



## PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS
- III. JUSTIFICACION
- IV. ANTECEDENTES Y REVISION BIBLIOGRAFICA
- V. HIPOTESIS
- VI. MATERIAL U OBJETO A INVESTIGAR
- VII. TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS
- VIII. RECURSOS
- IX. RESULTADOS
- X. DISCUSION DE RESULTADOS
- XI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
- XII. RESUMEN
- XIII. BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION:

El presente trabajo de Tesis es el resultado de la experiencia docente, de servicio y de investigación en un programa de Medicina Colectiva. En el mismo he pretendido, en unión de estudiantes de tercero y cuarto año de la Carrera de Medicina, integrar lo más posible los aspectos de investigación, docencia y servicio, elemento que se ha pretendido siempre vaya lo más globalizado posible.

Desde el año 1969, en el que la Facultad de Ciencias Médicas dio un viraje en su metodología y filosofía, bajo el decanato del Doctor Julio de León hasta la fecha, se ha puesto en práctica diferentes programas en las distintas Fases de la Facultad. Muchos errores se han cometido así como también aciertos, dependiendo mucho los primeros de la falta de recursos con que cuenta la Universidad en general, además del cambio muy radical que se le dio al Curriculum de la Escuela, pretendiendo, a través de metodología y bibliografía difícil de entender por parte de Catedráticos y alumnos realizar dicho cambio. Tiempo es ya de que se de una valoración racional y se cunatifique el grado en que los aspectos sociales y biológicos deben ser aprendidos y enseñados.

El presente trabajo ha enfocado, en la medida de nuestras posibilidades y capacidades, visión científica y crítica como deben integrarse mejor los aspectos de investigación, docencia y servicio a nivel de Fase II de la Facultad de Ciencias Médicas.

El trabajo consta de aspectos que tratan el campo de la investigación, la docencia y el servicio; en el primero se ha realizado desde el punto de vista social y biológico, este último desde el campo inmunológico; en lo referente al servicio lo que concierne a consulta y pláticas sobre educación en salud y sobre docencia a la evaluación del aprendizaje del estudiante en el Programa.

En este trabajo se está haciendo una investigación para medir la efectividad de la campaña de vacunación, cuyos resultados serán publicados después.

## OBJETIVOS:

### I. GENERALES:

1. Conocer y contribuir a la solución de los problemas de salud de Guatemala.
2. Contribuir, en lo posible, a la mejoría del proceso enseñanza-aprendizaje en la Facultad de Ciencias Médicas.
3. Conocer nuestra realidad nacional y los factores multicausales que influyen en los problemas de salud.

### II. ESPECIFICOS:

1. Realizar y evaluar los Programas de Medicina de la Colectividad que se efectúan en Fase II.
2. Realizar una crítica constructiva para mejorar en lo posible este Programa.
3. Comparar y establecer diferencias en los logros del trabajo en dos colectividades distintas.
4. Establecer un modelo didáctico pedagógico de la enseñanza integrada de la medicina en sus tres aspectos: Docencia, Investigación y Servicio.

### JUSTIFICACION:

Casi todo el material bibliográfico que se usa en nuestra enseñanza-aprendizaje es importado, inclusive programas de campo en nuestras comunidades rurales y áreas marginales se ha basado en una metodología extranjera. La mayoría de los trabajos de tesis de nuestros médicos jóvenes se refieren a temas bastante sofisticados, sólo una pequeña proporción de estos médicos ha ido poniendo los pies sobre la tierra, comprendiendo que no podemos vivir alatargados y enraizados en la vieja y anacrónica metodología y criterios de nuestros viejos hospitales.

Nosotros hemos llegado a la fuente de enfermedad y trabajado en ella, de la vivencia fenomenológica en la misma, hemos obtenido lo que deseamos sirva en algo para mejorar la metodología de nuestra enseñanza-aprendizaje. La falta de documentación científica ha sido uno de los estímulos para realizar este trabajo, para que tengamos nuestras propias bases, resultado de nuestra propia investigación; probablemente sin teorizar mucho pero si conscientes de que yendo a la práctica es la mejor manera de obtener resultados basados en la realidad de nuestro medio.

Creemos que al presentar este trabajo, podemos colaborar en algo con las autoridades de nuestra facultad y con la crítica constructiva que se haga del mismo se mejo-

re lo que hoy unicamente representa el principio de un esfuerzo académico pedagógico que no debe quedar paralizado.

## ANTECEDENTES Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA:

En 1969, cuando la Facultad de Medicina inició su cambio curricular, producto éste del deseo de cambio en la Filosofía y función de la Facultad, se inició una serie de programas, en donde el objetivo primordial sería dar un servicio de salud al guatemalteco que no tiene acceso a la medicina privada y conocer sus necesidades reales de salud. Adaptando un Currículum a la Facultad que respondiera a las necesidades del guatemalteco, evitando una preparación tradicional y una medicina Flexneriana individualista, para dar paso a una preparación integral.

Se iniciaron programas a nivel rural y a nivel urbano en áreas marginales, en los cuales se pretendía estudiar al individuo, a la familia y a la colectividad en forma integral.

