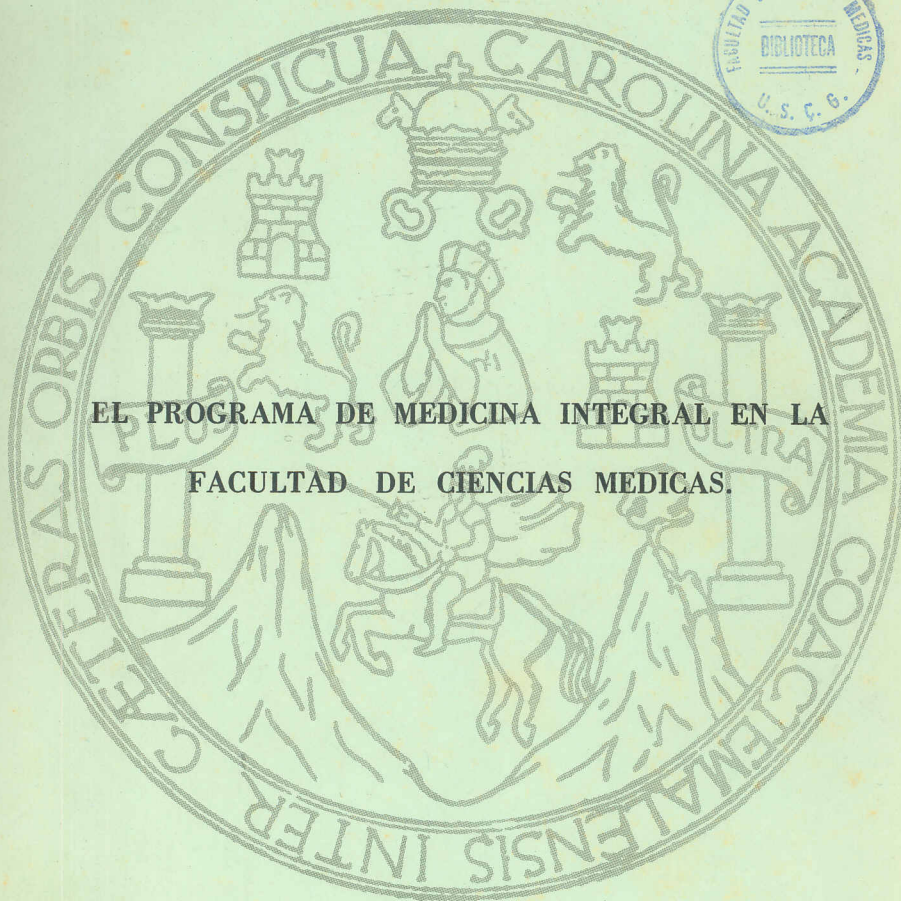


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



**EL PROGRAMA DE MEDICINA INTEGRAL EN LA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.**

JOSE OCTAVIO CAJAS SOSA

GUATEMALA, 30 DE MAYO DE 1974.

PLAN DE TESIS

I.	INTRODUCCION	1
II.	JUSTIFICACION	3
III.	HIPOTESIS	5
IV.	OBJETIVOS	7
V.	CONSIDERACIONES FUNDAMENTALES	9
	1. La situación actual de la Salud en Guatemala	9
	2. Estructuras socioeconómicas como factor determinante	20
	3. El problema de Salud desde el punto de vista socio cultural	21
	4. La problemática de Salud como resultante de un sistema social	23
	5. Necesidad de una interpretación integral	24
	6. La instauración de nuevos programas.	25
VI.	CONCEPTO DE MEDICINA INTEGRAL	27
VII.	EL PROGRAMA DE MEDICINA INTEGRAL EN LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS	29
	1. Definición	29
	2. Propósito	29
	3. Objetivos	29
	4. Organización	30
	5. Actividades Preparatorias	31
	6. Desarrollo	32
	7. Evaluación	36
VIII.	RESULTADO DEL PROGRAMA	39
IX.	COMENTARIO	45



X.	CONCLUSIONES	49
XI	RECOMENDACIONES	51
	A N E X O S	53
XII.	BIBLIOGRAFIA	63

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter ante vuestra distinguida consideración el presente trabajo de tesis, titulado: "EL PROGRAMA DE MEDICINA INTEGRAL EN LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS", previo a obtener el título de Médico y Cirujano.

El objeto de este trabajo es estudiar y analizar un Programa nuevo de práctica rural en la enseñanza médica y sus resultados, y a la vez resaltar la situación de salud en la que se desenvuelve la mayoría de la población guatemalteca, y los diversos factores responsables de la misma, entre ellos el factor socioeconómico como responsable directo.

La falta de conocimiento en las Ciencias Sociales ha hecho que la elaboración de esta tesis me haya sido difícil, y para actuar con sinceridad debo decir que a ello se debe el no haber profundizado lo suficiente en los diferentes aspectos socioeconómicos y culturales que se mencionan.

Debo mencionar en estas líneas a los Doctores Víctor López Vásquez y Carlos Waldheim, asesor y revisor respectivamente de este trabajo, sin cuya colaboración no hubiera sido posible su realización, a ellos mi agradecimiento.

Recibid Honorable Tribunal Examinador, las muestras de mi más alta consideración y respeto.

HE DICHO.

I. INTRODUCCION

El Médico hasta nuestra época, ha sido producto de una Facultad de Medicina que, a través de un proceso formativo enmarcado dentro de conceptos tradicionales, lo conduce al ejercicio privado y a la práctica hospitalaria como meta ideal de la carrera. Así formado, el médico es la base de un sistema de salud que concreta sus recursos y esfuerzos en la atención de las poblaciones urbanas, dejando en el abandono a la población rural, donde los recursos de salud son escasos o inexistentes y apenas cuentan en el mejor de los casos, con un médico para muchísimos habitantes.

A este respecto, ha despertado nuestro interés y simpatía el que la Facultad de Medicina haya incluido dentro de su Plan de Estudios, programas tendientes a dar una nueva orientación a la Educación Médica, mediante la interpretación de nuestra realidad, colocando a los estudiantes en contacto directo con el medio rural, donde los problemas de salud son más agudos y porque en éste vive la mayoría de la población guatemalteca, cuya atención, es en todos los aspectos muy precaria.

Por lo anterior, a lo largo de este trabajo se hacen algunos planteamientos que consideramos fundamentales en relación a los diversos factores que afectan la salud, entre ellos el factor socio-cultural como parte influyente y las estructuras económicas y sociales existentes como responsables directas de nuestra problemática sanitaria; se analiza la situación actual de salud en el país, señalando una vez más que esta no es sino resultado del sistema social imperante.

Con base a la misma línea de pensamiento se enfatiza en la necesidad de interpretar integralmente nuestra problemática sanitaria, porque creemos que sobre ella debe ser orientada la enseñanza médica en nuestro país.

Es necesario hacer esas consideraciones, para lograr fundamentos que nos permitan comprender e interpretar el desarrollo y el

por qué un programa de Medicina Integral debe formar parte del curriculum de estudios en la carrera de medicina. Se hace además, un análisis de los resultados del programa de Medicina Integral, esperando con esto dar nuestra contribución para un mejor desarrollo de la Facultad de Ciencias Médicas, en función de sus responsabilidades de docencia y servicio, como formadora de profesionales en salud.

La motivación para escribir este trabajo nos la ha dado el tiempo transcurrido en nuestra tarea estudiantil, viendo por una parte, la situación lamentable que le toca vivir a la mayoría de nuestra población, tan diferente a la que vive la clase burguesa nacional, y por otra, que quienes hemos tenido la oportunidad de pasar por las aulas universitarias aumentando nuestros conocimientos y elevando nuestro nivel educativo, debiéramos tener una visión más amplia en torno a esas clases desposeídas; visión que puede ayudarnos a tomar conciencia del por qué la mayoría de la población se desenvuelve en condiciones que atentan contra la integridad humana, y como el sistema social imperante se encarga de arrebatarles los medios para vivir adecuadamente, lo que repercute —entre otras cosas— en su estado de salud y es causante de que gran cantidad de gente enferme; situación que, en el quehacer médico, debe ser causa de preocupación constante, pues no puede concebirse el desarrollo integral de un país si sus habitantes no están en pleno gozo de sus facultades físicas, mentales y sociales, ni tampoco debiera concebirse médicos no enterados de esta situación o indiferentes a sus causas y consecuencias.

Esto indudablemente nos ha señalado el deber de escribir un tema de contenido social, conscientes de que para ello afrontamos serias dificultades, en razón de nuestra falta de conocimiento en las disciplinas sociales; sin embargo lo hemos hecho, sin pretender realizar un tratado de Medicina Social, pero sí con el firme propósito de contribuir a que los futuros médicos y profesionales de la medicina, pongan atención e interés en los factores que determinan la existencia de un alto índice de enfermedad en nuestra población e impiden un desarrollo integral de la salud en el país.

II. JUSTIFICACION

La Facultad de Ciencias Médicas, al establecer un nuevo Plan de Estudios en la Carrera de Medicina ha introducido programas que merecen especial atención e interés, no sólo como parte del curriculum, sino además por el papel que debe jugar el profesional de la Medicina dentro de la problemática sanitaria del país, dejando ya los conceptos tradicionales que no encuentran lugar en el proceso dinámico en que se plantean los problemas de salud en la actualidad.

El estudio de dichos programas y de sus resultados, demostrará sus beneficios o los defectos que padecen, y contribuirá a mejorarlos.

III. HIPOTESIS

1. La solución a la problemática de salud en el país, hace necesaria la búsqueda de más conocimientos y la planificación y ejecución de acciones que respondan adecuadamente a la realidad en que se dan los problemas. Entre estas acciones debe tener lugar preponderante la transformación de las estructuras existentes, como determinante de esa problemática.
2. Acciones de tal naturaleza exigen la presencia de personal capacitado en interpretar integralmente la situación y elaborar planes de acción racionales y eficaces, acordes con la interpretación de los hechos.
3. La capacitación de este personal exige programas educativos que permitan al estudiante y sus profesores la aplicación inmediata de los conocimientos adquiridos, confrontados con la realidad del país, para obtener información útil al proceso de mejoramiento constante de la educación médica sanitaria.

