vez remarcados estos componentes, es propicio detallar el siguiente procedimiento que debe ser adecuado a las mismas necesidades bajo las cuales se priorizó en el anterior método:

1. Para comenzar la construcción de la matriz, son situados en la primera columna los problemas acaecidos de las necesidades mencionadas con anterioridad.
2. Se definen los criterios pertinentes y se señala una columna que denote la sumatoria de acuerdo con el modo de evaluación establecido. En este caso, serán ponderados de 0-3 los problemas, donde 0 es aquel problema catalogado como nulo y 3, como alto.
3. Se asignan las puntuaciones de acuerdo con las fuentes consultadas y referenciadas.
4. Se realiza la sumatoria y se obtiene la problemática prioritaria.
5. Se realiza un análisis interpretativo de los resultados.

Elaboración del plan de acción

Según Rodríguez Alcalá y López de Castro (2004), los apartados básicos de un programa de salud son los siguientes:

- Introducción. En ella se describe el problema abordado, el contexto general del mismo y las características de la población en riesgo; asimismo, debe explicarse la justificación del programa y las posibilidades de intervención.
- Objetivos y metas de salud. Se recoge información obtenida anteriormente para delimitar qué cambios pretenden conseguirse, así como los plazos

marcados para ello. Cada objetivo general puede traducirse en varios objetivos específicos; se denomina objetivo específico al objetivo general que ya ha sido cuantificado y temporalizado. En el enunciado de los objetivos deben explicitarse los resultados previstos por el programa, los criterios de éxito y fracaso, la cronología para la consecución del objetivo, la población a la que se dirige el objetivo y el ámbito de la aplicación del objetivo.

- Población diana. Es el conjunto de individuos a los que va dirigido el programa. Se define con base en criterios de inclusión y exclusión. Es importante cuantificar el tamaño de la población. La cobertura prevista es lo último que se desarrolla, ya que primero deben conocerse el trabajo por desarrollar y los recursos disponibles.
- Actividades. Están encaminadas a controlar el problema. Deben responder a los objetivos del programa. Cada una debe estar planeada, para lo que es necesario determinar la población diana de la actividad, las metas operativas (marcan el proceso deseado, no los cambios en el estado de salud, y pueden ser cuantitativas y cualitativas), el análisis de los recursos y los rendimientos.
- Protocolo. Es el documento que recoge las normas de atención en el desarrollo de una actividad. Debe responder a las siguientes cuestiones: ¿Quién realizará la actividad o cada parte de esta? ¿Dónde se llevará a cabo? ¿Cuál es el procedimiento por seguir en su realización? (Este último apartado suele ser el más extenso, por lo que se pueden utilizar los anexos del programa para dar información de este) ¿Cuándo y con qué frecuencia se realizará? ¿Cuáles son los recursos materiales que está previsto utilizar? ¿Dónde debe registrarse la actividad? Los sistemas de registro deben ser sencillos, ya que facilitarán la recogida de información sobre las actividades.
- Análisis de los recursos y valoración del rendimiento. Para planificar las actividades es importante estimar los recursos disponibles. Los recursos pueden dividirse en tres tipos: humanos, materiales y financieros. Para estimar los recursos necesarios para un programa de salud, existen varios métodos, como el basado en las necesidades de salud (se valora la población, las condiciones específicas y el número medio de servicios por persona y año, así como el tiempo necesario para cada servicio y el tiempo anual promedio dedicado al trabajo de cada recurso), el basado en la utilización de servicios (resulta de multiplicar la tasa de utilización anual del servicio de cada grupo de población por el número de individuos del grupo), el de los objetivos de prestaciones (se obtiene de la división del número de servicios requeridos anualmente por la población entre el número de servicios que se producen) y el método basado en razones entre recursos y población. La valoración del rendimiento se refiere a la estimación del tiempo que se prevé ocupar para cada actividad. Esto debe tomarse en cuenta para la planeación de las actividades.

- Evaluación. El análisis del programa de salud. Para ello, es útil descomponerlo en tres partes: estructura, proceso y resultados.
- Anexos. Son útiles para el profesional, pero no son estrictamente necesarios para comprender la organización de las actividades.

CONCLUSIONES

La guía de Análisis de la Situación de Salud (ASIS) propuesta por la OPS cumple con una metodología necesaria para el desarrollo de un diagnóstico de salud comunitario, propuesto como una herramienta de trabajo en el trinomio docente-pasante-alumno para la efectiva ejecución en el primer nivel de atención de salud en un ámbito universitario, en el que cada actor ejecuta un rol responsable para diseñar un diagnóstico de salud comunitario.

Responsabilidad como docente. El docente funge como el experto en el área para difundir sus experiencias y conocimientos teóricos-prácticos ante el pasante del área de la salud, así como de los alumnos en las aulas de clase. Es el primer eslabón de capacitación hacia los pasantes para trabajo de campo y de alumnos para el conocimiento, habilidades y destrezas en el aula de clase.

Responsabilidad como pasante. El pasante de servicio social, previamente capacitado por el docente experto, debe diseñar estrategias educativas (desde el rapport, capacitación para la recolección de información, ya sea escrita, verbal o que requieran herramientas clínicas como el aplicar técnicas para recolección de datos clínicos, antropométricos, etcétera.), así como analizar la información para generar propuestas de solución a los problemas detectados. Los pasantes se vuelven estándar de oro para la capacitación de los alumnos, de tal modo que los indicadores de salud que se recolecten de la población sean lo más cercano a lo verdadero y exacto.

Responsabilidad del alumno. El alumno, en su etapa de formación, es actor principal que recibe el conocimiento de los docentes; con un sentido ético y de responsabilidad, desarrolla habilidades y destrezas para poder identificar los problemas que aquejan a la población de estudio, a través de las capacitaciones de los pasantes en servicio social y de las guías de los docentes desde las aulas de clase.

Por lo antes mencionado, es necesario que exista una guía para llevar a cabo un diagnóstico de salud en un área universitaria, con el compromiso y corresponsabilidad de los actores docentes y dependencias (universitarias y de salud) para facilitar el desempeño de los alumnos en la inserción al ámbito poblacional. En este sentido, la guía ASIS se torna como un instrumento necesario propuesto por instancias internacionales y nacionales como la mejor guía para generar un diagnóstico de salud comunitario.

Universidad y aportes al sector salud

Como universitarios del área de la salud, nos corresponde dotar de conocimiento y de espacios necesarios para la ejecución de los componentes para el diagnóstico de salud y asegurar el desarrollo completo en todos sus componentes, con la elaboración de un plan de acción que se posicione como área estratégica en las materias finales de la salud pública, políticas públicas o atención primaria de salud.

Una de las funciones del sector salud es la de garantizar espacios para el servicio social de alumnos de nivel superior, el cual debe desarrollar un diagnóstico de salud comunitario a través de una guía, la cual incluye los componentes a desarrollar de la guía ASIS; sin embargo, se observa que al alumno no se le solicita que desglose el último componente de elaboración de plan de acción, el cual debe dar prioridad a los problemas identificados hasta el establecimiento de los indicadores y diseño del plan de acción con fechas de cumplimiento.

Preocupados por lograr la integración de los esfuerzos de las instituciones y centros universitarios para trabajar con mayor calidad en la enseñanza de nuestros universitarios, se presentó un instrumento de recolección de información basado en la guía ASIS, que sirve como manual de trabajo de campo para la recolección de información, con el fin de lograr desarrollar un Diagnóstico de Salud Comunitario que sirva como norma de procedimientos para la elaboración del plan de acción.

En la docencia estamos ciertos de que vivimos procesos donde reflexionamos con un sentido crítico sobre la identificación de oportunidades de mejora para asegurar el conocimiento adquirido del alumno en formación, desde sus inicios hasta el término de sus estudios profesionales. Nuestra enseñanza busca impactar de manera ética y responsable en el quehacer y ser de los alumnos y buscamos tener la certeza de que nuestros esfuerzos han valido la pena, con un compromiso que le debemos a nuestra sociedad quintanarroense.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros, M. D. C. P., Bernal, I. L., Reinoso, A. T. F., De Haz, H. G., & Pérez, A. S. (2006). Guía para la elaboración del análisis de la situación de salud en la atención primaria. *Revista Cubana de Medicina General Integral*.
- Bradshaw, J. (1972). A taxonomy of social need. *New Society*, 30(3).
- Colegio Médico del Perú., M. (1972). *Acta médica peruana. Acta Médica Peruana* (Vol. 28). Colegio Médico del Perú. Retrieved from http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Dalgleish, T., Williams, J. M. G. ., Golden, A.-M. J., Perkins, N., Barrett, L. F., Barnard, P. J., Watkins, E. (2007). *World health statistics-2017. Journal of Experimental Psychology: General* (Vol. 136).
- Dávila, F., Gómez, W., & Hernández, T. (2009). Situación de salud, una herramienta para la gerencia en los posgrados. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(1), 0-0. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000100017&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Doyal, L. y Gough, I. (1991). A theory of human need. Londres: Macmillan.
- Dukes, M. N. G. (1978). DECLARATION OF ALMA-ATA. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(78\)92129-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(78)92129-3)
- Galli, A., Pagés, M., & Swieszkowski, S. (2017). Factores determinantes de la salud. *Sociedad Argentina de Cardiología*.
- Ginebra, S. (2011). Organización Mundial de la Salud| Observatorio mundial de la salud. *Wwww.who.int*, 33-52. Retrieved from <https://www.who.int/es/%0Ahttp://www.who.int/gho/es/>
- Gran Álvarez, M.A., Torres Vidal, R.M., Georgina Díaz, M., Alonso Alomá, I., Labrada Moreno, L.M. (2010). Indicadores básicos para el análisis del estado de salud de la población (*Ficha técnica*). Recuperado de: <https://files.sld.cu/dne/files/2010/03/indicadores-basicos-para-el-analisis-del-estado-de-salud.pdf>
- Grajales-Quintero, A., Serrano-Moya, E.D. y Hahn Von-H, C.M. (2013). Los métodos y procesos multicriterio para la evaluación. *Revista Luna Azul*, 36(1), 285-306. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=321728584014>
- Lamus-Lemus, F., Correal-Muñoz, C., Hernandez-Rincon, E., Serrano-Espinosa, N., Jaimes-Detriviño, C., Diaz-Quijano, D., & García-Manrique, J. G.

- (2017). *The pursuit of healthier communities through a community health medical education program. Education for Health: Change in Learning and Practice*. https://doi.org/10.4103/efh.EfH_283_14
- Mar, S., Rodr, M., & Poblacional, S. (2017). *Diagnósticos Integrales de Salud Poblacional . Resultados de proyectos realizados por equipos de trabajo de la Maestría en Salud Pública , septiembre 2014-agosto 2016. Diagnósticos Integrales de Salud Poblacional. Resultados de proyectos realizados por equipos de trabajo de la Maestría en Salud Pública, septiembre 2014 - agosto 2016.*
- Morales González, F. y Cabrera Jiménez, M. (2018). El método de Hanlon, herramienta metodológica para priorizar necesidades y problemas de salud. Una perspectiva operacional para el diagnóstico de salud. *Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 21(1-2), 42-49. Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/72839/64271#>
- MINSALUD. (2016). Indicadores básicos. *Organización Mundial de La Salud*.
- Morgenstern, H. (1995). Ecologic studies in epidemiology: Concepts, principles, and methods. *Annual Review of Public Health*. <https://doi.org/10.1146/annurev.pu.16.050195.000425>
- Organización Mundial de la Salud. (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. *Documentos Básicos*.
- Organizacion Panamericana de la Salud. (2018). *Situación de salud en las Américas: indicadores básicos 2018*. 24th.
- Palomino Moral, P. A., Grande Gascón, M. L., & Linares Abad, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*. <https://doi.org/10.3989/ris.2013.02.16>
- Porta, M. (2014). *A Dictionary of Epidemiology-Oxford University Press*.
- Rodríguez Alcalá, F.J. y López de Castro, F. (2004). Planificación sanitaria (II): desde la priorización de problemas a la elaboración de un programa de salud. *Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria*, 30(4), 180-189. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359304742987>
- Sanchón Macías, M. V. (2010). Salud Pública y Atención Primaria de Salud. *Tema 2.1 Factores Determinantes de La Salud*.

CAPÍTULO 4

Bases de la comunicación en salud y la narrativa para la atención primaria

Luis Antonio Reyna Martínez

CONCEPTOS BÁSICOS DE LA COMUNICACIÓN

Nos comunicamos para existir, y la realidad en donde existimos solo puede ser concebida a través de la comunicación. De esta forma, la comunicación es un fenómeno natural, social y esencial en el proceso de intercambio de signos entre los seres vivos, tanto para el entendimiento como para la persuasión, ya que permite la satisfacción de necesidades y el funcionamiento de la sociedad.

La realidad está compuesta por un complejo conjunto de signos que transmiten sentimientos, pensamientos, ideas, creencias, intenciones, entre otras expresiones humanas. Un signo es un estímulo que tiene la intención de comunicar algo y que contiene un significado, un significante y un modo de significación; este último es la relación existente entre el significado y el significante.

Los significados que atribuimos a todos los estímulos que nos rodean se construyen socialmente, de acuerdo con contextos espaciales, temporales y situacionales. En el momento en que dichos estímulos son entendidos por dos o más partes, se constituye un código que, entre más partes lo entiendan y compartan, se transforma en un lenguaje en común y, por ende, en alguna determinada realidad.

A manera de ejemplo, nuestro cuerpo vive debido a la comunicación, que se realiza a través de intercambios bioquímicos, entre células, órganos y sistemas. Para que funcionen adecuadamente, es necesario que las partes que participan en dichos intercambios entiendan el elemento y medio de intercambio. En el caso de dos proteínas que intercambian sodio y calcio, necesario para estimular la contracción del músculo cardíaco, estas deben conocer qué son estos elementos, para qué sirven y cuál es el medio más óptimo para el intercambio. Esto es, debe existir un código o lenguaje en común entre las partes que intercambian, en este caso, proteínas que comunican que se requiere una nueva contracción del corazón.

Desde nuestro contexto social, González, Guadarrama y Montañó (2019, 22) señalan que «la comunicación es un proceso de vida por la interacción de las personas. No hay humanidad sin comunicación y viceversa. El ser humano es tal porque, al necesitar del otro, establece sistemas de signos que hacen posible satisfacer su presencia en el mundo».

Cabe señalar que, aunque se plantea la premisa del fenómeno comunicativo para el entendimiento y la persuasión, si estos últimos no se alcanzan, no necesariamente se debe interpretar como un fracaso del proceso de intercambio de signos, ya que las decisiones y comportamientos de las partes que intercambian dependen de factores complejos, como lo señala Habermas (2011, 493): «el concepto de acción comunicativa fuerza u obliga a considerar a los actores como hablantes y oyentes que se refieren a algo en el mundo objetivo, en el mundo social y en el mundo subjetivo, y se entablan, recíprocamente a este respecto, pretensiones de validez que pueden ser aceptadas o ponerse en tela de juicio».

Ahora bien, colocar a la comunicación como campo dentro del contexto científico para la generación y difusión del conocimiento sistematizado es necesario, pero sumamente difícil, ya que la ciencia como signo suele significarse desde las disciplinas positivistas. De esta forma, si se intenta comparar con las ciencias exactas, la comunicación siempre tendrá cierto grado de desventaja, al ser un fenómeno dinámico que existe únicamente en el momento del intercambio. Sin embargo, si la significamos desde las ciencias sociales, aprehendiendo su objeto de estudio como un elemento temporal que puede reflexionarse desde la interpretación de las partes involucradas, de los signos y sus significaciones, de los medios de intercambio, así como del proceso global, por supuesto que podemos catalogarla dentro de las ciencias. Como señalan González *et al.* (2019, 24-25) «el estudio de la comunicación participa de la comprensión fenomenológica de las acciones humanas y [...] a través del lenguaje se genera sentido y acción... en la medida de que el sujeto es actor, participante, reproductor y transformador de su entorno social».

La comprensión de los fenómenos de la realidad, en el marco teórico de las ciencias de la comunicación, puede llevarse a cabo desde la reflexión del contexto de cada una de los componentes del proceso comunicativo: emisor, audiencia, mensaje y medio, sin olvidar que estos se entrelazan dinámicamente y que cambian el rumbo de la transmisión de signos en el proceso de intercambio, al volverse el emisor en audiencia y viceversa, para cerrar el ciclo comunicacional. Asimismo, podemos comprender dichos fenómenos desde los productos que se generan a partir del proceso comunicativo o incluso desde el análisis de los signos que conforman al fenómeno.

Para poder aplicar el método científico a los elementos de la realidad desde la mirada de las ciencias de la comunicación podemos sistematizarlos en unidades atemporales a través de objetos o líneas de estudio. Esto nos permite volver más tangibles, por así decirlo, los fenómenos que pretendamos abordar y sus infinitas partes, por ejemplo, medios de transporte, discursos políticos, medios de información, teorías de masas, tecnologías de información, entre muchos otros. Si tomamos los medios de transporte como línea de estudio, estos se pueden desfragmentar a su vez en distintas sublíneas, como acuáticos, terrestres o aéreos. Y estos, en automóvil, bicicleta, barcos, aviones, etcétera. En la línea automotriz podemos determinar como objeto la relación hombre-máquina,

necesaria para que el automóvil sea medio de transporte, ergo, de comunicación; o se puede analizar el contexto de producción de automóviles desde las necesidades de la audiencia-mercado para generar un artefacto que cumpla o no con estas. Y así sucesivamente hasta que se defina un fenómeno lo suficientemente específico para cosificarlo y abordarlo desde el contexto de quienes lo investiguen. Esto es, un objeto de estudio nos sirve para poner una pausa en el tiempo y espacio de un fenómeno para poder fragmentar sus componentes y comprenderlos en unidades individuales que forman parte de algo más grande y, a su vez, de una realidad.

COMUNICACIÓN Y SALUD COMO SIGNOS CONJUGADOS

Ejemplificar objetos de estudio de la comunicación con los medios masivos o tecnologías de la información, como la televisión, la radio o las redes sociales digitales, es relativamente sencillo, dado que forman parte innegable de nuestra realidad cotidiana. Pero ¿qué sucede cuando queremos comprender la comunicación aplicada a la salud?

Han sido varias las ocasiones en las que he realizado esta pregunta a mis estudiantes de licenciaturas en Ciencias de la Salud, particularmente a los de Medicina, y las respuestas suelen repetirse y manifestarse principalmente en dos fenómenos: la relación médico-paciente y las campañas informativas en medios masivos. La asociación de los signos «comunicación» y «salud» de la primera respuesta se representa en la narrativa de «la forma en la que un médico (emisor) suele comunicarse con sus pacientes (audiencia) para que estos últimos acaten indicaciones y sigan algún tratamiento». La segunda la suelen ejemplificar con campañas en televisión o redes sociales para seguir alguna indicación de las instituciones gubernamentales, como el acudir a vacunarse en determinadas temporadas o, como ocurre en el presente año 2020, para difundir los signos y síntomas de alarma y formas de prevención de la COVID-19. Lo cierto es que estos significados no están mal, pero sí son muy limitados.

Para comprender la conjunción de la comunicación y la salud como objeto, debemos inicialmente comprender sus signos independientes. La salud, como signo que forma parte de la realidad, también construye socialmente su significado y código, de acuerdo con el contexto histórico, personal, temporal y espacial con el que se interprete. En la cotidianidad de las comunidades, se suele significar como la ausencia de enfermedad y esta última, a su vez, como dolor, malestar, descontento o situación que afecta cierta normalidad individual o colectiva. Es decir, el signo salud existe cuando el de enfermedad está ausente.

Como hemos mencionado, se puede reflexionar sobre el signo salud desde distintas perspectivas. En el contexto médico-asistencial, se suele significar desde lo biológico-clínico, en donde se parte de un diagnóstico y tratamiento de alteraciones corporales para alcanzar cierto estado individual. Desde el contex-

to sociológico, se suele concebir como el estado en donde grupos o individuos pueden conformar y funcionar como sociedad o en donde puedan llevar a cabo sus planes de vida, en un entorno de bienestar. Desde el contexto económico, se puede significar a través de la satisfacción laboral y salarial, la producción y acumulación de capital, la capacidad de las instituciones y sistemas de salud, entre otros aspectos. También es posible reflexionar sobre este signo desde la perspectiva de quien lo significa. Desde la teoría de Hipócrates, que hablaba del balance de los humores, pasando por el texto de Alcmeón de Crotona (siglos VI-V a. C.), que la describe como la mezcla proporcional de todas las cualidades (Córdoba-Palacio, 2008), así como la de la Organización Mundial de la Salud, que la sitúa en un estado de bienestar, físico, mental y social, hasta la descripción poética de Leriche como «el silencio de los órganos» (Gavidia Catalán & Talavera, 2012, 166).

La construcción histórica y contextual del significado de la salud vuelve sumamente difícil establecer una sola definición, pero un común denominador en casi todas ellas es el equilibrio o balance entre distintos elementos de la realidad y del cuerpo. Pero como señalé en mi tesis doctoral, mientras hacía trabajo de campo preguntando a distintos grupos de personas sobre este tema, la definición que más me satisfizo fue la que me brindó un amigo: «salud es estar chido» (Reyna, 2015, 69).

La combinación de los signos comunicación y salud da por resultado uno independiente con sus propios significados y formas de significar: el de la comunicación en salud (CS). Este signo tiene su propia construcción histórica y su aplicabilidad, para el entendimiento y la persuasión para la satisfacción de necesidades y el funcionamiento de la sociedad, es similar a la del signo comunicación. Esto permite, a su vez, concebir a la CS, no únicamente como signo, sino como objeto de estudio de las ciencias de la comunicación y/o de las ciencias de la salud.

Desafortunadamente, la comprensión de la CS suele hacerse desde los ejemplos de las estrategias institucionales, lo que da por resultado que su significado se limite a acciones informativas unidireccionales, como las mencionadas por mis alumnos. Esta visión limitada se representa en definiciones históricas, como la de Kreps, Bonaguro y Query (1998), que describen que la CS se centra en la creación, reunión y difusión de información, ya que sitúan a la información de la salud como el recurso más importante en la atención y promoción de la salud, debido a que es esencial para guiar comportamientos, tratamientos y decisiones que influyan en la salud. Asimismo, esto ha situado las funciones de la CS como «otorgar los lineamientos teóricos y la fundamentación práctica para la elaboración de mensajes y materiales de comunicación tendientes a la persuasión de las personas a desarrollar acciones de salud» (Cuberli, Casas y Demonte, 2005, 46).

Estas premisas han sido las bases con las que se han elaborado las estrategias de CS institucional, si es que al menos se ha intentado fundamentarlas en algo, pues lo frecuente es que se realicen sin método y se producen desde los conocimientos individuales de quienes participan en su elaboración. Y no es raro, ya que, como señala González Gartland (2019, 13), «si nos remontamos a los inicios de la investigación en comunicación encontraremos que se dedicaron a estudiar los efectos de la propaganda política y de la publicidad a través de los medios masivos de comunicación en las audiencias». Entonces, las principales variables de confusión en la comprensión de la CS, ya sea como signo, como objeto de estudio o como herramienta de disciplinas o instituciones y que, como resultado influye en el resultado de sus estrategias, son las de la información y la del comportamiento poblacional.

La primera variable de confusión sucede al limitar la CS al contexto de la transmisión de información. Para comprender esto, podemos esquematizar los elementos involucrados en este proceso: emisor, mensaje, medio y audiencia. La información es la gama de signos que se transmiten desde el emisor hacia la audiencia. Generalmente bajo esta mirada, el proceso sucede en una sola dirección y termina el proceso cuando la audiencia recibe los datos. La limitación de esta postura se debe a que la atención de los involucrados en el desarrollo de estrategias de CS se centra en el contenido del mensaje y que, a la par, su éxito se evalúa con las ocasiones en que el mensaje es divulgado, sin que se considere su impacto en la audiencia.

La segunda variable de confusión que da continuidad a la anterior sucede cuando se asume que la información que se trasmite desde el emisor lleva, por una parte, nuevo conocimiento a la audiencia y, en segunda, que dicho conocimiento generará casi automáticamente algún comportamiento determinado en esta última. Es decir, la secuencia lógica y casi matemática de esta postura es: información = conocimiento = comportamiento.

Lo anterior se evidencia con los instrumentos con los que las instituciones de salud suelen evaluar las estrategias de CS, en los que se miden los materiales informativos y se consideran indicadores de impacto. Por ejemplo, la cantidad de trípticos entregados en algún evento, la cantidad de carteles colocados en centros de salud o las veces que se emitió algún anuncio en radio y/o televisión. Y la lógica de impacto es que a mayor material difundido, mayor población recibe la información y que con esta se adopta el comportamiento que se pretende. Y en caso de que no se visualice el comportamiento pretendido, se cree que es por causas de la audiencia y no de las estrategias en sí mismas.

Retomando la premisa planteada en esta sección, para que exista comunicación, ergo, entendimiento y persuasión, debe existir un intercambio de signos entre dos o más partes y un código en común. Para comprender mejor las estrategias y/o los fenómenos comunicativos y de CS, más allá de la sistematización de los elementos de la transmisión de información antes mencionados, pode-

mos hacerlo respondiendo las preguntas del modelo de Lasswell (1948, 216) y Nixon (1963): ¿quién dice qué?, ¿en qué canal?, ¿a quién?, ¿con qué efectos?, ¿bajo qué condiciones? y ¿con qué intenciones?

Estas preguntas se vuelven herramientas con las que podemos identificar áreas de oportunidad de la CS. Por ejemplo, si retomamos las variables de confusión antes mencionadas, el fenómeno informativo, en la forma en la que se ha planteado, solamente responde a las preguntas «¿qué?» y «¿en qué canal?», dado que es un proceso unidireccional y con una audiencia pasiva. Para poder contestar a todas las preguntas, entonces se tendría que analizar la estrategia informativa desde las bases de la comunicación, en donde se busca un proceso bidireccional y con intercambio de roles.

Perpetuar o fomentar la elaboración de estrategias bajo este contexto limitado de la CS, en donde quienes las producen se enfocan en el contenido del mensaje, dejando de lado la comprensión contextual de la audiencia, del medio e incluso del mismo emisor o donde no se promueve un intercambio de roles o de información para conocer el impacto en todos los elementos que conforman la experiencia, tiene como resultado lo señalado por la Dirección General de Promoción de la Salud (2010, 20):

El modelo de comunicación social utilizado en México es, en su estructura básica, un añejo modelo desarrollado por las instituciones del sector público, que si bien se ha modernizado, mantiene como propósito central dar información a la población sobre los programas y acciones que las instituciones y dependencias llevan a cabo, informa de sus logros y los difunde a través de los medios masivos: radio, televisión y prensa. Sin embargo, la comunicación enfrenta un problema por resolver: es unidireccional y sólo recientemente, con la incorporación de herramientas tecnológicas como internet, a través de sus blogs o redes sociales, promueve el retorno comunicacional, pero no consigue del todo identificar las necesidades de comunicación de la población para estructurar respuestas más efectivas de aprendizaje, formación y corresponsabilidad.

La reflexión de lo anterior ejemplifica en parte la dificultad que ha tenido la CS en su proceso de desarrollo como campo de estudio formal. Alcalay (1999, 192-193) lo plantea acertadamente de la siguiente manera: «existe una disparidad entre los avances logrados por la medicina y el conocimiento y la aplicación de estos por el público. Mientras que los profesionales de la salud tienen grandes conocimientos sobre la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud, no saben necesariamente cómo comunicar efectivamente esa información tan vital para la sociedad».

