

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE EL PROGRAMA DE MEDICINA
DE LA COLECTIVIDAD EN FASE II

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos

Por

CESAR AUGUSTO TOBIAS AGUILAR

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Octubre de 1978.

PLAN DE TESIS

	Página
I. INTRODUCCION	1
II. OBJETIVOS	3
III. JUSTIFICACION	4
IV. REVISION DE LITERATURA	7
V. ALGUNAS EXPERIENCIAS DE PROGRAMAS DE MEDICINA COMUNITARIA Y/O DE LA COLECTIVIDAD	16
VI. PROGRAMA DE MEDICINA DE LA COLECTIVIDAD EN LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.	24
VII. PROGRAMA DE MEDICINA DE LA COLECTIVIDAD EN FASE II.	26
VIII. SUB-PROGRAMA DE FORMACION DE PERSONAL EN SALUD	49
IX. DISCUSION Y RESULTADOS	77
X. CONCLUSIONES	80
XI. RECOMENDACIONES	83
XII. BIBLIOGRAFIA.	89

INTRODUCCION

La evolución histórica se afronta a partir de algunos -- puntos caracterizantes, en el momento en que la Medicina nace como Ciencia y se erige, a pesar de su limitadísimo bagaje de nociones derivadas de ciencias colaterales (física, química), en modelo general del saber científico, fructuoso para la filosofía y válido incluso para otras ciencias del hombre; y en los momentos en que aumenta enormemente su caudal y se reduce acaso (al menos en proporción con el conjunto de los conocimientos etiopatogénicos, diagnósticos terapéuticos y profilácticos) su capacidad de comprender globalmente al hombre y de modificar favorablemente su relación con la naturaleza. (2)

Esta situación crítica puede provenir, incluso, del hecho que la enfermedad es considerada como un proceso puramente biológico. Las enfermedades en los marcos clínicos y más todavía en su difusión, en su transformación, en fenómenos de masa, y por tantom en su interferir con la vida social tiene su historia; cambian profundamente en cada recodo de la misma, son diversas según la época, las zonas del mundo, las clases sociales. Son uno de los espejos más fieles del modo como el hombre entra en relación con la naturaleza, de la que es una parte, a través del trabajo, la técnica, la cultura, o sea a través de relaciones sociales mutables y de adquisiciones científicas históricamente progresivas.

Ha sido precisamente el desarrollo histórico de la Medicina el determinante de los cambios o reestructuras que en la Facultad de Medicina se han logrado teniendo como producto de los mismos el enfoque preventivo y/o transformador de la medicina. Presentándose en este momento como una de las más significativas contradicciones en el qué hacer de la Facultad, el hecho de que su producto profesional y conocimiento no guarda una justa relación con las necesidades de la sociedad. Ante este fenómeno tan importante en considerarlo, se han analizado formas o programas que puedan resolverlo y lograr plasmar en la práctica de la misma, los objetivos fundamentales que le permitan su razón de ser. Partiendo de estos aspectos, una de las formas que se han logrado desarrollar ha sido la ejecución de los PROGRAMAS DE MEDICINA DE LA COLECTIVIDAD, orientandolos bajo el punto de

vista que puedan permitir la solución de la contradicción más significativa en dicha Facultad.

El objetivo principal de la presente TESIS, es hacer un análisis del Programa de Medicina de la Colectividad en la Facultad, su desarrollo histórico, así como los planteamientos actuales que del mismo se tienen. Se hará una breve revisión sobre experiencias de Programas como el presente en otros países, como también la descripción de las diferentes concepciones filosóficas y políticas.

El Programa de Medicina de la Colectividad, es el tema principal sobre el que se trata actualmente en la fase II de la Facultad, se profundizará sobre los objetivos planteados, las actividades que se realizan, el estudio de los recursos con los que es factible su culminación, dándole además, la preponderancia debida al factor Colectividad, ya que como es lógico, no puede obviarse, por ser éste, el campo sobre el cual se trabaja, de tal manera, que se priorizan las características socio-económicas de los sectores en los cuales se aplican dichos programas, para concluir finalmente con los logros alcanzados hasta la fecha y las perspectivas del mismo.

GENERALES:

- 1.- Análisis del Programa de Medicina de la Colectividad en la fase II de la facultad de ciencias - Médicas.
- 2.- Conocer la filosofía y políticas de programas de medicina de la colectividad y/o comunitaria a nivel general.
- 3.- Conocer el desarrollo histórico del programa de Medicina de la Colectividad en fase II
- 4.- Conocer la situación actual del programa.

ESPECIFICOS:

- 1.- Conocer las distintas actividades que con la colectividad realiza la Facultad de Medicina.
- 2.- Conocer las distintas actividades que realiza actualmente el programa de Medicina de la Colectividad en Fase II.
- 3.- Conocer las características socio-económicas de las distintas colectividades en donde dicho programa se realiza.
- 4.- Conocer los recursos reales con los que cuenta el programa para su ejecución.
- 5.- Establecer la relación entre teoría y práctica que dentro del proceso de aprendizaje logra el estudiante al realizar dicho programa.
- 6.- Conocer los objetivos generales y específicos actualmente del programa., para la colectividad y el estudiante.
- 7.- Conocer la incidencia y prevalencia de enfermedad respiratoria en la población donde el programa se realiza, a través, del análisis del proceso de investigación que cubre el programa.

JUSTIFICACIONES

A partir de 1,969, como consecuencia del desarrollo histórico de la Medicina y las contradicciones que el mismo implica, la Facultad de Ciencias Médicas entra en proceso de reestructuración académica en donde uno de sus objetivos principales se centra en el servicio que la colectividad obtiene a través de la preparación de los futuros médicos del país. Y es así, como se inicia en forma sistemática y crítica el desarrollo de Programas de Medicina de la Colectividad en las áreas donde dichos servicios -- son proporcionados. Sin embargo, es importante señalar -- que estos programas, como parte fundamental en el desarrollo de la práctica médica, son llevados a cabo mediante -- toda la buena voluntad posible para lograr su cometido, a pesar de las limitaciones que existen, al no encontrarse análisis anteriores básicos confrontables, como podría -- mencionarse el origen ideológico, político y filosófico, objetivos y alcances, dificultades y contradicciones que han determinado su realización.

Por ello se dice que es un momento de gran trascendencia por el que atraviesa la Facultad de Medicina, ya que se esta efectuando una crítica bastante exhaustiva de estos programas, en cuanto a su efectividad y necesidad -- para la formación del futuro profesional y las exigencias de la población mas necesitada, lo considero un momento -- coyuntural para plantear lo que ha sido y es actualmente dicho programa en la Facultad.

DEFINICION DEL OBJETO A INVESTIGAR

El aspecto fundamental del presente estudio lo constituye el análisis del desarrollo histórico del Programa de "Medicina de la Colectividad" desarrollado en la Fase II de la Facultad de Medicina -USAC- precisando sobre la situación actual del mismo, partiendo de los principios de Servicio, Docencia e Investigación que el mismo involucra.

MATERIAL U OBJETO A INVESTIGAR

En el análisis del programa de Medicina de la Colectividad se tomaran los aspectos básicos siguientes:

- 1.- Las distintas colectividades en donde dicho programa se desarrolla, concretando sus características -- tanto económicas como sociales que las conforman.
- 2.- Los estudiantes de la facultad de Medicina que permiten el desarrollo de dicho programa, así como los profesores bajo quienes esta a su cargo la ejecución del programa.

TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Para el desarrollo del presente estudio, se realizó una revisión bibliográfica que permita enfocar las distintas concepciones ideológicas, filosóficas y políticas de los programas de medicina de la colectividad y/o comunitaria, así también se hizo una revisión de experiencias de estos programas a nivel general, posteriormente, se -- enfocaron las experiencias de estos programas en la facultad de medicina para finalizar con el desarrollo histórico propiamente del programa a nivel de fase II. Además se realizó un estudio retrospectivo de las características socio-económicas de las colectividades donde el programa se ha realizado a través de encuestas correspondientes desarrolladas a principios del presente año; se procedió también, a efectuar una descripción sobre el as

pecto de Investigación que cubre el programa por medio de un estudio de enfermedad respiratoria realizado en el presente año. Para lo cual se estructuraron fichas correspondientes:

- Ficha # I De Morbilidad General.
- Ficha # II Sintomático Respiratorio, Hoja de Registro.

El seguimiento de pacientes que llevan los estudiantes de 3er. año, se realizó por medio de hojas correspondientes a través de las cuales se logró el diagnóstico de salud de las distintas colectividades. (Ver anexos).

RECURSOS

HUMANOS:

- 1.- Habitantes en donde se realiza el programa de Medicina de la colectividad.
- 2.- Estudiantes de 3o. y 4o. año de Medicina.
- 3.- Docentes de la Fase II

NO HUMANOS:

- 1. Clínicas Familiares de Fase II facultad de Medicina.
- 2. Laboratorios de las clínicas.

REVISION DE LITERATURA

ALGUNAS CONCEPCIONES FILOSOFICAS Y POLITICAS DE PROGRAMAS DE "MEDICINA DE LA COLECTIVIDAD"

Al analizar algunas de las concepciones filosóficas y políticas de lo que significa la medicina de la colectividad y/o comunitaria, es necesario hacer consideraciones sobre los supuestos ideológicos que están tras este tipo de prácticas la colectividad, postulando que: los cambios para superar nuestro actual estado de salud no tienen que ser necesariamente un cambio de la estructura social global, sino modificaciones de la conducta individual (educación sanitaria, participación de la comunidad en salud), o instituciones de salud (planificación, trabajo en equipo, etc.) esto trae como consecuencia la adecuación máxima de la medicina a la sociedad a través de un mayor perfeccionamiento técnico de la atención médica. Así, los profesionales de la salud continúan comprometiendo su práctica profesional a la estructura social en que la desarrollan y por esta vía del desempeño meramente técnico, refuerzan su posición conservadora frente al orden social. A su vez la medicina en sus relaciones con la población persiste en su papel represivo al postular como válida esta postura para los sectores dominantes del sistema capitalista y al pretender integrar cada vez mas estos sectores en este sistema económico-social. No hay otro motivo tras los cambios que las organizaciones médicas buscan lograr en las comunidades urbanas o rurales. (1)

De lo anterior surge la necesidad de hacer clara diferencia entre los enfoques que consideran al campo de la salud como una totalidad independiente en la cual la sociedad "interviene" (enfoque histórico, de aquel que entiende salud como un grupo de fenómenos dotados de una cierta unidad que permite identificarlos como un campo específico, pero no aislado del contexto histórico en que tiene lugar y en los cuales este contexto (no interviene sino que es parte primordial de las determinaciones y el sentido que estos fenómenos asumen en un determinado momento). (1)

La utilización ideológica de la medicina ha llegado a crear en la actualidad la llamada medicina comunitaria tra

tando de buscar un cambio cualitativo que vendría ha ser la fórmula para resolver los problemas de salud existentes; se le opone a la medicina hospitalaria y a la practica privada. Se trata de convertirla en una Medicina - que dé prioridad a la prevención de la salud y a la intervención de la comunidad en sus problemas.

Los trabajos que se han realizado en los últimos años en América Latina para el desarrollo de la Comunidad, y específicamente las acciones de Salud Comunitaria han adolecido al parecer, de algunos equívocos que es necesario precisar. Por un lado, han partido de algunos supuestos con los que no es posible penetrar en las verdaderas necesidades de la población y comprenderlas, y por le otro, han utilizado modelos de identificación ajenos a la cosmovisión de la propia comunidad. (9)

En lo que respecta al primer equívoco la dominante ha sido el enfoque funcionalista que reconoce una homogeneidad ante lo económico, lo social y lo político que pasan a constituir variables interdependientes. La inexistencia de una jerarquía entre los componentes de este modelo posibilita que se intente desencadenar el proceso de desarrollo a partir de la educación, de la vivienda, del aumento de la productividad o de la salud. La medicina comunitaria se integra en esta concepción cuando trata de promover dinámicamente el sector salud.

El desarrollo de acciones comunitarias con este apoyo teórico se transforma entonces en aparato ideológico de control de las poblaciones movilizadas. Este control se establece no solo a través del encubrimiento de las contradicciones de clase mediante la aceptación de la existencia de intereses comunes, sino también por el contenido en torno al cual se procura la participación de la comunidad. De este modo, aún en comunidades compuestas por sectores populares, obreros o marginales, la movilización a nivel del consumo y no de la producción hace posible la enajenación de la conciencia de clase al inculcar una concepción orientada hacia el consumo de bienes o servicios. En estas acciones los individuos no se reconocen como pertenecientes a una misma clase sino como habitantes de una misma calle que hacen uso de los bienes de servicio de consumo, su discriminación consciente del por qué de su uso. (9)

El uso de principios metodológicos que reconocen aisladamente en su origen y manifestación los problemas específicos de la salud, llevan a los programas de medicina de la comunidad a ocultar las verdaderas causas del problema, el cual en última instancia es de naturaleza económica.

Otro punto de partida básico en la concepción del trabajo de la comunidad tiene que ver con el concepto de participación. Los programas tradicionales insisten en que uno de sus objetivos principales es de lograr la "participación" de la población. En esos casos, se parte del supuesto de que los grupos sociales a los que se dirige la acción son pasivos, indiferentes a sus propios problemas, o bien que están en actitud de esperar que ellos sean resueltos por algún agente externo. Esta concepción proclive a aceptación pasiva deberá ser sustituida por otra que comprenda que aquella supuesta pasividad de los grupos no es sino una aceptación acrítica de su problema. (9)

El problema expresado a propósito de la participación lleva a configurar el tema más trascendente de la organización de la comunidad. Debe entenderse que la organización de la comunidad es una condición y al mismo tiempo un objetivo de las tareas de este tipo, y por lo mismo, deben programarse formas de estimularlas, partiendo de los grupos organizados existentes y de los elementos de expresión que son propios.

Al hacer referencia específica al saber médico y a las formas de comportamiento que tienen que ver con la salud, debe adoptarse una política de "descentramiento", es decir, hay que reubicar el saber médico en una practica de alcance "transformador". Así, el saber médico sería un canal específico a través del cual la población podría cumplir una reflexión verdaderamente crítica de su propia situación.