IV. OBJETIVOS

1. Introducir planteamientos nuevos que contribuyan a un mejor desarrollo de la educación médica en Guatemala.
2. Interesar a las Instituciones encargadas de la salud en nuestro país, así como a la Universidad de San Carlos, en nuevos enfoques y programas que lleven a la población a encontrar una verdadera solución a sus problemas de salud, con un ajuste concreto a la realidad nacional.
3. Contribuir con la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos, en la búsqueda de nuevos programas que permitan a sus estudiantes una mejor interpretación y orientación en lo referente a salud-enfermedad, con el objeto de lograr una formación profesional acorde con nuestra realidad y consciente de la misma.
4. Dar lineamientos que puedan servir de base a la conceptualización de la educación médica actual, así como al desarrollo del programa de Medicina Integral que la Facultad de Ciencias Médicas ha instituido recientemente.
5. Hacer énfasis en que la problemática actual de salud en Guatemala es consecuencia de factores de diversa naturaleza, determinantes y condicionantes de la misma, y no algo que pueda definirse o resolverse aisladamente.

V. CONSIDERACIONES FUNDAMENTALES

Resulta tarea sumamente difícil pero no imposible, establecer en qué medida un programa docente contribuye a la formación del médico, de quien se espera manifieste actitudes y capacidades generales para interpretar el fenómeno salud-enfermedad y participar activamente en las acciones tendientes a mejorar la situación.

Consideramos que la crítica de los objetivos de un programa y sus resultados, y el examen de la situación y los factores que la condicionan y determinan, pueden orientarnos hacia un análisis objetivo de dicho programa.

1. La situación actual de la salud en Guatemala

Analizar la situación actual de la salud en Guatemala con un concepto multicausal, exige hacer un estudio detallado y consciente de los problemas que la misma plantea lo que requiere, desde luego, del uso de información bioestadística abundante. Las estadísticas existentes no son muy confiables debido, entre otras razones, a falta de notificación de enfermedades, malos registros de defunción, escasa certificación médica de causa de defunción, etc.

Los datos disponibles nos dan una información que, en todo caso, podría subestimar y deformar nuestra realidad, pero nunca sobreestimarla; estos datos, sin embargo, hacen resaltar hechos notables, tales como las diferencias existentes entre los problemas de salud en las áreas urbanas y las áreas rurales, así como que las clases más afectadas son las de bajo nivel socio-económico, donde se registran índices más altos de morbilidad y mortalidad, sobre todo en la población infantil. (Cuadro No. 1).



CUADRO No. 1

TASAS ESPECIFICAS DE MORTALIDAD GENERAL,
INFANTIL, NEONATAL, MATERNA Y MORTINA-
TALIDAD PARA LA REPUBLICA DE GUATEMALA,
AÑO DE 1970.

Mortalidad General	Tasa x 1000 habitantes	15.0
Mortalidad Infantil	Tasa x 1000 nacidos vivos	87.1
Mortalidad Materna	Tasa x 1000 nacidos vivos	1.6
Mortalidad Neonatal	Tasa x 1000 nacidos vivos	30.8
Mortinatalidad	Tasa x 1000 nacidos vivos	28.7

FUENTE (2): Anuario Estadístico, Dirección General de Estadística, Ministerio de Economía, 1971.

Cabe mencionar que el 66.4 o/o * de la población habita en el área rural y es allí donde por razones que se exponen más adelante, la situación socioeconómica es más precaria, dando como resultado que el problema de salud cobre mayor significado.

A esto se suma la falta de interés por parte de los profesionales en salud en dar su atención o de ubicarse en el medio rural (Cuadro No. 2), hecho que se manifiesta, entre otras cosas, tan importantes como la que ahora mencionamos, de que un porcentaje elevado de partos ocurren aún sin atención profesional y en condiciones que ponen en desventaja a la madre y al recién nacido (Cuadros Nos. 3 y 4).

* Censos de población 1973, Dirección General de Estadística.

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION DE LOS MEDICOS
REPUBLICA DE GUATEMALA
1972

UBICACION	NUMERO	o/o
Ciudad Capital	1 129	69.0
Resto Depto. Guatemala	15	0.9
Resto del país	224	13.7
Extranjero	268	16.4
TOTAL	1 636	100.0

FUENTE: Nómina del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, 1972.

CUADRO No. 3

NACIMIENTOS SEGUN ASISTENCIA RECIBIDA POR
PROCEDENCIA DE LA MADRE, GUATEMALA, 1973

DEPARTAMENTO	TIPO DE ASISTENCIA			
	Médico	Comadrona	Empírica	Ninguna
Guatemala (Capital)	25,898	702	1,701	202
Guatemala (Municipios)	1,742	1,905	7,125	355
El Progreso	30	272	2,000	669
Sacatepéquez	103	2,168	1,459	13
Escuintla	519	4,487	5,427	2,662
Santa Rosa	76	1,272	4,208	1,567
Sololá	144	499	4,898	139
Totonicapán	35	1,049	7,437	8
Quezaltenango	1,283	3,853	7,975	937
Suchitepéquez	288	2,711	6,090	200
Retalhuleu	426	2,106	3,155	123
San Marcos	293	2,538	11,028	3,173
Huehuetenango	316	2,482	13,394	1,043
El Quiché	114	356	14,849	241
Baja Verapaz	22	65	4,766	344
Alta Verapaz	39	1,008	12,484	883
El Petén	588	20	1,939	724
Izabal	703	1,433	1,819	4,152
Zacapa	112	1,611	1,660	1,255
Chiquimula	458	489	2,393	3,647
Jalapa	75	635	4,222	887
Jutiapa	129	2,043	6,306	1,983
TOTALES	33,447	35,983	122,653	25,393
o/o	15.2	16.5	56.3	11.6

FUENTE (10): Natalidad, año 1973, República de Guatemala, Unidad de Planificación y Estadística, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

CUADRO No. 4

NACIMIENTOS SEGUN LUGAR DE ATENCION POR
PROCEDENCIA DE LA MADRE, GUATEMALA 1973.

DEPARTAMENTO	LUGAR DE ASISTENCIA			
	Hospital	Casa Salud	Domicilio	Otro*
Guatemala (Capital)	23,466	2,512	2,494	33
Guatemala (Municipios)	1,195	37	9,868	25
El Progreso	102	136	2,727	6
Sacatepéquez	897	778	2,765	3
Chimaltenango	632	44	8,149	12
Escuintla	1,686	378	10,975	56
Santa Rosa	33	19	7,059	14
Sololá	170	5	5,483	20
Totonicapán	171	12	8,342	4
Quezaltenango	2,075	208	11,642	45
Suchitepéquez	1,163	182	7,932	11
Retalhuleu	1,032	58	4,713	7
San Marcos	778	45	16,144	28
Huehuetenango	663	21	16,520	30
El Quiché	248	28	15,262	23
Baja Verapaz	76	188	4,916	16
Alta Verapaz	955	153	13,298	8
El Petén	912	11	2,333	15
Izabal	1,984	95	6,020	10
Zacapa	1,481	99	3,051	7
Chiquimula	478	18	6,480	11
Jalapa	587	1	5,197	34
Jutiapa	1,186	25	9,234	16
TOTALES	41,970	4,953	180,604	434
o/o	18.4	2.1	79.2	0.1

* Vía pública.

FUENTE (10): Natalidad, año 1973, Unidad de Planificación y Estadística, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Estos dos hechos generales para el país, más lo indicado en cuanto a la distribución de los recursos médicos, hacen resaltar la situación por la que pasa la población rural de Guatemala. Las enfermedades infecciosas y parasitarias causan alrededor del 60 o/o de las defunciones del país y sólo un 20 o/o de los registros de causa de muerte son certificados por médico (4).

Es evidente que en la población rural se registran los más altos índices de desnutrición (Gráfica No. 1), pues en Guatemala, el 6 o/o de los niños sufren desnutrición grave, otro 25 o/o desnutrición moderada y 47 o/o desnutrición ligera; es decir que el 78 o/o no tienen alimentación adecuada (6). Las enfermedades infecciosas de vías respiratorias y gastrointestinales encuentran así un campo propicio para hacerse más severas. Las enfermedades transmisibles y parasitarias tienen alta prevalencia (Cuadros Nos. 5 y 6).

CUADRO No. 5

**DIEZ CAUSAS PRINCIPALES DE MORTALIDAD GENERAL,
REPUBLICA DE GUATEMALA, 1971**

DIAGNOSTICO	No. DEFUNCIONES	o/o
Gastroenteritis y Colitis	8,908	20.4
Influenza	7,065	16.2
Sarampión	5,861	13.4
Pirexia de origen desconocido	5,836	13.4
Disentería no específica	3,229	7.4
Neumonía	3,004	6.9
Tos Ferina	2,975	6.8
Inmadurez	2,581	5.9
Bronconeumonía	2,168	5.0
Paludismo	2,011	4.6
TOTAL	43,639	100.0

FUENTE: Dirección General de Estadística.