Después de arduas tareas de organización en el seno de la Facultad de Ciencias Médicas, en los años de 1968-1969 se logró la Adecuación Curricular, después de haber revisado los Currículos de varias facultades de Norteamérica y de América del Sur, además en dicha modificación participaron docentes de diferentes países de Latinoamérica como representantes de la OPS.

La Facultad logró iniciar sus programas rurales y comunitarios a varios niveles, desde poner en contacto a los estudiantes de los primeros años en las áreas marginales, hasta la práctica de EPS Rural y Hospitalario en los últimos años de la carrera, los que se iniciaron con

una pequeña cobertura, pero que, actualmente, cubren todos los municipios del país.

A nivel de Fase II se inició un Programa de Clínicas Familiares en el año de 1970, únicamente con dos clínicas y ha ido creciendo cada día más. Siendo estos programas no solamente de servicio sino la búsqueda constante a través de la investigación teórica y práctica de la causalidad de los problemas de salud del guatemalteco. "El Programa de Clínicas Familiares de Fase II es una actividad en la cual estudiantes y catedráticos participan en la docencia, investigación y servicio con una población determinada". El objetivo primordial de las Clínicas Familiares es: "Hacer participar en la objetivización y solución de la problemática de salud-enfermedad a estudiantes y profesores de la Facultad de Ciencias Médicas y a la colectividad del área de influencia de las clínicas familiares".

Parte del programa de las clínicas familiares es el Programa de Salud de la Colectividad de Fase II, que se inició en forma planificada en 1977, aunque ya antes se habían realizado actividades de medicina comunitaria en algunas clínicas familiares.

El Programa de Medicina de la Colectividad se ha definido como: "La acción conjunta de estudiantes, profesores y vecinos para el análisis de sus problemas y la búsqueda de sus soluciones adecuadas". Su propósito general

ha sido "Lograr la participación de la colectividad, profesores y estudiantes para que tomen conciencia de su realidad en la problemática de salud que les acontece y se comprometan a su transformación". Entre sus objetivos básicos - están el de concientizar a la población para - que pueda interpretar la realidad en que vive; para el estudiante que adquiera conciencia de - la problemática de salud del guatemalteco, así como, la adquisición de conocimientos básicos - de medicina preventiva y colectiva, como individual y curativa. Además para el logro de los objetivos se han realizado varios subprogramas:

- a) Sub-programa de educación para la salud.
- b) Sub-programa de formación de personal en la colectividad para actividades en salud.

Estos sub-programas tienen sus Unidades como: Materno Infantil, Saneamiento Ambiental y Primeros Auxilios.

## REVISIÓN DE LITERATURA:

### MEDICINA DE LA COLECTIVIDAD:

"La mitad del Siglo XX marca el inicio de un proceso de reaparición de planteamientos sociales en la medicina de los países capitalistas".

El Programa de Medicina de la Colectividad de Fase II es un Programa Docente, con extensión de servicio a poblaciones sobre las cuales la clínica tenga alguna influencia.

La comprensión teórica de hasta donde debe - llegarse con el Programa es compleja, ya que muchos creen que hay necesidad de tener un marco - teórico bien claro de lo que deben ser los programas de medicina colectiva para luego llegar a la práctica; también los hay quienes creen que la - práctica debe ser más necesaria para tener una visión más objetiva de lo que deben ser estos programas. Aunque me parece muy importante la última tendencia, ya que la mayoría de docentes que están en la práctica de estos programas la sostienen, también creo de innegable valía la documentación teórica en la concepción de estos programas.

¿Qué es lo que se pretende con estos programas?

¿Solucionar el problema de salud del país?



¿Qué el estudiante adquiriera conciencia de los problemas de salud?

¿Qué los grupos sociales que participan en el Programa de Educación en Salud adquirieran conciencia de su problemática?

Todas estas interrogantes se hacen a cada instante, y en las discusiones entre profesores no se tiene un consenso claro de lo que al final se debe perseguir con la realización de estos programas: o no será que se le está haciendo el juego al Gobierno y al sistema capitalista en su lucha por mantener las condiciones de represión política y social a través de metodología y programas disfrazados en un sistema de "Democracia Restringida".

Difíciles de contestar son las anteriores interrogantes sin antes recurrir a la historia, no muy antigua, de lo que ha sido aunque con otros nombres la medicina comunitaria efectuada por el Estado.

Las necesidades de salud de las poblaciones se han dejado sentir durante toda la historia de la humanidad, ¿quién la proporcionando atención médica en las distintas épocas? Esta ha sido dada por médico antiguo, brujo, sacerdote, médico biólogo, para que después fuese el Estado y las instituciones del Seguro Social, a través de hospitales y programas comunitarios. Pero siempre a cambio de "dar" salud han recibido un beneficio implícito.

La medicina colectiva se inició cuando los países capitalistas europeos abolieron el sistema feudal, ya que para la ejecución de la producción utilizaban grandes cantidades de trabajadores, o sea, gran cantidad de mano de obra, que tenían que conservar en buenas condiciones para preservar altos niveles de producción y ganancias.