Cuando programas de medicina comunitaria son realizados por facultades de medicina y en particular por los departamentos de medicina preventiva estos deben ser rescatados de su aislamiento, transformando su organización interior en función de las acciones comunitarias las cuales se cumplirán por medio de unidades experimentales específicas, definidas de acuerdo con problemas prevalentes y que contarán con equipos interprofesionales integrados. (9)

En la Universidad Metropolitana Xochimilco - México, bajo el punto de vista de que el ser humano está constituido constantemente en interacción con el medio donde se desarrolla y con los demás humanos, y siendo el resultado de estas interacciones se manifiesta en el proceso de salud-enfermedad, cambiando permanentemente en el tiempo y en el espacio. Las interacciones con resultados negativos al hombre individual o colectivamente consideradas, son elementos o componentes de enfermedad; mientras que aquellas con resultados positivos, constituyen elementos o componentes de salud. De hecho, todos los elementos que conforman el medio, incluyendo al hombre mismo, interactúan permanentemente en diferentes formas y magnitudes, fenómeno que explica el movimiento, el cambio constante. Por ello, el proceso de salud-enfermedad es cambio permanente y conocerlo implica conocer los factores (interacciones) que la generan. (5)

Ante esto, el propósito general del programa que se realiza en dicha universidad ha sido básicamente el que los alumnos se introduzcan por medio de una investigación científica, en el conocimiento de los factores que determinan en primera instancia el proceso de salud-enfermedad, tomando al hombre como unidad individual y también como conjunto de individuos organizados. Interesándose básicamente por conocer los mecanismos que determinan las manifestaciones concretas del proceso de salud-enfermedad, y que una vez conocidos y analizados éstos se lleven a cabo acciones que transformen las interacciones negativas que dan lugar a la enfermedad, dentro de una colectividad concretamente determinada.

La medicina comunitaria se ha concebido también como aquella actividad producida para y por la comunidad organizada que la gesta y la practica con plena conciencia de que la salud es dependiente de múltiples factores, a través de su propio desarrollo íntimamente enraizado con las actividades dadas por un equipo multidisciplinario que actúa dentro y fuera de un Hospital, pero especialmente en el núcleo familiar con acciones de salud de alto nivel científico, técnico y humano, que sirven a todos los individuos sin discriminación geográfica, en forma igualitaria, permanente, continua, oportuna y eficiente, considerando al hombre en su triple dimensión: física, psíquica

y social. Esta atención médica se desenvuelve en forma permanente e indivisible en los niveles de fomento, protección, curación y rehabilitación e investigación científica y creativa con un gran contenido educativo que conduzca a la comunidad a tomar conciencia de la necesidad de cambios sociales positivos en su desarrollo, para realizarse integralmente y conseguir así un justo nivel de bienestar. (12)

Así mismo, se ha considerado la Medicina de la Colectividad, partiendo del punto de vista de que la medicina es una ciencia social, y tomando a la población como el sujeto que ejecuta acciones, es esta precisamente la que tenga una amplia participación en estos programas a través de una organización adecuada y la contribución de sus representantes en la toma de decisiones y la ejecución de programas y actividades destinadas a promover y recuperar la salud, y prevenir la enfermedad en la colectividad, mediante la utilización de los recursos humanos, materiales, de equipo y presupuestarios disponibles. (11)

Jaime Breilh concibe a la medicina comunitaria como la única salida del capitalismo para el caso de los problemas de la salud popular, es la manera como se logra atender niveles mínimos de las demandas sociales y condiciones básicas para la productividad de ciertos sectores, sin alterar las relaciones de producción (formas de propiedad) ni disminuir significativamente la cantidad de dinero que entra a formar parte del capital o de los gastos que estimulan su crecimiento. Dándole el nombre a este tipo de acciones de Policía Médica, porque es precisamente a través del desarrollo de las mismas como se logra tener un control de la población de escasos recursos económicos (sectores populares) en cuanto a que las mismas promuevan movimientos que alteren la situación estructural de un país determinado. (10)

Así mismo Jairnilson Silva Paim, en su artículo "Medicina Comunitaria, introducción a un análisis crítico, dentro de una de sus consideraciones, cubre a la medicina comunitaria como la realización de medicina integral, mediante la aplicación de acciones preventivas o curativas en el medio ambiente con la participación activa de comunidades organizadas. De tal manera que solo dicha participación en una empresa que otorgue salud, en cuyo seno existe un espíritu de comunidad de trabajo, realizado mediante métodos democráticos y de autogestión, podría ser el fundamental de una medicina de este tipo. (15)

La congregación Maryknoll, Institución religiosa establecida en nuestro país, dedicada a la realización de actividades comunitarias en el municipio de Jacaltenango, Huehuetenango. En donde una de sus actividades es la formación de promotores de salud, definen tales acciones basadas en la concepción de la religión católica, a la cual pertenece dicha congregación, bajo el principio de la existencia de un solo Dios, creador de todo y constituido por tres divinidades en una sola, Dios Padre, Dios Hijo, Dios Espíritu Santo. Por tanto, todos los hombres como hijos de Dios son hermanos y comparten la responsabilidad de desarrollarse a sí mismos, a su prójimo y al mundo. Por otro lado creen que cada individuo tiene derecho a gozar del bienestar físico, social, mental y espiritual. (13)

En nuestro país, el ministerio de salud pública y A. S., a través de la División de Recursos Humanos, ejecuta algunos programas comunitarios como lo es el programa de promotores de Salud Rural, teniendo como base filosófica y política en cuanto su realización, el aumento de la cobertura de salud del área rural, así como también formar parte del Plan Nacional de Desarrollo. Dicha división considera a este programa como una actividad de orden prioritario debido a las necesidades que tiene el área rural de servicios de salud, ya que el promotor de salud, establece el enlace básico de los servicios mínimos (puestos de salud) con las comunidades pequeñas, y complementa las acciones preventivas y curativas de los servicios mayores, como son los Centros de Salud y Hospitales, llevan hasta los más apartados rincones de la patria los programas emanados de las divisiones normativas. (13)

El objetivo principal de estos programas es adiestrar un promotor rural de salud para cada una de las comunidades menor de 2,000 habitantes que integran el país. (13)

En Enero de 1,977, en la facultad de medicina -USAC- se desarrolló un seminario para plantear los aspectos más relevantes de programas de medicina de la colectividad, -

con el objeto de definir correctamente estos programas objetando y definiendo aspectos importantes a señalar:

1. ¿Se ha considerado que la práctica de la medicina y la situación Salud-Enfermedad serán siempre condicionadas por el modo de vida de la sociedad?
2. Al hablar de medicina de la colectividad ¿no estaremos pensando aún en todo aquello que se hace en el nivel primario de un sistema de atención médica, destinado a atender la enfermedad de la población rural y marginal de los centros urbanos, mediante la utilización de personal auxiliar, promotores de salud, comadronas empíricas y otros, supervisado periódicamente por personal más calificado?
3. Si lo anterior fuera verdad ¿que es entonces, desde el punto de vista de organización social, aquella población que sin ser burguesía o clase media, tienen la posibilidad de ser atendida en centros de salud hospitalares, clínicas del seguro social y de otras instituciones donde se cuenta con médicos, enfermeras, profesionales, medicamentos y equipo médico satisfactorio?

Si se entendiera como medicina de la colectividad aquel sistema de atención de la salud diseñado para otorgar eficiente atención a todos y cada uno de los integrantes de la sociedad, mediante una adecuada organización de los servicios y racional distribución de los recursos, todo dentro de un marco político en que la salud esté considerada como parte de los bienes sociales que merece equitativamente todo miembro del conglomerado social, se plantea inmediatamente que todos los interrogantes planteados anteriormente sobre la forma en que se otorga la salud a la colectividad, son producto de sistemas sociales en que no existe adecuada distribución del producto de la práctica social. En estos sistemas los grupos mayoritarios (los que reciben menos beneficio del sistema político-social) son atendidos en forma deficiente e insuficiente, mas que con acciones curativas, tendientes a mantener a sus miembros en capacidad de trabajar para satisfacer las necesidades de mano de obra de que

nes poseen los medios de producción.

Las anteriores objeciones no son más que un elemento que permite enfocar bajo un punto de vista ideológico y político las perspectivas que tienen los programas de medicina de la colectividad.

Por otro lado, el Dr. Castro Asturias, ha propuesto como una de las formas de resolver la contradicción básica de la Universidad producto: profesional y conocimiento falta de relación con las necesidades de la colectividad. Tres puntos básicos considerados de vital importancia en el contenido filosófico de las actividades con la colectividad como son:

1. Conocimiento científico de una realidad.
2. Toma de conciencia de los procesos psico-bio-sociales; que enfrenta la colectividad.
3. Devolución del conocimiento a la colectividad (desmonopolización del conocimiento..... científico.)

Entendiendo el primer punto como la necesidad de poseer un conocimiento científico de la realidad en que se existe, siendo ese conocimiento científico tendrá mejores alternativas para enfrentar los diferentes procesos a que está sometida una colectividad estos procesos pueden ser beneficios o nocivos.

En Segundo lugar la necesidad de que las propias colectividades puedan detectar los procesos a que están sometidos y de esta manera inicien la búsqueda de alternativas de solución de su problema.

El tercer punto referente a que el conocimiento nacido de una realidad y con una colectividad que es capaz de objetivizar sus procesos posea el conocimiento para la búsqueda de alternativas de solución y que se utilice este mismo conocimiento como factor de dominación y explotación hacia la colectividad.

Actualmente el programa de Medicina de la Facultad realizado de la fase II define esta actividad como "la acción conjunta de estudiantes, profesores y vecinos en el análisis continuo de sus problemas y la búsqueda de sus soluciones adecuadas. (7)

ALGUNAS EXPERIENCIAS DE PROGRAMAS DE MEDICINA COMUNITARIA Y/O DE LA COLECTIVIDAD A NIVEL GENERAL

A partir de 1,973, en Costa Rica, en el Municipio de San Ramón, por medio del Hospital "Dr. Carlos Valverde" - se inició por primera vez un programa de medicina Comunitaria llamado "Hospital Sin Paredes" bajo el principio de lo que es Medicina Integral, teniendo como objetivo fundamental cubrir el 100% de la población en lo que a servicios de salud corresponde así como contribuir al cambio de mentalidad de los profesionales en la medicina para -- que se comprenda que la medicina, más que mercancía, es un valor social. Dicho programa permite además a los estudiantes de medicina el desarrollo del conocimiento científico a través de la relación directa entre la teoría y la practica de las ciencias médicas. (12)

Es un programa que abarca una zona de 4 cantones, -- con 13,000 viviendas, 38 puestos de salud, 4 centros de -- salud, 4 dispensarios y el Hospital de San Ramón.

Dicho programa comprende el desarrollo de pequeños -- programas y subprogramas correspondientes en la forma siguiente:

- 1.- Programa de Materno-Infantil y Bienestar Familiar.
Sub-Programa: Planificación y Bienestar Familiar.
- 2.- Programa: Atención Médica y Referencia de Pacientes:
Sub-Programa: Odontológico
Sub-Programa: Salud Mental
- 3.- Programa de Epidemiología:
Sub-Programa: Control de enfermedades previsibles -- por vacunación.
Sub-Programa: Control de Tuberculosis
Sub-Programa: Control de Enteroparasitosis
Sub-Programa: Control de Zoonosis
Sub-Programa: Investigación Epidemiológica
- 4.- Programa de Saneamiento Ambiental
- 5.- Programa de Educación para la Salud.

- 6.- Programa de Organización y desarrollo comunal
- 7.- Programa de Nutrición
8. Capacitación de Personal.

Con el desarrollo de este programa, se considera que -- los logros alcanzados han sido bastante satisfactorios, en primer lugar por no haberse concentrado específicamente al aspecto de morbi-mortalidad sino primordialmente al desarrollo de una mayor conciencia crítica del origen de sus pro-- blemáticas y una decisión creciente de superarla a corto -- plazo. Se considera que la participación activa de las comunidades ha sido el logro obtenido más importante. Porque crean su propio personal en salud.

A finales de 1,976, en la evaluación que se realizó -- sobre dicho programa, las actividades logradas fueron: La realización de Asociaciones o Comités de Salud en todas -- las localidades que cubre el programa. Construcción de -- puestos de Salud y formación de Responsables de Salud (personas que sirven de nexo entre el programa y la comunidad, detectar niños recién nacidos no vacunados, desnutridos o parasitados, colaborar con la auxiliar de enfermería en tareas específicas en el puesto de salud) (entrega de leche, papelería), visitas domiciliarias, promoción de reuniones, difusión educativa,).

INDICES ALCANZADOS: La tasa de natalidad descendió al 24.9 por mil.
Mortalidad Infantil de 63.3 por mil se redujo al 29 por -- mil.
Mortalidad de 1-4 años de 6.3 por mil, descendió a 2.3 por mil.
Desnutrición grado III casi se resolvió.
Letrinización, alcanzó una cobertura del 98%
Vacunación: DPT, ANTIPOLIO, SARAMPION: Se cubrió en un -- 90%
Mortalidad General, se redujo del 4.8 al 4.7 por mil.

En la Universidad Autónoma de Xochimilco-México, se llevan a cabo ciertos programas que no abarcan específicamente el concepto de Medicina de la Colectividad, sin embargo son realizados en colectividades de ese distrito teniendo como propósito general de docencia, investigación y servicio, el hecho de que los alumnos se introduzcan por medio de una investigación científica, en el conocimiento de los factores que determinan en primera instancia el proceso de salud-enfermedad, tomando al hombre como unidad individual y también como conjunto de individuos organizados. (5)

Interesándose basicamente por conocer los mecanismos que determinan las manifestaciones concretas del proceso de salud-enfermedad, y que una vez conocidos y analizados éstos, se lleven a cabo acciones que transformen las interacciones negativas que dan lugar a la enfermedad.

Los programas se realizan basicamente con el grupo etario infantil y preescolar, por considerarlo un grupo bastante numeroso y expuesto a un alto riesgo, y en segundo lugar, porque es un grupo de poco desplazamiento, lo que facilita su estudio y transformación de los mecanismos de interacción con mayor eficacia.

Dichos programas tienen una duración de 56 días hábiles que corresponden a 448 horas distribuidas en los siguientes rubros:

- A. Revisión de conceptos.
- B. Trabajo de campo
- C. Revisión Bibliográfica
- D. Apoyos
- E. Evaluación.