CUADRO No. 6

**DIEZ CAUSAS PRINCIPALES DE EGRESOS HOSPITALARIOS
REPUBLICA DE GUATEMALA, 1970.**

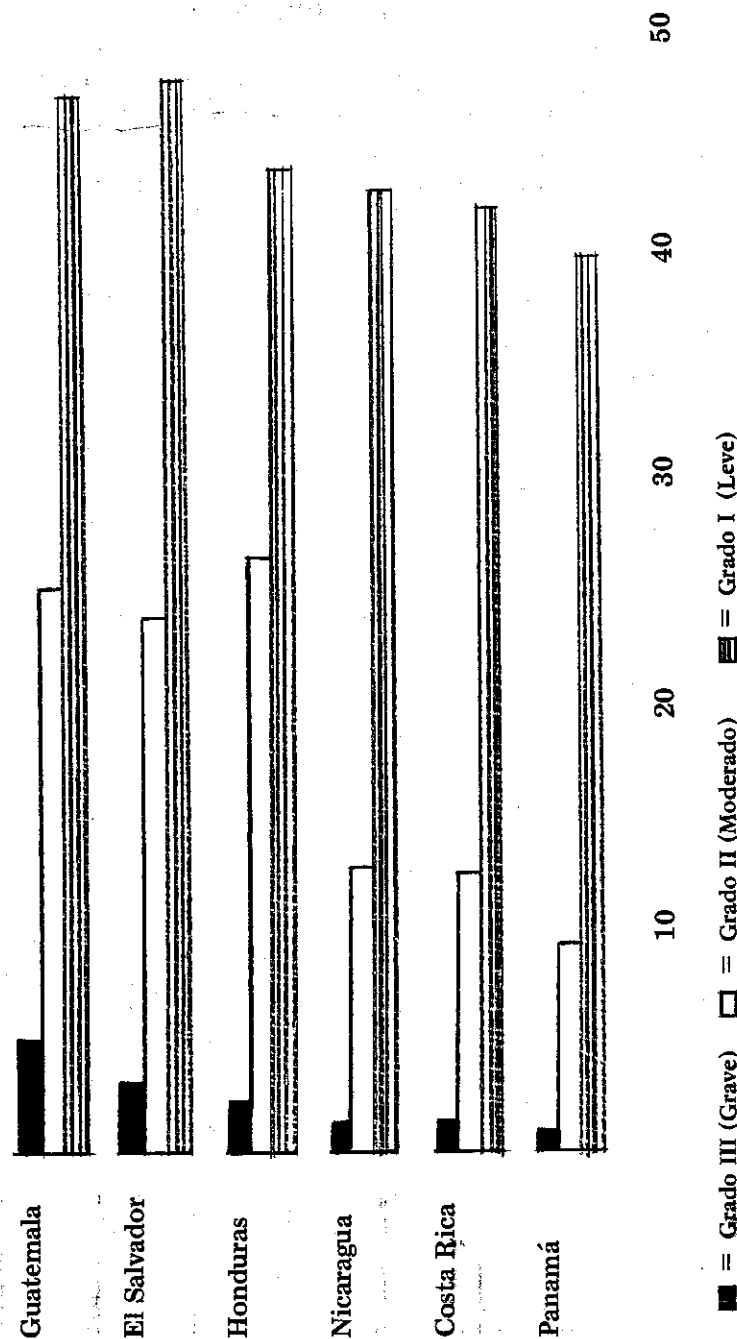
DIAGNOSTICO	No. EGRESOS	o/o
Partos sin mención de complicación	17,297	27.2
Enteritis y otras enfermedades diarreicas	8,956	14.1
Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales	6,751	10.6
Abortos no especificados	4,972	7.8
Enfermedades del aparato genito urinario	4,914	7.7
Disentería bacilar	4,716	7.4
Anemias	4,315	6.8
Laceraciones y heridas	4,204	6.6
Tuberculosis del aparato respiratorio	3,841	6.0
Neumonías	3,667	5.8
TOTAL	63,633	100.0

FUENTE: Unidad de Planificación, Evaluación y Estadística, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Debemos agregar además que los servicios de salud se centralizan en el medio urbano y los existentes en el medio rural no sólo son insuficientes (Cuadro No. 7), sino carecen de los recursos necesarios para dar una atención adecuada, sobre todo al grupo Materno-Infantil, que constituye más del 60 o/o de la demanda potencial y real en el sector Salud.

Otros factores como falta de agua potable (Cuadro No. 8), sistemas inadecuados de disposición de excretas (Cuadro No. 9), mala vivienda (Cuadro No. 10), la falta de recursos y largas distancias que deben recorrerse a pie en busca de atención médica, colocan a la población rural en una situación de salud muy inferior respecto a la población urbana.

GRAFICA No. 1. PORCENTAJE DE MENORES DE 5 AÑOS CON MALNUTRICION EN CENTROAMERICA Y PANAMA



■ = Grado III (Grave) □ = Grado II (Moderado) ▨ = Grado I (Leve)

FUENTE: (7) Hechos que revelan progresos en salud, OPS, Publicación Científica No. 227, septiembre, 1971.

CUADRO No. 7

RECURSOS FISICOS DE SALUD A PRINCIPIOS DEL AÑO 1972 DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA Y SU RELACION CON LA POBLACION.

Región	Población	Hospitales	C. de Salud	P. de Salud	T o t a l
1.	1.563,102	24	12	32	68
2.	915,047	7	24	30	61
3.	549,929	2	7	22	31
4.	728,698	5	17	37	59
5.	1.625,985	8	12	42	62
TOTAL	5.382,761	46	72	163	281

FUENTE (4): Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud Pública en el Area Rural, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, septiembre 1971.

CUADRO No. 8

DOTACION DE AGUA POTABLE.*

	Población Total		Población Urbana		Población Rural	
	Número	o/o	Número	o/o	Número	o/o
T o t a l	4.876,927	100.0	1.670,810	100.0	3.206,117	100.0
Servida **	669,788	13.7	667,088	39.9	2,700	0.08
Beneficiada **	1.760,355	36.1	1.436,397	85.9	323,958	10.1

* Hasta 1968 son los datos más recientes con que se cuenta, debe tenerse en consideración que a la fecha la situación no ha mejorado significativamente.

** Se entiende por población servida a la población con conexión domiciliaria, y por población beneficiada a la población servida más la población con fácil acceso a fuentes de agua.

FUENTE (4): Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud Pública en el Area Rural, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, septiembre 1971.

CUADRO No. 9

DISPOSICION DE EXCRETAS 1968.*

	Población Total		Población Urbana		Población Rural	
	Número	o/o	Número	o/o	Número	o/o
TOTAL *	4.876,927	100.0	1.670,810	100.0	3.206,117	100.0
Con conexiones a alcantarillado	664,000	1.36	664,000	39.7	—	—
Con sistemas individuales**	318,000	6.5	—	—	—	—

* Población calculada al 31 de diciembre de 1968.

** Se incluye a la población servida por letrinas.

El análisis del Cuadro No. 9 nos manifiesta una deficiencia del sistema en general, y la ausencia total de sistemas de alcantarillado en el área rural.

FUENTE (4): Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud Pública en el Área Rural, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, septiembre 1971.

CUADRO No. 10

VIVIENDA SEGUN MATERIAL DE CONSTRUCCION, NUMERO DE
HABITACIONES Y OCUPANTES, EN LA REPUBLICA
DE GUATEMALA, AÑO 1964.*

Paredes:	Adobe	36.1 o/o	Palos o cañas	25.0 o/o	Madera	18.6 o/o	Total	79.7 o/o
Techos:	Palma o paja	37.2 o/o	Teja	31.2 o/o	Lámina	28.5 o/o	Total	96.9 o/o
Pisos:	Tierra	75.4 o/o	Ladrillo cemento	9.7 o/o	Torta cemento	8.0 o/o	Total	93.1 o/o
Número cuartos	1 cuarto	43.7 o/o	2 cuartos	34.4 o/o	3 cuartos	10.8 o/o	Total	88.9 o/o
Número dormitorios	1 dormitorio	81.2 o/o	2 dormitorios	12.6 o/o	3 dormitorios	3.7 o/o	Total	97.5 o/o
Número ocupantes	Por cuarto	2.6	Por dormitorio	4.1				

FUENTE (3): Censos 1964, Vivienda, Resultados tabulación por muestreo, Departamento de Censos y Encuestas, Dirección General de Estadística, Ministerio de Economía, Guatemala, Dic. 1966.

* No fue posible obtener datos más recientes sobre vivienda y disposición de excretas.

Hacemos todo el énfasis en los problemas de salud de la población rural porque es evidente que esta condiciona la problemática sanitaria del país, y porque debe ser determinante para tomar una posición justa acerca de nuestra realidad.

2. Estructuras socioeconómicas como factor determinante

Indudablemente la estructura socioeconómica juega el papel más importante y primario para establecer las grandes diferencias en que se desenvuelven las clases sociales, pues no podemos dejar a un lado el hecho de que vivimos en una sociedad clasista que responde a la estructura básica del país y esta a su vez, es resultado del sometimiento a un sistema capitalista (6), que se caracteriza por la apropiación privada de los medios de producción y la explotación de la clase obrera por parte de la burguesía. Desposeída de los medios de producción, el único medio de subsistencia de la clase explotada lo constituye su fuerza de trabajo, y esta se convierte en una mercancía fácil de obtener, que compra la burguesía de acuerdo a sus propios intereses y conveniencias.

La fuerza de trabajo del país la constituyen, además de los obreros grandes masas de campesinos, poseedores en el mejor de los casos, de mínimas extensiones de tierra que no satisfacen sus necesidades, mientras que las mayores extensiones agrarias están en manos de pocas personas que son las que cuentan además con el poder económico, político y militar. Para sobrevivir, la clase trabajadora se ve obligada a trabajar para los terratenientes, recibiendo a cambio salarios injustos, mientras éstos se apropian el grueso del beneficio de la producción. Esta mala distribución de los ingresos coloca a las clases mayoritarias del país en una situación de miseria; a causa de su pobreza no pueden obtener alimentación suficiente y adecuada, su dieta consiste básicamente en carbohidratos, con marcada deficiencia en proteínas de buena calidad (generalmente la proteína de que disponen —de origen vegetal— es de bajo valor biológico). No pueden tampoco gozar de viviendas que reúnan los requisitos mínimos para vivir adecuadamente. Su nivel educacional es bajo, con altos índices de analfabetismo y prematura participación del niño en el trabajo, pues el sistema no les da oportunidad de educarse por no convenir a los

intereses de la clase dominante, y si se las da, lo hace con indiferencia, y de importancia es hacer notar que la educación está dirigida a mantener inmutable el sistema mismo.

Tomando en cuenta lo anterior, y si queremos actuar con apego a la realidad, no podemos omitir la mención de las estructuras socioeconómicas del país, en virtud de que son factor determinante y causal de múltiples aspectos que condicionan un nivel de vida desfavorable y que impiden el desarrollo de la salud en la población.