Tomando en cuenta que la salud no solamente se significa desde lo individual, sino también en la relación balanceada de persona, sociedad y factores que lo rodean, asimismo que la comunicación desde el intercambio sógnico de todo

lo que conforma la realidad, en lo particular, para mi labor como investigador de este campo, defino la CS como el conjunto de estrategias de comunicación basadas en la audiencia para el planteamiento o cambio social sustentable de los elementos que componen la salud de individuos y comunidades.

COMUNICACIÓN EN SALUD COMO CAMPO DE ESTUDIO

El desarrollo de la CS como campo de estudio tiene ya varias décadas en formación, principalmente por esfuerzos aislados de investigadores o pequeños grupos de trabajo ante la necesidad de comprender el éxito o fracaso de las estrategias que influyen en el comportamiento de las poblaciones y, a partir de este, su influencia en otros ámbitos más estructurales de los determinantes de la salud.

La Comunicación para la Salud tiene como antecedente a la Comunicación para el Desarrollo, perspectiva que a partir de la década del cincuenta, sostiene que los medios de comunicación producen efectos que posibilitan el cambio hacia el desarrollo económico de los países del Tercer Mundo. Este enfoque, que forma parte vertebral de los planes de desarrollo implementados en América Latina, se centra en la emisión de mensajes con fines educativos en tres áreas: agricultura, educación y salud. En estas áreas de intervención, el principal supuesto es que los medios de comunicación pueden crear una atmósfera pública que favorece el cambio e innovación (modernización vía crecimiento económico). Esta idea refuerza la visión instrumental de la comunicación (González Gartland, 2019, 16).

En la misma época y en forma paralela, la mercadotecnia social surgía con los estudios de Wiebe, que intentaban responder a la pregunta de por qué no se puede vender la hermandad o el pensamiento racional como se vende el jabón. Desde entonces, la CS y la mercadotecnia social han ido de la mano en su desarrollo y en 1972 se posicionan formalmente como campo de investigación, al volverse una división independiente en la International Communication Association, denominándose inicialmente como Therapeutic Communication, y que posteriormente, en 1975, cambió de nombre a Health Communication (Cabrera, 2016).

Desde hace 20 años, Alcalay (1999, 195) señaló que se esperaba el desarrollo de la CS especializada en Latinoamérica y el Caribe, debido a su reconocido potencial para atender problemas que influyen en la salud de las poblaciones: «ello dependerá en gran medida de su introducción sistemática en escuelas comprometidas con la investigación académica aplicada y la formación de generaciones futuras de especialistas en comunicación y salud, que puedan responder de forma adecuada al desafío de mejorar la calidad de vida en los países de las Américas».

En instituciones educativas en el continente americano, en especial en aquellas dedicadas a las de Ciencias de la Salud, la inclusión de la enseñanza de la CS es

relativamente reciente. En los Estados Unidos (EE. UU.), la Escuela de Medicina Tufts, en Boston, fue la primera en contar con un programa de maestría en CS, la cual se implementó en 1994. Sin embargo, las universidades de Latinoamérica tienen un reto aún mayor, ya que se tiene un retraso en el desarrollo de esta disciplina como área de estudio, en comparación con países de Europa y con EE. UU. Como ejemplo que evidencia lo anterior, los productos de generación y divulgación del conocimiento de la CS realizados en nuestra región, no alcanzan ni 3% del total de lo publicado a nivel internacional. Asimismo, el International Science Index señala que de 8 655 revistas registradas hasta el año 2012 para la divulgación de temas al respecto, únicamente 62 pertenecían a Latinoamérica y el Caribe, es decir, solo 0.71% de la literatura científica de CS se origina en nuestra región (González y Bañuelos, 2013).

Desafortunadamente, en Latinoamérica existe aún mucho desconocimiento y/o resistencia para incorporar la CS en los programas de estudio de las universidades de Ciencias de la Salud, y desaprovecha tres características que aporta directamente al desarrollo institucional, del alumnado y de los académicos (Alcalay, 1999):

1. Es un área de investigación aplicada. Además de aportar al desarrollo de competencias comunicacionales en los futuros integrantes de los sistemas de salud, provee un contexto excelente para probar y aplicar teorías y principios de las distintas asignaturas y proyectos de investigación. Asimismo, el desarrollo de estrategias de CS genera un espacio para la comunicación interpersonal, grupal, organizacional, de masas e intercultural, con miras a mejorar las condiciones de salud de la población, los sistemas de salud y el desarrollo institucional.
2. Desarrolla la pertinencia social. Este concepto es un referente del valor de las acciones humanas que favorecen a la colectividad. En México, la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES) considera que la pertinencia social «constituye un factor fundamental a partir del cual se reconoce el nexo de la misión de las instituciones de educación superior con las necesidades y expectativas de la sociedad», por lo que este punto exige que toda universidad pública «sitúe sus funciones sustantivas en la complejidad y dinamismo del proceso de globalización a fin de reafirmar, con visión prospectiva, su papel científico en la sociedad y el compromiso de coadyuvar al desarrollo de las comunidades locales». Entonces, estrategias adecuadas y sistematizadas de comunicación dirigidas al interior (entre académicos, alumnado y administrativos) y al exterior de la institución (dirigidas a la sociedad con la que se trabaja y su entorno) permitirán que tanto el desarrollo de investigaciones como el de los estudiantes impacten favorablemente en el contexto regional y nacional (Garrocho & Segura, 2012, 1,33).

3. Promueve la interdisciplinariedad. El quehacer actual de la CS es necesariamente interdisciplinario. En el desarrollo de proyectos de este campo se interrelacionan conocimientos de prácticamente todas las disciplinas, cuya especificidad corresponde a cada caso. Se incluyen la psicología, la sociología, la medicina, la enfermería, la farmacia, la epidemiología, la informática, las artes, entre muchas otras, dado que se requiere un profundo conocimiento de teorías de la conducta y el cambio social, de las características de la audiencia y su contexto, de la estética y contenido de los medios y mensajes, de la valoración del impacto social, de la estructura de políticas y sistemas de salud, de las distintas cosmovisiones del proceso salud-enfermedad, entre otros elementos que necesitamos conocer. Estos conocimientos confluyen en teorías y estrategias de la comunicación que se adaptan a cada caso.

Reafirmando lo anterior, la Organización Panamericana de la Salud, en conjunto con distintas organizaciones e instituciones educativas, dirige un proyecto de diseño curricular basado en competencias para formación de comunicadores en salud, en el que se han identificado varios retos (Mosquera, 2003):

- fortalecimiento y motivación del talento humano para el desarrollo de planes de investigación de salud pública a nivel local e institucional dentro del componente de CS
- institucionalizar el componente de CS en los planes nacionales y regionales de salud pública, no solo mediante el fortalecimiento de la inversión en capacitación e investigación, sino también en lograr la participación activa de otras disciplinas para formar profesionales competentes en el campo de la CS
- se deben definir los roles y funciones en los niveles central, regional y local con acciones diferenciadas tanto en la planificación y ejecución del componente de comunicación dentro de los planes de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Esto implica el fortalecimiento de capacidad local e institucional, que a su vez está conectada a la formación del recurso humano
- definir lineamientos de comunicación social, metas, indicadores de proceso, de resultados intermedios y a largo plazo de impacto, comunes en Latinoamérica, con el fin de producir evidencias en CS y establecer comparaciones entre experiencias en la región. Esta tarea deberá contemplar la diversidad socio-cultural, política y económica de los países
- construcción de una base conjunta para la recolección de datos sobre experiencias exitosas de comunicación social en los planes de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, de acuerdo con los lineamientos de comunicación social definidos

- adelantar procesos de capacitación con miras a una excelencia técnica en planificación en CS (investigación, diseño, monitoreo y evaluación) para los niveles técnicos
- identificar los elementos claves para la sostenibilidad de los programas de CS y la institucionalización de los mismos
- fomentar un mayor diálogo entre las experiencias provenientes del sur y del norte mediante el fortalecimiento de la red de profesionales que trabajan en procesos de CS.

Todos los puntos mencionados son áreas de oportunidad del cómo aplicar la CS como campo de estudio en distintos ámbitos; es decir, puede ser un campo de estudio independiente o como parte de otra, como el de la Atención Primaria de Salud (APS).

COMUNICACIÓN EN SALUD Y ATENCIÓN PRIMARIA

Desde 1978 se estableció que los sistemas de salud deberían estar basados en la APS para lograr su sustentabilidad. La APS se definió originalmente como la «asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas»; sin embargo, en la actualidad se le considera mucho más que la prestación de servicios de salud, como «el principal punto de contacto entre la población y los sistemas de servicios sociales y de salud», ya sea de los sectores público, privado y sin fines de lucro, ya que un sistema de salud basado en APS debe ser capaz de crear sinergias intersectoriales «para potenciar el proceso de desarrollo humano sostenible y equitativo» (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, 2007, 17-28).

Si el objetivo de los sistemas de salud basados en APS es tener contacto con la población para el desarrollo humano, necesariamente debemos aplicar las bases teóricas del fenómeno comunicativo para reflexionar sobre los elementos que pueden influir en el cumplimiento de dicho objetivo: clarificar cuáles son las partes que participarán en el intercambio; qué signos se intercambiarán, y el entendimiento de estos, comenzando por las definiciones de los signos «salud», construido desde el «desarrollo humano», la «sostenibilidad» y la «equidad», así como definir el proceso de intercambio de roles y los códigos que se utilizarán.

Las premisas de la APS han permanecido históricamente en ese nivel teórico en la realidad de los sistemas de salud, sin poder llevarse completamente a la práctica en las instituciones que los conforman. Se han realizado múltiples investigaciones y espacios de diálogo para determinar la aplicación de dichas premisas y una de las grandes áreas de oportunidad detectadas recae en los recursos

humanos de quienes conforman las instituciones, ya que en estos se ha encontrado «desarrollo deficiente de competencias; interés limitado en la investigación operativa y el desarrollo; predominio de los enfoques curativo y biomédico y pobre utilización de técnicas de gestión y comunicación» (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, 2007, 41).

Lo anterior se evidencia en forma similar a las confusiones existentes con la CS, ya que las estrategias de APS suelen limitarse al conceptualizar «la asistencia sanitaria al alcance de todos» como sinónimo de consultas clínicas a domicilio, fomentando así una visión medicalizada de la salud en las comunidades y, al mismo tiempo, perpetuando lo contrario que se busca en los sistemas de salud: que estén basados en la salud y no en la enfermedad.

Esto se pudo corroborar en un estudio del modelo de comunicación en la Secretaría de Salud en México, en donde se encontró que, a pesar de que los documentos normativos indican que las estrategias de CS deben tener un enfoque multidisciplinario y estar sustentadas en bases teóricas y metodológicas de la mercadotecnia social y la participación comunitaria, premisas donde confluyen la CS y la APS, el perfil profesional de quienes desarrollan estas estrategias es predominante clínico, especialmente médico, poco capacitado en dichas bases. El resultado se ve reflejado en estrategias y materiales informativos ya mencionados que replican el modelo de atención clínica unidireccional, enfocados en el contenido de los mensajes, dejando de lado el resto de los elementos para la CS efectiva (Reyna, 2015).

Es aquí donde las instituciones educativas de Ciencias de la Salud tienen un rol primordial, por su deber de formar profesionales que tengan competencias integrales, con bases teórico-metodológicas sólidas de CS para la APS, para cambiar el desempeño de los futuros integrantes de los sistemas y evitar que repliquen lo que se ha realizado históricamente y que obstaculiza que los sistemas de salud basados en la APS se hagan una realidad.

Cuando los estudiantes de Ciencias de la Salud realizan prácticas comunitarias, ya están formando parte de la APS, pues se vuelven elementos que propician el contacto entre la población y los sistemas de salud. Frecuentemente, las actividades que ellos realizan son estrategias educativas consideradas de promoción a la salud y/o prevención de la enfermedad, a través de charlas de distintos temas, ya sea en espacios públicos o en los hogares de las personas.

Cuando mis estudiantes desarrollan alguna de estas campañas para sus prácticas comunitarias, les suelo preguntar en primer lugar «¿a quién van dirigidas?» y la respuesta más común es «a toda la población». Desde ese momento comienzan mis dudas acerca del éxito de la estrategia, ya que no se describen las características de la otra parte con la que pretenden intercambiar esa información. Continúo con «¿qué quieren lograr con esa campaña?», y obtengo respuestas aparentemente lógicas como «que la familia X baje de peso o que

alguna persona acuda al centro de salud para detectarse oportunamente alguna enfermedad». Las respuestas se complican cuando agrego «Y ustedes, ¿qué van a obtener a cambio?». No es raro el silencio después de esta última, pues históricamente a los profesionales de la salud no suelen enseñarnos las bases de la CS, en este caso las del intercambio para alcanzar el entendimiento y la persuasión con las personas de la comunidad.

Durante el desarrollo de estrategias de APS, es indispensable considerar las bases de la CS, a partir de definir adecuadamente la población con la que se desea trabajar, considerando el contexto del emisor, mensaje, medio y audiencia, la naturaleza de los temas que se abordarán, las actividades y objetivos de las partes que interactuarán, así como el escenario de comunicación para poder responder las preguntas ¿quién dice qué?, ¿en qué canal?, ¿a quién?, ¿con qué efectos?, ¿bajo qué condiciones?, ¿con qué intenciones?

Todo este proceso dinámico puede reflexionarse desde los marcos de la CS, englobando sus elementos en un objeto de estudio relativamente simple y que permite comprender distintos escenarios comunicativos: la narrativa de una historia.

COMUNICACIÓN Y NARRATIVA

Relatar una historia resulta una de las formas más eficientes de comunicarse, pues es la forma natural con la que intercambiamos signos con otras personas y damos sentido a la realidad, por lo que, bajo esta mirada, la narrativa es la representación natural del fenómeno comunicativo.

Considerar las estrategias de CS como una historia nos permite conocer en mejor forma sus partes y sus áreas de oportunidad, ya que las historias son algo inherente al ser humano. Como señala Emerson (2018):

Contamos historias en diferentes momentos, generalmente para explicar o ilustrar algo, para persuadir a alguien y/o para divertir o entretener. Así es como le damos sentido al mundo y comunicamos nuestro entendimiento a los demás. Nuestros cerebros pueden asimilar hechos aislados y eventos aleatorios, pero lo que anhelamos hacer, de manera innata, es unir las cosas. Para conectar los puntos. Para crear causa y efecto. Para construir una trama. Hacemos esto con historia. Escuchar historias y contarlas es profundamente satisfactorio, memorable y, a menudo, conmovedor.

Reflexionar sobre la narrativa de historias podría parecer que corresponde a otras disciplinas o esferas, como la de la literatura, pero no a la de la salud; sin embargo, el potencial que tiene su consideración y la comprensión de su estructura ha sido aprovechado desde siempre por parte del sector comercial. Pero, como señalaron Kotler y Zaltman (1971), las campañas de cambio social, entre

más parecidas a las de tipo comercial, tendrían más probabilidad de éxito. En otras palabras, en lo que concierne a las estrategias de CS, podríamos cambiar la pregunta «¿cuál es tu mensaje?», por «¿cuál es tu historia y cómo la cuentas?».

Una estructura es «un conjunto de elementos relacionados entre sí mediante un sistema ordenado de reglas», mientras que una narración es «el dispositivo que ordena las diferentes partes de un discurso o argumento» (David, 2008). Entonces, cuando hablamos de estructura narrativa, nos referimos al relato que contiene y ordena cierta historia o argumento que se pretende hacer llegar a cierta audiencia, a través de algún medio o combinación de estos.

Se debe diferenciar a la historia o argumento del relato o narrativa. La historia corresponde a los hechos que se pretenden transmitir y que la audiencia ordena en forma cronológica en su mente, mientras que la narrativa es la forma que adopta la historia para ser transmitida, cuyo lenguaje y orden cronológico puede ser alterado para generar cierta emoción o entendimiento del público. De esta forma, la narrativa es la manera en la que el autor decide transmitir la historia; es decir, la historia es el «qué» se quiere contar, mientras la narrativa es el «cómo» se cuenta (Lorenzo, 2011).

Existen puntos clave al considerar las estructuras narrativas como eje de las estrategias de CS para que se logren los objetivos de la historia (University of New South Wales, 2020):

- memoria. Recordamos las cosas que nos suceden, condensando las experiencias en narrativas episódicas simplificadas
- historias y emociones como determinantes de comportamientos. Cuando conectamos ciertos detalles de los episodios en la memoria, ante alguna situación, formamos lecciones de vida basadas en el impacto emocional que esa experiencia haya causado y que, por ende, guían la forma en que nos comportamos y vivimos en la sociedad
- moraleja, identidad y emoción como núcleo para el fenómeno comunicativo. La inclusión de estos elementos es clave para lograr el compromiso de acción de la audiencia.

Sobre el primer punto, nuestra memoria almacena experiencias en forma de episodios y elimina detalles superfluos para formar una historia simple. Por ejemplo, podemos reflexionar un día cotidiano de nuestra vida: el episodio del despertar, el del desayuno, el del trayecto a la escuela, etc. Solamente en casos extraordinarios, podemos recordar cada uno de los detalles de cada episodio, desde cómo nos sentimos, qué movimientos hicimos, hacia dónde miramos, entre muchos más. El cerebro retoma detalles de esos episodios y los condensa en una sola historia, la cual se podría titular «mi día de hoy». Por otra parte, el relato, la narrativa de esa historia, entra en juego cuando pretendemos justificar

o comprender algún fenómeno con los elementos de la historia. Por ejemplo, si intentáramos darle sentido a la razón por la que se reprobó un examen ese día, podríamos hacerlo en forma cronológica con detalles puntuales de cada episodio: no dormí bien porque tuve pesadillas; eso hizo que me despertara tarde y no tuviera tiempo de desayunar para poder llegar a tiempo a la escuela, lo que provocó que estuviera de mal humor y no pudiera concentrarme en el examen.

En el segundo punto se hace hincapié en que las emociones que se viven en determinadas experiencias conforman las posturas o valores con las que nos comportamos en la sociedad. Por esto, el factor emocional es clave e imprescindible en el desarrollo de estrategias de CS, ya que, como hemos mencionado, estas pretenden influenciar en el comportamiento de las poblaciones y dichos comportamientos tienen su base en las emociones.

Para poder motivar el factor emocional en la audiencia, se debe estimular su interés y atención con elementos en la narrativa y/o historia con los que se sienta identificada, ya sea sus personajes, el contexto en el que se desarrolla la historia o los elementos estéticos que la componen. De manera general, el elemento estructural de mayor poder de identidad es el personaje principal de la historia, ya que suele tener un cambio en sus valores a través de un aprendizaje o moraleja y, por lo tanto, en su línea de vida.

Un ejemplo que comprueba la estimulación del sentido de identidad y de las emociones que conforman la moral de nuestro interlocutor es cuando este responde y/o interrumpe con la frase «a mí me pasó igual», cuando le contamos una historia lo suficientemente interesante para despertar su atención. El relato lo hace retomar detalles de su memoria episódica y, al mismo tiempo, reflexionar sobre sus valores, y evidencia cierto nivel de compromiso a la acción.

Con respecto al tercer punto, todos los elementos que conforman una narrativa (personajes, contexto, conflictos, etc.) son auxiliares superficiales que envuelven el núcleo de la historia: su moraleja, la cual es, a su vez, la representación de ciertos valores, normas, costumbres o signos que el emisor quiere compartir con alguna población para adoptar determinada actitud o comportamiento. En el caso de la CS, lo referente a lo que determina la salud de los individuos y/o poblaciones.

Entonces, si se pretende comunicar determinado valor, se debe representar a través de una moraleja, la cual, a su vez, para ser comunicada con impacto a la audiencia, debe hacerse a través de la narrativa de una historia que le provoque el sentido de identidad y emoción. Por ejemplo, si el valor que se quiere comunicar es «sentido de comunidad o hermandad», la moraleja puede ser «el dinero no puede comprar la felicidad» y la historia que envuelve a este núcleo puede hacerse a través de la narrativa del «Cuento de Navidad» de Charles Dickens, por ejemplo.

Cuando se incluyen estos elementos (moraleja, a través de una historia contada con elementos que estimulen identidad y emoción), es muy probable que se lleve al elemento que precede al comportamiento de la audiencia: el compromiso o motivación a la acción (el término en inglés es «engagement»).

Desafortunadamente, si se desconocen estos elementos o se obvian durante la elaboración de estrategias de CS, y se centra únicamente en el argumento o raciocinio de los mensajes, difícilmente se alcanzará esa motivación para adoptar algún comportamiento. Por esto, muchas veces tiene mayor importancia el cómo se cuenta algo que la historia en sí misma. Regresando a los ejemplos señalados por mis alumnos, no solamente importa lo que un clínico le dice a su paciente, sino cómo se lo dice.

Un valor agregado que se obtiene al lograr la motivación a la acción de la audiencia, además de la persuasión y el entendimiento, es que aporta elementos para que el fenómeno comunicativo continúe indefinidamente y se incluyan más elementos que intercambien determinados signos y, por ende, se logre un código social de mayor impacto, representado por actitudes o comportamientos poblacionales.

Continuando con el ejemplo de los alumnos, una estrategia informativa (unidireccional) es cuando el clínico le informa al paciente que tiene elevados niveles de glucosa en sangre y el tratamiento que debe de tomar. Una estrategia comunicativa (bidireccional) se da cuando el paciente le hace saber al clínico que entendió las indicaciones, ya sea repitiéndolas o de alguna otra forma. Pero una estrategia que genera compromiso o motivación a la acción («engagement») podría ser si el paciente le pregunta al clínico sobre cómo pudo adquirir la enfermedad o estrategias para evitar que sus familiares desarrollen diabetes, etcétera. En este último caso, la forma en la que se presentó el fenómeno comunicativo entre clínico y paciente le generó tal interés a este último que lo motivó a conocer más y así dar continuidad al momento comunicacional y, a su vez, cuando este le comunica la información a su familia o redes cercanas, se incrementa y perpetúa el código de la diabetes desde la narrativa de dicho clínico.

Asimismo, en el contexto de las estrategias institucionales de CS, la motivación de la audiencia permite su autosustentabilidad. Un ejemplo muy claro es cuando se difunde una campaña en redes sociales, como Facebook o Twitter, y la audiencia la comparte entre sus contactos. Este fenómeno, además de generar el intercambio de roles entre emisor y audiencia del ciclo comunicativo original (ya que el productor de la campaña recibe información estadística de las acciones de la audiencia sobre su producto), promueve que la audiencia se vuelva emisora hacia su propia red, permitiendo que la campaña sea nuevamente visualizada sin necesidad de invertir más recursos por parte de los emisores originales.

Históricamente, las ideas y conocimientos que conformaban las sociedades se transmitían en forma oral de generación en generación. Así, cuando alguien recibía una idea de otra persona, la volvía propia, la modificaba de acuerdo con su contexto y decidía si la transmitía o no a otros y cómo. De esta forma, solo las ideas más convincentes lograban sobrevivir las barreras del tiempo y el espacio. Sin embargo, con la aparición de tecnologías de la información, la audiencia que originalmente pasaba por el proceso activo antes descrito se volvió un consumidor pasivo de la información, siendo esto más evidente con la llegada de la televisión en el siglo xx. Esto hizo que ya no importara la fortaleza de la idea para lograr su supervivencia, sino que lo hacían aquellas que podían ser divulgadas a través de estos medios; esto es, ahora sobrevivían las ideas del emisor con más recursos. Con la aparición del internet se dio inicio a la era digital, en donde la audiencia nuevamente toma un rol activo, al ser buscador y selector de información, la cual regresa de cierta manera a las formas originales de tradición oral, en donde nuevamente sobreviven las ideas más convincentes; esto es: las historias mejor contadas (Free Range, 2012).

Con base en lo anterior, se vuelve obligatorio que los involucrados en estrategias de CS transformen la conceptualización de las audiencias, que dejen de visualizarlas como consumidoras pasivas de información y/o productos comunicacionales y las vean como «prosumidoras», piezas claves del proceso de producción y del fenómeno comunicativo, y se consiga así el paradigma de los antiguos modelos de cs.

Cuando se logra que la audiencia se motive a la acción sobre cierta temática que influye en los determinantes de su salud personal y/o contextual, su participación se vuelve un elemento activo y crucial de las estrategias de CS y APS, ya que buscará, se apropiará, contextualizará y divulgará historias que logren algo similar con sus redes sociales. De esta forma, una de las principales metas que se debe tener en cuenta al momento de elaborar o analizar una estrategia de CS para generar un entendimiento o influencia en comportamientos poblacionales es la medición o reflexión sobre el compromiso a la acción por parte de todos los elementos que participan en el fenómeno comunicativo.

CONCLUSIÓN

Aspirar a volver una realidad los sistemas de salud basados en APS, en los que se busca el desarrollo humano y social, de manera integral y sustentable, demanda cambios urgentes en los paradigmas de conceptualización de los elementos que componen y determinan la salud de los individuos y las poblaciones, principalmente por parte de las personas que desarrollan y aplican las normativas y formas de acción en el interior de las instituciones de dichos sistemas.