De 1775 a 1860 la práctica médica estatal estaba regida por las necesidades de mano de obra en una jornada de trabajo, que desgastaba cada vez más a la "máquina humana". Como el mismo sistema capitalista genera sus propias contradicciones hubo un momento en que los trabajadores cada vez más organizados exigían mejores condiciones, no sólo de salud sino laborales. Con el tiempo el Estado también se dio cuenta que había que invertir más y conocer mejor la maquinaria humana, dando énfasis entonces a la medicina flexneriana, biólogo, individualista, dando paso así a la medicina hospitalaria.

Pero las masas crecieron tanto que la medicina hospitalaria fue insuficiente para cubrir en forma individual, además a los que el hospital cubría a veces no reportaban nada a quienes invertían en ella, crearon entonces las instituciones del Seguro Social, éste ha cubierto a la masa obrera, pero no todos son obreros sino que pertenecen al lumpen, para estos han quedado los programas comunitarios



que han hecho los gobiernos, tratando de darle algo a esta masa que no "desquitaría" lo que - consumiría con una medicina hospitalaria o del Seguro Social.

# HIPOTESIS:

- I. LOS PROGRAMAS DE MEDICINA DE LA COLECTIVIDAD DEBEN REALIZARSE EN AREAS DONDE SE SIENTA MAS LA NECESIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NO LUCRATIVOS.
- II. ACTUALMENTE LA INTEGRACION DE DOCENCIA, INVESTIGACION Y SERVICIO NO CUMPLE A CABALIDAD SU COMETIDO EN FASE II.
- III. A LOS PROGRAMAS DE MEDICINA DE LA COLECTIVIDAD DEBEN INTEGRARSE MAS ASPECTOS BIOLOGICOS DE LA CARRERA.

MATERIAL U OBJETO A INVESTIGAR:

- I. Programa de Medicina de la Colectividad que se desarrollan en Fase II.
- II. Estudiantes de Tercer Año que trabajaron en los Programas de Medicina de la Colectividad en las Clínicas Municipal No. 1 y del Trebol.
- III. Colectividad del Asentamiento Roosevelt (colectividad "B").
- IV. Colectividad aledaña a la clínica Municipal No. 1.

TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS:

El presente trabajo se realizó en distintas etapas que se describen a continuación:

- I. Realización de la encuesta inicial por parte de los estudiantes de Tercer Año de los grupos 8 y 39 en el mes de marzo, utilizando para la misma papeleta específica.
- II. Se llevó por parte de los estudiantes lo que se denomina seguimiento de pacientes durante todo el desarrollo del Programa.
- III. En el mes de junio se pasó a los estudiantes del Dispensario Municipal (3er. Año) una encuesta de opinión, la cual se adjunta..
- IV. Cuando terminó el Programa de Medicina de la Colectividad se pasó otra encuesta de opinión a 42 familias de las colectividades donde se había realizado el Programa.

### CUESTIONARIO PARA LA COLECTIVIDAD

1. Les parece bueno que los estudiantes de Medicina vengan a impartir las pláticas?
2. ¿Qué beneficios obtienen ustedes de estas charlas?
3. ¿Obtienen algunos beneficios de las clínicas a las cuales se envían los estudiantes?
4. ¿Qué necesitan o desean ustedes que les den en las clínicas los estudiantes?
5. Si fueran de campo que están en el Asentamiento la atención médica?
6. Si esta atención se les da, es buena o mala?
7. ¿Cuáles cree que son las causas de esta mala atención médica?
8. ¿Están de acuerdo con que los estudiantes continúen viniendo a la colectividad?
9. ¿Cree que en la Clínica Municipal se da mejor atención que en el Centro de Salud del Asentamiento?
10. ¿Le gustaría que los practicantes vinieran a atender sus problemas de salud en el asentamiento?

### CUESTIONARIO A ESTUDIANTES DE LA COLECTIVIDAD

1. Está de acuerdo con el Programa de la Colectividad?
2. Si no está de acuerdo, cuáles son las razones?
3. Si está de acuerdo, por qué?
4. Ha leído usted el programa de la colectividad?
5. Ha leído todos los documentos de medicina de la colectividad?
6. Cree usted que estos programas necesitan alguna mejora?
7. Si cree que necesitan mejora, cuál cree que debería ser?
8. Cree usted que este programa se puede desarrollar en cualquier colectividad?
9. ¿Qué características cree que deben tener estas colectividades?
10. Cree usted que la colectividad se beneficia con estos programas?
11. Si usted cree que las colectividades se benefician, cuáles cree que son esos beneficios?
12. Si cree que no se benefician, cuáles serían las causas?

13. Cree usted que el valor de puntos dentro de la globalización es poco o mucho en los programas de la colectividad?
14. Cree que este programa le absorbe mucho tiempo en relación con lo que aprende y porqué?
15. Qué le parece si en el programa de la colectividad se integra la Unidad de Investigación?
16. Cree que sería bueno además usar el tiempo y el material humano de la colectividad para desarrollar la Unidad de Metodología Clínica?

## RECURSOS:

### I. HUMANOS:

- a. Estudiantes del Tercer Año de la Facultad de Ciencias Médicas.
- b. Laboratorio de la Clínica Municipal No. 1
- c. Laboratorista del Laboratorio Multidisciplinario de la Facultad de Ciencias Médicas.
- d. Sr. Carlos Ríos, autor del presente trabajo de Tesis.
- e. Dr. Julio Castillo, Asesor del presente trabajo.
- f. Dr. José Barnoya, Revisor del presente trabajo.