3. El problema de Salud desde el punto de vista socio cultural

Dada su importancia es imprescindible mencionar la influencia que sobre la salud tienen algunas características sociales y culturales en la población rural. Del total de la población, el 64 o/o reside en comunidades menores de 2,000 habitantes, el 78 o/o de los municipios cuenta con menos de 20,000 habitantes (4), en donde existe un componente fuertemente indígena, cuya base principal de sustento consiste en la explotación agrícola, cría de animales domésticos, recolección de productos naturales, o una combinación de estos. La actividad económica tiene características especiales tales como: equipos simples de trabajo, ausencia de vías de comunicación adecuadas, nivel bajo de productividad, unidad productiva pequeña (la familia), y otros.

El habitante de medio rural —agricultor— tiene como unidad de tipo económico, social y educativo básicamente a la familia, en la que, desde temprana edad, sus miembros desempeñan tareas de acuerdo a sus habilidades, para contribuir al patrimonio familiar. El proceso de aprendizaje se da de abuelos, padres, tíos, o de hermanos y primos, así su cultura es adquirida propiamente en el seno familiar.

Estos factores son importantes pues hacen improductivos los esfuerzos de quienes pretenden modificar patrones de conducta, que difícilmente pueden ser cambiados, a menos que se conozca a fondo la raíz cultural que los mantiene.

Los conceptos culturales de salud y enfermedad generalmente están ligados a valores de tipo ético, moral y religioso, y los principios de la medicina tradicional se basan en relación causa-efecto, así por ejemplo, la enfermedad puede resultar de exposición al frío o a la lluvia, si antes se estuvo en un ambiente cálido. Un eclipse puede ser causa de que un niño nazca con labio leporino, etc.

Se da también una interpretación mágica a la enfermedad; por ejemplo, el llamado "Ojo"; estos conceptos dan lugar a la práctica de una medicina tradicional por personas empíricas, quienes muchas veces, creen poseer poderes sobrenaturales para curar. En gran cantidad de lugares estas personas son el único recurso de que dispone la comunidad para enfrentar la enfermedad y como es de esperar, los resultados en la mayoría de los casos son lamentables.

Existen otras situaciones relacionadas con los patrones culturales que plantean problemas para el desarrollo de la salud; por ejemplo, para el indígena la luz y ventilación tienen menos valor que la intimidad y seguridad familiar; así, si una ventana da lugar a la curiosidad o a la agresión familiar por un enemigo, no se construye la ventana.

La distancia social es otro problema. El médico y el personal que forman un equipo de salud es visto con desconfianza, bien por ser miembros de una cultura diferente o porque se les identifica como representantes de una clase que ostenta el poder, con la que se ha tenido experiencias dolorosas.

Podríamos seguir enumerando aspectos que desde el punto de vista socio cultural, ejercen marcada influencia sobre la salud y la enfermedad, pero sin restarles importancia, creemos que son sólo condicionantes y no determinantes de nuestra problemática de salud.

4. La problemática de Salud como resultante de un sistema social

Hemos anotado en las páginas anteriores algunas consideraciones sobre las actuales estructuras del país como base de nuestro sistema social, y aseveramos que las mismas se oponen al desarrollo de la salud. ¿Por qué decimos esto?

El hombre no puede considerarse como un ente aislado; es un ser eminentemente social que funciona dentro de una sociedad en la que influye y de la que recibe influencias. El hombre desde que existe y a lo largo de su evolución ha luchado contra todo aquello que se ha opuesto a su existencia. Principió su lucha contra lo físico (clima, suelo, agua, etc.), lo biológico (grandes animales, microorganismos), y en la actualidad su lucha se agudiza contra las estructuras socio-políticas que lo mantienen en condiciones de vida infrahumanas y que no le permiten un desarrollo integral. Es la manifestación de un sistema que no responde a las necesidades de una sociedad que se requiere sea justa y equilibrada.

¿Por qué enferma el hombre en el sistema actual?

La respuesta nos la da el sistema mismo, en el que existe la explotación del hombre por el hombre, es decir, el hambre, la miseria, el analfabetismo, de muchos para beneficio de pocos. La salud se enmarca dentro de una situación de clases, en la que los privilegiados cuentan o gozan de los medios que les proporcionan atención médica de alta calidad, mientras que las clases desposeídas carecen de atención médica, pues las instituciones estatales encargadas de la salud, evidentemente clasistas, hacen aquellas actividades sanitarias en niveles que convienen a la burguesía, es decir, en la cantidad suficiente para mantener a las fuerzas de trabajo en condiciones de producir y para acallar, en parte las exigencias populares, pero nunca para contribuir al bienestar personal del trabajador y su familia, menos de la comunidad.

La medicina que se lleva al área rural no es más que una manifestación de la supuesta eficiencia de funcionarios servilistas

que dicen preocuparse por la salud de las clases explotadas; pero si se analizan las soluciones están muy lejos de lo que verdaderamente debe hacerse.

Con las campañas de "medicina preventiva" —que gozan de gran publicidad—, las vacunaciones, jornadas médicas, etc., no es posible erradicar la desnutrición, la parasitosis, enfermedades infecciosas, etc. Para ello el pueblo debe contar además con los medios que le permitan el desarrollo integral de la sociedad. Y hacerlo, significa que la clase dominante pierda las bases que le proporcionan la riqueza y el poder.

5. Necesidad de una interpretación integral

En lo que corresponde a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, como formadora de profesionales en salud, tiene la responsabilidad de dar a sus estudiantes, a través de toda la carrera, bases suficientes que le permitan tener un conocimiento claro y capacidad para interpretar el por qué de la problemática sanitaria. Si el profesional interpreta esa problemática sólo desde un punto de vista clínico-biológico, implica que ejercerá una medicina hospitalaria, situada a una distancia más que lejana de la medicina que en las actuales circunstancias deberá ejercerse.

No puede concebirse ya la ciencia médica como una ciencia aislada sino, por el contrario, la ciencia de la salud debe ponerse no sólo a la par de otras disciplinas y profesiones y actuar conjuntamente con los esfuerzos de la comunidad misma, en la búsqueda de soluciones integrales de los problemas de salud.

Es ahora claro y establecido que del ambiente, no sólo lo biológico, psicológico, sociocultural, es responsable por sí solo de la situación sanitaria; hay además un factor determinante que no puede dejarse a un lado: las estructuras socioeconómicas existentes, que ejercen su influencia dentro de la sociedad y que son causa de enfermedad del individuo y la comunidad. La ciencia médica como tal, tiene el compromiso de mantener y devolver la salud al hombre, sin distingos de raza o clase. Es una ciencia

comprometida en vencer todo aquello que se oponga al desarrollo de la salud de la población general.

De aquí surge la necesidad de dar una interpretación integral a los problemas de salud. Interpretación a la que la Facultad de Medicina debe contribuir integrando dentro de la enseñanza que imparte, además de los conocimientos técnicos y científicos propios, las disciplinas sociales necesarias para que se logre la formación de profesionales con plena conciencia de los problemas de la colectividad, que orienten a labores encaminadas a vencer los oponentes al desarrollo de la salud, mediante acciones organizadas con la comunidad y con otras profesiones, y cuya meta sea el logro de cambios auténticos.

6. La instauración de nuevos programas

Señalamos en líneas anteriores el por qué es necesario interpretar los problemas de salud en forma integral, cuestión que no debe perderse de vista para el establecimiento de nuevos programas en la enseñanza médica. Esto implica el adaptar la enseñanza de la medicina a la realidad nacional de una manera que satisfaga simultáneamente las necesidades fundamentales inmediatas de la salud individual y colectiva, y las de preparar un médico de acuerdo a las exigencias médico-sanitarias y sociales del país.

El enfoque educativo debe ser encaminado no sólo a la capacitación técnica para resolver los problemas médicos más frecuentes, sino que también el estudiante debe capacitarse para actuar como integrante de equipos multiprofesionales y así contribuir a que el enfoque que se haga de los problemas colectivos sea tomado desde diferentes puntos de vista, es decir, con un enfoque multidisciplinario.

Con esto se logrará un conocimiento más amplio y la interpretación de nuestra realidad se hará de una manera más integral, lo que llevará al diseño de acciones con mejores perspectivas de solución de los problemas de la comunidad.

Los equipos multiprofesionales constituyen en sí un nuevo

recurso docente que permitirá al estudiante desarrollar habilidades y destrezas, dándole la oportunidad de aplicar sus conocimientos adquiridos a través de toda la carrera, no sólo en problemas propios de su profesión sino también en aquellos que necesitan para su estudio de la participación conjunta del equipo.

El participar en este tipo de trabajo lo hará comprender que la ciencia médica por sí sola no es capaz de lograr el desarrollo integral de la salud, ya que es necesaria la participación de otras disciplinas y profesiones, dada la naturaleza de los factores que condicionan y determinan el apareamiento de enfermedades y el desarrollo de la salud. Con nuevas actitudes comprenderá que no es posible encontrar soluciones adecuadas mientras no se estudien las condiciones socioeconómicas (vivienda, nivel educativo, etc.) de una comunidad.

Si cada disciplina o profesión trata de buscar soluciones por aparte, se estará desperdiciando tiempo y esfuerzos; el trabajo de cada uno en particular y el de todos en conjunto debe perseguir el bienestar del hombre y la colectividad, pero esto no puede conseguirse si los esfuerzos se hacen de manera desintegrada.

VI. EL CONCEPTO DE MEDICINA INTEGRAL

Se ha entendido por Medicina Integral, la acción curativa y preventiva de la enfermedad, a la que se suma la protección, promoción y rehabilitación de la salud, del individuo y la colectividad.

Si entendemos por Medicina Integral un todo indivisible en el campo de la salud, resulta difícil llegar a un concepto que se ajuste a lo que debe interpretarse como tal.

Nos atrevemos, sin embargo, conscientes de esa dificultad, pero congruentes con nuestros planteamientos a proponer qué debe entenderse como "Medicina Integral"; a la disciplina dedicada a la protección, promoción y rehabilitación de la salud, que en un esfuerzo conjunto e integrado a otras disciplinas constituya un accionar continuo encaminado a erradicar todos aquellos factores que se opongan al desarrollo integral de la salud, que además determinan y condicionan el apareamiento de enfermedad en el individuo y la colectividad, e impiden su participación para alcanzar el máximo bienestar de sí mismo y de la sociedad.