Dado lo anterior, las instituciones educativas de disciplinas del área de la salud son pieza clave para dicho cambio, que debe buscarse a través de la inclusión

de las bases teóricas, metodológicas e interdisciplinarias de la comunicación en salud en sus programas de estudio, así como su promoción como campo de estudio independiente. De esta forma, sus egresados serán profesionales competentes en la reflexión crítica de los elementos que promuevan transformaciones sociales y contarán con herramientas innovadoras que logren estrategias efectivas de atención primaria, tanto en su ejercicio profesional individual, como al formar parte de equipos de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcalay, R. (1999). La comunicación para la salud como disciplina en las universidades estadounidenses. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 5(3), 192-196.
- Cabrera, T. (2016). ¿Comunicación y salud o comunicación para la enfermedad? Vigencia del paradigma funcionalista. *Revista Mexicana de Comunicación*. Recuperado de <http://mexicanadecomunicacion.com.mx/rmc/?s=comunicaci%C3%B3n+y+salud>
- Córdoba-Palacio, R. (2008). Génesis y esencia de la medicina. *Persona y Bioética*, 12(2), 108-117.
- Cuberli, Milca; Casas, Laura y Demonte, Flavia (2005). «La Comunicación en el ámbito de la salud: Perspectivas para repensarla». *Salud y Población*, nº 4, pp. 45-48.
- David, J. (2008). *Análisis de la estructura narrativa de los filmes de animación digital producidos por la alianza Disney y Pixar*. Universidad de Manizales, Colombia.
- Dirección General de Promoción de la Salud. (2010). *Manual de mercadotecnia social en salud*. Secretaría de Salud. https://www.uv.mx/cendhiu/files/2018/02/Manual_Mercadotecnia.pdf
- Emmerson, S. (2018, marzo 13). *Great Examples of Multiplatform Storytelling*. Echo Storytelling Agency. <https://www.echostories.com/great-examples-multiplatform-storytelling/>
- Free Range. (2012). *Winning the Story Wars—The Hero's Journey*. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=RPKzF2tFgfs>
- Garrocho, C., & Segura, G. (2012). La pertinencia social y la investigación científica en la universidad pública mexicana. *Ciencia Ergo Sum*, 19, 24-34.
- Gavidia Catalán, V., & Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, (26), 161-175. <https://doi.org/10.7203/dces.26.1935>
- González, A., & Bañuelos, D. (2013). La comunicación en salud: un campo en construcción en México y América Latina. Recuento y reseña de productos finales recientes elaborados. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação Em Saúde*, 6(4).
- González Domínguez, C., Guadarrama Rico, L. A., & Montaña Galindo, J. M. (2019). Las ciencias de la comunicación: Una problematización de su cons-

- trucción. En *Objetos comunicacionales. Aproximaciones desde la interdisciplinariedad* (pp. 17-45). Tintable.
- González Gartland, G. (2019). Cuaderno de trabajo. *Comunicación en salud: Conceptos y herramientas*. Ediciones UNGS.
- Habermas, J. (2011). *Teoría de la acción comunicativa: Complementos y estudios previos*. Cátedra.
- Kotler, P., Zaltman, G. (1971). Social Marketing: An Approach to Planned Social Change. *Journal of Marketing*, 36, 3-12.
- Kreps, G., Bonaguro, E., & Query, J. (1998). The history and development of the field of health communication. In *Health Communication Research: Guide to Developments and Directions* (pp. 1-15). Connecticut: Greenwood Press. Disponible en http://www.russcomm.ru/eng/rca_biblio/k/kreps.shtml
- Lasswell, H. D. (1948). *The Structure and Function of Communication in Society*. Harper & Bros. <http://www.irfanerdogan.com/dergiweb2008/24/12.pdf>
- Lorenzo, M. (2011). Guía para realizar el análisis de la estructura narrativa de un largometraje animado. Universitat Politècnica de València. Recuperado de https://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/13613/M_Lorenzo_art_1.pdf?sequence=1
- Mosquera, M. (2003). *Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias*. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de http://www.portalcomunicacion.com/obregon/pdf/Mosquera_2003.pdf
- Nixon, R. (1963). *Investigaciones sobre la comunicación colectiva*. Ediciones CIESPAL.
- Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud. (2007). *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud* (OPS/OMS). OPS.
- Reyna, L. (2015). *Imagen y Salud Pública. Construcción institucional de la imagen gráfica de comunicación en salud en México*. Universidad Autónoma del Estado de Morelos.
- University of New South Wales. (2020). Key points to remember from this lesson [Educativo]. *Transmedia Storytelling: Narrative worlds, emerging technologies, and global audiences*. <https://www.coursera.org/learn/transmedia-storytelling/home/welcome>.

CAPÍTULO 5

La educación nutricional en el contexto comunitario

Hugo Alejandro Panting Villalobos y Fabiola Pinzón Moguel

Aunque el término «educación nutricional» se ha empleado desde hace varios años (Achterberg, 1988), este se consolidó en el año 2008 y fue adoptado por la (Food and Agriculture Organization), que lo define como «cualquier combinación de estrategias educativas, acompañadas de apoyos ambientales, diseñadas para facilitar la adopción voluntaria de opciones de alimentos y otros comportamientos relacionados con la alimentación y la nutrición que conduzcan a la salud y el bienestar» (Contento, 2008; Food And Agriculture Organization, 2011). Actualmente, es reconocida como un elemento fundamental en la seguridad alimentaria, la nutrición comunitaria y las intervenciones en salud (Food And Agriculture Organization, 2013).

En nuestro días, existen múltiples programas e intervenciones orientados a mejorar el estado de nutrición de la población. Por ello, cada vez hay más profesionales de la salud que trabajan en la planificación, implementación y evaluación de las intervenciones que contemplan acciones en materia de educación en nutrición con la finalidad de alcanzar el bienestar de las comunidades (Fautsch Macías *et al.*, 2014).

ANTECEDENTES DE LA EDUCACIÓN NUTRICIONAL EN MÉXICO

Respecto a iniciativas previas en la materia, en México existen antecedentes de programas nacionales estratégicos asociados a nutrición; sin embargo, la mayoría de ellos contemplaban como eje central el subsidio alimentario y la entrega de suplementos. El enfoque hacia la educación nutricional para la formación de nuevos hábitos de alimentación comenzó en 1975 mediante los programas y políticas conocidos como «Sistema Nacional para el Programa de Apoyo al Comercio Ejidal» (PACE), «Desarrollo Integral de la Familia» (DIF) y el «Sistema Alimentario Mexicano». La dirección de planes de educación nutricional continuó con el programa mexicano conocido como «Programa de Educación, Salud y Nutrición» (Progresá). Cabe señalar que esta línea continuó en programas sucesores (Barquera *et al.*, 2001).

Entre las acciones y estrategias que se han ejecutado en este último programa, se encuentra la emisión, información y capacitación en materia de salud, nutrición e higiene para la participación activa de la comunidad y el fomento de una cultura de autocuidado de la salud con énfasis en los siguientes aspectos:

- Utilización de los alimentos disponibles de la región en favor de una mejor alimentación de lactantes y preescolares, así como de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia;
- reforzamiento e introducción de los hábitos tradicionales favorables para la alimentación familiar;
- realización de preparaciones y las comidas de acuerdo con la disponibilidad estacional de los alimentos, platillos regionales y preferencias de la comunidad y
- manejo en forma higiénica de los alimentos.

Para la modalidad de educación para la salud durante las consultas médicas, el equipo de salud aprovecha la asistencia periódica a la unidad de salud de todos los miembros de la familia para reforzar los mensajes educativos relacionados con el motivo de la consulta, así como dar recomendaciones específicas para promover el autocuidado de su salud (Acuerdo que establece las Reglas de Operación del Programa de Educación, Salud y Alimentación, Progres, 2000).

En el año 2010 se emitieron las reglas de operación del programa «Oportunidades», cuyo objetivo era «contribuir a la ruptura del ciclo intergeneracional de la pobreza, favoreciendo el desarrollo de las capacidades en educación, salud y nutrición de las familias beneficiarias del programa». La educación nutricional dentro de este programa se centró en dos acciones fundamentales, consistentes en «promover la mejor nutrición de la población beneficiaria, en especial para prevenir y atender la desnutrición de los niños desde la etapa de gestación y de las mujeres embarazadas y en lactancia, a través de la vigilancia y el monitoreo de la nutrición de los niños menores de cinco años, de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, así como control de los casos de desnutrición» y «fomentar y mejorar el autocuidado de la salud de las familias beneficiarias y de la comunidad mediante la comunicación educativa en salud, priorizando la educación alimentaria nutricional, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades».

Para la ejecución de dichas acciones, se trabajó a nivel de centros de salud, donde se realizó una vigilancia sistemática del crecimiento y desarrollo infantil para la corroboración de cambios en sus estado de nutrición; se informaba a los padres de familia sobre dicho estado y se otorgaba asesoría nutricional a los padres sobre el uso de la suplementación aportada.

De igual forma, se ejecutaron acciones de promoción de la salud con enfoque en el autocuidado, dando orientación y consejería a la población beneficiaria del programa. También se emitieron mensajes de salud y nutrición a nivel colectivo. Para el trabajo grupal se hicieron talleres sobre el autocuidado de la salud, cuyas temáticas variaban en función de las necesidades en salud y nutrición

definidas por las autoridades locales (Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, 2011).

En el año 2014, se desarrolló un nuevo programa denominado «Prospera», el cual preservó algunas de las acciones definidas en acuerdos previos, tales como la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Sin embargo, añadió otros componentes en materia alimentaria enfocada en la proporción de alimentos a familias y en la aceleración en la producción de alimentos (Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación de Prospera, Programa de Inclusión Social, para el ejercicio fiscal 2015, 2015).

Esta línea de programas de nivel federal se ejecutó hasta el término del año 2018, y se reemplazó posteriormente por una política enfocada en el otorgamiento de apoyo monetario directo para estudiantes desde la educación inicial hasta la universidad mediante un programa de becas y apoyos.

RESULTADOS DE LOS PROGRAMAS CON ENFOQUE EN EDUCACIÓN NUTRICIONAL

Respecto a la nutrición infantil, el periodo del que se ha documentado un mayor impacto fue entre 1999 y 2006, en el que una de las diferencias más radicales, en comparación con políticas previas, fue que, además de la suplementación, se establecieron acciones enfocadas en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, donde se integra la educación nutricional.

Cabe señalar que la población infantil con mayores beneficios fue la perteneciente a hogares del nivel socioeconómico más bajo. Esto debido a que la desnutrición infantil crónica se redujo de 48.5% a 30.8%, logrando reducirse 17.6% en un periodo de siete años, equivalentes a 2.5 puntos porcentuales anuales. Si bien esto demuestra que hubo un impacto positivo, es importante señalar que el avance a partir de este punto fue notoriamente más lento. Por ejemplo, del 2006 al 2012 solo se redujo la tasa en 0.86% anual. Respecto a la obesidad, el impacto de estos programas fue limitado. Por ejemplo, en jóvenes de 15 a 21 años no se observaron resultados sensibles con respecto a la probabilidad de desarrollar sobrepeso y obesidad en varones, mientras que en mujeres fue mínimo con tendencia a la baja (Hernández Licona *et al.*, 2019).

En adultos se tuvo un efecto similar. Sin embargo, es importante mencionar que las estrategias implementadas por estos programas se centraban primordialmente en niños menores de 5 años, mujeres embarazadas, en periodo de lactancia y adultos mayores (Acuerdo que establece las Reglas de Operación del Programa de Educación, Salud y Alimentación, Progresá, 2000).

Actualmente, como medida de combate a las problemáticas de tipo nutricional, se han reemplazado los programas previos por una iniciativa enfocada en la aportación económica directa, como una medida que permita a las familias

mexicanas adquirir alimentos y mejorar su estado de salud. Aun cuando estas políticas representan la actualidad en México, es importante señalar que este enfoque se ha dado antes, y en los resultados obtenidos se observó que incluso cuando la población blanco eran las familias de escasos recursos que recibían transferencias de ingreso puras como apoyo, estas tenían un impacto nutricional más bien limitado, principalmente porque no se complementaban otras estrategias en salud, como atención primaria o educación nutricional, lo que a su vez hacía que la atención no se enfocara adecuadamente en las necesidades específicas de los miembros que integraban el hogar (Hernández Licona *et al.*, 2019).

LA EDUCACIÓN NUTRICIONAL COMO COMPONENTE CLAVE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)

En 1996, en la Cumbre sobre Alimentación en el Mundo, se estableció el consumo de alimentos inocuos, saludables y variados como una necesidad social y como una condición previa a la promoción de la salud, lo que contribuye a la reducción de la morbilidad y mortalidad asociada a la malnutrición por deficiencia y por exceso. Hasta este punto, la educación en salud se centraba en el individuo, fundamentalmente en la adquisición de conocimientos por parte del consumidor, con la esperanza de que lograra una adopción de hábitos saludables, pero empleando contenidos que culpabilizaban al individuo de sus hábitos de alimentación (Beltrán de Miguel *et al.*, 2012).

Actualmente, la promoción de la salud busca facilitar en la población la toma de decisiones para llevar a la práctica acciones en beneficio de la salud. Para ello se busca lograr el empoderamiento de la comunidad para enfrentarse a las principales problemáticas en materia de salud, entre las cuales se encuentran las de origen alimentario (Beltrán de Miguel *et al.*, 2012).

Cuando se ejecutan acciones en materia de Atención Primaria de Salud, es fundamental considerar las medidas de alimentación y nutrición, las cuales, a su vez, deberán estar alineadas a las políticas públicas que hagan referencia a la materia. Estas políticas pueden ser potencializadas a través del establecimiento de estrategias de vigilancia epidemiológica, donde se podrán adecuar las acciones a las necesidades específicas de la población. Es importante considerar que estas acciones pueden contemplar diversos ejes, como la prevención del sobrepeso y la obesidad, así como la prevención de las carencias de origen nutricional (Bortolini *et al.*, 2020).

Cada vez existe mayor evidencia acerca del impacto de la promoción de la salud en la adquisición de hábitos de vida saludables y de la forma en que esto conduce a ganancias en salud, que generan un coste mucho más bajo que el propio tratamiento médico en los grupos considerados de alto riesgo, así como de las enfermedades asociadas (Castilla Romero *et al.*, 2005).

Desde luego, es indispensable considerar que todas las medidas de atención y prevención a la población deberán darse bajo un enfoque interdisciplinario, puesto que solo de esta forma se logrará un verdadero impacto social que permita cambiar el panorama de salud actual (Reyna Martínez & Campos Rivera, 2019).

Algunas de las acciones en Atención Primaria asociadas a nutrición son:

- Vigilancia alimentaria y nutricional. En este punto se consideran factores como la vigilancia epidemiológica continua, donde se pretende predecir cambios en las condiciones alimentarias y en aquellos factores que las determinan. Solo de este modo es posible la planificación de acciones que permitan prevenir y solventar las principales problemáticas de alimentación y nutrición (Bortolini *et al.*, 2020).
- Promoción de una alimentación adecuada y saludable. La promoción de buenas prácticas de alimentación representa uno de los componentes donde el proceso educativo es clave. Esta práctica debe basarse en estrategias que involucren a las personas en un nivel individual y colectivo. Cuando estas estrategias son diseñadas, deben contemplarse los factores biológicos y socioculturales que definen a la población sobre la cual se desea intervenir. También es fundamental considerar que el equipo de atención primaria debe estar siempre capacitado y preparado para realizar una adecuada promoción que logre un impacto sensible en la población (Bortolini *et al.*, 2020). Existe abundante evidencia sobre la eficacia de las intervenciones en materia dietética y donde se implementan rutinas de actividad física en personas con factores de riesgo para el desarrollo de diversas enfermedades crónicas no transmisibles y de su efectividad como prevención secundaria cuando las personas ya han desarrollado la enfermedad (Castilla Romero *et al.*, 2005).
- Prevención de las carencias nutricionales. Aún cuando en México se habla mucho de sobrepeso y obesidad, dada su alta prevalencia, la realidad es que se vive una doble carga de malnutrición. Esto debido a que en nuestro país seguimos enfrentándonos a problemáticas como la desnutrición crónica en niños menores de 5 años (13.6%), expresada en una talla baja para la edad (Shamah Levy *et al.*, 2015).

Como se mencionó previamente, algunas de las estrategias implementadas en atención primaria hasta hace algunos años era la entrega de suplementos alimenticios. Sin embargo, para que estas medidas den un resultado positivo, es necesario que se complementen con estrategias para la educación nutricional en el marco de la educación para la salud. El empleo de medidas de promoción de la salud efectivas permitirá reducir estos índices en los próximos años.

Las estrategias empleadas en el manejo del sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) pueden darse en distintos niveles, que van desde las consultas a nivel individual, las cuales deberán ser planificadas y controladas por un equipo interdisciplinario, hasta la ejecución de estrategias de prevención y promoción a grupos de individuos. En caso de ser necesario, se pueden implementar también visitas a domicilio. Para dichas estrategias se deberá involucrar a la población usuaria, de forma que esta adquiera un rol dentro del proceso, donde no solo sea receptora de información sino parte de un proceso complejo de aprendizaje y aplicación del conocimiento adquirido.

Respecto a la efectividad de las intervenciones en materia de nutrición, se sabe que la consejería dietética permite modificar la conducta alimentaria y mejorar los patrones de alimentación de la población. Para ello basta con otorgar una orientación breve. Esta orientación puede convertirse en una herramienta efectiva en la prevención y manejo de enfermedades como diabetes mellitus, hipertensión, sobrepeso y obesidad. Por ejemplo, en un estudio piloto para evaluar la efectividad de intervenciones en nutrición en pacientes con hipertensión arterial sistémica (HAS) se encontró que cuando se aplica un programa de educación en nutrición, en conjunto con una dieta modificada para pacientes con HAS, se logra una reducción sensible en las cifras de presión arterial, donde el grupo de estudio tuvo un mayor nivel de actividad física y un incremento en el conocimiento para el control de la hipertensión (Méndez Montes, 2015).

En concordancia, Rivera *et al.* (2007) establece que las estrategias deben enfocarse en aspectos alimentarios cotidianos, ya que son estos los que llaman en mayor medida la atención de la comunidad; asimismo, deben establecerse bases firmes y evitar contradicciones en las recomendaciones, que pudiesen generar confusión en las medidas y hábitos a adoptar. Si bien estos puntos pudiesen parecer lógicos, la realidad es que las intervenciones en nutrición no siempre se han dado bajo dicha lógica, es decir, anteriormente las recomendaciones nutricionales se basaban en estrategias restrictivas, prohibían de forma absoluta el consumo de ciertos alimentos y recomendaban alimentos que no eran accesibles para la población diana o que no eran culturalmente aceptables para ellos, lo cual obstaculizaba el alcance de las metas definidas en estas intervenciones.

FUNDAMENTOS PARA LA INTERVENCIÓN NUTRICIONAL EN LA COMUNIDAD

La adecuada nutrición juega un papel importante en la salud de los individuos en las distintas etapas de la vida y favorece el óptimo desempeño físico e intelectual (Coneval, 2010).

En todo el mundo se presenta un aumento significativo de los problemas relacionados con una mala alimentación, que da como resultado una alta prevalen-

cia de sobrepeso y obesidad derivada de una dieta hipercalórica y poco equilibrada; sin embargo, también se presenta una alta prevalencia de desnutrición, deficiencia de vitaminas y minerales relacionadas con un régimen alimentario deficiente en términos de energía y nutrientes esenciales, que afectan su desarrollo físico y mental, e incluso puede provocar la muerte. A esta problemática se le atribuye el término de doble carga de malnutrición (Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2011).

Para poder combatir la mala alimentación, es imprescindible que todo individuo tenga acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida activa y sana (Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2010); sin embargo, se ha demostrado que la seguridad alimentaria requiere un trabajo coordinado con todos los países, y sus resultados no son inmediatos. La educación nutricional se ha vuelto una opción alternativa para mejorar el estado nutricional de los individuos, al enseñar a alimentarse de acuerdo con las necesidades particulares. La educación es uno de los beneficios más importantes que se le puede dar a un individuo, ya que rompe barreras y limitantes y facilita la comprensión de muchos temas.

Importancia de la educación nutricional

La educación nutricional es una estrategia preventiva que ha resultado favorable para las comunidades de México. Actualmente, se reconoce su importancia como sensibilizador de las repercusiones que pueden presentarse en caso de seguir una mala alimentación. En los documentos elaborados por la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición organizada por la Food and Agriculture Organization of the United Nations y la Organización Mundial de la Salud (Roma, 2014) se certifica la vital importancia de la comunicación y educación en la promoción de la salud, los estilos de vida saludables y la prevención de las enfermedades relacionadas con malos hábitos saludables y alimentarios, producida por una ingestión desequilibrada de los alimentos.

De acuerdo con la Food and Agriculture Organization of the United Nations (2011), los beneficios de brindar educación alimentaria a las comunidades son los siguientes:

- Mejora el comportamiento dietético. Ayuda a entender las razones por las cuales se brindan las recomendaciones; crea conciencia y un mayor interés relacionados con una buena alimentación en la elección de los alimentos durante la compra, la preparación e inocuidad de los alimentos.
- Mejora el estado nutricional. Este punto tiene relación con el primero, al crear conciencia y mejorar el comportamiento dietético; por ejemplo, la disminución en el consumo de bebidas gasificadas mejora el estado nutricional de la persona de manera significativa.

- Genera una educación nutricional transgeneracional. Aporta hábitos y conocimientos que pasarán de generación en generación; sin embargo, estos efectos son a largo plazo.
- Rompe paradigmas. La educación nutricional aporta conocimientos necesarios para discernir entre los mitos y las realidades.
- Favorece una alimentación saludable los primeros mil días de vida. Brinda orientación alimentaria para asegurar una alimentación saludable para los infantes. Los temas que más destacan por su importancia son lactancia materna exclusiva, lactancia materna y alimentación complementaria.
- Disminuye las enfermedades de transmisión alimentaria. Se imparten temas relacionados con la higiene de los alimentos.

Actualmente, muchos países han replanteado sus políticas en temas de salud y han propuesto reorientar el gasto público para priorizarlo en acciones preventivas; sin embargo, estos cambios no se han llevado a cabo, por lo que es necesario fomentar un cambio de mentalidad entre los trabajadores del área de la salud para realizar acciones de prevención primaria orientadas al primer nivel de atención (Rivera Barragán, 2007).

La desigualdad de oportunidades y la pobreza conllevan a la desnutrición, sobrepeso u obesidad, por lo que esta población se ha vuelto objetivo y prioridad en la creación de programas destinados a subsanar el estado de nutrición. Debido a sus limitados recursos financieros, es indispensable darle prioridad de este grupo vulnerable, ya que parte de una situación de desventaja social que determina sus posibilidades de desarrollo y bienestar (Sosa Sánchez, 2011).

El aumento de sobrepeso y obesidad se relacionan con una transición nutricional que modifica los estilos de vida, como consecuencia de la urbanización. La creación de políticas relacionadas con la educación alimentaria, la regulación de los comercios, así como la producción primaria de los alimentos, para modificar los estilos de vida y adquirir hábitos alimentarios saludables para la población, es de gran importancia (Sosa Sánchez, 2011), por lo que la educación alimentaria se ha vuelto parte importante para prevenir muchos problemas relacionados con una mala alimentación en todos los grupos de edad, nivel socio-económico y región en la que habitan.

La Food and Agriculture Organization of the United Nations (2011), en materia de educación nutricional, presta atención en 10 principios básicos:

- Para lograr un efecto positivo en la población, la seguridad alimentaria debe ir de la mano de la seguridad nutricional.

- Es importante aprender nuevos planteamientos y nuevas prácticas en relación con la seguridad nutricional.
- Priorizar el tema de los alimentos para tener en cuenta la cadena alimentaria desde la producción de la materia prima hasta su consumo.
- Es indispensable la investigación, seguimiento y evaluación bajo el control y responsabilidad de las familias y comunidades, y no solo de los investigadores expertos en el tema, ya que la educación nutricional nos lleva a muchas preguntas y dudas.
- Los integrantes de las familias son las responsables de adquirir hábitos alimentarios saludables y son los responsables hacerse cargo de su propia nutrición.
- Los alimentos y la dieta están influenciados por los medios de comunicación, que inciden en los hábitos alimentarios.
- Lleva tiempo y retos la modificación de los hábitos alimentarios.
- La educación nutricional conlleva un proceso de averiguar, deliberar, resolver problemas o dudas, llevar a la práctica y brindar apoyo para lograr las metas.
- Es importante ser constantes.
- Se debe impulsar la impartición de educación nutricional en todos los sistemas.

Equipo de trabajo encargado de la intervención nutricional en la comunidad

Es importante contar con un equipo de trabajo encargado de la educación nutricional de la comunidad. Los aspectos que influyen en el estado nutricional de la comunidad o de un individuo son numerosos, por lo que es necesario contar con un equipo de trabajo efectivo.

La coordinación del equipo de trabajo fundamentalmente debe ser responsabilidad de un médico nutricionista, especialista en Salud Pública. El equipo de trabajo deberá estar conformado permanentemente hasta la conclusión del proyecto o, en su defecto, en calidad de asesores por los siguientes profesionales (Aranceta Bartrina *et al.*, 2006):

- Médico nutricionista. Será responsable de la coordinación del grupo de trabajo.

- Nutriólogos. Personal clave que trabajará directamente con la comunidad. Apoya al diseño, control e implementación de protocolos dietéticos y de educación nutricional.
- Médico. Brindará apoyo al equipo de trabajo; realizará funciones de exploración clínica y valoración de signos físicos para la recolección de información sobre la valoración del estado nutricional de la comunidad.
- Trabajadores sociales. Son los encargados de los proyectos con colectivos marginados y de desigualdad social con población dirigida a ancianos, discapacitados, entre otros.
- Sociólogos. Tiene una participación importante para explicar las causas de los fenómenos sociales y la relación con la ingesta de los alimentos y la salud de la comunidad.
- Psicólogo. La conducta alimentaria está relacionada con los sentimientos y la personalidad de cada individuo, así como de la comunidad. Son los expertos en trastornos de la conducta alimentaria.
- Farmacéuticos. Con especialidad en alimentación, brindarán apoyo complementario para la implementación de estrategias de educación alimentaria.
- Enfermeros. Colaborarán en las etapas de recogida de datos y valoración del estado nutricional de la comunidad e implementación de las estrategias de educación nutricional.
- Estadístico. Brindará apoyo en el análisis y síntesis de la información recopilada.
- Agrónomo. Apoya en el conocimiento del impacto de los procesos productivos de la agricultura para realizar mejoras en la calidad nutricia y seguridad alimentaria.
- Veterinarios. Encargados de trabajos de higiene y seguridad alimentaria.
- Personal administrativo. Apoyan en las diversas tareas de la educación nutricional por su gran proyección externa y trato directo con la comunidad.

El personal será determinado de acuerdo con las necesidades de cada comunidad, pero la decisión será tomada por parte del profesional de la nutrición a cargo de programa.

De acuerdo con los perfiles profesionales descritos previamente, es evidente la necesidad de conformar grupos interdisciplinarios para la planificación, implementación y evaluación de las intervenciones con enfoque en educación nutricional en la población, pues solo de esta forma se puede contar con la visión adecuada para el logro de los objetivos predefinidos.

ESTRATEGIAS PARA LA EDUCACIÓN NUTRICIONAL EN LA COMUNIDAD

La necesidad de la educación nutricional se ha hecho manifiesta por el derecho a la alimentación. La población requiere información, así como capacitación para hacer conciencia de los derechos en materia de alimentación y hacerse partícipe en la toma de decisiones, consiente de su relación con los alimentos (Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2011).

La educación en la alimentación y nutrición en las comunidades tiene como propósito coadyuvar a la seguridad alimentaria y brindar herramientas para promover la capacidad de seleccionar mejor los alimentos con los que cuente la comunidad para satisfacer sus necesidades nutricias (Food and Agriculture Organization of the United Nations, 1995).

Existen diversas estrategias encargadas de informar al consumidor y capacitar a la población para una mejor toma de decisiones que contribuyan a adoptar hábitos saludables en relación con la alimentación. Las siguientes intervenciones son un ejemplo de información al consumidor (Aranceta Bartrina, 2013):

- Formación completa y adecuada en temas de nutrición de los profesionales sanitarios. Contemplar la formación nutricional del personal sanitario: médicos, enfermeras y farmacéuticos que tienen amplio contacto con la población, con énfasis en la formación apropiada y sensibilizar al personal sobre la importancia de la nutrición y alimentación adecuada.
- Educación nutricional. Es una herramienta necesaria para la modificación de los hábitos alimentarios. Debe favorecer los programas de educación nutricional por parte de las políticas nutricionales en diversos medios y contemplar las vías necesarias para garantizar que los proyectos se lleven a cabo.
- Etiquetado nutricional de los productos. La regulación de la información de los productos alimenticios aporta al consumidor la oportunidad de elegir con mayor criterio sus alimentos. Hoy en día, la normativa ha cambiado de tal manera que la información plasmada en el etiquetado nutricional sea veraz y no esté encaminada a confundir al consumidor con publicidad engañosa; de igual forma, el formato debe ser claro y comprensible para la población.

- Publicidad alimentaria. La educación nutricional está complementada con las técnicas de marketing con la finalidad de hacer conciencia y sensibilizar a la comunidad sobre los alimentos adecuados para una vida saludable. Esta publicidad contiene mensajes claros y sencillos de manera que impacte a la población.