### II. FISICOS:

- a. Tubos de microhematocrito
- b. Aulas de la Escuela primaria del Asentamiento Roosevelt
- c. Area física de la colectividad aledaña a la Clínica Municipal No. 1

- d. Area física del Asentamiento Roosevelt
- e. Laboratorio de la Clínica Municipal No. 1 y de la Facultad de Ciencias Médicas.

## RESULTADOS

ENCUESTA INICIAL ASENTAMIENTO ROOSEVELT1. GRUPO FAMILIAR: 505: 100%a. MASCULINO:

|                |     |        |
|----------------|-----|--------|
| Menos 1 año    | 31  | 6.13%  |
| 1 a 4 años     | 75  | 14.85% |
| 5 a 9 años     | 92  | 18.21% |
| 10 a 14 años   | 72  | 14.25% |
| 15 a 44 años   | 205 | 40.59% |
| Más de 45 años | 30  | 5.94%  |

b. FEMENINO: 512: 100%

|                |     |        |
|----------------|-----|--------|
| Menos 1 año    | 27  | 5.27%  |
| 1 a 4 años     | 67  | 13.08% |
| 5 a 9 años     | 87  | 16.99% |
| 10 a 14 años   | 69  | 13.47% |
| 15 a 44 años   | 210 | 41.01% |
| Más de 45 años | 52  | 10.15% |

5. VIVIENDA:198: 100%

1. Alquilada 198 100%

2. Propia 0 0%

a. CONDICIONES DE LA VIVIENDA200: 100%PISOS:

Tierra 198 99%

Cemento 2 1%

Otros 0 0%

Madera 0 0%

b. TECHO:198: 100%

Lámina 198 100%

Asbesto 0 0%

Teja 0 0%

Faja 0 0%

|    |                          |     |                  |
|----|--------------------------|-----|------------------|
| c. | <u>PAREDES:</u>          |     | <u>198: 100%</u> |
|    | Tabla                    | 198 | 100%             |
| d. | <u>No. DE AMBIENTES:</u> |     | <u>198: 100%</u> |
|    | 1                        | 198 | 100%             |
| e. | <u>AGUA:</u>             |     | <u>198: 100%</u> |
|    | En exterior público      | 198 | 100%             |
| f. | <u>BASURA</u>            |     | <u>198: 100%</u> |
|    | Servicio Municipal       | 198 | 100%             |
| g. | <u>EXCRETAS:</u>         |     | <u>198: 100%</u> |
|    | Servicio Colectivo       | 198 | 100%             |
| h. | <u>FAUNA:</u>            |     | <u>198: 100%</u> |
|    | Nativa                   | 22  | 27.5%            |
|    | Perros                   | 18  | 22.5%            |
|    | Gatos                    | 10  | 12.5%            |
|    | Aves de Corral           | 24  | 30%              |
|    | Otros                    | 6   | 7.5%             |

|    |                                                   |    |                 |
|----|---------------------------------------------------|----|-----------------|
| 6. | <u>MORBILIDAD DE ULTIMO MES POR GRUPO ETARIO:</u> |    | <u>30: 100%</u> |
|    | Menos 1 año                                       | 5  | 16.60%          |
|    | 1 a 4 años                                        | 6  | 20%             |
|    | 5 a 9 años                                        | 4  | 13.33%          |
|    | 10 a 14 años                                      | 0  | 0%              |
|    | 15 a 44 años                                      | 10 | 33.33%          |
|    | Más de 45 años                                    | 5  | 16.65%          |



LUGAR PRIMERO PARA ATENCION DE  
LA MORBILIDAD:

141: 100%

TRATAMIENTO:

|                  |    |        |
|------------------|----|--------|
| Casero           | 10 | 7.09%  |
| Farmacia         | 11 | 7.80%  |
| Empíricos        | 3  | 2.12%  |
| Clínica familiar | 40 | 28.36% |
| Médico Privado   | 13 | 9.21%  |
| Hospital         | 55 | 39%    |
| IGSS             | 9  | 6.38%  |

INMUNIZACIONES EN MENORES  
DE 5 AÑOS:

378: 100%

VACUNAS:

|           |     |        |
|-----------|-----|--------|
| BCC       | 90  | 23.80% |
| POLIO     | 104 | 27.51% |
| TRIPLE    | 93  | 24.60% |
| SARAMPION | 88  | 23.28% |
| OTROS     | 3   | 0.79%  |

INVESTIGACIONGRUPO No. 39 ALEDRÑO A CLINICA MUNICIPAL No. 1RESULTADOS:1a. COLECTIVIDAD:2. CONDICIONES DE VIVIENDA:a. PISOS:

107 Viviendas 100%

Tierra 28 26.16%

Madera 4 3.73%

Cemento 69 64.48%

Otros 10 9.34%

b. TECHOS:91: 100%

Lámina 71 78.02%

Asbesto 10 10.98%

Teja 1 1.09%

Otros 9 9.89%

c. PAREDES:101: 100%

Ladrillo 2 1.9%

Block 30 29.70%

Adobe 42 41.58%

Tabla 27 26.73%

d. No. DE AMBIENTES:156: 100%

Cocina 56 35.89%

1 Cuarto 46 29.48%

2 Cuartos 26 16.66%

3 Cuartos 12 7.69%

Más 3 Cuartos 16 10.25%

e. AGUA:100: 100%

Interior a domicilio 78 78%

Exterior a domicilio 22 22%

f. BASURA:101: 100%

|                    |    |       |
|--------------------|----|-------|
| Incinerada         | 2  | 1.96% |
| Basura pública     | 6  | 5.94% |
| Basurero municipal | 93 | 9.07% |

g. EXCRETAS:101: 100%

|                    |    |        |
|--------------------|----|--------|
| Letrina            | 11 | 10.89% |
| Servicio colectivo | 42 | 41.58% |
| Inodoro            | 48 | 47.52% |

h. FAUNA:147: 100%

|                |    |        |
|----------------|----|--------|
| Nociva         | 53 | 36.05% |
| Perros         | 41 | 27.89% |
| Gatos          | 10 | 6.80%  |
| Aves de corral | 41 | 27.89% |
| Otros          | 2  | 1.36%  |

2. MORBILIDAD EN EL ULTIMO MES  
POR GRUPO ETARIO:

48: 100%

|               |    |        |
|---------------|----|--------|
| Menos 1 año   | 5  | 10.41% |
| 1 a 4 años    | 16 | 33.33% |
| 5 a 9 años    | 5  | 10.41% |
| 10 a 14 años  | 6  | 12.5 % |
| 15 a 44 años  | 10 | 20.83% |
| 45 a más años | 6  | 12.5%  |

3. LUGAR PRIMERO PARA LA ATENCION DE LA MORBILIDAD

103: 100%

|                  |    |        |
|------------------|----|--------|
| Casero           | 3  | 2.9%   |
| Farmacia         | 10 | 9.7%   |
| Empíricos        | 1  | 0.97%  |
| Clínica Familiar | 22 | 21.35% |
| Médico Privado   | 30 | 29.12% |
| Hospital         | 26 | 25.24% |
| IGSS             | 11 | 10.67% |

32

4. VACUNAS:269: 100%

|           |    |        |
|-----------|----|--------|
| BCG       | 62 | 23.04% |
| POLIO     | 67 | 24.90% |
| TRIPLE    | 67 | 24.90% |
| SARAMPION | 67 | 24.90% |
| OTROS     | 6  | 2.23%  |

## GRUPO FAMILIAR:

1. MASCULINO180: 100%

|                |    |        |
|----------------|----|--------|
| Menos de 1 año | 8  | 4.44%  |
| 1 a 4 años     | 17 | 9.44%  |
| 5 a 9 años     | 24 | 13.33% |
| 10 a 14 años   | 23 | 12.77% |
| 15 a 44 años   | 90 | 50%    |
| Más de 44      | 18 | 10%    |

33

2. FEMENINO:296: 100%

|              |     |        |
|--------------|-----|--------|
| Menos 1 año  | 11  | 4.29%  |
| 1 a 4 años   | 40  | 15.62% |
| 5 a 9 años   | 33  | 12.89% |
| 10 a 14 años | 19  | 7.42%  |
| 15 a 44 años | 116 | 45.31% |
| Más 44 años  | 37  | 14.45% |

3. IDIOMA:103: 100%

|            |     |        |
|------------|-----|--------|
| Castellano | 101 | 98.05% |
| Dialecto   | 2   | 1.94%  |

4. ALFABETISMO:345: 100%

|             |     |        |
|-------------|-----|--------|
| Alfabetos   | 309 | 89.56% |
| Analfabetos | 36  | 10.43% |

RESULTADOS DE ENCUESTA A LA COLECTIVIDAD

|                 |                                                                                                                             |    |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| PREGUNTA No. 1: | De 42 familias el 100% contestó afirmativamente.                                                                            |    |
| PREGUNTA No. 2: | De los 42 jefes de familia contestaron haber adquirido conocimientos sobre enfermedades más comunes, 7 no contestaron nada. |    |
| PREGUNTA No. 3: | 39 encuestados que si recibían beneficios al ir a la clínica el resto no.                                                   |    |
| PREGUNTA No. 4: | Educación en salud:                                                                                                         | 20 |
|                 | Sobre medicina                                                                                                              | 20 |
|                 | No contestaron                                                                                                              | 2  |
| PREGUNTA No. 5: | SI                                                                                                                          | 11 |
|                 | POCO                                                                                                                        | 7  |
|                 | NADA                                                                                                                        | 24 |

36

|                 |                         |    |
|-----------------|-------------------------|----|
| PREGUNTA No. 6: | Mala                    | 28 |
|                 | Buena                   | 11 |
|                 | Ignoran                 | 3  |
| PREGUNTA No. 7: | Ignoran                 | 17 |
|                 | Falta equipo            | 2  |
|                 | No hay medicina         | 6  |
|                 | No entienden            | 2  |
|                 | Mal personal            | 5  |
|                 | El Dr. tiene la culpa   | 3  |
|                 | No examinan bien        | 1  |
|                 | Poco personal           | 4  |
|                 | Muchos pacientes        | 2  |
| PREGUNTA No. 8: | Afirmativamente         | 42 |
|                 | Negativamente           | 0  |
| PREGUNTA No. 9: | Mejor atención por USAC | 38 |
|                 | Igual                   | 2  |
|                 | Ignorado                | 1  |