El programa esta desarrollado por diferentes Unidades con sus correspondientes Sub-unidades:

UNIDAD I: El hombre y su ambiente estudiado a nivel po-

blacional.

- SUB-UNIDADES:
- A) Análisis de las características demográficas y socio-económicas de la población y sus indicadores de Salud-Enfermedad.
 - B) Análisis de los recursos de la población para responder al proceso de Salud-Enfermedad.
 - C) Determinación de las tendencias del proceso de salud- Enfermedad.

UNIDAD II: El hombre y su ambiente estudiado a nivel individual.

SUB-UNIDAD: Análisis de las características del individuo.

UNIDAD III: Unidad Integradora. El objetivo básico de esta unidad consiste en que el alumno elabore un plan de salud, que incluya los datos recogidos en la investigación sobre las condiciones de salud y los recursos para enfrentar los problemas de este campo en la comunidad estudiada.

Paralelo al desarrollo de las Unidades, los estudiantes realizan diferentes prácticas de laboratorio como parte complementaria del proceso del conocimiento a desarrollar.

EVALUACION: Esta se logra a través de ciertos parámetros:

- 1.- Capacidad de enjuiciamiento crítico de la relación -- hombre con su ambiente, tanto en general como en el campo específico de la morbi-mortalidad infantil.
- 2.- Conocimientos teóricos y habilidades para integrarlos a la practica.
- 3.- Destreza en la relación médico-paciente y en las practicas de laboratorio. (5)

En su inicio fue un programa que obtuvo un rechazo masivo de parte de los estudiantes, sin embargo a partir de 1976. Se ha logrado un mayor interés en el mismo y por lo tanto una mejor realización.

En el Municipio de Netzahualcoyotl -México-, en --- 1,973, se inició un Programa de Medicina Comunitaria, teniendo como base para su ejecución a la Población Marginal de dicho lugar el cual posee una de las más altas -- densidades poblacionales de México, la cual se caracteriza por ser una población migratoria; los estratos sociales corresponden al Lumpen Proletariado, Proletariado Industrial, Proletariado Agrícola y pequeña Burguesía. En su conjunto la población se ha caracterizado por un alto índice de morbilidad.

Se cuenta además, con un Hospital General Estatal, en donde se realizan diferentes Post-Grados: Medicina, Cirugía, Pediatría, Ginecoobstetricia, y Salud Pública y Centros de Salud distribuidos en todo el Distrito. El programa se realiza fundamentalmente en los Centros de Salud con participación de Residentes en Salud Pública y de otras especialidades.

Unos de los objetivos básicos de este programa ha sido la Formación de Personal en Salud así como Educación en Salud.

El Programa cuenta además con un Módulo Odontológico en donde se logra la Formación de Personal Auxiliar en Odontología.

Es importante señalar que fué un Programa que en su inicio fue rechazado en forma considerable tanto por médicos como por los habitantes, sin embargo con el desarrollo de las actividades, es un programa que actualmente ha logrado desarrollarse en forma satisfactoria. (3)

En San Juan ostuncalco, Quezaltenango, como parte de la obra presbiteriana pro-salud en conjunto con la fa

cultad de ciencias médicas y el MSPAS, se lleva a cabo un -- programa de Promotores de Salud en la clínica "MAM" de dicho municipio, como parte de la acción comunitaria ante los problemas de salud de la población.

El aspecto filosófico de dicha actividad se fundamenta en el sentido de "participar en la resolución de los problemas de salud de Guatemala, testificar el amor a Cristo a través de la atención de salud al prójimo. Dicha congregación sustenta que toda persona tiene derecho a la salud, es decir a que se le preste atención médica y de prevención, pero para esto es necesario que todos sepan que la salud se obtiene con esfuerzo personal y que para tenerla hay que ganarla".

Los objetivos son basicamente:

1. Preparar líderes de la Iglesia nacional presbiteriana en aspectos de salud, para que se constituyan en personal multiplicador de educación en salud y terapéutica dirigida.
2. Prestar servicios de salud y coordinar actividades -- con instituciones oficiales que desarrollan actividades de superación en las comunidades.

El Programa está dirigido por la doctora Annette Morales de Fortín a nivel central y como director de campo -- el doctor Jorge Hernández O. participando también dentro -- del mismo personal administrativo y personal consultor, el área que cubre el programa abarca municipios y aldeas en -- su mayoría del Depto. de Quezaltenango.

El financiamiento es aportado en el 100% por la obra presbiteriana.

Los recursos con los que cuenta para su realización: Humanos:

1. Personal administrativo de la obra presbiteriana.
2. Dos médicos.
3. Trabajadores sociales.
4. Un odontólogo.

El material: local para adiestramiento y practica su pervisada, Material escrito para la docencia, Instrumental y equipo de trabajo, Elementos audiovisuales.

Requisitos de Admisión en el programa:

Personal docente: Aunque no son estrictamente necesarios se prefiere que este personal posea experiencia docente y comunitaria.

Alumnos: Ser mayor de 22 años y menor de 40. Que sea originario de la Comunidad. Que sepa leer y escribir. Que hable el dialecto comunitario. Que sea seleccionado por su comunidad.

Contenido del Adiestramiento:

Se pretende con el adiestramiento de promotor que él desempeñe acciones de salud en el período prepatogénico y patogénico mediante el diagnóstico precoz, tratamiento inicial y referencias. El adiestramiento incluye las siguientes disciplinas:

1. Higiene
2. Nutrición
3. Conceptos de Salud y enfermedad
4. Enfermedades más comunes.
5. Atención de salud materno infantil
6. Vigilancia epidemiológica, inmunización, educación básica en salud y control de enfermedades transmisibles.
7. Primeros auxilios y accidentes
8. Saneamiento ambiental básico
9. Recolección de información estadística y de salud.

Duración y funcionamiento del Adiestramiento.

El adiestramiento tiene una duración de 1 año dividido en unidades que se dan durante 1 semana cada mes, para luego

las 3 semanas restantes el promotor poder aplicar en su comunidad lo aprendido. Los promotores no reciben ningún salario durante el adiestramiento, solamente vivienda, alimentación y dinero para el transporte. El personal docente está constituido por el médico director de campo y dos trabajadores sociales, ocasionalmente miembros del equipo de área de Quezaltenango. El 60% del adiestramiento es teórico y el 40% práctico. Utilizando dentro de la metodología docente las siguientes técnicas:

1. Clases magistrales, grupos de discusión, presentación de casos, tutoría y equipo audiovisual.
2. Dramatizaciones, sociogramas se utilizan ocasionalmente.

Supervisión durante el adiestramiento: a través de pruebas evaluativas escritas, con el fin de modificar equipos materiales, revisar metodología pedagógica y revisar contenidos docentes.

En el Servicio: Esta actividad es desarrollada por el director de campo y por un trabajador social y la finalidad de la misma es la de supervisar la atención de salud, atención de saneamiento ambiental, la manera como se llevan los registros de información, el uso y existencia de drogas y materiales y con fines docentes.

Servicio: Los promotores una vez terminado su adiestramiento reciben un carnet del MSPAS que los acredita como tales y se dedican a trabajar en sus comunidades de origen. Por estas actividades no perciben ningún salario, pero se ayudan por medio de las ventas de medicinas, extracciones dentales y limpieza oral. Generalmente la atención que prestan es a base de visitas domiciliarias o asistencia en la casa del promotor. Su horario de trabajo es variable y como casi el 90% de los promotores de Guatemala son campesinos, primero se dedican a sus labores del campo y posteriormente a su trabajo propio de promotor, el cual está condicionado a la demanda que tengan.

El programa tiene actualmente 17 promotores; 10 en adiestramiento.

De acuerdo a un estudio que hicieron los Drs. Julio de León y Ramiro Samayoa R. sobre estos programas se comprobó que todos pretenden, fundamentalmente, ampliar las coberturas en salud en el área rural, presentando características similares en cuanto a metodología y contenidos docentes para el adiestramiento. (13)

PROGRAMAS DE MEDICINA DE LA COLECTIVIDAD EN LA FACULTAD DE MEDICINA

La inquietud sobre programas de Medicina de la Colectividad en la Facultad de Ciencias Médicas, data de varios años en nuestra casa de estudios, pero empieza a concretarse con la creación del Departamento de Medicina Preventiva y Social, que aconteció en el año de 1,959, en la época del Decano Dr. Ernesto Alarcón Benítez, siendo su primer director el Dr. Manuel Antonio Girón Mena Catedrático Titular Principal de Ciencias de la Conducta de la Fac. CC.MM. -USAC-. Las primeras acciones hacia la colectividad se realizaron en 1,959 en la colonia "La Florida", en esa época pertenecía al Municipio de Mixco. El programa se conocía con el nombre de "Observación Familiar", y consistía en hacer llegar alumnos de 20 años, que entonces cursaban "Ecología y Antropología" para que tuvieran durante todo un año contacto con una familia. Esta familia era atendida desde el punto de vista médico por estudiantes de 7o. año de medicina (entonces la carrera era de 8 años) - quienes hacían esa práctica como parte del curso de Medicina Social. Esto trajo aparejado un convenio con la Municipalidad de Guatemala y con esa base se fundó el Centro Universitario y Municipal de la Colonia "La Florida", que desde entonces, a la fecha, viene siendo sede de programas de la colectividad más ampliados e innovados en nuestra facultad. (7)

Con la generación de un nuevo plan de estudios en 1,969, en el que se abolían los clásicos Departamentos y los cursos disciplinarios y se sustituyeron por áreas y Fases, se inicia una nueva etapa en los programas de la Medicina de la Colectividad en la Facultad, y desde luego se ha venido motivando a muchas de las facultades de la Universidad, y las inquietudes de atención a la colectividad se han venido cristalizando en programas especialmente llamados de Ejercicio Profesional Supervisado (EPS). Actividad que realizan los estudiantes de último año de cada carrera, como una obligación antes de optar el título correspondiente.

A nivel de la Fase I se han realizado algunos programas de Medicina de la colectividad teniendo como aspectos básicos los siguientes:

- 1.- La práctica debe servir para integrar las ciencias Biológicas, Ciencias Clínicas y Ciencias de la Conducta.
- 2.- Deben trabajar en ella profesores de las tres áreas o sean las de biológicas, clínicas y de la conducta.
- 3.- La actividad debe servir para integrar las actividades de docencia, servicio e investigación que se programen.
- 4.- Deberá hacerse una correlación práctica-teoría-práctica constante.
- 5.- Los contenidos programáticos y de consiguiente los insumos curriculares y los objetivos educacionales, deben derivarse de las necesidades de los programas de atención a la colectividad.

En base estos aspectos, las unidades integradoras de 2o. año han tenido una relación directa con las actividades en la colectividad para lograr un conocimiento más real de las ciencias médicas.

Los programas se han realizado básicamente en escuelas de educación primaria urbana y en algunas poblaciones de la capital como son: San Juan Sacatepéquez, San Pedro Sacatepéquez, San Raymundo.

La Fase III, pretende enseñar a los estudiantes correspondientes, el concepto de Medicina de la Colectividad a través de:

- 1.- Salud Materno-Infantil a nivel de 5o. año, mediante Unidades Integradoras en el desarrollo de la práctica hospitalaria.
- 2.- Medicina Integral a nivel de 5o. año, que se realiza en servicios de Salud del interior del país.
- 3.- Ejercicio Profesional Supervisado Rural, a nivel de 6o. año en puestos de Salud y servicios de algunas instituciones privadas.

PROGRAMA DE MEDICINA DE LA COLECTIVIDAD EN FASE II:

La actividad de clínicas familiares se inició a partir de 1,969 con una concepción teórica de trabajo en la colectividad que se iniciaba con la visita domiciliaria para de allí expandirse paulativamente dentro de la colectividad. La poca motivación de Catedráticos y Estudiantes y la demanda de atención de morbilidad convirtieron a estas clínicas en Consultas externas con poca proyección hacia la colectividad. Hay excepción naturalmente y por iniciativa e interés de algunos catedráticos y estudiantes se ha logrado algún trabajo aislado con la colectividad. (6)

En 1,973 el Dr. Ronaldo Luna A. a través de un "Proyecto de Medicina Familiar y de la Colectividad", trata de demostrar que el desarrollo evolutivo de la práctica clínica de Fase II tipificada en la clínica familiar es expresión de una deficiencia en el enfoque científico de la problemática que la facultad de Ciencias Médicas ha definido como su "que hacer": el estudio del individuo y colectividad enferma.

Dicho proyecto hace una crítica en el sentido de que el desarrollo de la experiencia en clínicas con el indivi

duo enfermo dentro de una clínica periférica tratando de hacer un enfoque científico y documentarlo en una ficha orientada por problemas; pretendiendo resolver problemas del individuo enfermo y complementarlo con un estudio de la familia a través de la visita domiciliaria, sin antes haber logrado un enfoque científico del problema de la colectividad enferma o por enfermarse.

En esa época el enfoque científico que se hacía del estudio del enfermo y el estudio de la colectividad se hacía en forma unilateral, lo que no permitía una práctica que -- brindara la realización de los objetivos propuestos. No -- obstante el análisis y la autocrítica que se hizo de las actividades durante ese período permitió diseñar una organización de trabajo que permitiera:

- 1.- Un trabajo más integrado de Ciencias Biológicas y Ciencias de la Conducta dentro de las Clínicas.
- 2.- Desarrollar una metodología de investigación y servicio a nivel de la colectividad en aspectos educativos, preventivos y curativos.
- 3.- Discutir con suficiente profundidad entre profesores, la factibilidad del proyecto.
- 4.- Predecir los beneficios resultados que a todo nivel el trabajo en la realidad concreta de la población guatemalteca se producirá como resultado de la acción de la Facultad de Ciencias Médicas sobre la formación de alumnos y la salud de la población.
- 5.- Movernos en el futuro de nuestra actividad dentro del complejo dinámico de teoría-práctica-teoría. (6)

Se propone en esa época la necesidad de crear una teoría médica que nazca de la realidad guatemalteca para poder resolver nuestros problemas con mejor sustanciamiento científico, además de efectuar un estudio global de la población donde la facultad presta sus servicios; enfocando

las características sociales, económicas y políticas de la misma, a fin de lograr los elementos que pudieran plasmar en la práctica los objetivos básicos.