Para tener éxito en la educación nutricional, es necesario establecer estrategias para combatir cada uno de los problemas de malnutrición. Las estrategias para la educación nutricional han pasado a primer plano; aportan beneficios para lograr las metas; realizan la formulación, ejecución y evaluación de proyectos alimentarios y nutricionales en las comunidades.

La Food and Agriculture Organization of the United Nations (1995) describe las etapas del manejo de los proyectos:

- Diagnóstico de la situación alimentaria y nutricional de la comunidad. Se recolecta la información de los factores que afectan la disponibilidad de los alimentos, su consumo y la manera en que se preparan los alimentos en la comunidad en la que se trabaja. Este debe ser el primer paso para iniciar un proyecto de educación nutricional en la comunidad, y los datos deben recolectarse en coordinación y cooperación con la comunidad, creando un lazo de confianza.

Las preguntas claves para obtener la información son:

- ¿Cuáles son los problemas relacionados con la alimentación y nutrición que afectan a la comunidad?
- ¿Cuál es el grupo etario que más afectaciones presenta?
- ¿Cuáles son las razones por la que se presentan las problemáticas alimentario-nutricias?
- ¿Cómo se organizan en la comunidad y quién es el jefe o jefes?
- ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades en la resolución de los problemas encontrados?
- ¿La comunidad conoce que los hábitos que mantienen arraigados y que han afectado su estado de salud son un problema importante y que pueden o deben solucionarlos?

Obtener la información nos permitirá comprender la situación de la comunidad y distinguir sus problemáticas sobre su alimentación y nutricional actual. Recabar la información a base de preguntas ayuda a prevenir la duplicidad de la

información para obtener un análisis más claro de los obstáculos que se deben combatir. Las preguntas de campo pueden variar, según la utilidad de la información obtenida, los fines de interés y para evitar prologar las entrevistas sin obtener beneficio de las respuestas.

No contar con información para analizar y realizar un diagnóstico previo al proyecto de educación nutricional conlleva a numerosas consecuencias irreparables, como el mal manejo del recurso financiero que con mucho trabajo se llega a conseguir, se emplea al personal de forma inadecuada, se prolongan los problemas en la comunidad y, por ende, se demora la solución de los problemas y ejecutan proyectos sin pertinencia ni oportunidad de lograr mejoras a la comunidad.

- Formulación de objetivos para el proyecto de educación nutricional. Se debe debatir los problemas alimentarios y nutricionales en coordinación con la comunidad y llevar a cabo la toma de decisiones para la resolución de los problemas encontrados, así como debatir la manera ideal para su resolución. El establecimiento de objetivos se realizará por parte del profesional a cargo del proyecto, por su amplia experiencia en temas de educación nutricional, quien determinará el tiempo para lograr los objetivos, tomando en cuenta el recurso financiero.

Los objetivos deben cumplir con ciertas características como se menciona a continuación:

- Ser preciso y claro. Mencionar las actividades que se realizarán durante el proyecto y ser precisos en las características de la comunidad en la que se presente el problema y se desee resolver.
- Delimitar el tiempo. Especificar el tiempo en el que se alcanzarán los resultados o metas.
- Ser realista. Tener en cuenta los resultados que se van a poder alcanzar en el tiempo estipulado, considerando los recursos con los que cuente el proyecto (financiero, humano y material).
- Mensurable. Ratificar que los resultados sean observables, se puedan medir y comparar.

Si no se formulan correctamente los objetivos, puede haber consecuencias que afecten por completo el proyecto de educación nutricional. Las consecuencias más comunes son que no se puedan medir los resultados; el recurso financiero podría llegar a ser insuficiente para la realización de las todas las actividades; se puede perder la confianza de la comunidad al crearse expectativas que no se puedan cumplir. Sin embargo, formular bien los objetivos nos permite discernir claramente lo planificado para elaborar un plan de trabajo más claro con respecto a sus actividades para lograr los objetivos.

1. Elaboración del plan de trabajo. Se realiza la descripción de las actividades que se van a ejecutar con la finalidad de alcanzar los objetivos del proyecto. Se especifican los recursos con los que se cuenta: recurso humano, recurso material y tiempo para el logro de los objetivos.

Es importante definir las actividades que se van a realizar para el proyecto de educación nutricional por objetivo formulado, estimando los recursos financieros, humanos y materiales, registrando los movimientos que se realicen para su buen control y manejo. Estas actividades deben ir implícitas a manera de cronograma.

La comunidad debe tener en cuenta que un plan de trabajo puede ser flexible y se irá moldeando de acuerdo con las circunstancias. Es común que en los proyectos de educación nutricional surjan imprevistos, por lo que será necesario estar preparados para modificar el plan de trabajo y aprovechar en todo momento de las oportunidades que se presenten durante el proyecto.

2. Ejecución del plan de trabajo. Toda la comunidad debe estar inmersa en la ejecución del proyecto. Debe conocer previamente las actividades que se realizarán por etapa. Este punto debe ser un trabajo coordinado con las organizaciones locales, en el que también se identifiquen y analicen los efectos que no se esperen en el proyecto para llevar a cabo las modificaciones necesarias.

Una vez definidas las actividades para lograr los objetivos formulados, será necesario organizar al equipo de trabajo, tomando en cuenta las siguientes preguntas: cómo, dónde, cuándo se llevarán a cabo las actividades y quién o quiénes serán los responsables de las actividades definidas.

El responsable del proyecto será el encargado de la administración y supervisión del personal que apoyará en las actividades de campo. Las funciones que llevará a cabo el personal son:

- Definir los grupos de familias dentro de la comunidad para que cada profesional tenga bien definida su área de trabajo.
- Delimitar las funciones que cada profesional llevará a cabo durante el proyecto.
- Alistar y capacitar al personal que apoyará en el proyecto de educación nutricional, con una capacitación previa para cumplir con las funciones encomendadas.
- Es indispensable cumplir con los horarios establecidos de trabajo.
- Supervisar que se cumplan las actividades programadas en el cronograma a fin de cumplir con los objetivos.

- Administrar correctamente el recurso financiero, de tal manera que se presenten los informes pertinentes a las instancias correspondientes.

Las actividades son de gran importancia para la ejecución del plan de trabajo, por lo que es indispensable contar con la figura de responsable del proyecto, en quien debe destacar su experiencia y perfil para asegurar su éxito.

- Evaluación del proyecto de alimentación y nutrición en comunidades. Se define si los objetivos para el proyecto de educación nutricional fueron alcanzados en referencia al impacto, eficacia y eficiencia. Conocer si las actividades se realizaron según lo estipulado o si el proyecto presentó alguna modificación en el recurso financiero. Es importante que en todo momento la comunidad sea partícipe del proyecto para lograr los objetivos, arraigar los resultados y crear un ambiente de inclusión.

Los proyectos de educación nutricional se pueden realizar a corto o largo plazo, lo que se define de acuerdo con la necesidad de la comunidad, objetivos y recursos. A pesar del tiempo que implique la ejecución del proyecto, es importante tener en cuenta que los resultados no siempre son inmediatos.

Evaluar un proyecto implica elaborar un análisis crítico, sistemático y objetivo de los resultados obtenidos en relación con los objetivos formulados, las estrategias que se implementaron, así como los recursos con los que contó el proyecto.

Con la evaluación se espera detallar las razones de los resultados y rendimiento. En ella se compararán lo que se quería realizar antes de la ejecución del proyecto con respecto a la ejecución final.

La evaluación se puede llevar a cabo en diferentes etapas del proyecto. Los tipos de evaluación se diferencian de acuerdo con el tiempo en el que se realizan:

- Evaluación en curso. Analiza la validez, eficiencia y efectividad de las actividades que se realizan durante el proyecto. Sirve de apoyo para realizar modificaciones a los objetivos.
- Evaluación terminal. Se realiza poco antes de terminar el proyecto de educación nutricional. Analiza las actividades y resultados. En este punto se toman decisiones sobre futuras acciones.
- Evaluación *a posteriori*. Se lleva a cabo años después de la conclusión del proyecto, esperando tener el resultado deseado por parte de la comunidad.

Para que la educación nutricional resulte eficaz, es necesario contar con conocimientos y experiencias de los temas orientados para que la población adopte nuevos hábitos alimentarios. La Food and Agriculture Organization of the Uni-

ted Nations menciona algunas estrategias satisfactorias que se han repetido en diversas ocasiones (2011):

- La experiencia en relación con la práctica.
- La elaboración de los diversos tipos de modelo.
- El aprendizaje que se lleva a cabo con el paso del tiempo y que se basa en la experiencia del ensayo y error.
- El tiempo en el que se ejecutan los proyectos para la educación nutricional.
- La participación con la comunidad, la apertura al diálogo y debates.
- Los diversos medios de comunicación y actividades que se realizan.
- El trabajo en equipo en colaboración con los sectores.

Para favorecer las acciones de educación nutricional, el equipo de trabajo gestiona los proyectos con diversos sistemas (Aranceta Bartrina *et al.*, 2006):

- Sistema político. Todas las estrategias para una adecuada educación en nutrición requieren el apoyo del sistema político para su desarrollo, especialmente en el área sanitaria y de bienestar social para la obtención de recursos financieros.
- Sistema administrativo. Indispensable para la flexibilidad y adaptación de los objetivos; sin embargo, el sistema administrativo en ocasiones se torna rígido y afecta algunas actividades como la contratación temporal o recursos necesarios para alcanzar los objetivos.
- Sistema de vigilancia nutricional. Encargados de coordinar los programas de vigilancia nutricional, junto con los servicios de higiene alimentaria, inspección sanitaria y control de calidad para monitorizar el estado de nutrición de la comunidad.
- Infraestructura general de transporte y comercio de alimentos. Encargados de contemplar medidas para optimizar la distribución y seguridad alimentaria. Sus principales objetivos son mejorar la red de carreteras y comunicaciones para mejorar e incrementar la variedad, cantidad y calidad de los alimentos, acompañadas en algunas ocasiones de subvenciones económicas.
- Sistema legal. Es indispensable una cobertura y soporte legal para asegurar la continuidad de las estrategias y consolidar la implementación de la educación nutricional.

- Sistema sanitario. Debido a las implicaciones de la educación nutricional, es necesaria una estrategia de intervención para mejorar los ámbitos sanitarios y políticos. Es necesaria la creación de sistemas de información para monitorear la evolución de las estrategias y alcanzar datos de interés.

Tal como se observa en los puntos previos, es indispensable realizar un trabajo coordinado entre los diferentes sistemas a fin de obtener los recursos necesarios (materiales, humanos, jurídicos y financieros) para el logro de las metas establecidas en las intervenciones que se deseen ejecutar a nivel comunitario.

CONSIDERACIONES FINALES

En México se han establecido, a lo largo de varios años, diversas políticas y programas que han contribuido a combatir una doble carga de malnutrición, a través de estrategias de prevención y promoción de la salud, donde la educación alimentaria tiene un rol fundamental. Estas iniciativas, a lo largo del tiempo, han tenido resultados variables con políticas muchas veces disruptivas y en otras ocasiones continuistas.

En el marco de la Atención Primaria de Salud, la nutrición se desempeña dentro del enfoque de prevención y promoción de la salud, conformando una medida que permite mejorar la salud de la población en un periodo corto de tiempo, a un costo reducido y con resultados duraderos. A través de la APS y la educación nutricional se logra alcanzar buenas prácticas en la alimentación tanto a nivel individual como colectivo, reduciendo de esta forma el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles que impacten negativamente en el bienestar de las comunidades.

No existe duda de que la educación alimentaria logra impactos sensibles en la conducta alimentaria de las familias mexicanas, aportando conocimiento y recomendaciones que pasan a través de las generaciones y logran cambios en el mediano y largo plazo. Sin embargo, a pesar de ello, es claro que aún hace falta realizar modificaciones en las estrategias que se aplican actualmente, para dar respuesta a las necesidades específicas de las comunidades, considerando aspectos socioculturales y ambientales.

Es fundamental cumplir con todos los procesos para el diseño de estrategias en educación alimentaria, toda vez que se pueden alcanzar los objetivos planteados optimizando los recursos disponibles para ello. De igual forma, es importante reiterar la importancia de que estas estrategias deberán desarrollarse con un enfoque interdisciplinario que permita la participación activa de la comunidad para lograr su empoderamiento en la toma de decisiones en beneficio de su salud.

Es importante destacar que las intervenciones en nutrición que resultan más efectivas son aquellas que combinan la educación en nutrición en conjunto con el ejercicio físico, donde se da consejo orientado a aspectos conductuales, facilitando a la población la adquisición de habilidades, motivación y apoyo que resultan indispensables para modificar los patrones de alimentación inadecuados para preservar una buena salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achterberg, C. (1988). A Perspective on Nutrition Education Research and Practice. *Journal of Nutrition Education*, 20(5), 240.
- Acuerdo que establece las Reglas de Operación del Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progesa), DOF: 15/03/2000 (2000). <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/79884/2000.pdf>
- Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades., DOF: 31/12/2010 (2011). http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5173569&fecha=31/12/2010
- Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación de Prospera. Programa de Inclusión Social, para el ejercicio fiscal 2015., DOF: 30/12/2014 (2015). http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5377725&fecha=30/12/2014
- Aranceta Bartrina, J., Pérez, R., & Serra, M. (2006). *Nutrición comunitaria*. Revista Médica Universitaria Navarra, 50(4), 7.
- Aranceta Bartrina, J. (2013). *Nutrición comunitaria (3ra Edición)*. Elsevier, Masson España, S.L.
- Barquera, S., Rivera-Dommarco, J., & Gasca García, A. (2001). Políticas y programas de alimentación y nutrición en México. *Salud Pública de México*, 43(464-477). <http://www.insp.mx/salud/index.html>
- Beltrán de Miguel, B., Carbajal Azcona, Á., Martínez Roldán, C., & Kellogg's. (2012). *Manual práctico de nutrición y salud Kellogg's: Alimentación para la prevención y el manejo de enfermedades prevalentes*. Exlibris.
- Bortolini, G. A., de Oliveira, T. F. V., da Silva, S. A., Santin, R. da C., de Medeiros, O. L., Spaniol, A. M., Pires, A. C. L., Alves, M. F. M., & Faller, L. de A. (2020). Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, 1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.39>
- Castilla Romero, M. L., Jiménez Lorente, C. P., Lama Herrera, C., Muñoz Belle-rin, J., Obando de la Corte, J., Rabat Restrepo, J. M., Rebollo Pérez, I., & Sagrista González, M. (2005). *Consejo Dietético en Atención Primaria (1.a ed.)*. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. <https://libros.metabiblioteca.org/jspui/bitstream/001/225/8/84-689-7884-1.pdf>
- Coneval (2010). *Informe de evolución histórica de la situación nutricional de la población y los programas de alimentación, nutrición y abasto en México (Primera edición)*.

- Contento, I. R. (2008). Nutrition education: Linking research, theory, and practice. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 1, 176-179.
- Fautsch Macías, Y., Glasauer, P., & Food and Agriculture Organization of the United Nations. (2014). Guidelines for assessing nutrition-related knowledge, attitudes and practices. <http://books.google.com/books?id=SJB4owU7zscC>
- Food And Agriculture Organization (2011). *La importancia de la educación nutricional*. Food And Agriculture Organization. <http://www.fao.org/ag/humannutrition/31779-02a54ce633a9507824a8e1165d4ae1d92.pdf>
- Food And Agriculture Organization (2013). *¿Qué es la educación alimentaria y nutricional?* Red de información, comunicación y educación alimentaria y nutricional para América Latina y el Caribe. <http://www.fao.org/red-icean/acerca-de-la-red-icean/que-es-la-educacion-alimentaria-y-nutricional/es/>
- Food and Agriculture Organization of the United Nations (2010). El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2010: La inseguridad alimentaria en Food & Agriculture Organization.
- Food and Agriculture Organization (1995). Manejo de proyectos de alimentación y nutrición en comunidades: Guía didáctica. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación.
- Food and Agriculture Organization of the United Nations, O. M. de la S. (2014). Segunda conferencia internacional sobre nutrición (p. 7).
- Hernández Licon, G., De la Garza Navarrete, T. P., Zamudio Chávez, J., & Yachine Arroyo, I. (2019). El Progreso-Oportunidades-Prospera, a veinte años de su creación (Primera edición). Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Libro_POP_20.pdf
- Méndez Montes, S. M. (2015). Efectividad de una intervención en nutrición en pacientes con hipertensión arterial sistémica que reciben atención primaria de salud: Resultados de un estudio piloto en la Ciudad de México. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 35, 51-58. <https://doi.org/10.12873/353mendez>
- Reyna Martínez, L. A., & Campos Rivera, M. (2019). Atención Primaria a la Salud. Comunicación, redes y experiencias de un programa universitario (1.a ed.). Universidad de Quintana Roo. <http://rasisbi.uqroo.mx/handle/20.500.12249/1974>
- Rivera Barragán, M. del R. (2007). La educación en nutrición, hacia una perspectiva social en México. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(1). <https://doi.org/10.1590/S0864-34662007000100015>

Shamah Levy, T., Amaya Castellanos, M., & Cuevas Nasu, L. (s. f.). Desnutrición y obesidad: Doble carga en México. *Revista Digital Universitaria*, 16(5). <http://www.revista.unam.mx/vol.16/num5/art34/>

Sosa Sánchez, N. S. (2011). Políticas, programas y acciones con enfoque educativo para atender la situación alimentaria en México. *XLI*, 27.

CAPÍTULO 6

La intervención de enfermería para promover cambios de comportamientos saludables en comunidades

Sheila Mariela Cohuo Cob, Didier Francisco Aké Canul y Marco Esteban Morales Rojas

INTRODUCCIÓN

La enfermería se define como «los cuidados, autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, y los cuidados de los enfermos, personas con algún tipo de discapacidad, y personas moribundas» (CIE, 2002).

Como disciplina profesional, tiene sus inicios a mediados del siglo XIX, en épocas donde la guerra era un común denominador en los países europeos. Sus orígenes se remontan al acto de cuidar a las personas heridas. Con la figura de Florence Nightingale, se da el inicio a la disciplina de enfermería. Esta mujer fue la primera teórica que describió la enfermería y la relacionó con el entorno, abordando con especial interés la observación como elemento primordial para brindar cuidados de enfermería.

Las intervenciones de enfermería han transitado desde el empirismo hasta la aplicación de modelos y teorías con el propósito de mejorar el estado de salud en individuos, familias y comunidades. En ese sentido, la profesionalización de enfermería en el ámbito comunitario sustenta su actuación en marcos teóricos que nacen de la psicología, de la fenomenología y que inclusive se han desarrollado en la propia disciplina, y otorga un rol de importancia a la función de investigación a la profesión.

Actualmente, el papel del personal de enfermería en la sociedad se vuelve especialmente relevante, pues se reconoce en esta profesión un importante agente de cambio social y sanitario, especialmente en las comunidades y las familias, ya que la visión holística atiende los principales fenómenos biopsicosociales para que no solo los beneficios se puedan apreciar y estudiar sino para que puedan permanecer en el ciclo de vida de las personas.

LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

La práctica de enfermería es una combinación de conocimientos, juicios y capacidades que permiten a la enfermera(o) llevar a cabo la prestación de cuidados

directos y evaluar sus resultados, defender a los pacientes y la salud, supervisar y delegar en otros, dirigir, gestionar, enseñar, realizar investigaciones y desarrollar una política de salud para los sistemas de atención sanitaria (CIE, 2010). En ese sentido, el ámbito de la práctica de enfermería es dinámico y responde a las necesidades cambiantes de salud, reales y potenciales de los usuarios, al desarrollo del conocimiento, avances tecnológicos y a las exigencias del mundo actual.

Para responder a las exigencias del mundo actual, este personal debe desarrollar sus capacidades y habilidades de investigación, la cual es una función imprescindible del profesional de enfermería, muchas veces poco valorada por las instituciones de salud, y poco exigida en el actuar de enfermería y, más aún, colocada en último plano por el mismo profesional de enfermería. De acuerdo con Pino, las principales razones que dificultan el desarrollo y ejecución de investigación en enfermería son la sobrecarga del trabajo asistencial, la creencia de que es un área compleja, falta de aprendizaje formal en el método, la falta de tiempo protegido para la investigación o la academia, esto último porque no se considera en las horas contratadas de trabajo el tiempo para estudiar, formarse e investigar. Mientras el tiempo protegido no se contemple dentro de las funciones del personal de enfermería, difícilmente podrán hacer investigación. Otra de las razones es la idiosincrasia y sociología propia de la profesión, con la creencia de que la enfermería solo tiene un rol asistencial (Pino, 2012).

Por fortuna, en años más recientes el gremio de enfermería empieza a adquirir conciencia respecto de la necesidad de realizar su práctica con base en la investigación, entendida como la creación de nuevo conocimiento cuyos resultados se trasladan a la sociedad para contribuir a mejorar su calidad de vida (Plan Estratégico Institucional de la Universidad de Concepción), probando a la vez teorías, experimentando nuevos cuidados, técnicas y procedimientos basados en métodos que sean costo-efectivos/costo-beneficio; exteriorizando las funciones independientes hacia los usuarios e instituciones, entre otros, lo que permitirá avanzar hacia el desarrollo de la disciplina e independencia de la profesión, resultado que identifican también Hernández *et al.*: «una fuerte relación entre la investigación y la práctica se traduce en mejorar el cuidado brindado a los pacientes, en el fortalecimiento del desarrollo de la profesión y en la percepción pública de enfermería» (Hernández M. *et al.*, 2009).

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

Así, en concordancia con el punto anterior, la investigación en enfermería tiene varios objetivos. El más importante es la generación y aplicación de conocimientos con el fin de mejorar la efectividad, eficiencia (intervenciones costo-efectivas y costo benéficas) y seguridad en la gestión y ejecución del cuidado al paciente. Según Triviño y Sanhueza, las actividades de docencia, asistencia, gestión e investigación son los escenarios concretos que permiten la construcción del conocimiento en enfermería (Triviño y Sanhueza, 2005).

La investigación permite generar conocimiento y construir la evidencia de enfermería para sustentar sus acciones con mayor certidumbre, basada en la demostración científica. El principal objetivo es mejorar la calidad de la intervención de enfermería. Esto se puede desglosar en:

- A. Mejorar la efectividad del cuidado. Las acciones de enfermería deben cumplir con el objetivo para el que fueron pensadas y producir el efecto deseado. Concretamente, deben tener un impacto positivo en los cuidados y en su gestión, tanto en la prevención como en el tratamiento de los problemas de salud. Por impacto se entiende que genere y produzca un cambio que se refleje en una inflexión de la curva epidemiológica del problema y modifique la tendencia del mismo, disminuya la frecuencia porcentual del problema de salud. Este impacto puede ir desde un nivel de prevención primaria, secundaria o terciaria o de atención primaria, secundaria o terciaria hasta un nivel epidemiológico y social.
- B. Mejorar la eficiencia del cuidado. Utilizar los recursos que son factibles de percibir, a fin de satisfacer las necesidades del paciente. En el ámbito de la gestión del cuidado, se concreta en el uso racional de los recursos disponibles: humanos, materiales y de tiempo, que permitan hacer efectivas las acciones de enfermería.
- C. Mejorar la seguridad de la intervención de enfermería. Específicamente, en la prevención y disminución de eventos adversos, fallas y cuasifallas. Esto se realiza a través de la vigilancia, autoevaluación, medición y formación.
- D. Construir la evidencia científica para sustentar las acciones de enfermería. La práctica de enfermería en las últimas décadas está luchando por conformar un cuerpo de conocimientos propio que le permitan un trabajo independiente de la práctica médica, lo que se logrará, según Castrillón, con la articulación de las teorías generales, la investigación y la práctica fundamentada en evidencias (Castrillón, 2001).

El progreso de la investigación en enfermería y el alcance de sus objetivos es responsabilidad, según Vielva, del colectivo de enfermería, de acuerdo con las capacidades individuales y circunstancias (Vielva, 2006). «La educación superior y la investigación forman, hoy en día, parte fundamental del desarrollo cultural, social, económico y ecológicamente sustentable de las naciones» (Jara P, Stjepovic J., 2007). Es por ello que esta actividad constituye una demanda para el desarrollo profesional, frente a las exigencias nacionales e internacionales de posicionamiento de la profesión. Esto, que como un círculo virtuoso se enlaza con el conocimiento como forma de poder, reflejado a través del capital intelectual, que se observa siempre y cuando estos conocimientos sean explícitos y compartidos para que se multipliquen y no conocimientos guardados entre unos pocos (Pereda S, Berrocal F., 2006).

Desde el área académica, una de las responsabilidades es producir investigación, formar investigadores en enfermería e incentivar a los estudiantes por medio de la enseñanza de una metodología de investigación amena, creativa, práctica, alcanzable y con las exigencias claras y ascendentes para cada nivel de educación. Como se concluyó en la VII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería, «*el docente universitario debe promover la investigación con un compromiso real, desde la experiencia y conocimiento en este oficio... estar comprometido en la promoción de la investigación... ser investigador para poder enseñar el arte u oficio de la investigación... ser maestro, el que guía, orienta, motiva, encanta, apoya desde su conocimiento y experiencia investigativa*» (Romero MN, 2003). Por lo tanto, una de las innovaciones en esta área correspondería a la forma de impartir este conocimiento para mejorar las capacidades comunicativas y de interacción social, dando protagonismo a los estudiantes, haciéndose estos responsables de su aprendizaje (Irigoin M, Vargas F., 2002). Según Cabrero y Richard, incorporar la asignatura Metodología de Investigación en Enfermería y el pensamiento crítico-metodológico en los tres niveles de enseñanza universitaria llevará a las enfermeras(os) a ser productores de conocimientos en enfermería y no meros consumidores (Irigoin M, Vargas F., 2005).

En un estudio realizado por Harrison, en el que los participantes eran profesores investigadores y asesores de tesis, principalmente de Chile y México, 82% de las respuestas consideró esencial para el nivel de licenciatura el conocimiento de las etapas del proceso de investigación, la búsqueda bibliográfica y la inclusión del aspecto ético en todos los niveles de formación; asimismo, se encontraron discrepancias en relación con tendencias de la investigación, organismos que financian las investigaciones, métodos de análisis de datos, uso de programas estadísticos computacionales, aplicación y enseñanza de la investigación, preparación de propuestas y publicaciones entre los diferentes niveles de formación y competencias (Harrison L., Ray A., Cianelli R., Rivera M., Urrutia M., 2005). En ese sentido, es de suma importancia conocer, realizar y practicar las competencias genéricas, específicas y de publicación de los licenciados en Enfermería.

ENFERMERAS(OS) Y SU COMPETENCIA EN INVESTIGACIÓN

El profesional de enfermería posee las competencias de conocimiento científico, técnicos y humanistas que le confiere el estudio sistemático y universitario. Su alta calidad profesional le permite realizar la gestión y ejecución del cuidado y, por ende, ser consecuente con los deberes y responsabilidades inherentes a su carrera. Un cuidado de alta calidad depende de estas capacidades y habilidades. El estudio y acceso permanente a la evidencia científica les permite mantener sus conocimientos actualizados y la búsqueda de respuestas a preguntas que nacen de su quehacer clínico o comunitario (Castro M., & Simian D., 2018).