37

|                  |                   |    |
|------------------|-------------------|----|
| PREGUNTA No. 10: | Clínica Municipal | 4  |
|                  | Ignoran           | 3  |
|                  | Asentamiento      | 35 |

ENCUESTA A LOS ESTUDIANTES

|                 |                                                      |    |
|-----------------|------------------------------------------------------|----|
| PREGUNTA No. 1: | Afirmativamente                                      | 9  |
|                 | Negativamente                                        | 15 |
| PREGUNTA No. 2: | No responde colectividad                             | 6  |
|                 | Carga académica                                      | 7  |
|                 | No se cumplen objetivos                              | 6  |
|                 | Deberían hacerlo en Fase I                           |    |
| PREGUNTA No. 3: | Pone en contacto a la colectividad con el estudiante | 7  |
| PREGUNTA No. 4: | SI                                                   | 25 |
|                 | NO                                                   | 0  |
| PREGUNTA No. 5: | SI                                                   | 21 |
|                 | NO                                                   | 3  |
| PREGUNTA No. 6: | SI                                                   | 21 |
|                 | NO                                                   | 3  |

|                  |                                                        |    |
|------------------|--------------------------------------------------------|----|
| PREGUNTA No. 7:  | Más tiempo                                             | 1  |
|                  | Disminuir el tiempo                                    | 5  |
|                  | Tome en cuenta más colectividad                        | 6  |
|                  | Ignorado                                               | 2  |
|                  | Mejor suspensión                                       | 7  |
| PREGUNTA No. 8:  | Seleccionar colectividad                               | 2  |
|                  | SI                                                     | 3  |
|                  | NO                                                     | 22 |
|                  | Areas que sean francamente necesitadas de ayuda médica | 19 |
|                  | Ignorado                                               | 2  |
| PREGUNTA No. 9:  | Colaboradora                                           | 3  |
|                  | Joven                                                  | 1  |
|                  | SI                                                     | 20 |
|                  | NO                                                     | 4  |
|                  |                                                        |    |
| PREGUNTA No. 10: |                                                        |    |

|                  |                   |    |
|------------------|-------------------|----|
| PREGUNTA No. 11: | Prevención        | 15 |
|                  | Conocimiento      | 5  |
| PREGUNTA No. 12: | Poca colaboración | 4  |
| PREGUNTA No. 13: | Poco              | 3  |
|                  | Mucho             | 10 |
|                  | Conforme          | 7  |
|                  | Ignorado          | 1  |
| PREGUNTA No. 14: | SI                | 21 |
|                  | NO                | 3  |
| PREGUNTA No. 15: | SI                | 18 |
|                  | NO                | 3  |
|                  | ?                 | 2  |
| PREGUNTA No. 16: | SI                | 23 |
|                  | NO                | 2  |

SEGUIMIENTO DE PACIENTES

|         | REFERIDOS* | %   | ASISTIDOS** | %   | SEGUIDOS*** | %   |
|---------|------------|-----|-------------|-----|-------------|-----|
| "A"     | 36         | 26  | 25          | 24  | 24          | 24  |
| "B"     | 164        | 74  | 80          | 76  | 78          | 76  |
| Totales | 220        | 100 | 105         | 100 | 102         | 100 |

\* Todos los pacientes que fueron enviados por el estudiante a la clínica.

\*\* Los pacientes a quienes se les dió atención en la clínica o en la colectividad.

\*\*\* Pacientes seguidos ya sea en la clínica o en la colectividad.



## DISCUSION DE RESULTADOS

### I. ENCUESTA INICIAL:

En la encuesta inicial se trabajó sobre dos grupos, se denominó colectividad "A" a la que consideramos inadecuada para hacer trabajos de medicina colectiva y colectividad "B" a la que consideramos buena para realizar programas de esa índole.

Como se puede apreciar en la encuesta la mayor cantidad de personas de las colectividades estudiadas son en un 40 a 50% entre las edades de 15 a 44 años, lo que nos indica que tanto la población femenina como masculina están en edades de fecundidad. Se presenta una alta incidencia de analfabetismo en colectividad "B" de más o menos 25%, mientras que en la colectividad "A" es de 10%; lo que nos demuestra diferencias que pueden incidir en la realización de los programas. En cuanto a los ingresos familiares en las colectividades, en la "B" el 51% tiene ingresos de 51 a 100, mientras que en la "A" el 39% es de 51 a 100 quetzalés; en colectividad "A" el 50% tiene ingresos de más de 100, mientras que sólo el 28% de los de colectividad "B" ganan más de 100. La vivienda en "A" alquila el 73% de las personas, en "B" alquila el 100% (es un asentamiento), en "A" el 23% son propietarios. Se puede concluir que hay francas diferencias

en la vivienda en las dos colectividades, ya que el 97% de los pisos de las casas en "B" son de tierra, sólo son de tierra el 26% de las viviendas en "A", además en "A" tienen piso de cemento.