Es en base a los aspectos anteriores como se programa una dinámica de trabajo organizado en la siguiente forma:

En una clínica familiar un día dado, la mitad de los estudiantes trabajaría estudiando a sus pacientes, dentro de la clínica, el cual comprendería: clínica prenatal, cirugía menor, y conducción psiquiátrica, teniendo supervisión además del profesor fijo, de obstetra y ginecologo, cirujano y psiquiatra. El trabajo se realizaba con citas y programación especial para prenatal niño sano y consultas especializadas.

La otra mitad trabajaría en la colectividad, al día siguiente, el cual se realizaba asignando a cada estudiante una manzana a la que se le llamaría su AREA DE TRABAJO INDIVIDUAL. En esta manzana el estudiante investigaría toda la problemática relacionada con salud en una forma ordenada, dirigida y correlacionada con las unidades integradas.

El estudiante detectaría los líderes naturales y organizaría en cada manzana un club de salud formado por los jefes de cada grupo familiar. Este grupo se consideraba como el instrumento para educar a la población en cuestión de salud y para que así actúe en su beneficio.

Durante el estudio de la población se trataría de no disgregar la investigación de cualquier tipo, con el problema de enfermedad. Es decir al trabajar su manzana, el estudiante no solo llevaría lápiz y papel, sino sus instrumentos clínicos por si se presentara un enfermo que haya que ver. Si fuera necesario le proporcionaría cita para el día siguiente en la clínica.

Se denominaría AREA DE COMUNICACION, a la unión de 4 a 8 manzanas. Los estudiantes de estas manzanas organizarían otro tipo de grupos (clubs). Sabiendo cuantas emba-

razadas hay en cada manzana, la reunión de ellas formará un club de embarazadas, este club sería la fuente de la Clínica Prenatal, orientaba a las futuras madres y educaba para la buena producción del parto y cuidado del niño.

Un club de madres ayudaría al trabajo del control del niño sano y así esta área de comunicación formaba el grupo dinámico que se educaría en salud.

A los estudiantes se les circunscribía como catalizadores en la organización de estos clubes de la comunicación para que cada sector de la colectividad se organice y tome sus decisiones con la ayuda técnica del personal de salud que la educará y será educado durante el trabajo médico.

La unión de las manzanas de todos los estudiantes, ellos y los representantes de esa comunidad forman un área y grupo que determinará una política de salud esa población.

Progresivamente la investigación de los problemas de salud de la población y de todos los factores que influyen y contribuyen a su deterioro o superación, se pretendían realizarlos sucesivamente. Este conocimiento de los problemas de salud se iría creciendo en forma potencializada a medida que crezca nuestra habilidad para aprender a estudiar la problemática de salud y en tanto la población aprenda cada vez más a cuidar de ella.

Los estudios individuales de cada manzana y los de grupo serían presentados, analizados y criticados conjuntamente con los profesores de la facultad en reuniones en la sala clínica familiar, en forma programada.

SUPERVISION. El trabajo directamente en la clínica sería supervisado directamente por profesores de ciencias biológicas, de ciencias de la conducta y de ciencias clínicas. El trabajo en la comunidad sería supervisado directamente y por los informes, datos y análisis y criticados conjuntamente realizados por los estudiantes.

EVALUACION: La evaluación del programa medirá la efectividad de la atención médica individual en la clínica, la amplitud de su cobertura y la satisfacción de la población servida. Medirá la efectividad de la atención médica de la colectividad por la calidad de la investigación realizada, su validéz, la cantidad de factores analizados y los nuevos tipos de análisis que se presenten.

En el desarrollo de dicho proyecto, se pretendía lograr una aproximación monográfica de salud de una población documentada los siguientes rubros:

1. IDENTIFICACION Y CARACTERISTICAS GEOGRAFICAS:

- 1.1 Localización
- 1.2 Aspectos históricos
- 1.3 Aspectos político administrativos
- 1.4 Aspectos Judiciales
- 1.5 Límites
- 1.6 Accidentes geográficos
- 1.7 Clima

2. AMBIENTE Y COMODIDADES GENERALES Y URBANIZACION:

- 2.1 Abastos de agua
- 2.2 Disposición de excretas
- 2.3 Disposición de basuras
- 2.4 Recolección de basura
- 2.5 Organización de la comunidad
- 2.6 Insectos
- 2.7 Control de alimentos.
- 2.8 Vías de acceso
- 2.9 Transportes para llegar
- 2.10 Areas de recreo
- 2.11 Servicios

3. DEMOGRAFIA

- 3.1 Distribución etaria y por sexo
- 3.2 Alfabetización
- 3.3 Nacimientos, migración, muertos

3.4 Tasa de mortalidad general, de mortalidad infantil, tasa de crecimiento de la población.

3.5 Procedencia

3.6 Miembros familiares - tasa de natalidad y tasa de fecundidad.

4. VIVIENDAS:

4.1 Agua

4.2 Drenajes

4.3 Construcción

4.4 Electricidad

4.5 Número de animales en viviendas

4.6 Usos

4.7 Excretas

4.8 Tanto por ciento y número de viviendas con insectos.

5. SALUD:

5.1 Necesidad sentida de atención médica

5.2 Atención de enfermedad

5.3 Morbilidad

5.4 Detención precoz de enfermedad

5.5 Exámenes en masa

5.6 Nivel de vida

5.7 Indicadores de Salud

5.8 Vacunación en menores de 7 años.

6. ECONOMIA:

6.1 Número de miembros que trabajan

6.2 Ocupación

6.3 Ingreso mensual, fuente de ingreso

7. PROBLEMAS SENTIDOS DE LA COMUNIDAD:

7.1 Agua potable

7.2 Alumbrado de calles

7.3 Drenajes

7.4 Título de propiedad

7.5 Centro de Salud

- 7.6 Transporte
- 7.7 Telégrafo
- 7.8 Teléfono
- 7.9 Mercado
- 7.10 Escuela
- 7.11 Centro de recreación
- 7.12 Centro religioso
- 7.13 Asfalto
- 7.14 Banquetas
- 7.15 Policía
- 7.16 Bomberos
- 7.17 Asuntos legales
- 7.18 Registro civil
- 7.19 Cementerio
- 7.20 Otros. (6)

Este proyecto no fué posible llevarlo a la practica de tal manera que las actividades con la colectividad eran escasas. En 1,976, 600 estudiantes pasaron por quince clínicas familiares de la Fase II. El trabajo realizado ese año en un 90% fué atención de morbilidad y en un 10% trabajo con la colectividad. (7)

Ante estos resultados, en enero de 1,977 se desarrolló un seminario precisamente sobre Medicina de la Colectividad realizado en la facultad de Medicina, con el propósito de orientar en mejor forma lo que corresponde a estos programas, logrando al final del mismo un programa más desarrollado y profundizado en cuanto a su definición como a sus objetivos que se plantean.

En ese año, la justificación que se hace para el desarrollo de programas de medicina de la colectividad se fundamenta en el sentido de considerar que las actividades de las clínicas familiares se han circunscrito en su mayoría al servicio de consulta externa, abandonando totalmente las actividades de docencia e investigación dentro de la colectividad; además de pretender como función primordial, la organización de la colectividad con la participación activa de estudiantes, profesores y miembros

de la misma. En el seminario los Drs. Julio Castillo, Mario Bolaños y Mildwar van Tuylen presentaron un proyecto de programa de M. de la C. el cual fué aceptado y revisado posteriormente durante el inicio del 1er. Semestre de 1977 por Fase II; dicho Programa fué el Siguiente:

PROPOSITOS:

a) General:

Lograr la participación de la colectividad, estudiantes y profesores, para que tomen conciencia de su realidad en la problemática de salud que les acontece y se comprometan en su transformación. (17)

OBJETIVOS MEDIATOS:

a) Para la colectividad:

1. Que obtenga los conocimientos de salud necesarios para que pueda interpretar su realidad.
2. Mejorar el nivel de salud de la colectividad.
3. Formar entre los miembros de la colectividad personal de salud que participe en los programas que se llevan a cabo en el área de influencia de las clínicas familiares.
4. Que cambie o modifique los elementos significativos para las transformaciones que la misma colectividad decida.

b) Para el estudiante:

1. Que adquiera las bases necesarias para que sea capaz de analizar e interpretar la colectividad en que trabaja; al aprender la metodología del estudio de la misma.

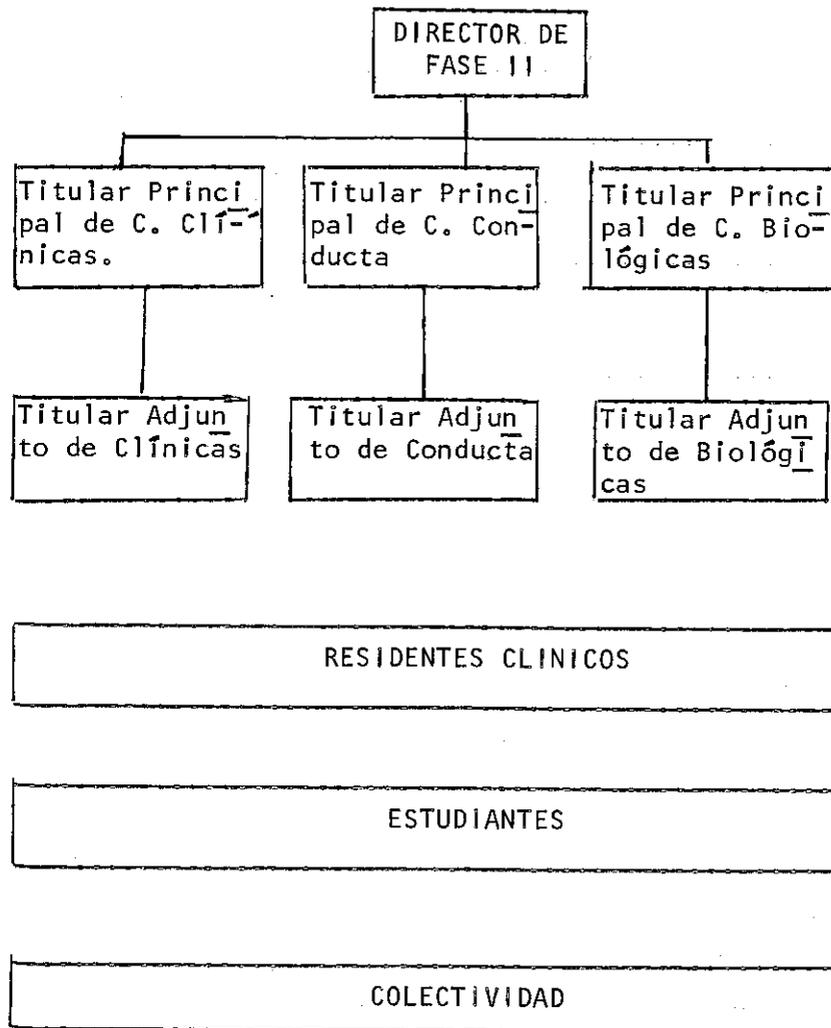
2. Que aprenda a trabajar en forma organizada con la colectividad.
3. Que refuerce sus conocimientos en materia de salud colectiva.
4. Que se concientice de la importancia de trabajar dentro de la colectividad para que en el ejercicio de la profesión dirija su acción hacia ella.

c) Para la Facultad:
Contribuir al cumplimiento de los objetivos programados por la Facultad de Medicina.

OBJETIVOS INMEDIATOS:

- Generales:
1. Obtener un acercamiento honesto con la colectividad.
 2. Tener una praxis en el seno de la colectividad que permita definir la metodología y los procedimientos subsiguientes del programa.

ORGANIGRAMA



RECURSOS:

Humanos:

- Catedráticos titulares principales de Fase II.
- 3 supervisores del programa (catedráticos titulares ad-juntos).
- Residentes en docencia médica.
- Estudiantes de 3o, y 4o. año de la carrera.
- Vecinos residentes en las áreas de influencia de cada - clínica familiar.

Físicos:

- Clínicas familiares de Fase II
- Calles y avenidas de las áreas de influencia de las clínicas familiares.
- Casas de los vecinos.
- Materiales de papelería proporcionados por la Facultad.

METODOLOGIA INICIAL:

Para tal efecto se deberá efectuar una nueva distribución de las rotaciones de los estudiantes de tercer año; en la cual se destinará para la practica denominada medicina de la colectividad un tiempo total de seis (6) meses. En ba-se a ello durante el tercer año de la carrera la practica clínica a realizarse comprenderá los siguientes programas:

- a) Medicina de la colectividad (6 meses)
- b) Clínicas periféricas (6 meses)

Y durante el cuarto año la practica clínica que el estudian-te realizará serán los programas de:

- a) Clínicas familiares (6 meses)
- b) Externado hospitalario de Medicina y Cirugía (6 meses)

o sea que del total de estudiantes que promueven este año a tercero un 50% participará en el programa de Medicina de la Colectividad y el otro 50% en el de Clínicas Periféricas du-rante el primer semestre de 1977, rotándose luego durante - el segundo semestre.

Además de los estudiantes de tercer año ya indicados, tam-bién participarán en este programa los estudiantes de cuar-to año que trabajarán en clínicas familiares.

En base a las estimaciones hechas sobre el número de estu-diantes que promoverá a tercer año, se calcula que el área de influencia de cada clínica familiar contará con un mázi-mo de 20 estudiantes de tercero y un número que oscila en-tre 10 y 20 estudiantes de cuarto año dependiendo estos úl-timos del espacio físico de cada clínica (ver cuadro No. 1)

CUADRO No. 1

NUMERO DE ESTUDIANTES DE TERCERO CON QUE CONTABA CADA CLINICA FAMILIAR

CLINICA	EN LA COLECTIVIDAD ESTUDIANTES DE TERCER AÑO
Don Bosco	20
La Florida	20
El Milagro	20
Municipal No. 1	20
Municipal No. 2	20
Municipal No. 3	20
Municipal No. 4	10
San Antonio	20
Santa Fe	20
Santa Marta	20
Tercer Mundo	20
El Trébol	20
TOTAL	230

Los estudiantes de tercer año que son asignados a cada clínica, a su vez serán divididos en dos grupos de 10 cada uno, para que asistan lunes y miércoles un grupo y martes y jueves el otro.

El programa estará dividido en subprogramas, cada uno con actividades específicas.