Es un hecho que las enfermeras(os) no solo tienen la capacidad para la atención clínica, sino también de investigación, y deben desarrollarla. Orellana & Sanhueza definen la competencia de los profesionales de enfermería en investigación como «la capacidad de la enfermera(o) de demostrar aptitudes, conocimientos y destrezas necesarias para generar, validar y clarificar los conocimientos que permitan encontrar y dar solución a los problemas de la práctica de enfermería, mejorar la calidad de los cuidados y al mismo tiempo la calidad de vida de las personas involucradas» (Orellana A, Sanhueza O., 2011).

La(el) enfermera(o) tiene competencias profesionales porque tienen el nivel de licenciatura que la(lo) habilita para realizar investigación. Estas son de tres tipos y se describen brevemente:

1. *Competencias genéricas.* Son aquellas que son esenciales a la profesión y que sin ellas no es factible ejercer la enfermería. Estas son el compromiso ético y la capacidad de trabajar en equipo. Llevar a cabo el cuidado del paciente no es posible sin abrazar un código de ética como parte inherente del quehacer asistencial. El trabajo en equipo es parte del cuidado del paciente y la organización y coordinación del equipo de salud es una tarea que tiene que realizar la(el) enfermera(o).
2. *Competencias específicas.* La formación universitaria del profesional de enfermería lo obliga a estudiar y comprender los fundamentos científicos y biológicamente plausibles de los cuidados que se le entregan al paciente. Los procesos y procedimientos que implica la gestión y ejecución del cuidado deben estar basados en la evidencia científica disponible. Esto implica un continuo estudio, actualizando los conocimientos en forma permanente durante el ejercicio profesional. Es por ello que la competencia específica es la conciencia y la necesidad de fundamentar la práctica en resultados de investigación científica, la capacidad para leer críticamente un artículo para fundamentar la práctica en la mejor evidencia disponible.

En este nivel, la(el) enfermera(o) debe participar en grupos de investigación como colaborador, proponer temas de investigación derivados de la práctica clínica y realizar estudios descriptivos dentro de un grupo de investigadores (Orellana A, Sanhueza O., 2011).

Por lo anterior, es de suma importancia que se traten de remarcar las competencias relacionadas con la publicación, ya que estas se relacionan con el pensamiento metodológico en la investigación y contienen varias etapas que se inician con la pregunta de investigación y finalizan con la respuesta a esta pregunta. Para su búsqueda científica, se debe pasar por todas las etapas y elementos del proceso de investigación científica.

Sin embargo, toda la investigación será en vano si no se socializan los resultados, ya que lo que no se publica no existe. Nadie podrá conocer los resultados y

conclusiones del estudio, si no está publicado. Si el estudio no se plasma en un escrito científico, no será parte de la evidencia disponible, lo que no permitirá incrementar la evidencia.

Los factores que obstaculizan el desarrollo de la investigación en enfermería ya han sido mencionados, sin embargo, las (los) enfermeras(os) tienen las herramientas, las capacidades y habilidades que les permiten superar los obstáculos; solo se necesita motivación, adquirir conocimientos sobre metodología de la investigación y análisis crítico, perseverancia e integrarse o formar parte de un grupo de investigación.

La enfermería es una profesión científico-práctica, es decir, cuenta con un sistema de modelos y teorías que se aplican a los cuidados a través del Proceso de Atención de Enfermería. El cuerpo de conocimientos de enfermería parte de varios paradigmas y teorías generales de aplicación de diversas ciencias, de fundamentos de otras disciplinas y de conceptos propios que le dan a la profesión la categoría de independiente.

La aplicación de modelos y teorías en la ciencia de enfermería permite el conocimiento de diversas perspectivas que estimulan la creatividad para la creación de proyectos de intervención, guían la enseñanza, la gestión y la investigación, aumenta el reconocimiento de la contribución científica y facilita la colaboración interdisciplinaria. Precisamente, la siguiente sección del capítulo se referirá a la utilidad de modelos y teorías en la ciencia de enfermería.

Uno de los principales objetos de estudio en la enfermería, y en las ciencias de la salud, es el comportamiento, ya que este se relaciona directamente con el nivel de salud, así como con los riesgos que pueden tener las personas y sociedades hacia ciertos fenómenos. Para enfermería, diversas autoras han decidido establecer teorías para explicar, trabajar y orientar este comportamiento hacia polos más sanos y menos riesgosos.

A continuación, se exponen los principales modelos teóricos y cuerpos de conocimientos creados por la disciplina de enfermería que tienen como objeto de estudio e intervención el comportamiento.

MODELOS Y TEORÍAS DEL COMPORTAMIENTO

En esta sección se expondrán los modelos y teorías más utilizados en enfermería, que favorecen los cambios de comportamiento saludables en comunidades y que sirven como base para argumentar sus intervenciones en el área de Promoción de la Salud.

Modelo de creencias en salud

Uno de los modelos que ha sido más aceptado y que explica la conducta de las personas ante el proceso salud-enfermedad desde un punto de vista psicológico y desde la teoría de la fenomenología es el de Creencias en Salud, que ha atravesado por diversas contribuciones, enriqueciendo el análisis del comportamiento individual para permanecer en un estado sano.

Los componentes básicos del modelo de Creencias en Salud se fundamentan en que la conducta de los individuos yace principalmente en dos variables: *a)* el valor que el sujeto atribuye a una determinada meta y *b)* la estimación que ese sujeto hace de la probabilidad de que una acción dada llegue a conseguir esa meta (Lewin), lo cual se traduce, según Maiman y Becker (1974 en Moreno, E., & Gil, J., 2003), en: *a)* el deseo de evitar la enfermedad (o si se está enfermo, de recuperar la salud) y *b)* la creencia de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad (o, si se está enfermo, la creencia de que una conducta específica puede aumentar la probabilidad de recuperar la salud).

Las dimensiones que conforman el modelo de Creencias en Salud son la susceptibilidad percibida, la severidad percibida, los beneficios percibidos y las barreras percibidas (Rosenstock, 1974 en Moreno, E., & Gil, J., 2003), descritas a continuación:

- *La susceptibilidad percibida* ante un determinado problema de salud valora cómo los sujetos varían en la percepción subjetiva que tiene cada ser humano sobre el riesgo de caer enfermo; va desde la persona que considera no tener alguna probabilidad de enfermarse hasta aquel que está convencido de contraer alguna enfermedad.
- *La severidad percibida* se refiere a las creencias sobre la gravedad de contraer una determinada enfermedad o dejarla sin tratar una vez contraída. Esta dimensión contempla dos tipos de consecuencias de iniciar o permanecer en un estado enfermo. La primera son las complicaciones, incapacidad, secuelas o inclusive la muerte que provoca la patología; la segunda, las posibles consecuencias sociales que de manera mediata o inmediata ocasionaría la enfermedad, como, por ejemplo, el funcionamiento familiar, las relaciones sociales, la situación laboral, entre otros.
- *Los beneficios percibidos* son las creencias del sujeto respecto a la efectividad relativa que las diferentes conductas disponibles en su repertorio puedan tener a la hora de enfrentarse con la enfermedad, por lo que, si la persona considera que las acciones específicas tendrán un efecto positivo, basado en su construcción social, considerará aplicarlas en el cambio de su conducta.
- *Las barreras percibidas* son aspectos potencialmente negativos de un curso de acción concreto que se oponen a la ejecución de la conducta en cues-

ción. Es importante comentar que esta dimensión guarda relación con los beneficios percibidos, debido a que es posible que la persona considere que una acción específica es altamente efectiva pero que tenga como barreras la asequibilidad económica, el dolor, el tiempo de realización, los materiales e insumos necesarios para llevar a cabo la acción, entre otros (Moreno, E., & Gil, J., 2003).

Las dimensiones de este modelo se interrelacionan de manera tal que la susceptibilidad y la severidad percibida determinan si la persona avanza en el análisis de los beneficios y barreras percibidas para la modificación de una conducta previa o adopta una conducta nueva.

Desde el origen de este modelo, acerca de la predicción de comportamientos preventivos, el eje del modelo ha sido el estudio de patrones de creencias con efectos en comportamientos referentes a salud (Cabrera G, Tascón J y Lucumí D, 2001).

Modelo Transteórico del comportamiento

La fuerza del modelo Transteórico (MT), de Prochaska y Di Clemente, radica en su capacidad de acelerar la velocidad de los cambios comportamentales en las poblaciones intervenidas, según sus variables o constructos explicativos. Es reconocido como un recurso innovador en el área de educación y promoción de la salud (Quillas, R., Vásquez, C., & Cuba, M., 2017).

Este modelo tiene como premisa básica que el cambio de comportamiento es un proceso y que las personas tienen diversos niveles de motivación, de intención de cambio. Con base en dicha premisa, las intervenciones o programas de salud deben ser planeados en respuesta a las necesidades individuales de los integrantes de una comunidad y tener presente que todo cambio es un proceso que requerirá de etapas y de tiempo para avanzar en cada una de las fases y a la velocidad de cada persona.

El MT explica el cambio espontáneo o inducido del comportamiento de los individuos según cinco variables o constructos teóricos intervinientes: etapas y procesos de cambio, balance decisorio, tentación y autoeficacia.

Las etapas de cambio integran procesos y principios explicativos del cambio comportamental de diferentes teorías. El cambio implica un fenómeno que ocurre en relación con el tiempo. El MT explica el cambio como la progresión a través de una serie de etapas. A continuación, se describen los componentes de esta variable (Cabrera, A. & Gustavo, A. 2000):

- *La precontemplación* es la etapa en la cual las personas no tienen intención de cambiar ni de realizar una acción específica de cambio en su comportamiento de riesgo para la salud, usualmente en el lapso de los siguientes

seis meses. Está compuesta por un subgrupo de personas que puede estar allí por falta de información sobre las consecuencias a corto, mediano o largo plazo de su comportamiento. Otro subgrupo puede haber tenido intentos previos fracasados de cambiar y ahora están desmoralizados, en cuanto a su capacidad de hacerlo. En ambos subgrupos las personas evitan leer, hablar y pensar sobre sus comportamientos de riesgo que podrían ser modificados; están a la defensiva por las presiones sociales para cambiar y, principalmente, no están ni motivados ni interesados en participar en programas o intervenciones de promoción o educación en salud.

- *La contemplación* es la etapa en la que las personas tienen una intención de cambio y, potencialmente, harán un intento formal de modificar su comportamiento en los próximos meses porque están conscientes de los beneficios de cambiar. Los contempladores comienzan a considerar el cambio, pero aún no asumen el compromiso específico para actuar en ese sentido, razón por la que pueden permanecer por largos períodos de tiempo en esta etapa en particular, contemplando la opción de cambiar hasta por dos años, diciéndose a sí mismos que van a cambiar algún día.
- *La preparación* es la etapa en la que las personas ya toman una decisión de cambio y tienen un compromiso propio para hacerlo; realizan pequeños cambios e intentan efectivamente cambiar en el futuro inmediato, regularmente los próximos 30 días. Personas en preparación, por lo general, ya tienen experiencias concretas con relación con el cambio, y, además, tienen una conciencia muy definida sobre los pros de cambiar su comportamiento. Estas personas son las que guardan interés para quienes llevan a cabo proyectos de cambios de comportamiento.
- *La acción* es la etapa en la que las personas realizan cambios objetivos, medibles y exteriorizados de su comportamiento, regularmente en un período de tiempo que varía de uno a seis meses; sin embargo, esta etapa es inestable por el potencial de recaída o el rápido avance a la etapa de mantenimiento.
- *El mantenimiento* se caracteriza por las tentativas de estabilización del cambio comportamental ya manifestado. Es un período de por lo menos seis meses después del cambio observable, en el que las personas trabajan activamente en la prevención de la recaída o el relapso, usando una variada y específica serie de procesos de cambio. En esta etapa las personas tienen cada vez menos tentación por volver al comportamiento modificado y aumentan progresivamente su autoconfianza para mantener el cambio comportamental. Esta etapa dura regularmente de seis meses a dos años.
- *La terminación* es la última etapa, en la que las personas no tienen tentaciones de ninguna naturaleza en relación con el comportamiento especí-

fico que se cambió y tienen un 100% de confianza, de autoeficacia frente a situaciones que previamente eran tentadoras (Cabrera A., Gustavo A.).

Al ser un modelo que implica un proceso de progresión, existe interacción con las otras variables del MT, las cuales son: procesos de cambio que incluye la conscientización, la catarsis, acondicionamiento, las relaciones de apoyo, el control de estímulos, la autoevaluación, administración de eventos, componentes que determinan la decisión de progresar, retroceder o mantenerse en el cambio del comportamiento.

Una vez que se decide avanzar, la variable de *balance decisorio* expone los beneficios y los costos de cambiar, estos reflejados a nivel individual en un plazo inmediato, corto o largo. La siguiente variable es la *autoeficacia*, en donde la persona se encuentra en una situación adversa, pero no tiene una recaída en un comportamiento nocivo. La última variable es la *tentación*, en la cual el individuo se encuentra ante la posibilidad de practicar una acción específica ante estímulos condicionantes o en contextos emocionalmente complejos.

Modelo de Promoción de la Salud

El Modelo de Promoción de la Salud (MPS), que tiene por autora a la enfermera Nola Pender, expone cómo las características y experiencias individuales, así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta, llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud. Está basada en enfoques de la Enfermería, la Teoría de Aprendizaje Social de Albert Bandura y el modelo de Valoración de expectativas de la motivación humana de Feather (en Aristizábal, G., Blanco, D., Sánchez, A., & Ostiguín, R., 2011), y tiene como objetivo ayudar a las personas a alcanzar niveles más altos de salud y bienestar e identificar aquellos factores que influyen en los comportamientos que promueven la salud (Carranza, R. *et al.*, 2019).

La conducta promotora de salud (resultado conductual) está influenciada por diferentes conceptos, como las características y experiencias individuales previas, por cogniciones y afectos relativos a comportamientos específicos, que son los tres grandes componentes del modelo (Barragán, O., Hernández, E., Flores, R., & Vargas, R., 2017), los cuales serán descritos a continuación:

- *Las características y experiencias individuales*, que contempla i) las experiencias o conductas anteriores que ayudan inicialmente a conocer las conductas de promoción de la salud (para fortalecerlas) o de riesgo (para minimizarlas) y ii) los factores personales que comprenden los factores biológicos, asociados con las características individuales de cada persona como la edad, la etnia, la susceptibilidad a las enfermedades, entre otras (De Arco-Canoles, O., Puenayan, Y., & Vaca, L, 2019).

- *Las cogniciones y afectos específicos de la conducta*, que incluye los principales componentes del modelo, que abarca desde los conocimientos, sentimientos y emociones hasta las creencias específicas que posee la persona sobre la conducta promotora deseada (Barragán, O., Hernández, E., Flores, R., & Vargas, R., 2017), a saber:
 - *Beneficios percibidos de acción*. Los resultados positivos anticipados que se producirán desde la conducta de salud.
 - *Barreras percibidas de acción*. Bloqueos anticipados, imaginados o reales y costes personales de la adopción de una conducta determinada.
 - *Autoeficacia percibida*. El juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud. La autoeficacia percibida influye sobre las barreras de acción percibidas, de manera que la mayor eficacia lleva a unas percepciones menores de las barreras para el desempeño de esta conducta.
 - *Afecto relacionado con la actividad*. Los sentimientos subjetivos positivos y negativos que se dan antes, durante y después de la conducta basada en las propiedades de los estímulos de la conducta en sí. El afecto relacionado con la actividad influye en la autoeficacia percibida, lo que significa que cuanto más positivo es el sentimiento subjetivo mayor es el sentimiento de eficacia. Poco a poco, el aumento de sentimientos de eficacia puede generar un mayor afecto positivo.
 - *Influencias interpersonales*. Los conocimientos acerca de las conductas, creencias o actitudes de los demás. Las influencias interpersonales incluyen normas (expectativas de las personas más importantes), apoyo social (instrumental y emocional) y modelación (aprendizaje indirecto mediante la observación de los demás, comprometidos con una conducta en particular). Las fuentes primarias de las influencias interpersonales son las familias, las parejas y los cuidadores de salud.
 - *Influencias situacionales*. Las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que pueden facilitar o impedir la conducta. Incluyen las percepciones de las opciones disponibles, características de la demanda y rasgos estéticos del entorno en que se propone que se desarrollen ciertas conductas promotoras de la salud. Las influencias situacionales pueden tener influencias directas o indirectas en la conducta de salud. Un suceso conductual se inicia con el compromiso de actuar, a menos que haya una demanda contrapuesta que no se pueda evitar o una preferencia contrapuesta que no se pueda resistir (Aristizábal, G., Blanco, D., Sánchez, A., & Ostiguín, R., 2011).

Con el aprovechamiento del conocimiento teórico, el profesional de enfermería es capaz de describir y explicar qué está ocurriendo, por qué una situación aparece y es posible identificar qué acción específica se debe realizar en esa situación. Esto es aplicable incluso antes de que aparezcan los daños a la salud, ya que puede predecir y controlar situaciones o fenómenos que discurren en la práctica (León, C. 2017).

Si bien existen otras teorías y modelos que explican el cambio de comportamiento saludable, en esta sección solamente se abordaron tres, de los cuales uno es propio de la disciplina de enfermería. Para finalizar este capítulo de libro, se expondrán intervenciones que se han basado de los modelos y teorías existentes para la promoción de comportamientos saludables.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Una vez establecido el marco referencial, así como el operativo para las intervenciones en enfermería, es importante mencionar algunos ejemplos de diversas experiencias derivadas de proyectos de intervenciones por parte del personal en enfermería para incidir en los distintos problemas de salud que aquejan a las comunidades. Si bien cada proyecto obedece a sus objetivos particulares, es imperativo reconocer que el objetivo a gran escala de los estudios es proveer conocimientos, herramientas y datos contextualizados para la toma de decisiones de actores importantes y relevantes para la comunidad (Organización Panamericana de la Salud, 2013).

Al analizar el impacto de estas intervenciones, específicamente en el cambio de conducta, podemos realizar observaciones para después proponer distintos cambios en los sistemas que tradicionalmente se consideran fuera del campo clásico de los sistemas de salud, y que, como hemos analizado, proporcionan las distintas condiciones para que no solo una conducta exista en los individuos y familias, sino que permanezca (Marmol, Montoya, & Montejano, 2018).

En la compleja y constante interacción de factores que intervienen en el cambio de la conducta, el contexto es un factor imperante, ya que a través de él se evidencian la cultura, ideología, percepciones familiares y la interacción con sistemas educativos y en salud que se tienen en las distintas comunidades. Por lo anterior, es recomendado que, al tomar estudios de cambio de conducta como herramientas para tomar decisiones, se favorezcan los criterios de localidad y contemporaneidad.

Diversos autores señalan que, para América Latina, los retos en los cambios y empoderamiento en salud están estrechamente ligados a su historia, cultura y procesos de desarrollo. Muchas de las intervenciones efectuadas durante los últimos años no dieron los resultados esperados, ya que no solo se deben tomar en cuenta las características epidemiológicas de las zonas o problemas a tratar,

sino que los enfoques social, comunitario y político en interacción con los estilos de vida se vuelven trascendentales para encontrar respuestas efectivas en salud (Coronel & Marzo, 2017).

Al hacer una búsqueda representativa de las intervenciones enfermeras en los cambios de conducta, podemos tomar en cuenta distintas características que ayudarían a clasificarlas, ya sea de acuerdo con los grupos etarios, las determinantes sociales involucradas, los métodos y modelos utilizados e incluso la temporalidad; sin embargo, para esta pequeña revisión tomaremos en cuenta los principales problemas que hasta hoy tienen consecuencias en el entramado social de las comunidades, los más prevalentes, representativos y relevantes en nuestro contexto.

Al ser la edad escolar el mejor momento para impulsar la adquisición de estilos de vida saludables, se reconoce que la capacidad de aprendizaje y la asimilación de hábitos es mayor en niños y adolescentes, por lo que diversas de estas intervenciones se llevan a cabo en los centros educativos, teniendo como finalidad la implantación de estos hábitos durante el resto de la vida de las personas (Junta de Castilla y León, 2006).

En primer lugar, las enfermedades crónicas y degenerativas se han considerado como las epidemias del siglo XXI debido a su gran crecimiento, la alta mortalidad y el número amplio de enfermedades concomitantes que pueden acarrear, por lo que las intervenciones dirigidas para la mejora de la conducta alimentaria han sido una prioridad dentro de los colegios de enfermería en Latinoamérica (Rodríguez, Arredondo, & Herrera, 2012).

Dentro de estas enfermedades, la diabetes se ha convertido en uno de los principales desafíos a la calidad y expectativa de vida de la población en nuestra región, que conlleva a un incremento exponencial en el número de diabéticos en los próximos 25 años. Casanova, Demetrio y Navarro realizan una intervención de participación comunitaria en Cuba con el objetivo de promover la participación comunitaria en la resolución de problemas, en la toma de decisiones y en las medidas iniciadas para transformar los factores de riesgo y pronósticos de complicaciones crónicas de la diabetes mellitus tipo 2 en el adulto mayor, ante la realización de diversos eventos comunitarios como ferias de la salud, visitas domiciliarias, marchas y sesiones de grupos, logrando disminuir la intensidad del consumo de tabaco, mejorando los conocimientos sobre factores de riesgo y aumentando la utilización de los servicios de consulta de atención primaria (Casanova, Bayarre, & Navarro, 2016).

En cuanto al sobrepeso y la obesidad, Bernal, Ponce y Sotomayor realizan una intervención educativa para mejorar los estilos de vida en madres y escolares de 6 y 11 años en la Ciudad de México, dentro de los cuales se evaluaron los hábitos saludables respecto a la nutrición y actividad física. A pesar de no obtener una

diferencia significativa en el mantenimiento de los hábitos después de la intervención, se reporta mayor conocimiento y empoderamiento, ya que expresan tomar mejores decisiones (Bernal, Ponce, & Sotomayor, 2012).

En Colombia, Arredondo, Rodríguez e Higueta realizan diversas intervenciones educativas para incrementar el autocuidado de personas con hipertensión después de algún evento cardiovascular. Para ello se consideran las variables de reconocimiento de ayuda, adaptación a la enfermedad y adaptación al tratamiento farmacológico y no farmacológico. El método utilizado fue a través de tele-intervenciones mensuales. Dentro de los resultados favorables, se obtuvo un incremento en la adherencia al tratamiento farmacológico y el comportamiento de pedir ayuda, factores clave en la prevención de nuevos eventos (Arredondo, Rodríguez, & Higueta, 2012).

Para incidir en el trabajo con los adultos mayores, las intervenciones enfermeras más frecuentes se centran en el cuidado de pacientes de la tercera edad con Alzheimer, para lo cual Siza, en el año 2015 en Ecuador, realizó una documentación del impacto de la aplicación de un programa de mejora en una casa de retiro, a partir de estrategias educativas al personal, sesiones de grupo de reconocimiento emocional, mejora de autoestima en los adultos mayores y mejoras estructurales del centro, determinando una mejoría en la calidad de vida en los residentes (Siza, 2015).

Por otro lado, la intrínseca relación entre los fenómenos sociales y los eventos en salud son objeto de estudio para el gremio de enfermería, ya que estas situaciones particulares no solo presentan en muchas ocasiones un riesgo para la salud, sino que disminuyen la calidad de vida individual y familiar, así como la vida comunitaria (Gage, Honoré, & Deleon, 2016).

La violencia se refiere a la agresión que ejerce una persona a otra y que no se limita a la física, sino que abarca una compleja variedad de ataques verbales, psicológicos, emocionales, económicos, entre otros (Ancona, 2011). Sosa, Saavedra y Piras desarrollaron un programa en 2016 en México, titulado *Amor Verdadero*, para el cual se construyeron conceptos como comportamientos violentos durante el noviazgo, creencias relacionadas con las normas de género y habilidades para la prevenir la violencia durante el noviazgo, convertidas en sesiones educativas, carteles, reglas y normas escolares, así como eventos de participación comunitaria en secundarias. El impacto general demuestra que se redujeron entre 55% y 58% los eventos identificados como violencia, así como las creencias y actitudes que justifican el sexismo (Sosa, Saavedra, & Piras, 2016).

La sexualidad es la dimensión del ser humano que como ninguna otra ha sido objeto de diversas reflexiones morales y culturales. Y el embarazo precoz y no planeado es un fenómeno de salud pública que es crítico para el desarrollo y bienestar de las poblaciones. Dentro de los factores determinantes que pueden desencadenar este evento reproductivo, se encuentra el conocimiento y acceso a

los diversos métodos anticonceptivos. En Cuba, Rodríguez, Ramos y Contreras realizaron una intervención educativa de participación comunitaria para incrementar sus conocimientos en este ámbito. La particularidad de esta intervención permitió hacer un diagnóstico y diseñar las intervenciones a partir de las percepciones y sugerencias de los mismos adolescentes que iban a participar. El impacto se midió a través del conocimiento obtenido y la autoeficacia en el uso del condón; ambos consiguieron diferencias significativas (Rodríguez, Ramos, & Contreras, 2013).

En el tratamiento y prevención de las adicciones, se reconoce que en la mayoría de los países de nuestra región casi la mitad de los jóvenes ha tenido contacto con alguna sustancia adictiva a edades tempranas, y la gran mayoría de estos desarrollará algún tipo de dependencia. En México, durante los años 2007-2012, se llevó a cabo el Programa de Intervención Breve sobre Adicciones (PIBA) y el Consejo Breve (CB) a 98 adolescentes en Aguascalientes, en cuyo objetivo principal se plasmó el de mejorar las estrategias de enfrentamiento para resistir el consumo de alcohol. A través de diversas exploraciones y estrategias educativas emocionales, se observó que durante los seguimientos los estudiantes demostraban mayor seguridad para no consumir bebidas, también incrementaron no solo sus estrategias para evitarlas sino para establecerse límites de consumo, mejorar el cuidado de uno mismo y disminuir la intención de «dar una buena imagen» (Martínez, Bárcenas, & Pacheco, 2012).

El cuidado es uno de los objetos principales de estudio en enfermería. Desde su conformación como ciencia, se ha estudiado no solo la delimitación teórica y los efectos dentro de los sistemas, sino su aplicación práctica y las consecuencias sobre los denominados «cuidadores informales». En Colombia, Díaz y Rojas implementaron una intervención denominada *Cuidando al cuidador* en 72 familias de la región de Cundinamarca. Estas familias tenían al menos un miembro con enfermedades crónico-degenerativas y se centró en cuatro áreas principales: mejorar la funcionalidad del paciente enfermo, mejorar las habilidades de los cuidadores principales, la valoración de la salud del cuidador y el apego al tratamiento. El método seleccionado fueron las visitas familiares y en su valoración post-intervención se reportó una mejoría significativa en todas las áreas (Díaz & Rojas, 2009).

Finalmente, y remarcando la importancia de la adquisición de conductas en salud de las instituciones educativas, se abordará una problemática de la cual la Enfermería ha sido su portavoz prácticamente desde su profesionalización: el lavado de manos.

La Organización Mundial de la Salud reconoce que el lavado de manos es una conducta esencial necesaria para una buena salud, ya que los beneficios van más allá de la disminución de riesgos de las enfermedades diarreicas agudas. Este hábito es considerado como uno de los pilares en las estrategias de salud pública, y diversos autores reconocen su importancia no solo en la mejora del

nivel salud, sino en la contribución para disminuir las brechas económicas (al ser costo-efectiva), proporcionar habilidades para el crecimiento y desarrollo y, en última instancia, fortalecer a las comunidades (Asociación Mundial del Lavado de Manos, 2017).