Los materiales de construcción son de tabla en el 100% de las casas en "B", en A el 41% es de adobe y 29% de block. El hacinamiento es obvio en "B" ya que el 100% tiene sólo una habitación, en "A" el 23% tiene más de dos habitaciones. El agua, la basura y las excretas son servicios colectivos en la comunidad "B", lo que nos indica el alto índice de fecalismo y contaminación que existe en ella y, por lo mismo, alta tasa de morbilidad, mientras que en "A" el 78% tiene agua en el interior del domicilio y sólo el 22% en servicio público. La morbilidad absoluta es mayor en el grupo infantil, predominando más enfermedades diarreicas, respiratorias y dermatológicas.

En lo que respecta a la atención médica se encuentra en la siguiente forma en la colectividad "A": el 10% va al IGSS, el 29% va con el médico privado, el 21% va a la clínica familiar, el 25% al hospital y, más o menos del 3 al 9% va al farmacéutico y remedio casero. En colectividad "B", sólo el 6% va al IGSS, 9% médico privado, 28% a clínica familiar, 39% al hospital y 16% con empírico, farmacéutico o remedio casero.

De lo anterior podemos sacar conclusiones objetivas, de que hay diferencias bastante considerables entre las dos colectividades, que los resultados de los programas tendrían que ser mejor en una colectividad donde más se les necesita como en la colectividad "B".

### 17. ENCUESTA A ESTUDIANTES Y COLECTIVIDAD:

#### ESTUDIANTES:

De 24 estudiantes encuestados 15 no estaban de acuerdo con el programa, 9 estaban de acuerdo; algunos fundamentaron su rechazo en que la colectividad no cumplía con asistir a las charlas o no colaboraba, siendo esto más en grupo que trabajo en la colectividad "A", además otros lo rechazaron porque creen que no se cumple con los objetivos; los que contestaron aceptando el programa creen que los pone en contacto con la colectividad y que debe seguir el programa. El 100% de los encuestados dijeron que habían leído el Programa, sólo tres estudiantes no lo habían leído los documentos en su totalidad. De los 24 encuestados 23 respondieron que el Programa debe sufrir algunas modificaciones, además creen que el tiempo que el programa les ocupa debe reducirse y que se tome más en cuenta a la colectividad; dos estudiantes opinaron que hay que seleccionar mejor la colectividad. Veintidos estudiantes no están de acuerdo en que

los programas deben realizarse en la misma colectividad, sólo dos están de acuerdo en que debe hacerse en cualquier colectividad. Dieci-nueve contestaron que los programas deben realizarse en áreas donde no tengan los medios necesarios para acudir a la medicina privada o al IGSS.

En cuanto a los beneficios de la colectividad, veinte de los estudiantes contestaron que se benefician y cuatro que no; la mayoría cree que los beneficios son en la adquisición de conocimientos que van a mejorar la prevención de la enfermedad, y la mayoría contestó que si no se benefician es por la poca colaboración de las comunidades. El 50% contestó que actualmente como está el programa vale muchos puntos si lo comparamos con la cantidad de conocimientos que adquieren, sólo tres no lo creen así; dieciocho de los encuestados creen que debe integrarse al Programa de la Colectividad la Unidad de Metodología Clínica, además de la Unidad longitudinal de Investigación.

De lo anterior podemos diferir que los estudiantes rechazan en un alto porcentaje el programa como se encuentra actualmente y que ellos creen que debe sufrir una modificación.

De lo mismo podemos decir que la investigación, docencia y servicio no está bien integrado y que es necesario trabajar arduamente en el logro de una mejor integración.

### COLECTIVIDAD

El 100% de las familias encuestadas (un total de 42) están de acuerdo en que los estudiantes sigan impartiendo las pláticas, 35 de 42 jefes de familia creen haber adquirido algún tipo de conocimiento médico, 7 no contestaron nada; 39 familias contestaron haber recibido beneficio de la clínica cuando consultaron a ella. 40 familias creen que las pláticas deben continuar recibíéndolas y en ella deben impartir conocimiento sobre salud y enfermedad.

El Puesto de Salud del Asentamiento sólo da servicio a 11 de las familias encuestadas, poco a 7 y nada a 24. Las que reciben atención creen que es mala y que en ello influye: poco personal, mal personal, muchos pacientes, etc. El 100% está de acuerdo en que se continúe el programa. 38 familias prefieren que en la Clínica Municipal sean atendidos por la USAC, al resto le es indiferente.

### III. SEGUIMIENTO DE PACIENTES:

En este aspecto podemos decir que hubo diferentes formas de asistencia a los pacientes, ya que podemos dividirlos según el cuadro de seguimiento de pacientes en la siguiente manera:

- a. Todos los pacientes fueron enviados por el estudiante a la clínica, de los cuales los estudiantes que trabajaron en la colectividad "A" refirieron 38 que corresponde a un 76% del total, mientras que el grupo que trabajó en la colectividad "B" refirieron 164 que corresponde a un 74%.
- b. Pacientes que fueron atendidos ya sea en la clínica o en la colectividad, de un total de 105 pacientes asistidos 25, o sea 24% fueron de la colectividad "A", mientras que 80, o sea el 76% fueron de la colectividad "B".
- c. Pacientes seguidos ya sea en la clínica o en la colectividad, de un total de 102 pacientes 24, o sea el 25% pertenecieron a la colectividad "A"; mientras que 76 o sea el 75% correspondió a pacientes de la colectividad "B".