Se tomará el área de influencia de cada clínica familiar como el mejor lugar para la ejecución del programa. Los estudiantes serán distribuidos en base al listado de actividades que se enumerarán mas adelante para cada uno de los subprogramas.

Como componentes del programa de Medicina de la Colectividad se encuentran dos subprogramas de formación, información y organización de la colectividad.

1. Sub-Programas de Educación para la Salud, que estará a cargo en cuanto a su ejecución de los estudiantes de tercer año que serán supervisados y coordinados por los estudiantes de cuarto año; para lo cual deberá asignársele previamente a cada estudiante de tercer año, un tutor de cuarto, designación que estará a cargo del residente de la clínica.

Se ha calculado que cada estudiante de cuarto año deberá tener bajo su tutela un máximo de dos y un mínimo de un estudiante de tercer año.

El sub-programa de Educación para la Salud contará con las siguientes tres unidades fundamentales:

- a) Unidad de Saneamiento Ambiental.
- b) Unidad de Primeros Auxilios.
- c) Unidad de Materno-Infantil y con las actividades de control materno infantil, detección y seguimiento de casos clínicos.

Para el funcionamiento de este sub-programa, se distribuirán los estudiantes de tercer año en el área de influencia que se les ha asignado, de tal forma que cada estudiante sea encargado de una porción equitativa (en relación a otros compañeros) del área de la practica. Este estudiante se ocupará y será el responsable de desarrollar el sub-programa de Educación para la Salud que como ya se indicó consta de tres unidades.

Programa de formación de personal en la colectividad para actividades en salud: el cual estará a cargo de los estudiantes de cuarto año y supervisado por los médicos residentes de la clínica y médicos supervisores.

OBJETIVOS DEL SUBPROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD:

Para la colectividad:

1. Que adquiera la información y motivación suficientes para poder afrontar sus problemas de salud con mayor eficacia.
2. Lograr una relación colectividad-equipo de salud (estudiantes y profesores) para promover la realización de futuros programas de salud.
3. Lograr algún control del saneamiento ambiental en que vive la colectividad:

agua
excretas
basura
insectos y roedores
alimentos
vivienda
polución atmosférica.

4. Para el estudiante:

- 4.1 Que conozca en forma directa la problemática del área de influencia en que trabaja con énfasis en aspectos de salud y en aspectos socio-económicos.
- 4.2 Que esta practica le de los elementos suficientes para poder relacionar y comprender todos los factores que condicionan en un momento dado la enfermedad como fenómeno social.
- 4.3 Que adquiera conocimientos básicos sobre lo que es saneamiento ambiental y que logre compartirlos con la colectividad en que trabaja.

ETAPAS:

1. Observación y reconocimiento del área.
2. Acercamiento a la colectividad.
3. Tareas colectivas (desarrollo del sub-programa educación para la salud).

ACTIVIDADES:

1. Selección de la subárea para cada estudiante sin contacto directo con la colectividad, observando y reconociendo sus características.
2. Elaboración de un programa específico para el estudiante que defina las actividades que realizará durante el resto de su practica.
3. Promoción e información del programa de medicina de la colectividad a todos los vecinos de la calle, lo cual se hará por medio de visitas domiciliarias.
4. Cumplida la actividad de información a domicilios de la subárea se procederá de común acuerdo con ellos a elegir la casa de un vecino para sitio de reunión del grupo completo de vecinos. La casa elegida se denominará Centro de Orientación en Salud el que deberá permanecer fijo en lo posible durante el transcurso del

programa.

5. Con el objeto de tener en conocimiento general del universo con el que trabajaremos, se pasará una encuesta inicial a todos los vecinos de la calle que corresponda.
6. El estudiante después de haber obtenido la información respectiva en la encuesta pasada procederá a seleccionar el grupo materno-infantil al cual lo controlará -- por medio de fichas especiales durante todo el semestre.
7. Se procederá luego a la organización y mantenimiento del grupo de acuerdo con el temario del subprograma de educación para la salud.
8. El estudiante desarrollará sus actividades en forma -- conjunta con el grupo que establecerá, desde la etapa inicial hasta la final.
9. Los grupos vecinales que se establezcan funcionarán -- hasta que el estudiante finalice su practica de medicina de la colectividad, tiempo para el cual la programación específica del estudiante tiene que quedar concluida; quedando el grupo de vecinos funcionando independientemente pero siempre con contacto con el médico residente de la clínica.

En cuanto a la elección de las calles que constituirán centro de interés para el estudiante de tercer año estarán a cargo del médico residente de la clínica, quien tendrá el cuidado de elegir las calles estratégicamente situadas dentro de la subárea.

Los estudiantes de tercer año quienes desarrollarán este subprograma asistirán a sus actividades con la colectividad dos días a la semana (lunes y miércoles o martes y jueves según la rotación específica).

10. Con respecto al horario de practica será de 13 a 16 horas, tiempo durante el cual el estudiante está obligado a permanecer dentro de la colectividad, quedando en libertad la distribución de sus actividades dentro del horario indicado, de acuerdo a su programa específico.
11. El estudiante deberá presentarse con su compañero tutor de cuarto año para que le sea controlada su asistencia; estando obligado el estudiante de cuarto año a responder por cualquier anomalía fraudulenta que sea descubierta por el médico residente y/o por los médicos supervisores del programa.
12. Cualquier inasistencia a la colectividad por parte del estudiante de tercer año deberá ser plenamente justificada y de ser posible advertida con anticipación ante su compañero tutor de cuarto año y el médico residente de la clínica.
13. Se exigirá el 80% de asistencia al trabajo de la colectividad. El que no cumpla con este requisito tendrá pérdida la practica.
14. Se exigirá la puntual asistencia al trabajo con la comunidad según el horario establecido y asimismo la debida presentación del estudiante con uniforme o bata blanca.
15. El estudiante de tercero deberá informar al médico residente desde el inicio de su practica en la colectividad sobre: lugar, día y hora exactos en que se reunirá con su grupo de vecinos en la casa que se haya elegido como Centro de Orientación en Salud. (C.O.S.)
16. El estudiante de tercero deberá rendir un informe mensual de su actividad conforme una ficha especial (con copias), el que tendrá que ser entregado dentro

- de los primeros tres días hábiles de cada mes al médico residente o la clínica. Estos informes serán archivados para la evaluación posterior del estudiante. La copia la archivará el estudiante.
17. El estudiante de tercero deberá llevar un registro diario de actividades, al cual se le denominará libreta de campo y al mismo tiempo un cuaderno para el control de la asistencia de los vecinos a su cargo. Tanto la libreta de campo como el cuaderno de asistencia deberá presentarlos cuando sean requeridos por el médico residente o por los supervisores del programa.
 18. El estudiante deberá presentar al inicio del mes un plan de actividades mensual, al médico residente de la clínica.
 19. El estudiante deberá presentar un plan de clase al médico residente, antes de que inicie cada una de sus pláticas.
 20. Al terminar la práctica cada estudiante deberá presentar un informe final de sus actividades (con copia) de acuerdo a otra fecha especial.
 21. Las reuniones con el grupo de vecinos se llevarán a cabo en el centro de orientación en salud que haya elegido desde el principio, debiendo tener una periodicidad aprobada por el médico residente.
 22. Se llevará a cabo reuniones periódicas del personal que participa en el programa (supervisores, residentes y personal paramédico), Dichas reuniones serán en la sede de la clínica familiar y se aprovecharán para plantear problemas que hayan surgido y decidir sus posibles soluciones. La periodicidad de estas reuniones será aprobada por los médicos supervisores.
 23. El estudiante de tercer año junto con su tutor de cuarto, diseñarán las estrategias a desarrollar en la co-

lectividad, poniendo a discusión los elaborado en las reuniones del punto 21.

24. El médico residente tendrá a su cargo la coordinación de las actividades que se estén realizando en el área de influencia de la clínica a su cargo.

25. El interés principal en la ejecución del subprograma de educación para la salud lo tendrán las tres unidades de que este consta pero se hace ver la obligación del estudiante de incluir dentro de la información que proporcionará a los miembros de su grupo de vecinos los aspectos y bases epidemiológicas más importantes que se relacionen con las diferentes unidades de enseñanza integrada que este curse a lo largo del año lectivo.

26. Además de su labor de informar en salud a los vecinos de la subárea a su cargo, el estudiante de tercer año actuará como detector precoz de casos de maternidad y de morbilidad. Le dará prioridad al grupo materno infantil (detección precoz de embarazo, controles prenatales, parto, puerperios, control de crecimiento y desarrollo, alimentación, inmunizaciones y morbilidad, materno-infantil en general). Los casos detectados por él serán llevados a la clínica para que sean vistos junto con su compañero tutor de cuarto y decidir juntos con el residente la conducta indicada. Posteriormente este mismo estudiante de tercer año se encargará del seguimiento domiciliar del caso.

27. Con respecto a la unidad de Saneamiento Ambiental -- del subprograma Educación para la Salud, el estudiante de tercer año deberá realizar:

a) Promoción de la disposición de desechos sólidos y aprovechamiento de los utilizables.

b) Actividades educativas para que el público evite -- las emisiones contaminantes.

- Actividades educativas con relación a la contaminación de alimentos a nivel escolar especialmente.

- Actividades de eliminación de la fauna nociva, -- principalmente en lugares de almacenaje de alimentos (cocinas, mercados, despensas, etc.).

- Promoción con respecto a la forma de contaminación del agua y como evitarlo.

- Promover, en base a un enfoque en función de la -- salud colectiva, actividades coadyuvantes al desarrollo urbanístico.

- Informar a la colectividad sobre las condiciones mínimas con que debe contar una vivienda en cuanto a número de ambiente, ventilación, luz e instalaciones sanitarias y hacerles ver sus implicaciones en el riesgo de enfermar y morir.

- Demostrar a la colectividad que las condiciones -- sanitarias en las que desenvuelve están condicionadas por la estructura socioeconómica de nuestro país.

TEMARIO

En las distintas unidades se llevarán temarios específicos, los cuales se entregarán calendarizados al inicio de cada unidad.

Los temas son los siguientes:

1. Unidad de Saneamiento ambiental:

1.1 Introducción.

- 1.2 Cadena epidemiológica.
 - 1.2.1 Agente causal.
 - 1.2.1.1. Biológicos.
 - 1.2.1.2 Físicos.
 - 1.2.1.3 Químicos.
 - 1.2.2 Reservorio.
 - 1.2.2.1 Humanos.
 - 1.2.2.2 Animales.
 - 1.2.3 Vías de transmisión.
 - 1.2.3.1 Directa.
 - 1.2.3.2 Indirecta.
 - 1.2.4 Puerta de salida del agente.
 - 1.2.4.1 Respiratoria.
 - 1.2.4.2 Urinaria.
 - 1.2.4.3 Intestinal.
 - 1.2.4.4 Eliminación mecánica.
 - 1.2.4.5 Piel y mucosas.
Lesiones abiertas infectadas.

2. Unidad Primeros auxilios:

- a) Hemorragias
- b) Shock
- c) Mordeduras de serpiente
- d) Respiración artificial
- e) Fracturas, esguinces y luxaciones
- f) Insolación - agotamiento por calor
- g) Convulsiones
- h) Pequeñas heridas
- i) Mordedura de animales
- j) Lesiones oculares.

3. Unidad materno infantil:

Anatomía y fisiología de la reproducción:

- a) Anatomía y fisiología de los órganos genitales - del hombre.

- b) Anatomía y fisiología del aparato genital femenino.
- c) Psicofisiología de la relación amorosa.
- d) Fecundación e implantación.

Embarazo, parto y puerperio:

- a) Generalidades del embarazo normal.
- b) Complicaciones frecuentes del embarazo.
- c) Parto normal.
- d) Complicaciones del parto.
- e) Puerperio normal.
- f) Complicaciones del puerperio.

Cuidado del recién nacido:

- a) Cuidados e higiene general.
- b) Alimentación.

Crecimiento y desarrollo del niño hasta la edad escolar:

- a) Generalidades sobre su crecimiento y desarrollo.
- b) Alimentación.
- c) Enfermedades de la infancia (tos ferina, sarampión, poliomielitis, difteria, tétanos).

Inmunizaciones:

- a) Antitetánica.
- b) Antipertussis.
- c) Antidiftérica.
- d) Antisarampionosa.
- e) Antituberculosa.

Desnutrición:

- a) Marasmo, Kwashiorkor (síntomas y signos).
- b) Causas biológicas de la desnutrición.

- c) Causas socioeconómicas de la desnutrición.
- d) Desnutrición en Guatemala (datos estadísticos).

Síndrome diarreico:

- a) Causas más frecuentes de diarrea en Guatemala.
- b) Parasitismo intestinal.
- c) Complicaciones de la diarrea.
- d) Tratamiento de la diarrea en el individuo y en la colectividad.

En el desarrollo de cada uno de los temas el estudiante deberá utilizar la metodología de la Enseñanza Integrada. Utilizando sus conocimientos integrados de medicina, sociología, psicología, epidemiología, antropología social, etc. Tendrá que hacer énfasis en los factores condicionantes de las distintas enfermedades así como los daños que provocan al individuo, la familia y la colectividad.

Estas actividades y su correcto cumplimiento formarán parte de la evaluación del estudiante tomándose en cuenta los siguientes aspectos:

1. Programa de clase.
2. Preparación y presentación de los temas.
3. Presentación y uso adecuado del material didáctico.
4. Realización o desarrollo de la dinámica del grupo.

Estos aspectos serán evaluados durante la supervisión de campo que se verificará constantemente por los estudiantes tutores de cuarto año, el médico residente de la clínica y por los supervisores del programa.

SUB-PROGRAMA DE FORMACION DE PERSONAL EN SALUD

Generalidades:

Como ya se indicó anteriormente, este sub-programa estará a cargo de los estudiantes de cuarto año en cuanto a su ejecución; y como su nombre lo indica será el de formación de personal en salud en la colectividad del área de influencia de la clínica familiar.

Para el desarrollo de este sub-programa, los estudiantes de cuarto año deberán divulgar dentro de la colectividad el inicio del mismo y hacer una selección de las personas o vecinos miembros del área de influencia que deseen voluntariamente participar en él; exigiéndose como requisitos mínimos los siguientes:

1. Ser vecino del área de influencia que la clínica cubre.
2. Disponer de un mínimo de cuatro horas semanales para participar en las reuniones del sub-programa.
3. Saber leer y escribir.
4. Ser mayor de edad.