VII. EL PROGRAMA DE MEDICINA INTEGRAL EN LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS *

1. DEFINICION:

Es una actividad docente de dos meses de duración en la que los estudiantes del quinto año de medicina hacen prácticas del ejercicio de su profesión en servicios de salud pública, o privados no lucrativos, situados en cabeceras departamentales, municipales o en otras localidades.

Para los fines de este programa, se entiende por medicina integral, las acciones de protección, promoción y recuperación de la salud dirigidas al individuo, la familia y la colectividad. La actividad forma parte de la práctica médica supervisada en la etapa de externado y debe ser realizada después de las prácticas de Medicina Interna, Cirugía y Materno Infantil a nivel de hospitales y previa al internado rotatorio.

2. PROPOSITO:

Contribuir a la formación de un médico general orientado hacia los problemas de salud de Guatemala, mediante su pronta participación en las acciones de protección, promoción y recuperación de la salud, a nivel de servicios integrados** de área de la Dirección General de Servicios de Salud o similares.

3. OBJETIVOS:

Al finalizar su práctica, el alumno deberá ser capaz de:

* El Programa de Medicina Integral se describe, como fue establecido por la Facultad de Ciencias Médicas, con la aclaración de que se omitieron algunos incisos por su carácter transitorio.

** Se define como servicio integrado de salud: "Al conjunto de Instituciones encargadas de las distintas actividades de fomento de la salud y de prevención y tratamiento de las enfermedades e incapacidades en la totalidad del territorio nacional y organizados con arreglo a una estructura precisa en los distintos escalones administrativos". (1)

1. Atender una clínica de atención médica general para pacientes ambulatorios de acuerdo a las normas de control periódico, ingreso al hospital y referencia de casos.
2. Atender las actividades generales de un programa materno infantil, aplicando las normas específicas.
3. Definir los aspectos generales de la organización y operación administrativa de un servicio integrado de área y de cada una de sus unidades.
4. Definir las funciones y responsabilidades del médico, la enfermera, el inspector de saneamiento y otros funcionarios encargados de los programas de protección y promoción en el área.
5. Apreciar y definir la influencia de los factores ambientales sobre la salud de los habitantes del área de práctica.
6. Proponer soluciones factibles a los problemas más significativos, mediante la elaboración de uno o más programas específicos.

4. ORGANIZACION:

1. Dirección del Programa:

Reside en el Comité de Fase III, quien delega las funciones de Jefatura en el Catedrático Titular de Ciencias de la Conducta y en su defecto en otro titular de la Fase.

El Jefe, responsable directo de la ejecución, rinde informe bimensual del resultado de la práctica de cada grupo, elabora y propone el programa anual, con su respectivo presupuesto, evalúa al personal docente del programa bajo su cargo y dirige el proceso de evaluación de los estudiantes.

2. Coordinación interinstitucional:

El Director de Fase III y el Jefe del Programa asumen responsabilidad total en la coordinación con los delegados de las instituciones públicas y privadas que den apoyo al programa.

3. Supervisión Docente: está a cargo de:

- 3.1 Un Jefe de Supervisores, responsable por el cumplimiento de esta actividad de acuerdo con el programa específico.
- 3.2 Un cuerpo de docentes a tiempo exclusivo con funciones de supervisión general, nombrado con anticipación al inicio de la práctica.
- 3.3 Todo el cuerpo docente de la Facultad que a solicitud del Comité de Fase III realizará visitas periódicas a áreas de práctica, participa en reuniones de la dirección del programa, asesora en la producción de material docente, evalúa la información proveniente de la práctica (retroacción) y otras.

4. Estudiantes:

Los estudiantes de quinto año se dividen en 3 grupos, cada uno de los cuales realiza su práctica durante 2 meses (agosto a septiembre, octubre a noviembre y diciembre a enero) en las áreas seleccionadas para el efecto.

5. ACTIVIDADES PREPARATORIAS:

1. Adiestramiento de los estudiantes:

Durante el primer semestre de 1973 y de los años siguientes, (en el 5o. año) los estudiantes realizarán actividades de adiestramiento en áreas de Ciencias de la Conducta, destinadas a obtener conocimientos y destrezas que le permitan obtener el máximo beneficio de su práctica.

2. Información a personal de los Servicios de Salud:

Dos meses antes del inicio de la práctica se iniciarán actividades destinadas a informar al personal de los servicios sedes de práctica sobre las características del pro-

grama, sus objetivos y el tipo de participación que se espera de cada uno de ellos.

3. Distribución de estudiantes en áreas de práctica: (gráfica 2)

Quince días antes del inicio de la práctica de cada grupo, se procederá a distribuir las áreas de práctica mediante el mecanismo seleccionado por el grupo de estudiantes, por punteo curricular, sorteo u otros.

Ocho días antes del inicio de la práctica, se entregará carta de presentación del estudiante, dirigida al Jefe de Área donde aquél realizará su práctica y se le hará entrega del material docente, así como de la información y orientación final que solicite.

El estudiante deberá presentarse en su área de práctica desde el primer día y hará entrega de su nota de presentación al jefe de área.

6. DESARROLLO:

Dentro de los dos primeros días de su período de práctica, el estudiante elaborará su programa de trabajo y lo discutirá con el jefe de área, a manera de que se cumplan los objetivos de la práctica.

1. Actividades:

- 1.1 Práctica individual supervisada de atención médica general: consiste en atención de pacientes ambulatorios en la consulta general, y/o en servicios de encamamiento de medicina y cirugía. Durante esta actividad el estudiante hace registro clínico del paciente que comprende: datos básicos, lista numerada de problemas, plan inicial (diagnóstico, terapéutico y educacional) y seguimiento de cada problema (evolución). Esta actividad dura un mes,

dedicando cuatro horas diarias a la misma. El 50 o/o se hace en consulta externa y el resto en servicios de encamamiento, en donde existen. En los lugares de práctica donde no halla encamamiento, debe atender a domicilio a no menos de tres pacientes vistos en consulta externa, que ameriten control y evolución, llevando de cada uno un registro clínico con las pautas ya citadas.

- 1.2 Práctica individual supervisada de atención materno infantil: bajo la supervisión del personal médico responsable de los programas y actividades, el estudiante atiende las consultas de niño sano y enfermo y la consulta pre y postnatal, utilizando la papelería y las normas de trabajo vigentes.

Atiende pacientes hospitalizados en el servicio de pediatría, siguiendo las pautas de registro clínico y de atención a domicilio señaladas para el efecto en la actividad anterior.

Atiende un mínimo de 5 partos normales en el servicio de maternidad o a domicilio y sigue el puerperio inmediato de las parturientas, proponiendo al médico responsable el momento de egreso de cada una.

Participa activamente en las distintas etapas de los programas de inmunización y es responsable de una actividad de inmunización a nivel de aldea.

Esta actividad tiene una duración total de un mes y dedica 6 horas diarias a la misma, utilizando el 50 o/o del tiempo a la atención del consultorio y el resto a encamamiento y actividades de promoción y protección.

- 1.3 Práctica de terreno: a realizarse fuera de los servicios, comprende las siguientes actividades:

- a) **Visita de control y evolución:** durante el desarrollo de la práctica individual supervisada de atención médica general, el estudiante visita en su domicilio a un paciente por el atendido en el hospital o la consulta, con el fin de evaluar el cumplimiento de las indicaciones y la evolución de la enfermedad. Elabora un resumen final del caso, indicando los factores ambientales que considere influyeron o influyen en el problema.
- b) **Control integral de un desnutrido:** durante su práctica individual supervisada de atención materno infantil, el estudiante selecciona un niño menor de 5 años, desnutrido, y lo sigue con el fin de conocer la realidad socioeconómica y cultural en que se ha producido la desnutrición, hacer educación sistemática en la familia, controlar la evolución del niño evaluándola en función del cumplimiento de las indicaciones, y detecta precozmente cualquier morbilidad agregada, especialmente las de tipo infeccioso. Hace informe final del caso.
- c) **Práctica de atención médica general en servicios de nivel rural:** durante los dos meses de práctica el estudiante participará directamente en la prestación de servicios a pobladores del área rural, en cabeceras municipales distintas de su sede de práctica, o bien en aldeas. Esta actividad se desarrollará de acuerdo con los programas de área de salud, mediante las visitas periódicas que se hacen a comunidades, o bien, mediante el programa de unidades móviles que funciona en algunas áreas. Durante la misma, el estudiante podrá participar en adiestramiento y evaluación de personal paramédico que trabaja en algunas localidades del país. Asimismo deberá realizar educación a individuos o a grupos de acuerdo con programas elaborados por el servicio o por él mismo.

El número de actividades no será mayor de dos visitas por semana, con un máximo total de 8 horas semanales.

- d) **Observación del programa de saneamiento ambiental:** el estudiante debe conocer el programa de saneamiento ambiental vigente, analizar el cumplimiento del mismo y los factores de orden administrativo, financiero, cultural y educativo que pudieren impedir su total desarrollo. En compañía del personal de saneamiento del área, realiza no menos de cuatro visitas al terreno para observar directamente los métodos de trabajo empleados en actividades de letrinización, control de establecimientos públicos, control de alimentos, inspecciones sanitarias de oficio, educación y otras. De esta actividad elabora un informe completo que presenta al final de su práctica.

- 1.4 **Investigación:** durante los dos meses de práctica, el estudiante debe realizar un trabajo de investigación factible de ser realizado durante ese período. El tema es seleccionado por el estudiante y propuesto, con el protocolo correspondiente, al supervisor docente, quién lo aprueba. Los temas pueden ser: investigación clínica, epidemiología, demografía, administración operacional, antropología, socioeconómica, etc.
- 1.5 **Práctica administrativa:** durante ocho días, de preferencia en los primeros de la práctica, el estudiante dedica dos horas diarias al conocimiento detallado del área de salud, incluyendo: la organización social y material, los recursos disponibles, humanos y materiales, los instrumentos operacionales (normas, técnicas, procedimientos, reglamentos, etc.), los programas, las necesidades y otros. Durante esta actividad acompaña al Director del servicio en sus actividades diarias de dirección,

coordinación, reuniones con funcionarios y toma de decisiones. Elabora informe específico de sus observaciones y actividades.