En Perú, en 2017, Cruz y Pajuelo evalúan la eficacia de una intervención educativa en el apego al lavado de manos en escolares con el fin de prevenir las enfermedades diarreicas agudas. A través de este estudio se evaluaron, y posteriormente reforzaron, la importancia del lavado de manos, los materiales necesarios, el tiempo y la percepción sobre la propia salud. Al final de esta intervención, los participantes obtuvieron un conocimiento considerado adecuado en un 82% y una técnica adecuada con 81.48% (Cruz & Pajuelo, 2020).

En un estudio similar, Figueroa y Ruiz realizaron un estudio exploratorio para identificar el conocimiento y las fallas del lavado de manos en escolares del municipio de Lima, Perú en 2019. A través de dos instrumentos, cuantifican la importancia del lavado de manos, sus pasos y la cantidad de insumos necesarios, y, por otro lado, las fallas en los momentos críticos como liberar las manos de los objetos, mojar las manos, jabonar, entre otros. A partir de los datos obtenidos, los autores señalan que las futuras intervenciones deben estar enfocadas en una concienciación interna y reflexiva sobre la importancia del lavado de manos y la atención al tiempo de la técnica, la repetición de los pasos y el secado (Figueroa & Ruiz, 2019).

Finalmente, en 2013 Muñoz y Pérez realizaron una serie de intervenciones para la adquisición de hábitos de higiene en escolares. Dentro de este paquete de intervenciones se encuentra la consejería en temas como el lavado de manos, higiene bucal y aseo en la escuela. Las técnicas contempladas en la intervención educativa incluían reflexiones a través de material didáctico, la construcción de un cuento, el sociodrama, y fueron sustentadas teóricamente con el modelo de Autocuidado de Dorotea Orem. Al finalizar esta intervención, se reportó un aumento de apego hacia hábitos saludables, especialmente en el lavado de manos y cepillado de dientes (Muñoz & Pérez, 2013).

CONCLUSIÓN

Como podemos observar, existe un determinante intrínsecamente relacionado con la adopción de estos hábitos saludables y es el de la educación. Ya sea por conocimiento, reflexión o concienciación de estos hábitos, se pueden obtener resultados significativos en las variables que nos interesan en el cambio de comportamiento.

Si bien se han encontrado intervenciones que abordan el tema comportamental, la mayoría de las intervenciones de enfermería tiene como objetivo aumentar los conocimientos acerca de los comportamientos saludables, y son muy pocos

los proyectos que consideran realizar intervenciones basadas en modelos y teorías del comportamiento, lo cual establece una ventana de oportunidad para la investigación en enfermería.

Cuando hablamos de enfermedades crónicas y degenerativas, existen diversas experiencias exitosas para mejorar la percepción de la enfermedad y el tratamiento. Los resultados exitosos más comunes tienen que ver con el apego al tratamiento farmacológico; sin embargo, los diversos hábitos en el estilo de vida relacionados con el tratamiento no farmacológico suelen dejarse fuera de los objetivos de las intervenciones, lo cual puede traer consecuencias más graves a mediano y largo plazo. Son pocos los estudios que realizan intervenciones donde se priorice la adopción de conductas saludables como mantener una alimentación basada en planes alimenticios de acuerdo con sus requerimientos calóricos y disminuir el sedentarismo a través de la actividad física y el ejercicio, debido a que estos cambios en el comportamiento son complejos en su aplicación, control y evaluación.

Por otro lado, las intervenciones en enfermería, cuyo objetivo es impactar en los problemas sociales con repercusiones en la salud, deben considerar resultados cualitativos en el cambio de conducta, a través del entendimiento de las raíces y determinantes involucradas en los problemas. Entendemos que si bien los resultados cuantitativos son más fáciles de medir, los resultados cualitativos son más profundos y suponen el mantenimiento de los cambios a largo plazo debido a la interiorización y adopción de los valores alrededor de las intervenciones. El entendimiento completo de los modelos de cambio de comportamiento proporcionará elementos importantes a considerar a la hora del diseño de ellas.

Las intervenciones deben realizarse en grupos focalizados y con poca población, lo cual proporcionará un traje hecho a la medida de las necesidades de las comunidades y favorecerá la adopción de conductas conocidas o nuevas encaminadas a un comportamiento saludable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ancona, C. (julio-diciembre de 2011). Exposición a violencia entre los padres de adolescentes y adultos jóvenes víctimas de alguna conducta de maltrato en el noviazgo. *Perspect. Psicol.*, 7(2), 253-264.
- Aristizábal, G., Blanco, D., Sánchez, A., & Ostiguín, R. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 8(4), 16-23, en <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2011.4.248>
- Arredondo, E., Rodríguez, M., & Higuaita, L. (Marzo de 2012). Improvement of self-care behaviors after a nursing educational intervention with patients with heart failure. *Invest Educ Enferm*, 30(2), 188-197.
- Asociación Mundial del Lavado de Manos. (2017). *Guía para planificadores: día mundial del lavado de manos*. Washington D.C., UNICEF.
- Barragán, O., Hernández, E., Flores, R., & Vargas, R. (Enero-Junio, 2017). Proceso de Enfermería para grupos de ayuda mutua: una propuesta desde el modelo de promoción. *Sanus*, 22-29.
- Bernal, M., Ponce, G., & Sotomayor, S. (abril-julio de 2012). Impacto de una intervención educativa en escolares y madres de familia para la disminución de sobrepeso. *EnfNeurol (Mex)*, 11(2).
- Cabrera, A. & Gustavo, A. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 18(2), 129-138.
- Cabrera, G., Tascón, J., & Lucumí D. (2001). Creencias en salud: Historia, constructos y aportes al modelo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19(1), 91-101.
- Cabrero J., Richart M. (2005). Concepto de investigación en enfermería. Investigar en enfermería. Concepto y estado actual de la investigación enfermería. Publicaciones Universidad de Alicante. 17- 48.
- Carranza, R., et al. (2019). Efectividad de intervención basada en modelo de Nola Pender en promoción de estilos de vida saludables de universitarios peruanos. *Rev Cubana Enferm*, 35(4). En: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2859>
- Casanova, M., Bayarre, H., & Navarro, D. (2016). Intervención educativa con participación comunitaria dirigida a adultos mayores diabéticos tipo 2. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(4), 1-12.

- Castrillón, M. (2001). Teoría y práctica de la enfermería: los retos actuales. *Investigación y Educación en Enfermería*. Universidad de Antioquia XIX, (1), 55-56.
- Castro M., Simian D. (2018). La enfermería y la investigación. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 301-310.
- Coronel, J., & Marzo, N. (Febrero de 2017). La promoción de la salud: evolución y retos en América Latina. *Medisan*, 21(7), 926-932.
- Cruz, A., & Pajuelo, D. (2020). Eficacia de una intervención educativa sobre lavado de manos en la prevención de enfermedades diarreicas agudas en escolares de la institución educativa Jesus Obrero Medio Mundo. Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, Escuela Profesional de Enfermería. Huacho, Perú: UNJFSC.
- De Arco-Canoles, O., Puenayan, Y., & Vaca, L. (2019). Modelo de promoción de la salud en el lugar de trabajo: una propuesta. *Av Enferm.*, 37(2), 227-236. En <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.69141>
- Definición de enfermería. (2002). CIE – Consejo Internacional de Enfermeras. Recuperado el 01 de septiembre de 2020, de <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>
- Díaz, J., & Rojas, M. (1 de Febrero de 2009). Cuidando al cuidador: efectos de un programa educativo. Obtenido de Aquichan: <https://aquichan.unisabana.edu.co/sabana/index.php/aquichan/article/viewArticle/171/1672>
- Enfermería Comunitaria. (2008). *Revista Digital* ISSN: 1699-0641. Recuperado el 01 de septiembre de 2020, de <http://www.index-f.com/comunitaria/v4n2/ec6854.php>
- Figueroa, M., & Ruiz, M. (2019). Conocimiento y técnica del lavado de manos en escolares de la Institución Educativa 2040, San Martín de Porres. 2019. Escuela Académico Profesional de Enfermería. Lima, Perú: Universidad César Vallejo.
- Gage, A., Honoré, J., & Deleon, J. (March de 2016). Short-Term Effects of a Violence Prevention Curriculum on Knowledge of Dating Violence among High School Students in Port-au-Prince, Haiti. *Commun Healthc*, 9(3), 178-179.
- Harrison L., Ray A., Cianelli R., Rivera M., Urrutia M. (2005). Competencias en investigación para diferentes niveles de formación de enfermeras: una perspectiva latinoamericana. *Cienc enferm*, 11(1):59- 71.

- Hernández M., Gómez B., Becerril L., Rojas A. (2009). Cuidados de la Salud: paradigma del personal de enfermeros en México. *La reconstrucción del camino*,13(2), 287-96.
- Irigoin M., Vargas F. (2002). La formación basada en competencias. Competencia laboral: manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector Salud. 217- 40.
- Jara P., Stieповic J. (2007). Currículo por competencias en el postgrado de enfermería. *Invest Educ Enferm*, 25(2), 122-129.
- Junta de Castilla y León. (2006). Guía par ala promoción de la salud en los centros docentes de Castilla y León. Consejería de Sanidad. León: SaCyL.
- León, C. (2017). Nuevas teorías en enfermería y las precedentes de importancia histórica. *Revista Cubana de Enfermería*, 33(4), en <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1587/301>
- Marmol, M., Montoya, I., & Montejano, R. (junio de 2018). Impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España. Revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*, 92(1), 1-15.
- Martínez, K., Bárcenas , A., & Pacheco, Y. (noviembre-diciembre de 2012). En voz de la experiencia: Estrategias de enfrentamiento en adolescentes que concluyeron un programa de intervención breve en consumo de alcohol. *Salud mental*, 35(6), 505-512.
- Moreno, E., & Gil, J. (2003)El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 3(1), 91-109.
- Morrison, A. (2010). Ámbito de la práctica de enfermería y marcos para la toma de decisiones: Guía práctica. CIE – Consejo Internacional de Enfermeras.
- Muñoz, L., & Pérez, G. (2013). Intervenciones de enfermería para la adquisición de hábitos de higiene en los escolares. Escuela No. 12 «Evaristo Vera Espinoza». Comuna «El morrillo» Santa elena. 2012-2013. Escuela de Ciencias de la Salud. La Libertad, Ecuador: Universidad Estatal Península de Santa Elena.
- Orellana A., Sanhueza O. (2011). Competencia en investigación en enfermería. *Ciencia y enfermería XVII*, (2):9-17
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). Conceptos y guía de análisis de impacto en salud para la Región de las Américas. Washinton D.C.: OMS.

- Quillas, R., Vásquez, C., & Cuba, M. (2017). Promoción de cambios de comportamiento hacia estilos de vida saludable en la consulta ambulatoria. *Acta Med Peru.* 34(2), 125-131. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v34n2/a08v34n2.pdf>
- Rodríguez, A., Ramos, G., & Contreras, M. (mayo de 2013). Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(1), 161-174.
- Rodríguez, M., Arredondo, E., & Herrera, R. (marzo-abril de 2012). Effectiveness of an educational program in nursing in the self-care of patients with heart failure: randomized controlled trial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20(2), 296-306.
- Pereda S., Berrocal F. (2006). La gestión del conocimiento. *Gestión de recursos humanos por competencias*. Editorial Universitaria Ramón Areces, (2), 87-107.
- Plan Estratégico Institucional. (2006-2010). Universidad de Concepción. Recuperado el 01 de septiembre de 2020, de <http://www.udec.cl/ppei20062010/index.html>
- Pino P. (2012). Valor de la investigación como parte del rol de enfermería en la práctica clínica. *Horiz Enferm*, 23(1), 89-95.
- Romero MN. (2003). Conclusiones de Simposio Formación de investigadores. VII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería. Recuperado el 01 de septiembre de 2020, de http://www.aladefe.org/index_files/docs/conclusiones_cidee/formacion_investigadores_enfermeros.doc
- Siza, B. (2015). Intervención de enfermería en el adulto mayor para mejorar su calidad de vida en el hogar de ancianos Sagrado Corazón de Jesús de Ambato, periodo septiembre del 2014 a febrero del 2015. Universidad de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud. Ambato, Ecuador: Universidad de Ambato.
- Sosa, S., Saavedra, B., & Piras, C. (octubre de 2016). True Love: Effectiveness of a School-Based Program to Reduce Dating Violence Among Adolescents in Mexico City. *Prevention Science*, 17(7), 3-16.
- Triviño Z., Sanhueza O. (2005). Paradigmas de investigación en enfermería. *Ciencia y enfermería* XI, (1), 17-24.
- Vielva J. (2006). La docencia de pregrado, la función asistencial y la investigación enfermera. *Boletín IDEA*. Recuperado el 01 de septiembre de 2020, de <http://www.madrid.org/cs/>

CAPÍTULO 7

Resiliencia y comunidades educativas: respuesta ante la COVID-19 en el ámbito universitario

Nadosly de la Caridad de la Yncera Hernández y Lilia Denisse Peña Salazar

PALABRAS INTRODUCTORIAS

El capítulo que se presenta a continuación fue escrito con una motivación muy especial por parte de sus autoras, quienes desde sus múltiples roles de profesoras de tiempo completo de la División de Ciencias de la Salud (DCS) de la Universidad de Quintana Roo, de investigadoras, psicólogas, mujeres, entre otros, comparten con los lectores sus experiencias, puntos de vista, análisis y propuestas de estrategias resilientes ante la actual crisis sanitaria que vive la humanidad.

En este texto se expondrán algunos aspectos psicosociales relacionados con la pandemia de COVID-19. Teniendo en cuenta el ciclo de gestión de desastres: antes-durante-después, se describirá el comportamiento humano en desastre y particularmente en esta crisis, desde un enfoque de resiliencia que trasciende los límites de la individualidad hacia los grupos, comunidad y sociedad en general. A modo de ejemplo, se citarán algunas acciones estratégicas de resiliencia (AER) que se han estado implementando, fundamentalmente, en la comunidad educativa de la DCS y también mediante su Programa Universitario de Atención Primaria a la Salud (PU-APS).

IMPACTOS PSICOSOCIALES DE LA CRISIS

Una catástrofe humana por la que se pierden vidas, se desarticulan procesos esenciales de la vida, se hace previsible que la vida toda saldrá profundamente dañada. Luchamos contra una casi apocalíptica enfermedad, poderosa en su propagación y en sus efectos lamentables. La COVID-19 es un agente de la «antivida».

Manuel Calviño, 2020

A pesar de que la historia de la humanidad está ligada indisolublemente a las constantes amenazas de desastres, es la primera vez que el mundo enfrenta una pandemia generada por un coronavirus (OMS, 2020), lo cual resulta inusual por el hecho de que los coronavirus son una familia de virus que afectan generalmente a los animales, aunque algunos pueden transmitirse a las personas, como es el caso del SARS-COV-2. Este virus produce la enfermedad infecciosa que ha sido denominada COVID-19, la cual es un nuevo tipo de coronavirus que fue

detectado en diciembre de 2019 en Wuhan, en la provincia de Hubei, perteneciente a la República Popular China.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ante la elevada morbilidad y mortalidad de este virus, y por sus graves repercusiones para la salud pública, la economía mundial y la sociedad en general, declaró el pasado 11 de marzo de 2020 lo siguiente:

la COVID-19 puede considerarse una pandemia (...) «Pandemia» no es una palabra que deba utilizarse a la ligera o de forma imprudente. Es una palabra que, usada de forma inadecuada, puede provocar un miedo irracional o dar pie a la idea injustificada de que la lucha ha terminado, y causar como resultado sufrimientos y muertes innecesarias (OMS, 2020).

El contexto mexicano no está exento de este desastre sanitario; por lo contrario, actualmente vive una fase crítica generada por el número de contagios. En el estado Quintana Roo, donde se está llevando a cabo el trabajo que se comentará en este capítulo, la pandemia también ha tenido una rápida propagación. Al no existir un tratamiento o vacuna efectiva, se han puesto en práctica algunas medidas de carácter sanitario: distanciamiento físico, uso del cubrebocas, higiene de las manos, etcétera, y otras más extremas, como ha sido la llamada «cuarentena».

En investigaciones de otros desastres se han detectado algunos factores sociales que aumentan la severidad de las situaciones adversas (Noji, 2000), mismos que, en opinión de las autoras, pudieran influir negativamente en el afrontamiento de la actual pandemia de COVID-19:

1. Vulnerabilidad humana que resulta de la pobreza y de la inequidad social.
2. Degradación ambiental que resulta del mal uso de la tierra.
3. Rápido crecimiento de la población, especialmente entre los pobres.

Las ideas anteriores expresadas por E. K. Noji tienen una gran vigencia en el ámbito latinoamericano, en donde las condiciones de desigualdad social y pobreza aún persisten en estos países, y particularmente en México. En dicho escenario, queda mucho por hacer todavía.

Las investigaciones relacionadas con el tema de salud mental y desastres han señalado también que las respuestas individuales y colectivas varían de acuerdo con el tipo de desastre, sus etapas, las condiciones psicosociales y personales existentes antes del siniestro, las condiciones creadas para mitigar los efectos iniciales, entre otras. A continuación, se describen algunas de las manifestaciones más comunes, de acuerdo con cada etapa del ciclo de gestión de desastre:

La *etapa antes*. Se conoce la posibilidad de ocurrencia de un evento adverso, aumenta la expectativa de su inminencia y el nivel de tensión en la población con respecto a este hecho. Debido a este estado de tensión, es posible que ocurra una subestimación (como mecanismo de negación) de los posibles efectos y consecuencias personales o, por lo contrario, se sobrevalore el posible desastre.

Factores como la preparación previa de la población y los decisores para actuar en esta fase, así como la confianza en los elementos de la red de apoyo social actúan como protectores de la salud mental, de igual manera que lo hace la información confiable recibida relacionada con el evento causante de la situación de emergencia. Por lo contrario, un déficit en la preparación y una información distorsionada del fenómeno actúan como factores de mayor riesgo, y son capaces de provocar, incluso antes del impacto, afectaciones a la salud mental y la conducta esperada por determinados sectores de la población.

La *fase durante* o *fase de crisis*. Es la que hoy está vigente con la pandemia. Según su clasificación, la misma tendrá una duración variable de acuerdo con el fenómeno en cuestión. En esta etapa, se generan cambios neuroquímicos en el sistema nervioso central y pueden afectarse las respuestas inmunológicas. Las reacciones emocionales son intensas, los individuos sienten interrumpida su vida. Se ha descrito como uno de los primeros efectos la desorganización y la confusión. Predomina el miedo, los sentimientos de abandono, la impotencia frente a la agresión del medio y la conciencia de la propia vulnerabilidad individual y de los otros.

Aspectos del comportamiento humano en desastre han sido descritos en esta fase. Por ejemplo, existe una elevada necesidad de supervivencia de sí mismo y de sus seres queridos; se puede producir una pérdida de iniciativa o inmovilidad o, por el contrario, una hiperactividad desorganizada. Ambas pueden ser manifestación de pánico. Aunque por lo general el pánico no es una de las respuestas que más abunda en las situaciones de desastres. Surgen liderazgos (positivos o negativos), actos heroicos o mezquinos, solidaridad o egoísmos, violencia, etcétera.

En una publicación reciente se hace una descripción de la COVID-19 como una «contingencia en nuestro viaje cotidiano»:

Se ha fracturado el equilibrio con el que vivíamos nuestra cotidianidad, lo que provoca repercusiones de diverso tipo. Desata emociones diversas, muchas veces negativas, fuertes, dolorosas, detiene modos habituales de hacer las cosas. Nuestros hábitos, rutinas, sentimientos, formas de ver la realidad, dejan de ser efectivos ante situaciones que demandan nuevas actividades, modos de pensar y, en consecuencia, emociones y sentimientos diferentes con los que normalmente asumimos la realidad: angustia, incertidumbre, ansiedad, miedo; por solo mencionar algunos de naturaleza negativa. Al mismo tiempo, y como el tren de la vida no puede detener-

se, la realidad nos exige generar formas diferentes de afrontar las nuevas situaciones para seguir adelante (Perera, Martín y Barcenás, 2020).

Es importante considerar que la eficiencia o eficacia de las estrategias de afrontamiento están determinadas por varios factores. Las que son buenas para algunas situaciones no lo son para otras. O puede que para determinada persona una estrategia sea efectiva, y no así para la misma persona en otra época de su vida. Asimismo, múltiples investigaciones en el campo de la resiliencia individual y familiar coinciden en señalar el afrontamiento exitoso de la adversidad como un elemento presente en la aparición de conductas y resultados resilientes (López, 2008).

La etapa después y de recuperación. Es la que más ansía la humanidad en nuestros días. En esta fase, las investigaciones han demostrado que después del impacto de un desastre, por un tiempo, siguen actuando los factores de estrés, influenciando la conducta de los damnificados. Las situaciones individuales y familiares y las pérdidas de vidas y de recursos materiales condicionan la afectación de la salud mental de los afectados, así como las posibilidades de recuperación, que se aprecia con un comienzo lento, pero progresivo.

Se comienza a deslindar las afectaciones «normales» y transitorias de aquellas más persistentes. Los damnificados pueden seguir experimentando oleadas de ansiedad y temor al recordar el trauma o al comenzar a elaborar las consecuencias. A estos síntomas puede sumarse una inestabilidad emocional sobre un trasfondo de tristeza e ira. La alteración emocional incide en el resto del funcionamiento psicosocial. Pueden aparecer ideas o conductas inapropiadas, el sueño se hace irregular y poco reparador, disminuye el apetito, surgen la irritabilidad y se dificulta el cumplimiento de tareas habituales.

La depresión hace su aparición, ya fuera de los límites normales del duelo, y se inicia su tránsito hacia la afección psiquiátrica, igual ocurre con las respuestas al estrés que evoluciona hacia el trastorno de estrés postraumático. Los grupos vulnerables son los más afectados. La disfunción familiar se hace más evidente, se inician las conductas violentas y ocurre un aumento de las adicciones. En esta etapa se mantiene lo descrito en la etapa anterior y se añade la necesidad de cumplir con las tareas de la vida diaria y de adaptarse a la pérdida y a lo nuevo.

En la *fase de recuperación*, se mantienen aún sin resolver muchas de las afectaciones producidas por el evento, las cuales se van eliminando paulatinamente y se evidencian problemas que no tendrán solución. Se aprecia el inicio y la consolidación de nuevas situaciones generadas por soluciones inadecuadas a la creada por el desastre inicial; estas alcanzan tal magnitud que se conocen como el «segundo desastre» y llegan a tener la misma dimensión que las primeras.

Los efectos del segundo desastre giran alrededor de la separación familiar, el desempleo y otras manifestaciones tomadas como transitorias, que se prolon-

gan en el tiempo con tendencia a ser permanentes. En esta etapa se identifican también respuestas emocionales prolongadas, depresiones, trastornos de estrés postraumático y diversas enfermedades psiquiátricas que requieren tratamiento especializado. Pueden surgir alteraciones de conducta, aumento de las adicciones al alcohol y a las drogas, violencia comunitaria, intrafamiliar y sobre grupos e individuos vulnerables.

Predomina la frustración, seguida por el sentimiento del acomodamiento y de la aceptación del papel de damnificado que lo merece todo y tiene una actitud pasiva frente a las posibles soluciones. No obstante, en esta etapa se inicia un tránsito paulatino hacia la recuperación de la salud mental previa al desastre, la cual, en algunos casos, supera los niveles anteriores. Se recuperan paulatinamente los valores habituales de la comunidad y la cultura.

Se debe considerar que este proceso no ocurre de manera lineal y no siempre la recuperación significa volver a los patrones usuales, que demostraron ser insuficientes para afrontar situaciones como la vivida, y es posible encontrar tendencias a su modificación, lo que siempre dará lugar a confrontaciones capaces de generar afectaciones del equilibrio psíquico que se pretende restablecer (Rodríguez, Zaccarelli Pérez, 2006). Es la etapa donde se deberá superar la adversidad y emerger el proceso de resiliencia.

ENFOQUE DE RESILIENCIA

*Nada se destruye sin que algo se levante.
Las grandes desgracias son grandes escuelas.*

José Martí

Encauzar el afrontamiento de la pandemia de COVID-19 desde la resiliencia dirige el análisis a favor de resaltar el proceso de reactivar las fortalezas y virtudes humanas, aun en los momentos más críticos. Coexiste en este proceso un conjunto de factores sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida «sana» en un medio insano. Por tanto, no puede ser pensada como un atributo con el que se nace o que se adquiere durante su desarrollo, sino que se trata de un proceso que caracteriza un complejo sistema social, en un momento determinado del tiempo (Rutter, 1993).

Desde esta condición relacional, se apunta hacia concebir la resiliencia como un proceso dinámico que comparte la concepción más contemporánea del carácter biopsicosocial del individuo. Juegan un papel primordial en su potenciación los agentes socializadores (familia, grupos, escuela, comunidad etcétera) que actúan a través de los mecanismos del proceso enseñanza-desarrollo en un contexto histórico cultural concreto (De la Yncera, 2019). En términos de Twigg (2007, 6):

Enfocarse en la resiliencia significa poner mayor énfasis en qué es lo que las comunidades pueden hacer por sí mismas, y cómo se pueden fortalecer sus capacidades, antes que concentrarse en su vulnerabilidad ante el desastre o sus necesidades en una emergencia.

La concepción comunitaria le imprime al proceso de resiliencia cuestiones de tipo social, cultural, grupales, condiciones sociopolíticas, entre otras: «Así, fortaleciendo los factores protectores estamos promoviendo la salud en sentido colectivo. Esto es lo que entendemos como 'resiliencia comunitaria'» (Suárez Ojeda, 1996, 55).

Se comparte el criterio de que para crear una humanidad y un medio ambiente resiliente necesitamos un compromiso muy fuerte a nivel internacional, pero también a nivel local, y la buena voluntad de «reingenierizar» las prácticas de desarrollo actuales y revertir estos procesos y tendencia. También la acción política debe ir más allá de reducir simplemente el riesgo existente y priorizar la prevención de la acumulación de nuevo riesgo. Por lo tanto, esta gestión tendrá que ser parte de políticas de desarrollo sostenible que involucre a todos los sectores (Mena, 2014).

Este análisis de la resiliencia nos conduce a considerar la interrelación sistémica de cada uno de los niveles: individual, grupal, comunitario, desde las acciones mancomunadas que emanan de la multidisciplinariedad y la intersectorialidad, y actuando desde la prevención, a partir de la educación y asumiendo una postura histórica-cultural, ética y comprometida con el mejoramiento humano y el bienestar psicosocial (De la Yncera, 2019).

Uno de los tantos retos que ha tenido que afrontar la División de Ciencias de la Salud (DCS) de la Universidad de Quintana Roo (UQROO), como el resto de las universidades de México, fue continuar con el proceso docente-educativo en la pandemia de COVID-19. Para ello, «con pasos de gigantes», se sustituyeron las aulas y la modalidad presencial por entornos virtuales. Se capacitaron los profesores en el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) y en cursos para el adecuado manejo de Ambientes Virtuales de Aprendizaje (AVA), por ejemplo, Microsoft Teams y Moodle. Asimismo, se continuó con las acciones de Telemedicina que estaban ejecutándose desde años anteriores y que hoy tienen un gran valor práctico. Además, la Universidad ha brindado apoyo a los estudiantes que presentan dificultad con problemas de conectividad y con el desarrollo de las clases en línea.