Las reuniones semanales se realizarán en la sede de la clínica familiar y estarán dirigidas por un estudiante de cuarto año, cargo que será rotativo para garantizar que todos los estudiantes de cuarto año que laboran en la clínica se hagan cargo rotativamente del sub-programa de formación de personal de salud; esta distribución de los estudiantes de cuarto año la hará el médico residente.

En cuanto al número máximo de personas que participarán en el adiestramiento será de 20 vecinos mínimo de 10 vecinos por cada área de influencia.

OBJETIVOS:

1. Captación del personal voluntario (dentro la colec

tividad) que participará en el curso de adiestramiento.

2. Proporcionar conocimientos en el campo de la salud - en general a la colectividad, dando prioridad a aquellos que redunden en pro del individuo y la familia - y consecuentemente en el área de prevención. Participación continua a mediano o largo plazo del personal adiestrado con el equipo de salud de la clínica familiar correspondiente, para desarrollo de actividades de salud.

RECURSOS:

1. Humanos:

- a) Los estudiantes de cuarto año que se encuentran efectuando su practica de clínica familiar.
- b) Los residentes de las clínicas familiares quienes actuarán como coordinadores directos del sub-programa de la clínica a su cargo.
- c) Los médicos supervisores del programa de educación para la salud.

2. Físicos: las sedes de las doce (12) clínicas familiares.

3. Materiales: los existentes en cada clínica familiar y en la Facultad de Medicina, sobre todo lo que se refiere a material didáctico.

METODOLOGIA:

Constará de los siguientes aspectos:

1. Promoción del curso.
2. Captación de personal voluntario.
3. Aglutinamiento del mismo en la clínica familiar.

4. Adiestramiento en las clínicas familiares del personal enunciado, de acuerdo al temario del sub-programa de formación de personal en salud.

ACTIVIDADES:

1. El médico residente de la clínica, junto con los estudiantes de cuarto año luego de haber captado e inscrito al grupo de vecinos que participará en el adiestramiento deberá:
 - a) Fijar día (s) y hora que se empleará para el curso de adiestramiento.
 - b) Calendarizar el temario del sub-programa de formación de personal en salud.
 - c) Asignarle a cada estudiante de cuarto año los temas que estará bajo su responsabilidad impartir al grupo de vecinos participantes e indicarles el día y hora programado. Quedando entonces el estudiante de cuarto año comprometido a cumplir con ello sin ninguna excusa ni pretexto; puesto de lo contrario se entorpecería el buen funcionamiento del sub-programa de formación.

La seriedad y responsabilidad que el estudiante demuestre en el desarrollo de esta actividad, formará parte importante para asignarle su nota de promoción.

2. El estudiante de cuarto año estará obligado a asistir a sus actividades en la clínica familiar de lunes a viernes de 8 a 16 horas.
3. En cuanto a la asistencia, puntualidad y presentación del estudiante se aplicarán las mismas normas descritas para los estudiantes de tercer año en el listado de actividades del sub-programa de educación para la salud.

4. El estudiante de cuarto año deberá cumplir a cabalidad con todas las actividades que el programa de clínicas familiares lo exige (para conocerlas deberá -- consultar dicho programa).
5. Además de las actividades indicadas anteriormente -- cumplirá también con la función de TUTOR de él o los estudiantes de tercer año que se le haya o hayan asignado.
6. El estudiante de cuarto estará además obligado a cumplir con los temas que tenga que impartir en el programa de adiestramiento de personal en salud.
7. En su calidad de tutor, el estudiante de cuarto año deberá supervisar personalmente el trabajo de campo que esté realizando su compañero de tercer año bajo su cargo; actividad para la cual destinará el tiempo necesario, tratando de organizarse en forma tal que pueda cumplir a cabalidad con todas sus obligaciones.
8. El estudiante de cuarto año mantendrá constantemente informado al médico residente de la clínica sobre -- las diferentes actividades que esté realizando.
9. Las reuniones quincenales de cada clínica serán aprovechadas también para plantear problemas y decidir -- soluciones de este sub-programa.

TEMARIO DEL SUB-PROGRAMA DE FORMACION DE PERSONAL DE SALUD

1. Ubicación y la importancia del personal natural en salud en la colectividad.
 - 1.1 Programas de clínicas familiares.
 - 1.2 Papel que desempeña el personal natural en el equipo de salud.

2. Concepto de salud y enfermedad.
3. Salud en la colectividad.
 - 3.1 Salud individual.
 - 3.2 Salud colectiva.
4. Concepto de agente, hiesped y ambiente.
5. Historia natural de la enfermedad.
 - 5.1 Prevención.
 - 5.2 Diagnóstico y tratamiento.
 - 5.3 Rehabilitación.
6. Saneamiento ambiental.
 - 6.1 Agua.
 - 6.2 Excretas.
 - 6.3 Basura.
 - 6.4 Control de plagas.
 - 6.5 Habitación.
 - 6.6 Alimentos.
7. Aparatos y sistemas.
 - 7.1 Anatomía y fisiología.
8. Enfermedades mas frecuentes (transmisibles y no transmisibles) prevención, diagnóstico y tratamiento.
 - 8.1 Fiebre tifoidea.
 - 8.2 Gastroenteritis
 - 8.3 Amibiasis y shigelosis
 - 8.4 Parasitosis (helmintiasis)
 - 8.5 Poliomielitis
 - 8.6 Hepatitis
 - 8.7 Sarampión
 - 8.8 Viruela

- 8.9 Difteria, tétanos, tos ferina.
- 8.10 Enfermedad respiratoria tuberculosa y no tuberculosa
- 8.11 Enfermedades de la piel.
 - 8.11.1 Sarcoptiosis
 - 8.11.2 Piodermitis
 - 8.11.3 Micosis cutánea
- 8.12 Enfermedades venéreas.
 - 8.12.1 Sífilis
 - 8.12.2 Gonorrea.
- 9. Inmunizaciones.
- 10. Higiene en general.
 - 10.1 Higiene personal
 - 10.2 Higiene infantil
 - 10.3 Higiene escolar
 - 10.4 Higiene mental
 - 10.5 Higiene sexual (educación sexual, embarazo, parto normal).
- 11. Nutrición.
- 12. Desnutrición.
- 13. Concepto y técnicas de primeros auxilios.
 - 13.1 Signos vitales (pulso, temperatura, respiración cada una con practicas)
 - 13.2 Bases sobre asepsia y antisepsia
 - 13.3 Hipodermia
 - 13.4 Heridas (tipos, medidas de emergencia)
 - 13.5 Quemaduras (tipos, medidas de emergencia)
 - 13.6 Fracturas
 - 13.7 Vendajas (indicaciones y contraindicaciones)
 - 13.8 Mordeduras de animales (manejo en centro de salud)

- 13.9 Intoxicaciones y envenenamientos mas frecuentes
- 13.10 Cuerpos extraños, incendios, ahogados, deshidratación, reacciones alérgicas.
- 13.11 Accidentes en la vía pública
- 13.12 Accidentes en el trabajo.

El programa dentro de sus actividades generales cubría:

1. Control Materno-Infantil

SUPERVISION:

Como se ha indicado anteriormente, el programa de Medicina de la Colectividad contará con tres supervisores que deberán ser catedráticos titulares adjuntos por oposición, --- tiempo completo, que pertenezcan a cada una de las áreas - de clínicas y conducta respectivamente.

El residente de la clínica familiar deberá de supervisar - constantemente y en forma organizada el trabajo de los estudiantes de tercero y cuarto año, debiendo reportar cualquier anomalía al catedrático supervisor del programa.

La supervisión del trabajo se llevará a cabo en la siguiente manera:

INDIRECTA:

1. Reuniones en las clínicas familiares.
2. Informes mensuales por escrito.
3. Libreta de campo y cuaderno de asistencia que el estudiante tiene que llevar a diario.
4. Plan de actividades mensuales.
5. Plan de clases diario.
6. Informe final de la practica.

DIRECTA:

1. En campo.
Supervisión que efectuarán los estudiantes de cuarto, el médico residente y los supervisores del programa. El cual lo realizaban los estudiantes a niños menores de 5 años y mayores de edad reproductiva en sus respectivas áreas de trabajo citandolos una vez por mes y llevandoles una ficha especial. (Ver anexo)

EVALUACION:

Comprenderá dos aspectos:

1. Evaluación del programa propiamente dicho.
2. Evaluación del estudiante.

Para la evaluación del programa se realizarán actividades tendientes a que estudiantes, profesores y vecinos analicen si se cumple o no con los objetivos del mismo; y además se analizará periódicamente la estructura interna administrativo-docente del programa. Una vez evaluada la eficacia y la eficiencia se podrá tener en un momento dado una imagen clara en cuanto al funcionamiento, tanto interno como externo del programa.

En cuanto a la evaluación del estudiante se tendrá que analizar por separado la situación del estudiante de tercer año y la del cuarto año.

Para el estudiante de tercer año:

El programa de Medicina de la Colectividad tendrá un valor del 50% de su nota final de clínicas del 3er. año.

Los parámetros a evaluarse en la actividad de Medicina de la Colectividad serán:

Conocimientos	30%
Habilidades intelectuales (planificación, organización del programa, interpretación de los problemas de la Colectividad)	30%
Iniciativa y responsabilidad	5%
Asistencia, puntualidad y presentación	5%
Relación inter-personal	5%
Habilidades psicomotoras (desarrollo del programa y habilidades didácticas).	25%

TOTAL 100% lo que como ya se aclaró corresponde al 50% de la nota total de la practica clínica del tercer año. (14-17)

El sub-programa de "Educación en Salud", se verificó en todas las clínicas familiares, atendiendo un total de 25,000 personas, teniendo mayor trascendencia en unas que en otras.

El subprograma de "Formación de Personal en Salud", se realizó con resultados favorables solamente en las clínicas de: El Milagro, Don Bosco y Tercer Mundo.

Es importante señalar que en un inicio este programa fué rechazado en forma masiva casi por la totalidad de los estudiantes, actitud que corresponde indudablemente a su situación de clase, sin embargo se logró porque al final fuera aceptado y realizado con ciertas dificultades.

A partir de 1978, este programa sufre algunas modificaciones en el sentido de que señala los objetivos específicos para la colectividad, el estudiante y para la facultad, los cuales se concretan en lo siguiente:

Para la Colectividad:

1. Que se motive para lograr la organización comunal constante.
2. Que interprete la importancia de asistir a la clínica familiar
3. Que conozca la importancia de la medicina preventiva.
4. Que adquiera conocimientos generales de terapéutica de urgencia.

Para el Estudiante:

1. Que aprenda los conceptos básicos de medicina preventiva.
2. Que refuerce sus conocimientos en los campos de materno-infantil, primeros auxilios y saneamiento ambiental.
3. Que aplique sus conocimientos teóricos en la práctica de la medicina.
4. Que adquiera nuevos conocimientos con la práctica que obtendrá al educar en salud y al examinar pacientes en la Clínica.
5. Que interprete dialécticamente el proceso Salud-Enfermedad.

Para la Facultad:

1. Lograr la unificación entre estudiantes, profesores y Colectividad para interpretar nuestra realidad social, y analizar y entender el verdadero papel que juega la medicina en nuestra sociedad.

Las actividades son modificadas en cierta forma, ya que al seguimiento Materno-Infantil se le agrega control

de vacunación a los niños menores de 5 años. Control de Citología Servicio-vaginal a mujeres en edad reproductiva. Actividades realizadas en las clínicas durante el primer semestre.

Se inicia además; el seguimiento de pacientes en forma sistematizada por medio de una ficha de control (ver anexos) donde el estudiante anotaría las distintas patologías existentes y llevaría el control por medio de una hoja dedicada a cada enfermedad donde agruparía a distintos pacientes que sufriesen dicha enfermedad. A todos los pacientes se les examinaría en la clínica familiar y el estudiante de 3er. año sería el encargado de seguir su evolución.

Asimismo, se inician durante el primer semestre la realización de seminarios con la colectividad, los cuales pretendían la discusión de aspectos importantes con respecto a la problemática de cada colectividad, entre miembros de la misma, estudiantes y profesores. Los más importantes realizados durante ese período fueron en la clínica don Bosco y el Milagro, en donde se trataron los problemas de Letrinización y el Polvo respectivamente.

La evaluación también es modificada en el sentido de lograr calificar la práctica del estudiante en una forma más objetiva, a través de los siguientes parámetros:

1. Conferencias, sobre los temas correspondientes a las unidades establecidas25 Pts.
2. Seguimiento Materno-Infantil realizado en visitas domiciliarias 15 Pts.
3. Seminarios con la colectividad 10 Pts.
4. Libretas de campo, en las cuales el estudiante lleva un registro de sus actividades diarias 10 Pts.

- 5. Informes Bimensuales, sobre las actividades generales que el estudiante realiza durante dos meses.....10 Pts.
- 6. Planes de clase, actividad con la cual se prepara en forma adecuada la conferencia que el estudiante desarrollará 5 Pts.
- 7. Puntualidad y Asistencia ..-.....10 Pts.
- 8. Seguimiento de Pacientes15 Pts.

La calificación del estudiante de cuarto año tendría un valor total de 15 puntos, la calificación del médico - Residente y Médico Supervisor tendría un valor promediado de 85 puntos.

Se elaboraron además, guías para elaborar dichas actividades en forma ordenada y homogénea.

Guía para llevar la Libreta de Campo:

- 1. Calendarizar sus días de practica 10 Pts.
- 2. Anotar objetivos de las actividades a realizar diariamente 15 Pts.
- 3. Anotar las actividades a realizar diariamente. 10 Pts.
- 4. Anotar el contenido de las actividades 15 Pts.
- 5. Participación de la Colectividad a las actividades realizadas 15 Pts.
- 6. Problemas encontrados 15 Pts.
- 7. Solución a dichos problemas 20 Pts.

Guía Para presentación de Informe Bimensual:

- 1. Introducción 5 Pts.
- 2. Objetivos 10 "

- 3. Justificación 5 Pts.
- 4. Desarrollo de las actividades realizadas 10 Pts.
- 5. Lista de problemas encontrados 10 Pts.
- 6. Desarrollo de los problemas 15 Pts.
- 7. Soluciones dadas a los problemas 15 Pts.
- 8. Respuesta de la colectividad al programa 15 Pts.
- 9. Conclusiones y recomendaciones 15 Pts.