- 1.6 Supervisión: la supervisión es un proceso de enseñanza-aprendizaje de doble vía entre el estudiante y el docente durante el cual, el primero obtiene información, orientación y apoyo para una práctica satisfactoria y el cumplimiento de los objetivos educacionales y el docente adquiere información que incrementa sus conocimientos generales sobre la realidad nacional, aporta datos para el proceso permanente de evaluación de la educación médica, el curriculum y su reajuste periódico.

La supervisión se realiza de acuerdo con programa calendario y normas específicas que permitan la visita a cada estudiante cada mes como mínimo, o con mayor frecuencia. Para el efecto, el docente cuenta con los instrumentos técnico-docentes que faciliten y hagan eficiente cada una de sus visitas.

7. EVALUACION:

Al final de cada período de práctica se evalúa:

1. Al alumno, mediante los siguientes parámetros:

- | | |
|------------------------------------|---------------|
| 1.1 Informe final de actividades | 0-20 puntos* |
| 1.2 Actitudes, hábitos y destrezas | 0-20 puntos |
| 1.3 Habilidades generales | 0-20 puntos** |
| 1.4 Visitas de control y evolución | 0-20 puntos |
| 1.5 Investigación | 0-20 puntos |

(Los aspectos 1.2 a 1.5 constituyen la zona y el aspecto 1.1 complementa la nota final).

* Anexo 1 y 2.

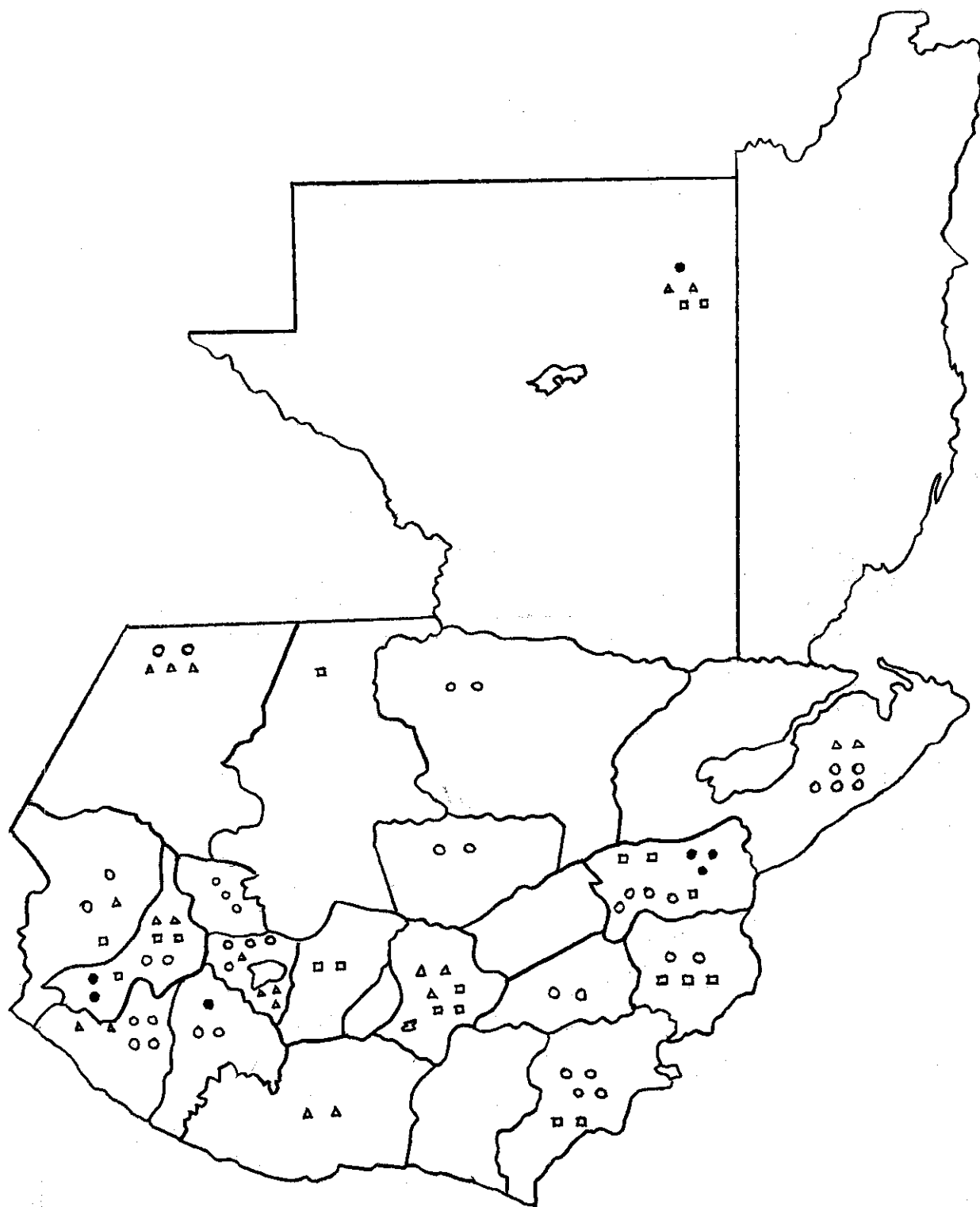
** Anexo 3.

2. Al programa, mediante:

- 2.1 El cumplimiento de los objetivos educacionales.
- 2.2 La satisfacción de los estudiantes por su práctica.
- 2.3 La satisfacción de los servicios donde se realizan las prácticas. (9)

GRAFICA No. 2

DISTRIBUCION DE ESTUDIANTES EN LOS DEPARTAMENTOS DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA, DURANTE LA PRACTICA DE "MEDICINA INTEGRAL"



- = Hospital Cabecera Departamental.
- △ = Hospital Municipio.
- = Centro de Salud.
- = Puesto de Salud.

VIII. RESULTADOS DEL PROGRAMA

Iniciado en agosto de 1973 con 270 estudiantes que realizaron esta actividad, divididos en tres grupos y distribuidos en más de 30 comunidades del país, utilizando servicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y otros de organizaciones privadas de distinta naturaleza. Cabe ahora determinar el grado de cumplimiento de los objetivos educativos del programa, así como el impacto que el mismo ha hecho en las comunidades y servicios cubiertos por la práctica.

En relación al primer aspecto, no están aún disponibles todas las evaluaciones de los estudiantes pues falta integrar algunos datos que para ese propósito deben emitir los servicios donde se realiza la práctica. Sin embargo, se consideró que el cumplimiento de los objetivos educativos podría medirse en forma indirecta, mediante el análisis de los informes finales de los estudiantes, relativos a su práctica de Medicina Integral, material que estaba disponible en un 90 o/o al momento de elaborar esta parte de nuestro trabajo.

Para ese efecto, se tomó una muestra al azar de los informes presentados, la que creemos expresa la opinión de todos y cada uno de los alumnos en cuanto a cumplimiento de objetivos, organización, desarrollo, docencia, supervisión, investigación y evaluación.

Se tabularon las conclusiones y recomendaciones de cada informe incluido en la muestra, excepto aquellas opiniones que se referían con especificidad a las características de los servicios donde se realizó la práctica.

Para los fines de presentación de los resultados, se separaron las conclusiones y recomendaciones en dos grupos: a) las que señalan aspectos positivos del programa; y b) las que señalan sus deficiencias. En otro grupo las observaciones de carácter general, es decir que fueron comunes a todos los informes.

I. Conclusiones

A. Aspectos positivos del Programa

1. Conocimiento del medio:

- a. El contacto directo del estudiante con el medio rural guatemalteco, permite tener un concepto claro de la realidad nacional, no sólo en lo relativo al campo médico, sino también en lo socioeconómico y cultural.

“La práctica brinda al estudiante un amplio campo de observación en el que puede darse cuenta de la realidad nacional y lo que es la precaria salubridad en que viven los habitantes del medio rural”.*

- b. El Programa de Medicina Integral se consideró un avance de la Facultad de Ciencias Médicas, como un medio de proyección de la Universidad al área rural.
- c. El Programa se consideró atractivo y extenso, permitiendo al estudiante conocer un paciente distinto al de los hospitales, que muestra una patología diferente identificada como deficiencias nutricionales, parasitosis, infecciones, principalmente respiratorias, cutáneas y gastrointestinales.

“La Práctica cambia al estudiante del ambiente hospitalario, a un ambiente diferente por completo, que lo lleva hasta donde se encuentra el verdadero problema de la realidad nacional”.*

2. Aprendizaje

- a. La experiencia en el área rural proporciona al estu-

* Copia textual de informes finales de Práctica.

diante la oportunidad de poner en práctica sus conocimientos y lo ayuda a desarrollar aptitudes y destrezas, ejercitándose en su práctica médica.

- b. El programa constituye un estímulo para que el estudiante tome confianza en sí mismo y favorece la formación de su criterio médico, enseñándolo además a utilizar los recursos de que dispone.

B. Deficiencias del Programa

1. Duración de la Práctica:

- a. El tiempo asignado (dos meses) para el desarrollo de la práctica es insuficiente, absorbiéndolo en su mayor parte la labor hospitalaria, además no da margen a desarrollar todas las actividades programadas, sólo en uno de todos los informes se señaló que el tiempo era adecuado.

2. Organización:

- a. Se señaló la falta de coordinación interinstitucional, así como la falta de recursos.
- b. Falta de divulgación del programa a los servicios y personal de algunas áreas de trabajo.

3. Docencia:

- a. En algunos lugares la docencia fue nula o inferior a la de los hospitales capitalinos por falta de colaboración del personal médico, sin embargo, en otros lugares el aprendizaje en los hospitales es satisfactorio.

4. Supervisión:

- a. La supervisión fue deficiente por: 1) el número de visitas de supervisión es insuficiente; y 2) por el poco tiempo que permanece el supervisor con el estudiante, lo que no permite una evaluación adecuada de las actividades realizadas y limita el conocimiento de los problemas que se presentan al estudiante.

5. Práctica Hospitalaria:

- a. La práctica hospitalaria hace que el programa sea deficiente, porque limita en gran parte el conocimiento del medio.