No obstante, en estos tiempos de crisis, las universidades están llamadas no solo a modificar la forma para continuar las clases de manera virtual, sino también a «replantear el rol que juegan las instituciones que forman a los profesionales de la salud (...) para convertirse en un agente activo de la intervención», como afirma el Dr. Melchor Sánchez Mendiola (2020, 3), quien, además, resalta el «compromiso de formar para ayudar» que tienen los centros que educan en salud.

Para ayudar a otros, debemos aprender primero a ayudarnos a nosotros mismos. Por tanto, es muy pertinente implementar acciones estratégicas dirigidas a elevar la cultura psicosocial en el ámbito universitario para fortalecer su resiliencia y afrontar activamente la «nueva normalidad» en tiempos de pandemia y postpandemia:

La educación, y en particular la universidad, tiene una función de prepararnos, no solamente en actividades y conocimientos, sino preparar a los ciudadanos desde su profesión, desde su formación cívica, desde sus afectos ético-morales, para afrontar situaciones de crisis y de desastres (Lorenzo, 2020).

En este sentido, cada día cobra mayor interés estudiar los factores positivos involucrados en la salud y el bienestar. Sobre todo, en la educación médica, donde se ha logrado constatar que una educación orientada hacia el bienestar mejora la motivación, el aprendizaje y el pensamiento creativo en los estudiantes (Delgado *et al.*, 2020).

Al asumir estas funciones, la Universidad se convierte en una comunidad educativa que tiene como fin mejorar el aprendizaje en los alumnos y su bienestar, a través de un modelo de trabajo «que nos invita a soñar con centros más cálidos, eficientes y equitativos» para todos sus miembros. Desde una visión y valores compartidos, en estos espacios formativos se implementa una estrategia de mejora que permite que cada escuela identifique y utilice lo mejor que tiene de sí para potenciar el alcance de su trabajo (Wise y Avendaño, 2013).

Bajo esta concepción, la educación abandona su enfoque tradicional centrado en el profesor para incorporar nuevas pedagogías que colocarán al estudiante como el actor principal en su proceso de aprendizaje. Este cambio de paradigma estuvo sustentado en el informe «La Educación encierra un tesoro», propuesto por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco), en el cual se proponen los «cuatro pilares de la educación», considerados aprendizajes básicos para la vida de las personas (Delors, 1996):

- *Aprender a conocer.* Se relaciona fundamentalmente con contenidos conceptuales, de hechos y/o principios generales.
- *Aprender a hacer.* Tiene relación con la asimilación de contenidos procedimentales de interacción con el propio entorno.
- *Aprender a vivir juntos.* Demanda una adecuada participación y cooperación con los demás, desarrollando actitudes y emociones positivas.
- *Aprender a ser.* Es una competencia general y transversal que da funcionalidad y sentido a todos los aprendizajes.

ACCIONES ESTRATÉGICAS DE RESILIENCIA (AER)

Y por encima de todo, las personas. Estamos en esto juntos para hacer con serenidad las cosas que hay que hacer y proteger a los ciudadanos del mundo. Se puede lograr.

Tedros Adhanom Ghebreyesus

En el 2008, se aprueba la creación de la División de Ciencias de la Salud (DCS) en la Universidad de Quintana Roo. Cabe destacar que esta oferta educativa fue pionera en el estado de Quintana Roo. Su apertura ha representado una oportunidad para que los jóvenes quintanarroenses, de otros estados y del país vecino de Belice puedan realizar estudios profesionales en Ciencias de la Salud. Actualmente, en la DCS se estudian las carreras de Medicina, Enfermería y Farmacia.

Entre los retos contemporáneos que han tenido que enfrentar las Ciencias de la Salud, en específico, la carrera de Licenciatura en Medicina, se encuentran la priorización de una práctica más humana y centrada en el paciente, lo cual le otorga a este un papel más activo en su propio proceso de salud. Este cambio de paradigma trajo consigo grandes desafíos; por ejemplo, la modificación de algunas prácticas que hasta ese momento no se consideraban objeto de estudio en los avances de la medicina: la escucha empática, las relaciones horizontales y la priorización de la prevención y promoción de la salud, es decir, una medicina más focalizada en la salud que en la enfermedad.

En la actualidad, muchas universidades han adoptado un modelo por competencias donde se integran *saber saber, saber hacer, saber convivir y saber ser*. En el caso de la educación médica, fue necesario desglosar cuáles eran esas competencias necesarias para el buen ejercicio de la profesión. La Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) brinda una serie de competencias y dominios que han de estar presentes en los médicos. Por ejemplo, en la competencia genérica «Dominio ético y del profesionalismo» se especifica la competencia de «Compromiso con el paciente», la cual deberá cumplirse a través de las siguientes condiciones: «demostrando altruismo, responsabilidad, empatía, honestidad, comprensión, calidez, sensibilidad y actitud de servicio, respetando la dignidad y la autonomía de las personas, manteniendo una relación sana» (Abreu *et al.*, 2008, 20).

Otra competencia que se especifica dentro del «Dominio ético y del profesionalismo» es la de «Compromiso consigo mismo», cuyas condiciones de cumplimiento están referidas al autoconocimiento: «conociéndose a sí mismo, demostrando resiliencia y capacidad de superar los problemas que se presenten en su práctica profesional» (Abreu *et al.*, 2008, 23).

En correspondencia con esas directrices institucionales, desde hace aproximadamente dos años, las autoras de este trabajo han ejecutado acciones estratégicas encaminadas a «fortalecer el proceso de resiliencia ante eventos adversos y desarrollar competencias de dominio ético y de profesionalismo, para un des-

empeño exitoso de los estudiantes de medicina de la DCS», mismas que han sido nombradas como Acciones Estratégicas de Resiliencia (AER).

A partir de las AER se pretende transformar una situación existente que se requiere cambiar o mejorar y alcanzar la situación deseada o meta, mediante la optimización de tiempo y recursos. Las AER orientan y dan sentido a las actividades que se han emprendido para alcanzar dicho objetivo. Y se traducen en modos de actuación con indicadores de medición de los avances logrados. El contenido de sus actividades se nutre del sustrato teórico de las temáticas: resiliencia, salud, desarrollo humano, entre otras. En apartados anteriores de este escrito se ha hecho referencia a este aspecto.

En el plano metodológico, se ha asumido una metodología de investigación-acción, en donde se investiga y paralelamente se realizan talleres y otras actividades participativas. Se ha elegido un enfoque encaminado, más que a plantear nuevas estrategias, a recuperar y a reconocer en el capital social acumulado la memoria histórica de la comunidad educativa en el manejo de crisis. Se trata de «apoderarse» de estos saberes, que, unido a los aportes científicos, contribuirá al fortalecimiento de la gestión del conocimiento y la transferencia de experiencias.

En el cuadro 1 se pueden observar ejemplos de AER que se han ejecutado en la DCS: *Antes y Durante* la pandemia de COVID-19. Posteriormente, se compartirá una breve reflexión de cada una de estas AER.

Cuadro 1. Ejemplo de acciones estratégicas de resiliencia (AER)

ACCIONES	OBJETIVOS
1. Curso-taller: Resiliencia aplicada al desarrollo de comunidades educativas	Compartir estrategias para fortalecer el proceso de resiliencia en las comunidades educativas mediante el trabajo grupal y desde una concepción humanista
2. Taller: Resiliencia aplicada al desarrollo de comunidades educativas en tiempos de crisis	Compartir estrategias para fortalecer el proceso de resiliencia en las comunidades educativas en situaciones de crisis por COVID-19
3. Talleres de tutoría para estudiantes de nuevo ingreso	Favorecer en los estudiantes de nuevo ingreso el proceso de inserción en la educación superior, que se refleje en un bajo índice de deserción en el primer año escolar
4. Jornadas de concientización sobre la tolerancia y la no violencia	Sensibilizar sobre la importancia de la tolerancia y la no violencia, con la finalidad de fomentar responsabilidad, respeto y conciencia en la comunidad educativa
5. Murales temáticos	Divulgar de manera atractiva temas de salud y resiliencia; fechas conmemorativas y otros temas de interés de los estudiantes
6. Actualización curricular de los programas de asignatura	Fortalecer en los programas educativos de la DCS las competencias socioemocionales
7. Desarrollar proyectos de investigación	Fortalecer la investigación en las temáticas relacionadas con la resiliencia en comunidades educativas

Fuente: elaboración propia

AER 1 Y 2: CURSOS Y TALLERES DE RESILIENCIA

Tomando como referencia la información expuesta en el cuadro 1. Ejemplo de Acciones Estratégicas de Resiliencia (AER), a continuación se expondrán algunas experiencias y reflexiones relacionadas con las AER 1 y 2: «Curso-taller: Resiliencia aplicada al desarrollo de comunidades educativas» y el «Taller: Resiliencia aplicada al desarrollo de comunidades educativas en tiempos de crisis».

La primera de estas acciones se realizó en noviembre del 2019. Este curso-taller se organizó a través del Centro de Estudios Interculturales de la División de Ciencias Sociales Económico y Administrativas de la Universidad de Quintana Roo (UQROO). Tuvo como objetivo general «compartir estrategias para fortalecer el proceso de resiliencia en las comunidades educativas mediante trabajo grupal y desde una concepción humanista».

Se impartió en cuatro sesiones de cinco horas cada una, con un total de 20 horas presenciales. Se analizaron desde la teoría, la praxis y las vivencias de los participantes los temas de introducción al concepto de resiliencia, factores protectores, tutores de resiliencia, modelos que explican el proceso de resiliencia, buenas prácticas en resiliencia y resiliencia aplicada al desarrollo de comunidades educativas, mediante exposiciones magistrales, trabajo en equipo, estudio de casos, lectura grupal y plenarias.

En el curso-taller participaron profesores de la DCS y otras divisiones académicas de la Universidad de Quintana Roo, así como algunos alumnos. Fue un encuentro muy enriquecedor donde se constató cómo el docente también es un tutor que ayuda a los estudiantes a construir su resiliencia (Noriega Aguilar *et al.*, 2015). Se corroboró la pertinencia de estas acciones en la comunidad educativa, teniendo en consideración que:

La formación es un factor clave del proceso de la resiliencia. Los educadores deben conocer las áreas implicadas en el proceso de enseñanza-aprendizaje (...) La formación psicopedagógica del profesor tiende a la empatía con el alumno, que es la base de la resiliencia. Además, debe estar formado en el manejo de los grupos, los conflictos y el cambio de actitudes (Uriarte, 2006, 16).

Cuatro meses después de este evento, al momento de declararse la pandemia de COVID-19, la UQROO se enfrentaría a un cambio radical en sus actividades laborales y cotidianas, el cual está retando a la comunidad educativa a utilizar los recursos y pilares de resiliencia de cada uno de sus miembros y a adoptar las disposiciones oficiales:

La situación de pandemia trajo aparejados cambios en la modalidad de enseñanza. La mayoría de las actividades, tanto en escuelas como en uni-

versidades, pasaron de la modalidad presencial a la modalidad online en pocas semanas (Román *et al.*, 2020, 85).

Aunque había la esperanza de que este fenómeno sanitario fuera de breve duración, la pandemia cada día representa una situación de crisis con posibles efectos adversos: ansiedad, alteraciones del sueño, pánico o angustia ante la posibilidad de infección. Y, particularmente, algunos de los docentes de la DCS también afrontan la atención de casos de COVID-19 en las instituciones de salud en las que laboran.

Estas son algunas de las muchas razones que motivaron a las autoras a impartir el 29 de mayo de 2020 el segundo taller, el cual estuvo enfocado a compartir con la comunidad educativa estrategias para fortalecer el proceso de resiliencia en la situación de crisis debido a la pandemia por COVID-19. Este taller resultó un nuevo reto para las organizadoras que también estaban en una posición de damnificadas por el evento adverso que todavía se está viviendo.

Respetando las medidas sanitarias y disposiciones oficiales, el taller se impartió en línea, y satisfactoriamente asistieron profesores y estudiantes de la DCS y de otras instituciones y países. Se realizó mediante la plataforma virtual de ZOOM y fue de libre acceso para el público en general que estuviera interesado. De acuerdo con las necesidades detectadas en la comunidad educativa de la DCS, esta actividad se planificó para realizarse en noviembre del 2020, a casi un año que comenzara la pandemia de COVID-19 en el mundo.

De manera general, se puede plantear que ambas AER han respondido a las necesidades del contexto. Además, estuvieron en correspondencia con los Objetivos estratégicos de la UQROO:

(...) consolidar actividades que contribuyan al desarrollo integral de los estudiantes y que, a su vez, generen un ambiente de pertenencia, desarrollo y recreación. Como una de las acciones concretas para lograr este objetivo es brindar talleres que orienten, promuevan o refuercen en los alumnos el cumplimiento de metas personales, la resiliencia, entre otros (Rivero, 2018, 47).

AER 3: TALLERES DE TUTORÍA PARA ESTUDIANTES DE NUEVO INGRESO

La tutoría universitaria constituye una estrategia importante para las instituciones educativas, ya que favorece el logro de la calidad educativa (Aguilera, 2019). Desde su modelo educativo, la Universidad de Quintana Roo plantea la tutoría como una de las acciones que ha de realizar el profesorado para apoyar y asesorar a los estudiantes en función de las necesidades que presente durante su formación académica (Universidad de Quintana Roo, 2010) y que ha de promover la autonomía y toma de decisiones para su vida personal y profesional.

Esta concepción de la tutoría, como una función sustantiva de la labor docente, ha motivado a las autoras a llevar a cabo acciones estratégicas para favorecer la incorporación de los estudiantes a la vida universitaria y a afrontar las exigencias que implica la formación profesional. Una primera acción estratégica fue la realización del taller para estudiantes de nuevo ingreso, donde se desarrollan actividades para el fortalecimiento de las habilidades socioemocionales, su resiliencia y se orientan las principales responsabilidades académicas del estudiante en el proceso educativo.

Cuadro 2. Número de participantes en el taller de tutoría por periodo de ingreso

TALLER	NÚMERO DE PARTICIPANTES	PERIODO
Taller de tutoría para nuevo ingreso	99 participantes	Primavera 2020
Taller de tutoría para nuevo ingreso	62 participantes	Primavera 2019
Taller de tutoría para nuevo ingreso	34 participantes	Otoño 2019
Taller de tutoría para nuevo ingreso	50 participantes	Otoño 2018

Fuente: elaboración propia

Desde la experiencia, una acción exitosa ha sido la tutoría entre pares, que se define como una estrategia pedagógica donde los estudiantes de semestres avanzados acompañan a los estudiantes de semestres básicos en el proceso de aprendizaje (Torrado, Manrique y Ayala, 2016). A partir de esta, los estudiantes de ciclos clínicos que han presentado situaciones transitorias con la suspensión de alguna asignatura elaboran videos de acompañamiento con una serie de recomendaciones de buenas prácticas para un desempeño exitoso.

Hoy, ante la pandemia por la COVID-19 y los cambios vertiginosos que hemos mencionado anteriormente, los estudiantes de semestres avanzados han decidido colaborar con recomendaciones para un curso exitoso en modalidad en línea, desde la experiencia y la incorporación de acciones saludables como mantenerse activo, evitar periodos largos de permanecer sentados, beber abundante agua, cuidado de la vista y otros aspectos escolares como realizar anotaciones, estudiar los temas previo a las clases, así como ser empáticos con la comunidad educativa y las situaciones que puedan presentarse en esta nueva modalidad de clases.

En el contexto mexicano, una importante investigación demuestra que «las estrategias socioeducativas instrumentadas con el propósito de promocionar factores resilientes en los estudiantes de nuevo ingreso de universidades públicas permiten disminuir la deserción escolar en el primer año educativo» (Garza, 2016, 140). Otra conclusión de este importante estudio señala la pertinencia de «incluir contenidos relacionados con la promoción de resiliencia en los programas educativos que se ofertan (...) también en la acción tutorial» (Garza, 2016, 139).

AER 4: JORNADAS DE CONCIENTIZACIÓN SOBRE LA TOLERANCIA Y LA NO VIOLENCIA

Esta jornada se planificó para realizarse en el mes de noviembre, en el marco de las fechas conmemorativas proclamadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas. En las mismas se realizan actividades como murales informativos de prevención de la violencia de género, tendadero de historias resilientes ante la violencia, talleres de fortalecimiento de la resiliencia en contextos educativos a favor de salud mental y la equidad de género, por mencionar algunas acciones.

Ha sido muy interesante la respuesta de los estudiantes de la DCS, quienes participan con mucho entusiasmo en estas acciones. Se han preparado en los temas y también han impartido talleres a sus compañeros, utilizando las clases y con la colaboración de los profesores. Además, estos espacios han sido un nicho muy favorable en donde los participantes expresan sus vivencias de violencia tanto en los escenarios escolares como familiares y otros.

La violencia continúa siendo un flagelo de la humanidad. Estamos conscientes de la ola de violencia que aqueja al mundo entero (Murrueta y Orozco, 2015) y de la importancia de reflexionar en torno a la necesidad de cambiar hábitos, creencias y roles tendientes a reproducir este mal (Instituto Nacional de las Mujeres, 2008). Se considera que estas actividades contribuyen a mantener entornos saludables de convivencia en la comunidad educativa.

En conformidad con los principios de no discriminación, la Universidad de Quintana Roo incorpora un Comité de Equidad y Género como una estrategia para asumir acciones preventivas, de atención y sanción a cualquier tipo de violencia (Coral, 2012). Entendida esta como todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada (ONU, 1993).

AER 5: MURALES TEMÁTICOS

Los murales temáticos, también conocidos como periódicos murales, son materiales gráficos visualmente atractivos que representan un sistema de comunicación que muestra información más relevante de un tema (Díaz Perea & Muñoz Muñoz, 2013).

Conforme a los contenidos temáticos que se desarrollan en los programas de asignatura de la Licenciatura en Medicina y vinculados a las fechas conmemorativas, los estudiantes diseñan, crean y comparten con la comunidad educativa de la DCS diversos materiales sobre la importancia del autocuidado de la salud y la prevención de enfermedades, aspectos que se alinean no solo al desarrollo de competencias propias de la formación médica y en el ámbito de la Atención

Primaria de Salud sino también al desarrollo personal de los alumnos. Estas actividades han fomentado ambientes saludables enriquecidos con la participación colaborativa de la comunidad universitaria.

AER 6: ACTUALIZACIÓN CURRICULAR DE LOS PROGRAMAS DE ASIGNATURA

En este sentido, una de las principales acciones que se han realizado para el fortalecimiento de la resiliencia en los estudiantes de la DCS es la adecuación curricular de los programas de asignaturas, por ejemplo, Desarrollo Humano y Psicología Médica, los cuales se ofertan en los primeros semestres de la formación básica de las licenciaturas en Medicina y Enfermería.

Estas asignaturas se imparten en forma de talleres que facilitan el reconocimiento y ejercitación de las habilidades y competencias de manera dinámica y de gran valor para la formación humanista de los estudiantes. A través de estos, se fortalece la motivación, las actitudes, valores, la empatía, habilidades de comunicación asertiva, reforzamiento de la autoestima, la regulación emocional y la resiliencia en el futuro profesional de la salud.

En un primer momento, el programa de Psicología Médica ofrece un panorama del desarrollo humano desde la dialéctica de lo biopsicosocial y lo histórico-cultural y su importancia para el desarrollo de intervenciones efectivas para prevenir factores de riesgo y favorecer la salud mental. Aunque el programa de Desarrollo Humano es de carácter optativo en el currículo de Medicina, ha resultado una estrategia muy efectiva incorporarlo como una asignatura de fortalecimiento en los ciclos clínicos, cuando los estudiantes por múltiples circunstancias han tenido que suspender sus asignaturas de formación clínica.

También otros programas de asignaturas se están actualizando en la DCS de la UQROO. Hay que considerar, en este sentido, que el acelerado desarrollo económico y social demanda a las universidades la constante actualización de los programas educativos y la acreditación de estos, conforme a los estándares de calidad educativa, determinados por las acreditadoras nacionales para cada disciplina. No es un hecho casual, por tanto, que la DCS se encuentre inmersa en un proceso de acreditación de la Licenciatura en Medicina y la Licenciatura en Enfermería, luego de acreditar satisfactoriamente la Licenciatura en Farmacia.

Se entiende como actualizaciones curriculares el conjunto de acciones planificadas y sistemáticas para el aseguramiento de la calidad de los programas educativos, en donde la gestión académica contribuye de forma participativa, reflexiva (Icarte y Labate, 2016) y con liderazgo para la revisión del currículo a fin de que garantice la formación de seres humanos integrales que sean sensibles ante los problemas de la sociedad actual y que, con un claro proyecto ético de vida y espíritu emprendedor, desarrolle las competencias necesarias para la

realización personal, el afianzamiento del tejido social y el desempeño profesional considerando el desarrollo sostenible (Tobón, 2008).

Este proyecto de actualización de los programas de asignaturas implica la actuación y cooperación de la comunidad educativa de la DCS, desde los distintos roles asumidos por sus actores clave. No obstante, a los docentes corresponde la tarea de actualizar los contenidos, así como las estrategias didácticas que promueven el desarrollo de las competencias.

Los temas de la resiliencia y las habilidades socioemocionales son transversales a todas las temáticas. Por su gran importancia, es preciso continuar sensibilizando a la comunidad de docentes acerca de su inclusión en sus asignaturas. Ya que brindan herramientas para el ejercicio de los profesionales que están formando, los cuales muchas veces tratarán personas en crisis o traumatizadas por la situación de salud que enfrentan ellos o sus familiares. Además, como «cuidadores» que serán, deberán incorporar el autocuidado en su vida personal y laboral.

AER 7: DESARROLLAR PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

La planeación de las AER ha estado vinculada a la concepción metodológica de la investigación-acción. Por tanto, uno de los requisitos fundamentales para garantizar su pertinencia y eficacia es que se sustenten sobre estudios en el contexto en el cual se ejecutan, como un «traje a la medida».

Las autoras de este trabajo forman parte del Cuerpo Académico «Comunicación, educación y comunidad» de la Universidad de Quintana Roo y son miembros de varios proyectos adscritos a esta línea de investigación. Además, están en el proceso de inscripción de sus propios proyectos. En este sentido, está planeada la inscripción de dos proyectos institucionales:

- **«Desarrollo y fortalecimiento del proceso de resiliencia en la División de Ciencias de la Salud de la Universidad de Quintana Roo, ante la pandemia de COVID-19.»**

Este proyecto tiene como objetivo general comprender cómo se manifiesta el proceso de resiliencia en la División de Ciencias de la Salud (DCS) de la Universidad de Quintana Roo (UQROO), para generar intervenciones encaminadas a su desarrollo y fortalecimiento en los miembros de esta comunidad educativa ante la pandemia de COVID-19. Para el desarrollo del mismo, se considera importante caracterizar los pilares de resiliencia presentes en los miembros de la comunidad educativa, plantear un mapeo teórico relacionado con el proceso de resiliencia ante la pandemia por la COVID-19 y generar intervenciones de resiliencia aplicada ante esta crisis.

- **Fortalecimiento de habilidades socioemocionales de los estudiantes de medicina incorporados en el programa de Atención Primaria de Salud (APS).**

En la División de Ciencias de la Salud (DCS) está vigente el Programa Universitario de Atención Primaria a la Salud (PU-APS), que contempla dos ejes rectores (Fajardo *et al.*, 2019, 10):

1. Lo formativo, cuya intención es consolidar un programa con enfoque en competencias, que a través de la práctica comunitaria los estudiantes participen de forma multidisciplinaria y colaborativa en la generación de estrategias de intervención contextualizadas y centradas en la protección, prevención, educación y promoción de la salud.
2. Beneficio de la comunidad, con el propósito de generar una nueva cultura de salud y, con ello, contribuir a la adopción de patrones de consumo y estilo de vida saludable, haciéndolos partícipes y responsables del autocuidado de su salud.

Las autoras de este trabajo están adscritas en el PU-APS, experiencia de inigualable valor, en la que han podido observar los impactos generados en los miembros de las comunidades. Desde un enfoque positivo y centrado en potenciar el bienestar físico, psicológico y social, participan en la promoción y educación para la salud no solo de la población sino también de sus facilitadores (De la Yncera y Peña, 2019):

En este nivel primario de intervención, nuestros estudiantes de medicina, enfermería y farmacia tienen la posibilidad de acercarse a toda la población: tanto a la que padece de alguna enfermedad, como a la sana. Como se ha manifestado en otros estudios, este aspecto es muy importante, ya que contribuye a evitar que los factores de riesgo de enfermar, que puedan estar presentes, lleven a las personas a una condición que comprometa su salud (de la Yncera y Peña, 2019).

El proyecto que se está planteando en este apartado tendrá como objetivo general «comprender las habilidades socioemocionales presentes en los estudiantes de medicina incorporados al programa de APS» para generar recomendaciones dirigidas a fortalecerlas y que, a su vez, contribuya a su bienestar y a su buen desempeño como profesionales de la salud. Se dará cumplimiento a esta meta a través de identificar los factores que facilitan o dificultan el desarrollo de habilidades socioemocionales y las experiencias exitosas en el desarrollo de estas en el ámbito universitario. Posteriormente, se fundamentará el papel de las habilidades socioemocionales en el bienestar de los estudiantes y su desempeño como profesionales de la salud para, así, generar recomendaciones encaminadas al fortalecimiento de las habilidades socioemocionales de los estudiantes.

LECCIONES APRENDIDAS

A continuación no se brindarán conclusiones; más bien, se enunciarán algunas lecciones aprendidas muy valiosas, que, en opinión de las autoras, deberían ser consideradas para mitigar los impactos negativos de la actual pandemia por COVID-19 y otras crisis futuras en las comunidades educativas. A continuación, se comparten algunas de estas lecciones:

- La implementación de AER en la DCS, específicamente dirigidas a los estudiantes de la Licenciatura de Medicina, ha sido una herramienta de planificación útil para orientar las actividades por emprender, con sus correspondientes objetivos, modos de actuación y los indicadores de medición de los avances logrados. La investigación en desastres ha demostrado que «se puede plantear la necesidad de poner en práctica programas de respuesta y de preparación psicosocial en desastre que tengan en cuenta el comportamiento y los factores emocionales subyacentes a la respuesta de las personas ante tales traumas» (De la Yncera, 2019). Las investigaciones en otros desastres ya nos habían adoctrinado en cuanto a que «las sociedades más educadas e instruidas en estos aspectos son las que más rápido concluirán los períodos de recuperación (...) y estarán preparadas para futuros fenómenos adversos» (Navarro, 2007, 24).
- Debido a la pandemia de COVID-19, se ha reestructurado la ejecución del Programa Universitario de Atención Primaria a la Salud (PU-APS) vigente en la DCS. A partir de otoño de 2020 y hasta que se pueda salir a las comunidades, las acciones de promoción de salud estarán dirigidas exclusivamente hacia la comunidad educativa de la DCS, específicamente hacia los estudiantes y sus propias familias, lo cual constituye una muy buena oportunidad para implementar AER y continuar fortaleciendo, en este ámbito, una cultura psicosocial, de resiliencia y de salud.
- La perspectiva de la resiliencia en la escuela requiere también de educadores resilientes, capaces de afrontar las numerosas dificultades que se presentan en su trabajo para que no se sientan afectados en su calidad de vida. La formación de educadores para los retos actuales ha de incluir necesariamente el reforzamiento de la autoestima, la creatividad, la iniciativa y el sentido del humor. Los educadores han de desarrollar la empatía, el pensamiento positivo, el optimismo y, en definitiva, todas aquellas fortalezas y habilidades que ayuden a modificar actitudes negativas tanto propias como del alumno (Uriarte, 2006, 20).
- Aunque no hay tratamiento efectivo para evitar la pandemia de COVID-19, se pueden aplicar medidas para mitigar sus impactos. En la declaración de la OMS (2020), al anunciar la pandemia por COVID-19, se resaltó la novedad de este desastre sanitario. Pero acto seguido se reafirmó: «nunca habíamos visto una pandemia que pudiera ser controlada» (OMS, 2020). Hoy

estamos recibiendo una gran lección que no se debe pasar por alto: «No es trivial que las principales medidas para sobrevivir a la pandemia sean las intervenciones no farmacológicas de la salud pública, y no intervenciones terapéuticas sofisticadas y de alto costo» (Sánchez, 2020, 3).