De lo anterior podemos concluir que la afluencia de todo tipo de paciente que más llegó fue de la colectividad "B", que es la que creemos que es más adecuada para realizar estos programas.

IV. El trabajo correspondiente al área de investigación biológica se está efectuando ya que va a evaluar la campaña de vacunación y para ello se necesita más tiempo.

1º = Realizar actividades que se repitan año con año

2º = Programa que alto contenido social para el traslado de estudiantes con poca conciencia de Gobierno

3º = Realizar actividades de los programas de campo

4º = Su ejecución no se

5º = Estudiar puntos que no han sido

## CONCLUSIONES

### I. CONCLUSIONES:

1. Los Programas de Medicina de la Colectividad deben realizarse en colectividades donde no haya servicios de salud privados.
2. La mayoría de estudiantes encuestados no están de acuerdo con la forma en que se desarrolla actualmente el Programa de Medicina de la Colectividad.
3. Los resultados del Programa de Medicina de la Colectividad son más beneficiosos en colectividades donde se siente más la necesidad de salud.
4. Los estudiantes son bien aceptados en colectividades donde necesitan servicios de salud no lucrativos.
5. Los Puestos de Salud en los asentamientos no cubren a toda la población que necesita atención médica.
6. Los programas de Medicina de la Colectividad no llenan a cabalidad los aspectos de investigación, docencia y servicio en Fase II.

RECOMENDACIONESII. RECOMENDACIONES:

1. Debe hacerse un estudio a fondo de los programas de Medicina de la Colectividad.
2. Los contenidos de los programas deben incrementarse en los aspectos clínicos y biológicos.
3. Debe integrarse al Programa de Medicina de la Colectividad las Unidades de Metodología Clínica e Investigación.
4. Deben integrarse al Programa de Medicina de la Colectividad las unidades transversales de Fase II.
5. Se debe trabajar con los mismos grupos de estudiantes en los Programas de Medicina de la Colectividad las Unidades Transversales, Metodología Clínica e Investigación.
6. Deben integrarse todos los programas de Medicina Comunitaria de la facultad de Ciencias Médicas con el objetivo de que exista una coordinación, planificación y evaluación adecuadas.

7. La Facultad de Ciencias Médicas debe promover la formación de personal natural en Salud para que este participe en la realización de los programas de Medicina de la Colectividad y Clínicas Familiares.

### RESUMEN

El presente trabajo es la realización de un Programa de Medicina de la Colectividad, a la vez que una crítica al mismo, incluye diferentes aspectos, desde una sinopsis histórica en el cambio curricular de nuestra Facultad, la presentación del resultado del Programa de la Colectividad realizado en el área de influencia de la Clínica Municipal No. 1, además referencia a lo que ha sido la medicina colectiva desde los inicios de la sociedad capitalista hasta nuestros días. También incluye un pequeño ensayo que ----- y una crítica de lo que, a nuestro juicio, deben ser estos programas. Menciona la realización de una investigación inmunoepidemiológica; lo que más nos interesa demostrar en este estudio es la factibilidad de realizarla en un Programa de Medicina Colectiva, que mero resultados.

En conclusión, pretendemos con el presente trabajo de Tesis la realización de un modelo didáctico-pedagógico y una crítica constructiva al Programa de Medicina de la Colectividad.

BIBLIOGRAFIA

1. Armijo, Rolando. Relaciones entre la Clínica y la Epidemiología. Documento mimeografiado. Fase II. 1977.
- ✓ 2. Informes del Programa de Medicina de la Colectividad de los Estudiantes de Tercer Año 1977. 1978.
3. Laurel, Asa Cristina. Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social. Mimeografiado. Fase II. 1978.
4. Manuel Gufa con los trabajos con la Comunidad. Educación para la vida familiar. Asociación colombiana para el estudio de la población, 1975.
5. Quinteros D. Zulema. Diseño de una investigación. Mimeografiado. Fase II 1978.
- ✓ 6. Programa de Medicina de la Colectividad, Fase II, Mimeografiado. 1978. Fac. Ciencias Médicas.
- ✓ 7. Waldheim C., Carlos A. Ubicación del personal natural en los programas de Salud en la Colectividad, Mimeografiado. Fase III. 1978.
8. \_\_\_\_\_ y Dr. José O. Cajas S. El Fenómeno Salud-Enfermedad en Guatemala. Mimeografiado. Fase III. 1978.

Br. Carlos A. Ríos A.  
CARLOS ALIBAL RÍOS ALVAREZ.

Julio Castillo  
Asesor

DR. JULIO CASTILLO.

Jose Barroja  
Revisor

DR. JOSE BARROJA

Julio de Leon Echez  
Director de Fase III

JULIO DE LEON ECHEZ.

Dr. Paul Castillo  
Secretario General

DR. PAUL CASTILLO.

Vo.Bo.

Rolando Castillo Montalvo  
Decano

DR. ROLANDO CASTILLO MONTALVO.