II. Recomendaciones

1. Debe persistir la práctica dentro del curriculum y procurar que otras facultades establezcan programas similares, para una labor más efectiva.
2. Reprogramar la Práctica de Medicina Integral aumentando el tiempo de su duración y adecuándolo a las necesidades del estudiante y de la población.
3. Modificar los objetivos del programa ya que por diversos factores no se cumplen a cabalidad.
4. Programar las actividades de supervisión y aumentar el número de supervisores con el objeto de que sus visitas sean más frecuentes y se prolongue la estancia del supervisor al lado del estudiante para lograr una relación más estrecha.
5. Proporcionar material informativo acerca de las características del área de trabajo y temas de salud pública.

6. Omitir el paso del estudiante por el área hospitalaria y realizar la práctica en centros y puestos de salud únicamente.

7. Promover una mayor integración interinstitucional en los servicios de salud y dar mayor divulgación del programa dentro de los mismos, tratando además de aumentar los recursos existentes.

8. Designar a los estudiantes a lugares donde funcionen otros de año superior para mejorar docencia y enseñanza.

9. Distribuir equitativamente a los alumnos de acuerdo al volumen de trabajo en cada lugar y programar reuniones periódicas con la participación de los distintos estudiantes de una misma región para lograr una visión más amplia en torno a la misma.

III. Observaciones generales

1. No se encontró en ninguno de todos los informes una sola opinión que se manifestara en contra del programa, sino por el contrario, se señaló la importancia del mismo como parte del curriculum.
2. De acuerdo a los objetivos trazados por el programa, se manifestó que fueron cumplidos satisfactoriamente, pese al reconocimiento de que dejaron de realizarse algunas actividades, principalmente: programas de inmunización, práctica de terreno y programas de saneamiento ambiental, por problemas propios del área de trabajo (falta de recursos, transporte, actividades hospitalarias, etc.).
3. La información —material de estudio— suministrada por la Facultad se consideró de buena calidad y distribución adecuada.

4. Cada estudiante recibió un mínimo de dos visitas de supervisión.
5. En todos los informes se encontró un trabajo de investigación efectuado durante la práctica.

IX. COMENTARIO

Si tomamos en consideración que es la primera experiencia con un Programa de Práctica de Medicina Integral en la Facultad de Ciencias Médicas, no podemos negar, de acuerdo a lo expresado por los estudiantes, que los resultados han sido satisfactorios; sin embargo, debemos hacer algunos comentarios —aparte de nuestras conclusiones, que se expresan al final— que creemos convenientes en relación al programa, como objeto fundamental de este trabajo.

1. En nuestra opinión la práctica de Medicina Integral como actividad curricular ha sido satisfactoria en sentido general, de acuerdo a sus finalidades docentes y de servicio. No está a nuestro alcance evaluar lo que la práctica dejó al estudiante en cuanto a su aprendizaje, pero creemos que la sola experiencia de un ambiente diferente al que está acostumbrado, donde tuvo que enfrentar problemas y decidir acciones sin el apoyo de otras personas, es ya un aprendizaje dinámico y efectivo.
2. Conocer el impacto del programa en las diferentes comunidades donde se llevó a cabo, también resulta difícil; será el tiempo, la investigación y las prácticas subsecuentes, las que darán las pautas para llegar a evaluar ese impacto, lo que indudablemente es una necesidad para introducir en el futuro cambios al programa.
3. Si se comparan los beneficios de la práctica, reconocidos por los mismos estudiantes, y las deficiencias señaladas, vemos que estas pierden importancia y no perjudican el desarrollo de la práctica. Cabe decir, sin embargo, que las mismas deben ser superadas. Para ello debe tratarse de que la práctica sea homogénea, es decir, que los centros de práctica deben ser lo más similar posible, pues en un hospital los recursos existentes son superiores a los que se dispone en un centro o puesto de salud, por un

lado y por otro que algunos estudiantes estarían repitiendo una actividad hospitalaria ya realizada, lo que no es el objetivo del programa.

4. El aspecto de supervisión ha sido la deficiencia más notoria a causa de la falta de recursos de la Facultad, que obliga a trabajar con número limitado de supervisores. Debe tratarse entonces de aumentar los recursos y número de supervisores para que las visitas sean más frecuentes y la permanencia del supervisor en cada visita sea mayor. Con esto se garantizará una supervisión más efectiva no sólo para la evaluación del estudiante, sino para la autoevaluación de la facultad misma.
5. El Programa se vería eficientemente complementado si la actividad del estudiante se realiza a la par de otras disciplinas y profesiones. Por otro lado, el Ejercicio Profesional Supervisado debe ser una continuidad de la práctica de Medicina Integral, como se hace, por ejemplo, a nivel hospitalario, en la que el internado rotatorio es una continuación del externado y donde el estudiante asume ya una actitud profesional, con mayor experiencia para resolver problemas y orientar a sus compañeros. Consideramos que en la medida de lo posible, el Programa de Medicina Integral debería realizarse en las mismas áreas donde se realiza el E.P.S.
6. En la primera parte del trabajo se menciona la necesidad de nuevos programas y acciones coordinadas y planificadas integralmente para resolver nuestra problemática sanitaria, y además la necesidad de transformar las estructuras socioeconómicas del país como un factor determinante. En nuestras consideraciones generales hemos demostrado en parte ese supuesto, señalando al principio la situación sanitaria del país y luego analizando cómo diversos factores condicionan y determinan esa situación, llegando finalmente a establecer el por qué nuestra problemática sanitaria no puede ser considerada desde un solo punto, sino debe ser vista de manera

integral y su solución no puede darse si el sistema social no es transformado.

7. En la segunda parte suponíamos que para la realización de este tipo de programas se necesitaba de personal adiestrado y capacitado adecuadamente para lograr esa interpretación integral y la necesidad de que este recurso recibiera periódicamente una supervisión y evaluación directa para responder a sus necesidades y a las de la Facultad de Ciencias Médicas para mejora y actualización de sus programas. Ahora bien, la necesidad de ese personal —médico— existe y si queremos ser justos, interpretar nuestra realidad en forma integral es una exigencia para la solución de los problemas de salud del país. La demanda de supervisión y evaluación directa fue expresada por los estudiantes como participantes directos en esta práctica. El desarrollo de la misma y el análisis de sus resultados nos han marcado deficiencias que deben ser superadas, con lo que se está indicando ya la necesidad de cambios y ajustes dentro de un programa que como parte del curriculum implica ya cambios dentro de la Facultad de Ciencias Médicas. Evidentemente esta es sólo una primera experiencia, de modo que queda aún mucho camino por recorrer.

X. CONCLUSIONES

- 1. La situación sanitaria en Guatemala es una resultante de diversos factores, de los cuales constituye factor determinante la estructura socioeconómica del país.**
- 2. Para el desarrollo de la salud en el país, se hace necesario un enfoque integral, de lo contrario estaríamos apartándonos de nuestra realidad.**
- 3. No es posible encontrar una solución justa y adecuada si el sistema social no sufre una verdadera transformación.**
- 4. El Programa de Medicina Integral de la Facultad de Ciencias Médicas ofrece un medio para que el futuro médico se sitúe dentro del contexto real de nuestra problemática sanitaria.**
- 5. Es necesaria e imprescindible la participación de otras profesiones y disciplinas para la planificación y ejecución de programas encaminados a un desarrollo integral de la población.**
- 6. En el campo de la investigación, la práctica de Medicina Integral ofrece al estudiante una buena oportunidad para realizar una verdadera labor investigativa.**

XI. RECOMENDACIONES

1. La Universidad de San Carlos de Guatemala, debe interesarse por el establecimiento de programas similares al de Medicina Integral de acuerdo a las diferentes carreras profesionales, en todas sus facultades y escuelas.
2. El Programa de Medicina Integral debe persistir dentro del curriculum de estudios en la carrera de Medicina.
3. Debe efectuarse una revisión completa del programa con el objeto de hacer los cambios necesarios para lograr un mayor ajuste a nuestra realidad y proporcionar al estudiante las bases fundamentales para su interpretación.
4. Establecer métodos de evaluación que permitan valorar de manera externa el impacto del programa en las diferentes comunidades donde se lleva a cabo.
5. Estudiar la posibilidad de aumentar el tiempo de práctica de acuerdo al resto de las actividades curriculares.
6. Establecer como tarea investigativa por parte del estudiante el evaluar los alcances y logros del programa en el área de práctica.
7. Omitir la práctica en hospitales dentro del programa, ya que ello lo hace heterogéneo y limita al estudiante la tarea de campo.

ANEXO No. 1

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Fase III

GUIA DE PRESENTACION DE INFORMES

- 1— Descripción del Area de trabajo.
- 2— Logro de los objetivos:
 - 2.1 Actividades programadas para cumplir los objetivos del programa.
 - 2.2 Actividades realizadas y comentarios.
 - 2.3 Actividades no realizadas y análisis de los factores que intervinieron para su no realización.
- 3— Comentario general:
 - 3.1 Supervisión por parte de la Facultad.
 - 3.2 Colaboración y orientación de los médicos de servicios de salud.
 - 3.3 Literaturas (artículos) enviados por la Facultad; en cuanto a la calidad, utilidad así como de frecuencia de distribución.
- 4— Conclusiones.
- 5— Recomendaciones.

NOTA:

En los lugares donde trabajan dos o más estudiantes, se aceptará informe en conjunto.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”.

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Fase III

—ANEXO 2—

CALIFICACION DE PRACTICA DE MEDICINA INTEGRAL

Nombre del Estudiante _____ Carnet _____

Servicio o Institución _____

Período de práctica del _____ al _____

Aspectos a calificar		Calificación periódica (semanas)								Final
		1	2	3	4	5	6	7	8	
20	Actitudes y hábitos	Adaptabilidad								
		Disciplina								
		Iniciativa								
		Interés								
		Cooperación								
		Responsabilidad								
		Apariencia personal								
		Orden y limpieza								
		Puntualidad								
		Asistencia								
20	Habilidades	Habilidad para resolver problemas								
		Destrezas en técnicas								
		Comunicación								
		Aprendizaje								
		Enseñanza (5 o/o)								
		Planeamiento								

20 Registro de trabajo diario

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

20 Investigación

--

20 Informe Final

--

Calificación Total

--

Catedrático _____

Guatemala, _____

ANEXO No. 3

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Facultad de Ciencias Médicas

FASE III

"SUPERVISION DOCENTE"

De Internos Rotatorios y Rurales en
Hospitales de Area y Externos de
Medicina Integral



I. DEFINICION

Se entiende por SUPERVISION DOCENTE, el conjunto de actividades encaminadas a investigar problemas del Estudiante en todo lo relacionado directa o indirectamente con su práctica, brindarle orientación y apoyo para solucionarlos, así como la asesoría y evaluación del trabajo que realice en las áreas cognoscitivas, efectivas y psicomotoras.