- La pandemia de COVID-19 tiene consecuencias psicosociales que también impactan a los miembros de las comunidades educativas. En la Guía para la prevención, preparación y la gestión de emergencias en el contexto de COVID-19, propuesta por el Cenapred (2020), se recalca que la planeación de la recuperación post-emergencia o desastre deberá considerar acciones en materia de salud mental para el retorno a clases y a los centros de trabajo con el objetivo de prevenir el bullying, estigmatización, actitudes de violencia y favorecer el manejo adecuado de emociones y del estrés» (Cenapred, 2020, 12).

PALABRAS FINALES

Concluir un escrito como el que se comparte en estas páginas, que forma parte de la labor profesional que actualmente realizan sus autoras, ha resultado una tarea muy difícil. Quedan colgando muchas experiencias y reflexiones. No obstante, ha resultado muy inspirador hacerlo, a pesar de la nostalgia de la reminiscencia, del anhelo por regresar a las aulas universitarias y de las implicaciones laborales, afectivas y sociales de estar trabajando desde casa. Escribirlo ha remarcado la esperanza y la convicción, desde un optimismo realista, de que es posible recorrer un camino resiliente para superar la crisis actual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, L. F., Cid García, Á. N., Herrera Correa, G., Lara Vélez, J. V. M., Lavaida Delgadillo, R., Rodríguez Arroyo, C., & Sánchez Aparicio, J. A. (2008). Perfil por competencias del médico general mexicano (Primera edición). Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A. C.
- Aguilera, J. L. (2019). La tutoría universitaria como práctica docente: Fundamentos y métodos para el desarrollo de planes de acción tutorial en la universidad. *Pro-psicoes*, 30, 1–27. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73072019000100203
- Calviño, M. (2020). La actitud que supera y sana. El optimismo inteligente es sin duda un aliado emocional-cognitivo que en situaciones traumáticas es menester traer al escenario de vida. Periódico Granma, 4 de mayo de 2020. Disponible en: <http://www.granma.cu/cuba/2020-05-04/la-actitud-que-supera-y-sana-04-05-2020-01-05-05>
- Centro Nacional de Prevención de Desastres (CENAPRED) (2020). Guía para la prevención, preparación y la gestión de emergencias en el contexto del COVID-19. Disponible en: http://www.cenapred.gob.mx/es/Publicaciones/archivos/424-GUIA_COVID19_DESASTRES.PDF
- Comité Curricular de las Ciencias de la Salud. (2009). Licenciatura en Medicina. Plan de estudios 2009. Universidad de Quintana Roo.
- Coral, Elina (2012). Acuerdo por el que se crea la comisión de equidad de género de la Universidad de Quintana Roo. Universidad de Quintana Roo. Disponible en: http://www.uqroo.mx/modelo_equidad_genero/Anexo_2-1.pdf
- De la Yncera, N. de la C. (2019). Resiliencia comunitaria frente al riesgo de desastre de origen natural en Yauhtepec, Morelos. (Tesis de Doctorado en Psicología). Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología, Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México.
- De la Yncera Hernández, N. de la C., & Peña Salazar, L. D. (2019). Atención Primaria a la Salud y resiliencia: ¡haciendo camino al andar!. *En Atención Primaria a la Salud. Comunicación, redes y experiencias de un programa universitario* (Primera edición, pp. 141–148). Universidad de Quintana Roo.
- Delgado, C., Rodríguez Barraza, A., Lagunes Córdoba, R., & Vázquez Martínez, F. D. (2020). Relación entre bienestar psicológico y empatía en médicos residentes en una universidad pública en México. *Investigación en Educación Médica*, 9(34), 16–23.

- Delors, J., (1996). La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión internacional sobre la educación para el siglo XXI, Madrid, España. Santillana/UNESCO.
- Díaz, M. R., & Muñoz Muñoz, A. (2013). Los murales y carteles como recurso didáctico para enseñar ciencias en Educación Primaria. *Revista Eureka sobre Enseñanza y Divulgación de las Ciencias*, 10(3), 468–479.
- Fajardo Ruz, R. de la C., Campos Rivera, M., & Concha Koh, A. (2019). Programa Universitario de Atención Primaria a la Salud. Antecedentes teórico-metodológicos. En *Atención Primaria a la Salud. Comunicación, redes y experiencias de un programa universitario* (Primera edición, pp. 6–17). Universidad de Quintana Roo. 978-607-9448-74-5
- Garza, L. H. (2016). Resiliencia en la Educación Superior para prevenir la deserción escolar en el primer año: Caso Unidad Académica Multidisciplinaria de Ciencias, Educación y Humanidades. Tesis de doctorado. Universidad Autónoma de Tamaulipas.
- Icarte, G., & Labate, H. (2016). Metodología para la revisión y actualización de un diseño curricular de una carrera universitaria incorporando conceptos de aprendizaje basado en competencias. *Formación Universitaria*, 9(2), 3–16.
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2008). Guía metodológica para la sensibilización en género: Una herramienta didáctica para la capacitación en la administración pública. Violencia contra las mujeres: Un obstáculo crítico para la igualdad de género (Primera edición). Instituto Nacional de las Mujeres. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100975.pdf
- López, J. (2008). Resiliencia familiar ante el duelo. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lorenzo, A. (2020). Primera ayuda psicológica en los centros educativos en situaciones de crisis y emergencias. (Panel Virtual el 26 de junio de 2020).
- Mena R. (2014). Conferencia Magistral «Visión global de la RRD, desde la perspectiva de la ONU». I Foro Latinoamericano y del Caribe de Reducción del Riesgo a Nivel Local. http://www.redulac.net/documentos_publicaciones/images_documentosypublicaciones/foro_RRD/Foro%20ORRD_Sistematizaciones_2014.pdf
- Murueta, M. E., & Orozco Guzmán, M. (2015). Psicología de la violencia. Causas, prevención y afrontamiento (2 edición). El Manual Moderno.
- Navarro, V. R. (2007). Manual para la preparación comunitaria en situaciones de desastres. La Habana: Damují.

- Noji, E, K. (editor) (2000). Impacto de los desastres en la salud pública. Bogotá, Colombia: Organización Panamericana de la Salud, 2000. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/desastres/opsnojii.pdf>
- Noriega, G., Angulo Arjona, B., & Angulo Noriega, G. (2015). La resiliencia en la educación, la escuela y la vida. *Perspectivas docentes*, 58, 42–48.
- ONU (1993). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General, del 20 de diciembre de 1993.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Perera, M., Martín, C. y Barcenás, J. (2020). El tren de la vida en tiempos de COVID-19. Disponible en: <https://www.facebook.com/SociedadCubanaDePsicologia>
- Rodríguez, J., Zaccarelli D. M. & Pérez, R. (2006). Guía práctica de salud mental en desastres. Series manuales y Guía sobre desastres. Washington D.C.: OPS
- Román, F., Forés, A., Calandri, I., Gautreaux, R., Antúnez, A., Ordheí, D., Calle, L., Poenitz, V., Correa, K., Torresi, S., Barceló, E., Conejo, M., Allegri, R., & Ponnet, V. (2020). Resiliencia de docentes en distanciamiento social preventivo obligatorio durante la pandemia de COVID-19. *Journal of Neuroeducation*, 1(1), 76–87. Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/joned/article/view/31727/31846>
- Rutter, M (1987) Psychosocial resilience and protective mechanisms, *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 3 pp316-331
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631.
- Sánchez, M. (2020). Educación médica y la pandemia: ¿aislarse o colaborar? Editorial. *Rev. Inv Ed Med*. Vol. 9, No. 35, julio-septiembre 2020. Disponible en: http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/prensa/Editorial_MSM_RIEM_COVID.pdf
- Suárez, E. N. (1996). El concepto de resiliencia comunitaria desde la perspectiva de promoción de salud. En: Kotliarenko, M. A., Cáceres, I. y Alvarez, C. *Resiliencia construyendo en adversidad*. Centro de Estudios y Atención del Niño y la Mujer (CEANIM). Disponible en: <http://www.resiliencia.cl/investig/Res-CAversidad.pdf>

- Tobón, S. (2008). *La formación basada en competencias en la educación superior: El enfoque complejo*. Instituto CIFE. https://www.researchgate.net/publication/329440312_La_formacion_basada_en_competencias_en_la_educacion_superior_el_enfoque_complejo
- Torrado, D. M., Manrique, E., & Ayala, J. O.. (2016). La tutoría entre pares: una estrategia de enseñanza y aprendizaje de histología en la Universidad Industrial de Santander. *Médicas UIS*, 29(1), 71-75.
- Twigg, J. (2007). Características de una comunidad resiliente ante los desastres. Disponible en: http://www.eird.org/wikies/images/Spanish_Characteristics_disaster_high_res.pdf
- Universidad de Quintana Roo. (2010). Modelo Educativo. Universidad de Quintana Roo. Disponible en: <http://www.uqroo.mx/modeloeducativo/modeloeducanew.pdf>
- Uriarte, Juan de Dios (2006). Construir la resiliencia en la escuela. *Revista de Psicodidáctica*, 11 (1), 7-23. ISSN: 1136-1034. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/175/17514747002.pdf>
- Wise, D., & Avendaño, K. (2013). *Coaching para el liderazgo educativo* Primera edición.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos todo el apoyo brindado por parte de las autoridades y personal administrativo de la Universidad de Quintana Roo y la División de Ciencias de la Salud para la realización de esta obra.

A todas(os) las(os) involucradas(os) en la realización de este trabajo, por su esfuerzo y disposición, así como por contribuir, a través de su praxis, al fortalecimiento del enfoque comunitario de la APS desde los espacios formativos.

A todas las personas de la comunidad que nos brindan su confianza y nos permiten seguir aprendiendo y trabajando en conjunto.

A ti, que le das vida a esta obra con tu lectura.

SOBRE LOS AUTORES



Luis Antonio Reyna Martínez

dr.reynamtz@uqroo.edu.mx

Médico, cirujano, partero por la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Tiene una maestría en Salud Pública, con área de concentración en Epidemiología, por parte del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y un doctorado en Imagen, Arte, Cultura y Sociedad, con línea de Investigación de Comunicación, por parte de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM).

Es candidato a investigador nacional por parte del Sistema Nacional de Investigadores e investigador honorífico por parte del Sistema Estatal de Investigadores del Estado de Quintana Roo.

Su línea de investigación es la Comunicación en Salud, en la que ha producido diversos trabajos audiovisuales y ha publicado varios trabajos que conjugan la academia y el arte, entre ellos, la novela *Pesadilla Médica*, el libro *El Juego de la Comunicación en Salud en México* y el capítulo «Intervenciones comunitarias. De la práctica a la comunicación del conocimiento», que forma parte del libro *Atención Primaria a la Salud. Comunicación, redes y experiencias de un programa universitario*, del cual es co-coordinador.

Actualmente es profesor-investigador adscrito a la Licenciatura en Medicina de la División de Ciencias de la Salud de la Universidad de Quintana Roo.



Marisol Campos Rivera

marisol.campos@uqroo.edu.mx

Licenciada en Psicología por la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM). Tiene una maestría en Salud Pública, con área de concentración Ciencias Sociales y del Comportamiento por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), y un doctorado en Psicología, con línea de investigación de Comunidad, Ambiente y Bienestar por la UAEM.

Ha sido colaboradora en el Centro de Investigación en Nutrición y Salud (CINYS) del INSP, en un proyecto de investigación de corte comunitario, así como con organizaciones de la sociedad civil, llevando a cabo procesos educativos, participativos y de desarrollo sustentable en diferentes comunidades. Asimismo, ha sido profesora de la Facultad de Psicología de la UAEM desde 2010.

Actualmente es profesora-investigadora adscrita a la Licenciatura en Medicina de la División de Ciencias de la Salud de la Universidad de Quintana Roo (UQROO), donde colabora con el Programa Universitario de Atención Primaria a la Salud. Es parte del Cuerpo Académico «Atención, Comunicación y Educación en Salud», donde desarrolla la línea de investigación comunicación, educación y comunidad. Además, se interesa por temas de autocuidado, procesos psicosociales y bienestar.



María Ángeles Villanueva Borbolla

mavillan@insp.mx

Licenciada en Nutrición y Ciencia de los Alimentos por la Universidad Iberoamericana y maestra en Ciencias de Promoción de la Salud de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical por la Universidad de Londres, en Inglaterra.

Actualmente es investigadora-profesora del Centro de Investigación en Nutrición y Salud (CINys) en el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Desde el inicio de su carrera profesional, se interesó por la investigación en promoción de la salud con énfasis en alimentación. Su práctica se basa en los enfoques de educación popular e investigación-acción participativa. Las áreas de estudio de su interés son soberanía alimentaria, aspectos culturales de la alimentación, el ejercicio del derecho humano al agua potable y participación social en salud.

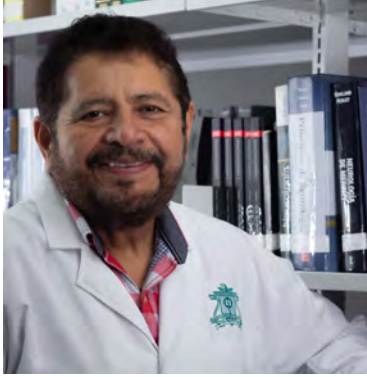
Como docente, ha participado en la Maestría en Salud Pública del INSP como profesora titular y coordinadora adjunta. Es fundadora del Diplomado de Educador en Diabetes en la Universidad Iberoamericana, plantel Santa Fe.



Diana Paola Betancurt Loaiza

diana.betancurth@ucaldas.edu.co

Enfermera, especialista en Promoción de la Salud y Administración en Salud; magíster en enfermería con énfasis en Salud Familiar; máster universitario en Investigación en Atención Primaria; doctora en Salud Pública; docente de Salud Pública; directora de la revista *Hacia la Promoción de la Salud* y directora de la especialización en Epidemiología de la Universidad de Caldas. Experiencia en Promoción de la Salud, Crianza, Atención Primaria en Salud, Educación para la Salud y Salud Familiar.



Rigoberto de la Cruz Fajardo Ruz

rifaruz@uqroo.edu.mx

Licenciado en Medicina por la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY). Tiene una especialidad en Medicina Familiar por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y una maestría en Salud Pública por la Escuela Nacional de Salud Pública de México del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).

Su línea de investigación es atención primaria a la salud. Cuenta con tres artículos y tres capítulos de libro publicados. Es líder del Proyecto Universitario de Atención Primaria de la Salud de la Universidad de Quintana Roo y es autor del Programa Universitario de Atención Primaria de la Salud de la Universidad de Quintana Roo.

Actualmente es profesor-investigador de la Licenciatura en Medicina en la División de Ciencias de la Salud de la Universidad de Quintana Roo, donde también funge como coordinador del Programa Universitario de Atención Primaria a la Salud (APS).



Luisa María Higareda Laguna

higareda@uqroo.edu.mx

Licenciada en Lengua Inglesa por parte de la Universidad de Quintana Roo, con maestría en Promoción y Gestión Cultural por parte de la Universidad Autónoma de Coahuila; diplomada en Diseño Curricular por Competencias; diplomada en Educación Médica por la Association for Medical Education in Europe (AMEE).

Ha sido evaluadora de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFHRS) en Quintana Roo; responsable del Centro Evaluador de Competencias de la Universidad de Quintana Roo durante el periodo de 2005-2007; responsable de Diseño Curricular de la Universidad de Quintana Roo del 2007-2009 y profesora en la Universidad de Quintana Roo desde 2007. Actualmente, es secretaria técnica de Docencias de la División de Ciencias de la Salud.



Francisco Montes de Oca Garro

fmoca40@gmail.com

Médico cirujano por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Tecnología Educativa para la Salud CLATES/OPS/SSA, México, Especialidad en Administración de Instituciones de Educación Superior (90% créditos), Fundador de la Sección de Epidemiología, la División de Ciencias de la Salud, ENEP Zaragoza UNAM, Director Fundador de la División de Ciencias de la Salud de la UQROO. Representante de la Secretaría de Educación Pública en Quintana Roo, Secretario General de Universidad de Quintana Roo, Jefe de Departamento de Educación de Pre y Posgrado del Hospital Infantil de México, Secretaría de Salud, Dirección General de Enseñanza en Salud, Coordinación Sectorial y Regional.

Coordinador Técnico de la CIFRHS, XIII Examen Nacional Ingreso a Residencias Médicas, Coordinador del diseño del «Modelo de evaluación con fines de acreditación de los programas de educación a distancia», CIEES, COPAES, UNADM, ANUIES, Actualmente Vocal Ejecutivo del Comité de Salud, Comités Interinstitucionales para la Evaluación de la Educación Superior. A.C. (CIEES).



Gerson Lugardo Vasquez Reyes

1925480@uqroo.mx

Alumno de tercer semestre de la Licenciatura en Medicina de la Universidad de Quintana Roo. Cursó la educación media superior en la preparatoria TecMilenio del 2016 al 2019, donde fue Líder de Generación y dejó huella con la implementación de estrategias y propuestas a nivel nacional en temas relacionados con «Los Valores en la Convivencia de los Adolescentes» y «El desarrollo de un Ecosistema de Bienestar». Entre los años 2015 y 2016 perfeccionó sus conocimientos en la lengua inglesa en la Planet English School.

Ha recibido capacitación y certificados en temas prioritarios como «Diabetes the Essential Facts», otorgado por la University Of Copenhagen; «Primeros Auxilios Psicológicos» (PAP), otorgado por la Universitat Autònoma de Barcelona; «Mind Control: Managing Your Mental Health During COVID-19», otorgado por The University Of Toronto; «Sexualidad... Mucho más que Sexo», otorgado por la Universidad de Los Andes; «Todo Sobre la Prevención del COVID-19», «Plan de Acción para el hogar ante COVID-19», «ABC de la Obesidad», otorgados por el IMSS.



Laura Hernández Chávez

lauherna@uqroo.edu.mx

Licenciada en Nutrición por la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco (UAM-X). Tiene una maestría en Ciencias de la Salud con área de concentración en Nutrición por el Instituto Nacional de Salud Pública de México (INSP). Ha sido colaboradora en el Centro de Investigación en Nutrición y Salud (CINYS) del INSP en la Evaluación de Impacto del Programa Progresá. Participó como coordinadora regional de la zona centro y norte del país en la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud en 1999. Ha participado como coordinadora del Programa de Atención en Zonas Prioritarias de Quintana Roo en Sedesol, 2007. Ha colaborado en el Departamento de Nutriología Clínica del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Es miembro del Sistema Estatal de Investigadores Nivel 1, por parte del Consejo Quintarroense de Ciencia y Tecnología; ha publicado cuatro artículos científicos y una carta editorial, publicados en revistas indexadas, y un capítulo de libro. Obtuvo el reconocimiento de tercer lugar en el VII Foro Interinstitucional y II Foro Peninsular de Investigación en Salud 2019.

Actualmente cursa el Doctorado en Ciencias Pedagógicas en la CECEIC. Es profesora-investigadora adscrita al departamento de Ciencias de la Medicina de la División de Ciencias de la Salud de la Universidad de Quintana Roo. Es colaboradora de proyectos de investigación en DCS/UQROO y responsable de Proyecto de estancias de investigación en COQCYT.



Ximena Molina Nava

1925450@uqroo.mx

Estudiante de la Licenciatura en Medicina en la División de Ciencias de la Salud de la Universidad de Quintana Roo (UQROO). Cursó el bachillerato en la preparatoria La Salle en Playa del Carmen, en el área de preparación químico biológico en el periodo 2016-2019; obtuvo el mejor promedio generacional. Participó en las primeras fases de las Olimpiadas Mexicanas de Matemáticas en los años 2017 y 2018. En el año 2018, obtuvo el título a mejor moderador en el Model United Nations (MUN) realizado en la preparatoria La Salle en Playa del Carmen. Cuenta con certificaciones de Asesor de Lactancia Materna, Promotor de Actividad Física, Prevención y Atención de Enfermedades Obstétricas-Pre-natales y Prevención y Atención de la Obesidad, otorgados por la Fundación Carlos Slim. Actualmente cursa el tercer semestre de la Licenciatura.



Hugo Alejandro Panting Villalobos

hugopv@uqroo.edu.mx

Licenciado en Nutrición por la Universidad Modelo, campus Mérida. Tiene una maestría en el Tratamiento Integral de la Obesidad y el Síndrome Metabólico por la misma institución de educación superior. Actualmente, cursa el Doctorado en Ciencias Pedagógicas.

Ha sido acreedor al premio Ceneval al desempeño de excelencia EGEL en Nutrición 2014 y al reconocimiento de CONACYT en 2020 por haber promovido iniciativas solidarias de las comunidades de Ciencias, Tecnologías, Humanidades e Innovación que contribuyeron a enfrentar la contingencia por COVID-19 en México. Ha participado como ponente en congresos nacionales e internacionales, impartiendo temáticas relacionadas con las Ciencias de la Nutrición y Ciencias Pedagógicas.

Actualmente se desempeña como profesor de tiempo completo de la Licenciatura en Medicina de la Universidad de Quintana Roo (UQROO) con actividades de docencia e investigación en materia de salud y nutrición, así como en la Universidad Modelo Chetumal como docente y responsable de Nutrición de la Unidad de Servicios Comunitarios de dicho campus.



Fabiola Pinzón Moguel

Infabiolapinzon@hotmail.com

Licenciada en Nutrición por la Universidad Modelo, campus Mérida. Tiene una maestría en Tratamiento Integral de la Obesidad y el Síndrome Metabólico por la misma institución de educación superior.

Entre 2016 y 2019, se desempeñó como responsable estatal de la Estrategia Integral de Atención a la Nutrición (ESIAN) de Prospera, programa de inclusión social en el Estado de Quintana Roo, donde realizó actividades relacionadas con la coordinación de profesionales de la nutrición en las diferentes jurisdicciones sanitarias y desarrolló actividades de capacitación y supervisión a personal sanitario de los Centros de Salud que brindan atención directa a los beneficiarios del programa y atención nutricional a la población más vulnerable de las comunidades del Estado.

Actualmente se desempeña como profesora de la Licenciatura en Nutrición en la Universidad Modelo, campus Chetumal.



Sheila Mariela Cohuo Cob

sheila.cohuo@correo.uady.mx

Licenciada en Enfermería, maestra en Gobierno y Políticas Públicas por la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY). Es profesora de tiempo completo en la Facultad de Enfermería de la UADY, de 2010 a la fecha. Actualmente, es gestora de vinculación de la Facultad de Enfermería. Es enfermera docente certificada, titular de cursos a nivel licenciatura y posgrado, integrante del grupo de investigación Salud Colectiva.



Marco Esteban Morales Rojas

marco.morales@correo.uady.mx

Licenciado en Enfermería por la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY), maestro en Salud Pública con énfasis en la Gestión de los Servicios de Salud en la Universidad Autónoma de Nayarit (UAN). Actualmente, es profesor de tiempo completo en la Facultad de Enfermería de la UADY. Es integrante del grupo de investigación Salud Colectiva, profesor bilingüe (inglés-español), titular de cursos a nivel licenciatura y posgrado.



Didier Francisco Aké Canul

didier.ake@correo.uady.mx

Licenciado en Enfermería, especialista en Salud Pública por la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY), maestro en Salud Pública con área de concentración en Ciencias Sociales y del Comportamiento por el Instituto Nacional de Salud Pública. Es profesor de tiempo completo en la Facultad de Enfermería de la UADY de 2009 a la fecha. Actualmente, es secretario administrativo de la Facultad de Enfermería. Enfermero docente certificado, integrante del grupo de investigación Salud Colectiva, perfil Prodep, profesor bilingüe (maya-español), titular de cursos a nivel licenciatura y posgrado.



Nadosly de la Caridad de la Yncera Hernández

nadoslyncera@uqroo.edu.mx

Licenciada en Psicología, máster en Psicología Clínica por la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana y doctora en Psicología por la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM) en México.

Se ha desempeñado desde 2003-2014 como profesora, jefe de la carrera de Psicología y jefe del Departamento de Humanidades en la Universidad del Pinar del Río, Cuba. Desde 2008 ha participado como ponente, organizadora y expositora en actividades académicas y congresos relacionados con aspectos psicosociales de los desastres y la temática de resiliencia ante situaciones adversas. Además, tiene varias publicaciones de artículos y capítulos de libros donde expone los resultados de investigaciones en esas áreas. Desde 2009 hasta diciembre del 2014 dirigió proyectos comunitarios encaminados a fortalecer estilos de afrontamiento adecuados relacionados con las adversidades.

Dos veces ha sido galardonada con premios otorgados por la Academia de Ciencias de Cuba por los resultados satisfactorios alcanzados en la ejecución de dichos proyectos.

Desde 2016 ha sido profesora de la Facultad de Psicología de la UAEM y actualmente es profesora de tiempo completo de la División de Ciencias de la Salud de la Universidad de Quintana Roo.



Lilia Denisse Peña Salazar

psalazardenisse@uqroo.edu.mx

Licenciada en Psicología por la Universidad Tecnológica de México (UNITEC), tiene una especialidad en Docencia con base en competencias y una maestría en Educación, ambos por la Universidad Anáhuac campus México Norte. Asimismo, cuenta con una certificación internacional en Disciplina Positiva en la familia por la Positive Discipline Association. Actualmente, cursa el segundo año del Doctorado en Ciencias Pedagógicas por el Centro de Estudios para la Calidad Educativa y la Investigación Científica (CECEIC).

Ha presentado diversas ponencias nacionales e internacionales en temas como disciplina positiva, autocuidado y tutoría. De las investigaciones en el área de resiliencia, publicó un capítulo de libro relacionado con este proceso en la atención primaria de la salud.

Ha sido colaboradora en proyectos sociales para niñas en situación vulnerable y desventaja social. Se ha desempeñado como diseñadora instruccional de planes y programas educativos en instituciones privadas de educación superior para el fortalecimiento de la calidad educativa, en modalidad presencial, *e-learning* y *b-learning*, así como en la elaboración de programas de acción de tutoría para el fortalecimiento de la trayectoria académica en estudiantes universitarios.

Desde 2016, se ha desempeñado como profesora de la División de Ciencias de la Salud de la Universidad de Quintana Roo y colabora en el Cuerpo Académico Atención, Comunicación y Educación en Salud.

Esta obra se terminó de editar
para publicación digital en
Noviembre de 2020.