Este proceso es de doble vía, ya que el Supervisor Docente a la vez que detecta, investiga, asesora y evalúa, adquiere nuevos conocimientos, habilidades y destrezas.

II. OBJETIVOS

1. Generales

- 1.1 Establecer mayor contacto entre la Facultad de Ciencias Médicas y sus alumnos.
- 1.2 Fortalecer el conocimiento de la situación de salud del país y de la demanda de atención médica.

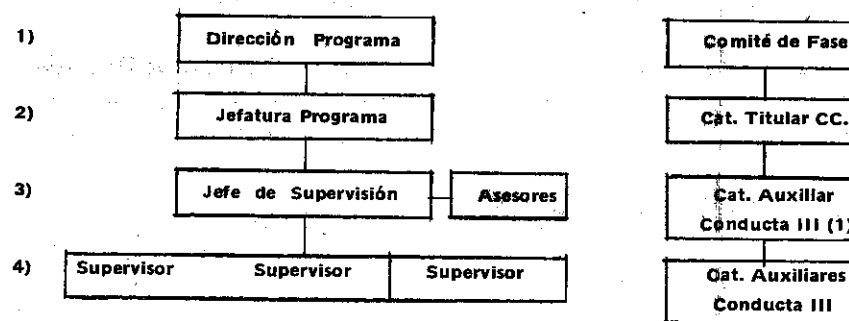
2. Específicos

- 2.1 Velar por el logro de objetivos y cumplimiento de actividades de los diferentes programas docentes de la facultad.

- 2.2 Detectar problemas que inciden directa o indirectamente sobre la buena marcha de los programas docentes extramuros de la facultad.
- 2.3 Detectar problemas reales durante la práctica y asesorar al estudiante sobre la forma de investigar y elaborar diferentes alternativas de solución a los mismos.
- 2.4 Detectar deficiencias en la formación estudiantil, e informar a la Facultad con el objeto de elaborar reajustes docentes.
- 2.5 Evaluar el rendimiento y eficiencia estudiantil en el cumplimiento de sus funciones.
- 2.6 Brindar al estudiante la asesoría correspondiente para mejorar sus conocimientos y habilidades, manteniendo una actitud favorable para ello.

III. ORGANIZACION

La supervisión de los programas de la FASE III se realizará mediante la siguiente organización:



IV. FUNCIONES

Para el mejor logro de los objetivos de la supervisión, los diferentes niveles de organización cumplirán las siguientes funciones:

1) **Primer Nivel:**

1.1) Conocer y aprobar el programa de supervisión.

1.2) Conocer y evaluar los informes del jefe del programa y emitir dictamen sobre los reajustes propuestos.

1.3) Resolver los problemas y solicitudes que se les presenten.

2) **Segundo Nivel:**

2.1) Elaborar conjuntamente con los niveles tercero y cuarto el programa del año subsiguiente.

2.2) Presentar el programa anual, al comité de Fase para su aprobación.

2.3) Programar y dirigir las actividades de docencia teórica de apoyo al programa y la elaboración de material docente.

2.4) Dirigir a través del jefe de supervisores el trabajo de campo.

2.5) Evaluar conjuntamente con el tercero y cuarto nivel el programa, y en la misma forma hacer los reajustes para el mejor desarrollo del mismo.

2.6) Conocer, evaluar y presentar informes del jefe de supervisores al primer nivel.

2.7) Mantenerse en contacto con el cuerpo de supervisores asistiendo a las reuniones de los mismos.

2.8) Efectuar las visitas de supervisión que se le requieran.

3) **Tercer Nivel:**

3.1) **Jefe de Supervisión:**

3.1.1) Planificar, organizar, dirigir, coordinar y evaluar la supervisión docente.

3.1.2) Efectuar las giras de supervisión requeridas y hacer docencia directa en el campo.

3.1.3) Coordinarse con el jefe del programa y otros profesores de Ciencias de la Conducta III en el apoyo a las actividades de campo.

- 3.1.4) Efectuar revisiones semanales con los supervisores docentes y personas invitadas para tratar aspectos del programa e informar al segundo nivel.
- 3.1.5) Asesorar directamente a los supervisores para mejorar el cumplimiento de sus funciones y la calidad de la supervisión.
- 3.1.6) Mantener activo al grupo de supervisores en actividades de educación continuada.
- 3.1.7) Elaborar el informe mensual del desarrollo del programa en conjunto con los supervisores y presentarlo al jefe en la primera semana del mes siguiente.
- 3.1.8) Colaborar en la selección y elaboración de material docente.

3.2) Asesores:

- 3.2.1) Asistir a las reuniones de supervisores cuando se les requiera.
- 3.2.2) Colaborar con el jefe de supervisores en la elaboración de material de estudios.
- 3.2.3) Colaborar con el jefe de supervisores y los supervisores, en la evaluación del programa.
- 3.2.4) Efectuar supervisión de campo de acuerdo a su disponibilidad de tiempo cuando ésta sea requerida.

4) Cuarto Nivel:

- 4.1) Efectuar las visitas de supervisión en el horario e itinerario que se le asigne.
- 4.2) Revisar el instrumento de vigilancia epidemiológica del estudiante.
- 4.3) Revisar el instrumento de control de actividades del expediente.
- 4.4) Llenar el instrumento de supervisión.
- 4.5) Confirmar la veracidad de los datos que presenten los estudiantes.

- 4.6) Efectuar visitas domiciliarias a las casas de pacientes que estime conveniente en donde debe detectar problemas y orientar al estudiante en la mejor forma de solucionarlos.
- 4.7) Discutir los aspectos clínicos y epidemiológicos de los principales problemas de salud que se les presenten.
- 4.8) Participar en las reuniones de personal a nivel local para las cuales fueren invitados y cuando el tiempo se lo permita.
- 4.9) Presentar informe completo de su visita y además llenar los formularios de visita y control de vehículos.
- 4.10) Participar en las actividades que se le asignen en su estancia en la ciudad capital.
- 4.11) Participar en la evaluación del programa así como en la elaboración de informe mensual.
- 4.12) Participar en la elaboración de ajustes al presente programa, así como en la elaboración del programa 74-75.

V. ACTIVIDADES

Para cumplir los objetivos del programa la supervisión docente debe abarcar las siguientes actividades:

- 1) Supervisión directa en el campo: según horarios calendarios de visitas por itinerarios.
- 2) Docencia teórica en el campo: se efectuará por los supervisores docentes mediante la detección y discusión de problemas y la proposición de las posibles alternativas de solución a los mismos.
- 3) Docencia teórica dirigida: esta se llevará a cabo mediante un sistema de reproducción de literatura por parte de la facultad, material que se hará llegar a los estudiantes para su lectura y comentarios.
El estudiante deberá contestar un cuestionario elaborado con anterioridad.

VI. EVALUACION

Evaluación de la supervisión será parte de la evaluación del

programa de Medicina Integral.

Por su parte la evaluación de la supervisión docente se hará de la siguiente forma:

1) Por Profesores:

1.1) Niveles 3o. y 4o. (Supervisores)

Estos evaluarán el logro de los objetivos de la supervisión mediante los informes de cada supervisor y además se evaluará el cumplimiento de visitas programadas y de actividades a realizarse en las mismas.

1.2) Niveles: 1o. y 2o.

Evaluarán el logro de los objetivos del programa en general y las actividades en general.

2) Por los alumnos:

Según instrumento especial que les pasará oportunamente.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Acosta Sierra, Clemente E. Los Servicios Integrados de Salud y la Docencia Universitaria. Boletín del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Escuela de Medicina "José María Vargas". 4 (3-4): 9-15, 1971.
2. Ferrara, Floreal A., Eduardo Acebal y J.M. Paganini. Medicina de la comunidad. Buenos Aires, Intermédica, 1972. 414 p.
3. Flores Alvarado, Humberto. La estructura social guatemalteca. Guatemala, Editorial Rumbos Nuevos, 1968. 166 p.
4. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud Pública en el Area Rural. Guatemala, 1971. 53 p.
5. Guatemala. Dirección General de Estadística. Censo de vivienda 1964. Guatemala, 1972. 67 p.
6. Guatemala. Dirección General de Estadística. Anuario Estadístico. Guatemala, 1971. 150 p.
7. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Unidad de Planificación y Estadística. Natalidad en 1973. Guatemala, 1974. 55 p.
8. López Vásquez, Víctor Manuel. Elementos fundamentales para el desarrollo de la salud en Guatemala. Tesis (Médico y Cirujano). Guatemala, Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas, 1973. 91 p.
9. Oficina Panamericana de la Salud. Sistemas para aumentar la cobertura de los servicios de salud en las áreas rurales. Discusiones Técnicas, XVII Reunión del Consejo Directivo 6-7 de octubre de 1967. Washington, 1968. 57 p. (Publ. Científica No. 170).

10. Oficina Panamericana de la Salud. Hechos que revelan progreso en salud. Metas en la Carta de Punta del Este, agosto de 1961. Washington, 1971. 68 p. (Publ. Científica No. 227).
11. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Programa de Medicina Integral (Fase 3); Guatemala, 1971. 10 p.

Br José Octavio Cajas Sosa

Dr. Victor López V.
Asesor

Dr. Carlos Waldheim
Revisor

Dr. Julio De León
Director de Fase III

Vo. Bo.

Aura E. Singer
BIBLIOTECARIA

Dr. Francisco Saenz Bran
Secretario

Dr. Carlos Armando Soto
DECANO