El informe debería de ser concreto, objetivo, entendible, útil y educativo.

Aspectos a evaluar en las pláticas a impartir en los Centros de Orientación en Salud.

- 1. Motivación 20 Pts.
- 2. Material didáctico 15 Pts.
- 3. Desarrollo y contenido del tema..... 20 Pts.
- 4. Enfoque del tema..... 15 Pts.
- 5. Participación del grupo 15 Pts.
- 6. Evaluación final de la actividad 15 Pts.

A finales de Junio del presente año, tiempo en el cual los estudiantes finalizaban el programa correspondiente al primer semestre, los catedráticos que tienen una relación más directa con tales actividades, evaluaron los logros del programa en ese momento, estableciéndose dos consideraciones importantes:

- 1. Ausencia de una relación directa entre teoría y practica en el proceso de conocimiento de la medicina.
- 2. Ausencia de actividades de investigación. (16)

Esto hace porque el programa correspondiente a este año se modifique basicamente durante el segundo semestre en lo que corresponde al Sub-programa de Educación en Sa-

lud, en el sentido de que el temario establecido, se estructure en relación directa con las unidades transversales que los estudiantes desarrollan durante el tercer año; siendo estas durante este período las siguientes:

UNIDAD DE TUBERCULOSIS: Del 24 de Julio al 18 de agosto.

El temario desarrollado tuvo como fundamento el contenido de la Unidad de Tuberculosis (transversal), así como fuente de consulta todos los documentos proporcionados en dicha unidad.

Calendarización:

Del 31 de julio al 4 de agosto:

Enfermedad Respiratoria en Guatemala: Fenomenología, Distribución y Esencia.

Del 7 de Agosto al 11 de agosto:

- a) Epidemiología de tuberculosis, epidemiología de enf. respiratoria.
- b) Prevención y aspectos clínicos de Tuberculosis.
- c) Prevención y aspectos clínicos de IRS y BNM.

OBJETIVOS:

- a. Para el ESTUDIANTE: Lograr una relación directa entre Teoría y Práctica en el proceso del conocimiento de la medicina.
- b. Para la COLECTIVIDAD:
 1. Que la colectividad comprenda la causalidad social de las enfermedades respiratorias en Guatemala.
 2. Que la colectividad adquiera un conocimiento general sobre la epidemiología de la enf. respiratoria no tuberculosa y tuberculosa.

3. Que la colectividad obtenga un conocimiento muy general sobre los aspectos principales de anatomía y fisiología del aparato respiratorio entendiendo algunos de los cambios fisiopatológicos que se suceden al aparecer la enfermedad.
4. Que conozca los aspectos principales de la prevención de las Enf. Resp.
5. Que interprete correctamente el papel que desempeña el aire, y la vivienda en la producción de enfermedad respiratoria.
6. Que comprenda porque en las clases sociales bajas se producen con mayor frecuencia y severidad la enfermedad respiratoria especialmente la Tb.
7. Que sea capaz de detectar la enf. respiratoria así como de saber comprender la magnitud de cada enfermedad y estar informados sobre la conducta inmediata a tomar.

UNIDAD: HEMORRAGIA VAGINAL E INFECCION GENITOURINARIA

Calendarización:

Del 21 de agosto al 25 de agosto:

1. Desarrollo psicosexual
2. Enuresis.

del 28 de agosto al 10. de septiembre:

3. Menstruación.

del 4 de septiembre al 8 de septiembre

4. Causas más frecuentes de hemorragia vaginal.

Objetivos:

- a. Para el ESTUDIANTE, los mismos que la unidad anterior.
- b. Para la COLECTIVIDAD:
 1. Que conozca los aspectos más importantes de las - distintas etapas del desarrollo psicosexual del - individuo.
 2. Que conozca las causas psicológicas y sociales por las que se produce enuresis.
 3. Que conozca el mecanismo general por medio del -- cual se produce la menstruación.
 4. Que la colectividad logre aclarar sus dudas sobre los aspectos mitológicos de la menstruación.
 5. Que conozca los distintos fenómenos psicológicos - que se dan en la menstruación relacionados con la menarquia, menstruación misma y menopausia.
 6. Que conozca algunas de las causas más importantes de Hemorragia vaginal (menarquia, metrorragia, po^limenorrea, Ca del Cervix, Hemorragia post-coito, Aborto).
 7. Que conozca los factores económicos, educaciona-- les, sociales, médicos y afectivos como causas de aborto.

UNIDAD LIBRE:

Esta ha sido una unidad que se ha dejado para que los estudiantes que realizan el programa, la desarrollen de acuerdo a las necesidades sentidas por la colectividad y - lograr determinar a través de la misma la concepción que ellos tengan sobre planificación de actividades con la co^llectividad.

Ejemplo de una UNIDAD LIBRE, realizada en la clínica don Bosco:

CALENDARIZACION:

18 de Septiembre al 22 de Septiembre

- a. Correcto uso del termómetro Oral y Rectal
- b. Correcta lectura del termómetro Oral y Rectal.

25 de Septiembre al 29 de Septiembre

Curso Parenteral Técnica Intramuscular
2 de Octubre al 6 de Octubre

9 de Octubre al 13 de Octubre

Curso Parenteral Técnica intramuscular Practica

OBJETIVOS PARA EL ESTUDIANTE:

1. Comprender la importancia de la temperatura del cuerpo como indicio del estado de paciente.
2. Aprender a tomar y registrar la temperatura corporal.
3. Saber que las variaciones de temperatura del cuerpo - constituyen sistemáticamente Síntoma cardinal impor-- tante.
4. Aprender en que estados patológicos se produce aumen-- to y descenso de la temperatura corporal.
5. Aprender las indicaciones y posibles complicaciones - de la inyección intramuscular.
6. Llevar a cabo una práctica constructiva del ejercicio parenteral.

OBJETIVOS PARA LA COMUNIDAD:

1. Que aprendan la forma correcta de tomar la temperatura Oral y Rectal.
2. Que comprendan la importancia de la temperatura del cuerpo como indicio del estado de salud del individuo.
3. Que conozcan la temperatura normal del cuerpo.
4. Que aprendan las indicaciones de la inyección intramuscular, usada adecuadamente, así como las complicaciones que puede traer la mala aplicación de la misma.
5. Que aprendan teórica y prácticamente la técnica y procedimiento de la inyección intramuscular.
6. Que sepan que se necesita para poder aplicar una inyección intramuscular.

INVESTIGACION:

Con el objetivo de lograr en el estudiante una mayor profundización en la técnica de investigación a través de la aplicación del Método Científico, se introdujo a cada unidad una investigación, de acuerdo al tema correspondiente.

Las investigaciones realizadas fueron las siguientes:

1. Estudio de Enfermedad Respiratoria.
2. Etiología de Leucorrea en Mujeres en Edad Reproductiva.

En la presente tesis, se detalla básicamente la investigación sobre enfermedad respiratoria, la cual se reali-

zō en la siguiente forma:

INTRODUCCION:

Esta actividad pretendía vincular la unidad transversal correspondiente con las experiencias de Medicina de la Colectividad que redunden en los propósitos generales de servicio docencia e investigación.

OBJETIVOS:

1. Que conozcan la Prevalencia de punto de determinados fenómenos de enfermedad respiratoria en la población donde se efectúa la práctica de Medicina de la Colectividad.
2. Conocer la prevalencia de punto de tuberculosis pulmonar en las personas menores de 15 años de la misma población a través de la prueba mantoux.
3. Detectar la tuberculosis pulmonar existente en esas poblaciones a través de mantoux y baciloscopías.
4. Inmunizar a las personas contra la tuberculosis.
5. Diagnosticar, tratar y hacer su seguimiento a todas las personas con TB pulmonar así como otras enfermedades respiratorias.
6. Que el estudiante conozca las distintas formas en las que se confirma el diagnóstico de enfermedad respiratoria y los tratamientos seguidos.

ACTIVIDADES:

Información de la actividad a los estudiantes en las Clínicas Familiares:

1. Pasar ficha No. 1 a la población a cargo de cada estu-

- dante. (ver anexo)
2. A los pacientes que presenten sintomatología respiratoria se les pasara una segunda ficha (ficha No. 2) - (Ver anexos)
 3. A los pacientes que presenten expectoración se les hará baciloscopía en la clínica familiar. Cada estudiante tendrá hoja especial para la referencia de casos a la clínica. Deberá proporcionarle a los vecinos los - vasitos para recoger el esputo y explicar la técnica - al vecino.
 4. Si la baciloscopía resultara positiva se debe de HACER diagnóstico del tipo y gravedad de la lesión, en la -- clínica familiar o en otro centro.
 5. Después de ser confirmado el diagnóstico de TB deberá ser prescrito el tratamiento en la clínica familiar.
 6. El estudiante de tercer año hará el seguimiento del - paciente mientras dure su practica, deberá anotarlo - en la hoja especial de seguimiento.
 7. Deberá quedar registrado el nombre del paciente tuber- culoso en la clínica familiar.
 8. El estudiante deberá hacer prueba de mantoux a los me- nores de 15 años que comprenda su población. Deberá recibir instrucción del médico encargado de la clíni- ca quién además los supervisará.
 9. A todos los vecinos que resultaran con prueba negati- va vacunarlos con BCG en la clínica familiar.
 10. Todos los pacientes menores de 15 años con mantoux po- sitivo deberan ser tratados por el estudiante con la supervisión de la clínica familiar. Se les tomara Rx de tórax en dispensario antituberculoso.

11. El estudiante también deberá hacerle diagnóstico y dar le tratamiento a los pacientes con enfermedad respira- toria no tuberculosa, así como hacer el seguimiento du- rante su practica; y colocarlo en su hoja especial de seguimiento.

El estudiante deberá presentar un análisis porcentual de los hallazgos encontrados: Baciloscopías positivas, mantoux po- sitivos, mantoux negativos, pacientes con enfermedad respira- toria no tuberculosa, pacientes enfermos con otras enfermeda- des no respiratorias. Pacientes vacunados cuando finalice la vacunación.

12. El trabajo de investigación finalizará cuando finalice la Unidad de Tuberculosis.

Siendo esta la forma como el Programa de "Medicina de - la Colectividad" se desarrolla actualmente en la Fase II de la Facultad de Medicina.

PRESENTACION DE DATOS

CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS DE LAS COLECTIVIDADES EN DONDE SE EJECUTA EL PROGRAMA DE MEDICINA DE LA COLECTIVIDAD ACTUALMENTE. AÑO 1,978.

ENCUESTA REALIZADA EN MARZO DE 1,978

GRUPO FAMILIAR	M	F	TOTAL	%
Menores de 1 año	346	296	642	4.36
De 1 a 4 años	915	1,033	1,948	13.24
" 5 a 9 años	1,057	1,126	2,183	14.84
" 10 a 14 "	1,144	1,104	2,248	15.28
" 15 a 44 "	3,384	2,281	5,665	38.51
" 45 y más	925	1,098	2,023	13.77
	7,771	6,938	14,709	100.00

Menores de 5 años.....	2,690	17.61%
Grupo Infantil menores de 15 años..	7,021	47.73%
Mujeres en edad reproductiva.....	2,281	15.51%
Grupo maternoinfantil.....	9,302	63.24%

ALFABETISMO

Alfabetos.....	9,623
Analfabetos.....	2,011

INGRESO FAMILIAR:

		%
Menor de 50.00	421	14.06
51.00 a 100.00	1,160	38.74
101.00 a 150.00	827	27.62
151.00 a 200.00	337	11.25
200.00 y más	249	8.32
TOTAL	2,994	100.00

VIVIENDA:

PISOS:		%
Tierra	1,654	55.24
Madera	30	1.00
Cemento	1,173	39.18
Otros	137	4.58
TOTAL	2,994	100.00

		%
PROPIA	1,127	37.64
ALQUILADA	1,046	34.95
USUFRUCTO	548	18.30
OTROS	273	9.12
	2,994	100.00

TECHO:

		%
Lámina	2,480	82.83
Lámina/Asbesto	362	12.09
Teja	67	2.24
Paja	0	0.0
Otros.....	85	2.84
	2,994	100.00

PAREDES:

		%
Ladrillo	138	4.61
Block	547	18.27
Adobe	761	25.42
Tabla	1,548	51.70
	2,994	100.00

AMBIENTES:

		%
Cocina	1,531.....	51.14
1 cuarto	1,673.....	56.01
2 cuartos.....	697.....	23.35
3 cuartos.....	383.....	12.80
más de 3 cuartos.....	235.....	7.85
	<u>2,994</u>	<u>100.00</u>

AGUA:

		%
Riachuelo	8	0.27
Pozo	79	2.64
Interior.....	1,000	33.40
Exterior.....	1,907	63.70
	<u>2,994</u>	<u>100.00</u>

BASURAS:

		%
Patio	161	5.38
Basurero Público	1,424	47.57
Incinerada	71	7.14
Serv. Mpal.....	1,338	44.69
	<u>2,994</u>	<u>100.00</u>

EXCRETAS:

		%
Flor de tierra	128	4.28
Letrina.....	1,253	41.18
Serv. Colectivo	735	24.55
Inodoro/Casa.....	898	30.00
	<u>2,994</u>	<u>100.00</u>

FAUNA:

Nociva	1620	54.10
Perros	1559	52.07
Gatos	996	33.27
Aves de corral.....	1142	38.14
Otros	1528	51.03

MOBILIDAD EN EL MOMENTO DE LA ENCUESTA DURANTE EL MES INMEDIATO ANTERIOR

POR GRUPO ETAREO:

Menores de 1 año	235
De 1 a 4 años.....	238
5 a 9 años	176
10 a 14 años	119
15 a 44 años	322
45 y más	182

TOTAL 1,272 = 8.64% del total de la población

Del 100% de la Morbilidad el 37.18 corresponde a menores de 5 años

Del 100% de la Morbilidad el 60.38 corresponde a menores de 15 años

De la población Total, de menores de 15 años, el 11% está enferma

De la población total, de menores de 5 años, el 18.26% está enferma

Menores de 1 año	36.60%
De 0 a 4 años	12.22%
5 a 9 años	8.06%
10 a 14 años	5.29%
15 a 44 años	5.68%
45 y más "	9.00%

LUGAR PRIMERO PARA LA ATENCION DE LA MORBILIDAD DE LA FAMILIA:

	No.	%
Casa	301	10
Farmacia.....	342	11.42
Empíricos.....	72	2.40
Clínica Fam.	798	26.65
Médico Privado.....	460	15.36
Hospital	710	23.71
IGSS.....	311	10.39
Total	2,994	100.00

INMUNIZACIONES EN MENORES

De 5 Años (Vacunas)	% Sobre la Población Total de este Grupo Etario
BCG	995 38.42
POLIO	1196 46.18
DPT	1109 42.82
SARAMPION.....	848 32.74

SEGUIMIENTO DE PACIENTES
DIAGNOSTICO REFERIDO DE LA SITUACION DE SALUD
DE LA COLECTIVIDAD EN ENERO DE 1978

MUESTRA REPRESENTATIVA DE COLECTIVIDADES QUE CUBREN LAS SIGUIENTES CLINICAS DE LA FACULTAD DE MEDICINA

1. San Antonio
2. Municipal 1
3. El Trebol
4. Santa Fé
5. Municipal 2
6. Don Bosco

DIAGNOSTICO	No.	%
DIARREA	302	15.62
INFECCION RESPIRATORIA	946	48.93
D.P.C	61	3.15
DERMATOPATIAS	138	7.13
ALCOHOLISMO	13	0.67
ENFERMEDAD MENTAL	19	0.98
EMBARAZO	115	5.94
GENITOURINARIO	106	5.48
ARTROPATIAS	20	1.00
OTROS	213	11.00
Total	1,933	100.00

RESULTADOS INVESTIGACION "ENFERMEDAD RESPIRATORIA"
UNIDAD "TUBERCULOSIS"

	No.	%
Población total encuestada	10,940	100
Personas con alguna enfermedad no Respiratoria	1,296	11.84
Personas con enfermedad Respiratoria	977	8.93
Con Expectoración	106	0.96
Baciloscopías realizadas	31	29.25
Positivas	0	0.00
Negativas	31	100.00
Población menor de 15 años	5,821	53.21
Mantoux realizados	3,417	58.70
Positivos	881	25.78
Negativos	2,123	62.13
No leídos	413	12.09
BCG Aplicados	1,835	86.43
Rayos X ordenados	79	100.00
Rayos X con evidencia patológica	1	1.26
Rayos X pendiente de informar	78	98.74

De acuerdo al informe de Rayos X puede considerarse que el índice de Tuberculosis en relación al total de enfermos respiratorios de 0.07%.

DISCUSION DE RESULTADOS

De las características socioeconómicas de la población, se determina que el grupo etario mayoritario es el comprendido dentro del Materno-infantil, el cual comprende el 63.24% del total, lo que justifica el hecho de que sea precisamente este grupo en el que se concentran los objetivos básicos del programa.

Se logra determinar también, que el ingreso económica por familia corresponde en un 52.80% a sueldos menores de 100.00 mensuales, dato que nos permite evaluar las condiciones precarias de la mayor parte de la población en donde el presente programa se ejecuta. Esto mismo predispone el hecho de que el 55.24% de los pisos de las viviendas sean de tierra, además, el 62.37% de la población, no posee casa propia sino que alquila.

En cuanto al techo de la vivienda, el 82.83% es de lámina .

Las paredes en un 77.12% son de adobe y tabla.

Es importante señalar además que con respecto a los ambientes, se encontró que el 56.01% de las viviendas posee solamente 1 cuarto en donde se satisfacen las necesidades como dormir, comer, cocinar, etc.

Con respecto al Agua, el 63.70% de las viviendas no posee en su interior sino la consiguen fuera de la misma (chorros públicos).

La Basura es depositada en un 52.95% ya sea en el patio de la casa o en basureros públicos (calles, terrenos baldíos, etc.)

Las excretas en un 45.46% se hacen ya sea a flor de tierra (patios de las casas, terrenos), y letrinas.

Se demuestra además que el 54.10% de las viviendas poseen fauna nociva y el 52.07% posee animales dentro de las viviendas. (Perros, gatos, aves de corral)

En cuanto a los hallazgos de morbilidad, la cual está condicionada necesariamente por los factores anteriores, se demuestra que el grupo etario más afectado es el que corresponde al infantil (menores de 15 años) en donde se encontró una morbilidad del 60.38% del total de la población estudiada, enferma.

Con respecto a la población total de niños de 0 - 4 años se encontró que el 12.22% están enfermos, del total de niños menores de 15 años el 11% se encontró enfermo.

El grupo menos enfermo correspondió el comprendido entre los 15-44 años en un 5.29%.

Además es importante señalar que para la atención de la morbilidad de la totalidad de las familias de la población estudiada, el 50.36% acude a la Clínica Familiar (26.65%) y Hospital Público (23.71%) y únicamente el 10.39% obtiene servicios del IGSS.

Del control de inmunizaciones en menores de 5 años que en dichas colectividades se lleva a cabo básicamente a través del Ministerio de Salud Pública y A.S., se encontró que de las vacunas correspondientes a esa edad (BCG, ANTIPOLIO, DPT, SARAMPION) se ha logrado una cobertura del 40.04% con el inconveniente además, que no todos los niños vacunados tienen las dosis correspondientes.

Con respecto al seguimiento de pacientes realizados en el primer semestre del presente año, que expresa un diagnóstico de la situación de Salud de la Colectividad, se logra demostrar que el mayor porcentaje de enfermedades encontradas, corresponde a Diarreas e infecciones respiratorias: 64.55%

Es importante señalar que siendo la DPC un problema que afecta a un 80% de la población en nuestro país, en este estudio los datos que se obtienen en cuanto a este problema se refiere solamente se encontró un 3.15% lo cual indudablemente no es confiable y la explicación que podríamos considerar es la de que tanto estudiantes como Médicos no precisan con mayor rigurosidad problemas como éste.

De la investigación realizada sobre Enfermedad Respiratoria como parte del programa los datos encontrados es importante señalar las siguientes:

La población total estudiada fué de 10,940 personas, de las cuales el 11.84% presentaba algún tipo de enfermedad y el 8.93% presentaba Enfermedad Respiratoria.

De este porcentaje, el 0.96% se encontró con Expectora- ción a los que se le efectuó baciloscopia únicamente a 31 que corresponde al 29.25% del total de pacientes con expectoración, de estas no se encontró alguna positiva.

La población menor de 15 años estudiado fué de 5,281 que equivale al 53.21% efectuándosele la prueba de tubercu- lina a 3,417 que equivale al 58.70% de las cuales el 25.78% tuvo una reacción positiva considerados como inmunizados mientras que el 62.13% fué negativo. Las pruebas no leídas correspondieron a un 12.09% .

De los datos anteriores, básicamente de las pruebas ne- gativas, se logró vacunar a un 85.43% de los niños estudia- dos, lo que significa una cobertura adecuada.

De los informes de RX uno fué reportado como positivo, lo que nos dá un índice de Tuberculosis de acuerdo a estos datos de 0.07% en relación al total de enfermedad Respira- toria.

CONCLUSIONES

1. Las concepciones ideológicas y políticas de programas de medicina comunitaria y/o de la colectividad se dividen fundamentalmente en dos tendencias: aquellas que conciben el proceso de salud-enfermedad como un aspecto aislado del contexto global de la sociedad; y aquellas que consideran a dicho proceso como resultado de las interrelaciones del hombre y el medio ambiente que los rodea.
2. La Fase II de la facultad de medicina define este tipo de actividades como el producto de la acción conjunta de estudiantes, profesores y vecinos de la colectividad en el análisis continuo de sus problemas y la búsqueda de sus soluciones adecuadas.
3. El análisis histórico del Programa de Medicina de la Colectividad en la Fase II demuestra en cierta forma el desarrollo que este ha logrado últimamente, tratando de plasmar en la práctica los aspectos básicos de investigación, docencia y servicio.
4. Las distintas fases que integran la Facultad de medicina realizan programas de medicina de la colectividad, la fase I trata de integrar los conocimientos de las unidades transversales en la práctica que se realiza con la colectividad, la fase II con el programa analizado en la presente tesis, la fase III a través de Programas de EPS, Medicina Integral, y Salud Materno-Infantil.
5. Las actividades del programa de medicina de la colectividad de Fase II se concreta actualmente en dos aspectos básicos:
 - a. Educación en Salud.
 - b. Formación de Personal en Salud.

6. De acuerdo al presente estudio teóricamente puede considerarse que actualmente el Programa logra una relación más directa entre teoría y práctica en el proceso de conocimiento que el estudiante adquiere a través de la realización del mismo.
7. Los recursos con los que cuenta dicho programa son básicamente:
 - 12 Catedráticos (encargados de las clínicas familiares)
 - 3 Supervisores de Fase II.
 - 300 Estudiantes de 3er. año.
 - 200 Estudiantes de 4to. año
 - 12 Clínicas Familiares.
8. Las características socioeconómicas de las distintas colectividades en donde se realiza el programa son evidentemente precarias; el grupo materno-infantil es el predominante, en el mayor porcentaje los ingresos económicos no exceden de Q.100.00, las viviendas se caracterizan por pisos de tierra en su mayoría, así como el techo de lámina, paredes de adobe o tabla; el mayor porcentaje de la vivienda se constituye por un cuarto solamente. El agua para satisfacer las necesidades vitales es traída del exterior de la vivienda. Así mismo las basuras son depositadas en su mayoría en los patios o basureros públicos, las excretas se hacen a flor de tierra y en letrinas básicamente. Más del 50% de las viviendas posee fauna nociva.
9. Las características socioeconómicas de las distintas colectividades en donde la facultad brinda servicios de salud, justifican la existencia de programas como el presente.
10. Con respecto a la morbilidad encontrada, el 60.38% corresponde al grupo materno-infantil, en relación a la población total estudiada.

11. El lugar primero para la atención de la morbilidad - fué en un 26.65% en la clínica familiar y el 23.71% en el hospital.
12. La cobertura que se logra actualmente con las inmunizaciones en menores de 5 años solamente alcanza un 40.04%.
13. Del seguimiento de pacientes, el mayor porcentaje de problemas se concentran en Diarrea e Infección Respiratoria, sumando un 64.55%.
14. El 62.13% de los niños menores de 15 años son tuberculosos negativos y el 25.78% son positivos. (po---seen inmunización).
15. El programa logró una cobertura del 86.43% sobre la vacunación de BCG.

RECOMENDACIONES

1. Realizar evaluaciones periódicas del programa, para lograr a través de las mismas concretar la factibilidad del mismo en cuanto a los objetivos que el mismo ha -- considerado.
2. El presente programa debería desarrollarse en la colectividad todo el tiempo que sea necesario para lograr -- los objetivos propuestos.
3. Lograr una relación más estrecha con países o facultades de Medicina que realizan programas similares para aprovechar las experiencias obtenidas de la práctica -- de los mismos y que esto permita mejorar el programa.
4. Incrementar el personal docente encargado de la realización y supervisión del programa para poder cubrir -- adecuadamente las actividades del programa.
5. Lograr una evaluación más objetiva la práctica que realizan los estudiantes dentro del programa de tal manera que los instrumentos de evaluación no dispersen la misma ya que actualmente puede considerarse que dicha evaluación no concreta la relación teórica y práctica de los conocimientos que el estudiante adquiere.
6. Realizar nuevamente los objetivos que el programa propone para la colectividad ya que las características -- de clase del estudiante que ejecuta dicho programa hacen porque su factibilidad sea relativa.
7. Lograr una preparación más adecuada del personal docente encargado del programa en función de lo que significa realmente la medicina de la colectividad.

8. Lograr la Homogeneidad de criterios e Integración de Programas de la Colectividad a nivel de las distintas fases que componen la facultad de Medicina.

RESUMEN

Los Programas de Medicina de la Colectividad y/o Comunitaria, se han enfocado desde varios puntos de vista en cuanto a su concepción ideológica y política corresponde, de acuerdo al presente estudio, los dos enfoques contrapuestos han sido básicamente aquellos que consideran al campo de la salud como una totalidad independiente en la cual la sociedad interviene, y aquellos que consideran a la salud como un grupo de fenómenos dotados de una cierta unidad que permite identificarlos como un campo específico, pero no aislado del contexto histórico en que tiene lugar y en los cuales este contexto no interviene sino que es parte primordial de las determinaciones y el sentido que estos fenómenos asumen en un determinado momento.

Las experiencias de este tipo de programas a nivel general son variadas, así por ejemplo, en Costa Rica a partir de 1973 empieza a realizarse el programa llamado "Hospital Sin Paredes" con resultados bastante satisfactorios con respecto a la realidad de ese País; en el Municipio de Netzahualcoyotl se inició recientemente un programa similar el cual está coordinado por el Hospital Estatal de dicha población.

En nuestro país este tipo de programas es desarrollado también por medio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social teniendo como objetivo fundamental el logro de una cobertura mayor de salud a través de la formación de promotores de Salud, un ejemplo de estas actividades es el programa que realiza en San Juan Ostuncalco - Quezaltenango la Obra Presbiteriana establecida en esa población.

Las experiencias de medicina de la colectividad en la Facultad de Medicina se empiezan a concretar a partir de 1969 con el desarrollo de un nuevo plan de estudios se inicia una nueva etapa en este tipo de programas que se cristalizan con el programa de "Ejercicio Profesional Supervisado".

La Fase II inicia estas actividades en 1969 a través del programa de Clínicas Familiares las cuales son bastante rechazadas por el conglomerado estudiantil lo que dificulta en gran manera su realización.

En 1973 el Dr. Ronaldo Luna A. hace un proyecto de Medicina Familiar y de la Colectividad el cual no logra llevarse a la práctica. En 1976 se hace una revisión del trabajo realizado hasta ese momento con la colectividad, concluyendo que en un 90% las actividades se concretaron básicamente a atención de morbilidad y únicamente el 10% a trabajado con la colectividad, lo que implicó porque en Enero de 1977 se realizó un Seminario sobre Medicina de la Colectividad en donde los Drs. Julio Castillo, Mario Bolaños y Mildwar van Tuyen elaboran un proyecto para dicho programa el cual es aceptado y revisado posteriormente por la Fase, habiendo sido realizado durante ese año.

El Programa se fundamentaba en el desarrollo de dos aspectos básicos:

- 1) Subprograma de Educación en Salud.
- 2) Subprograma de Formación de Personal en Salud, desarrollado por estudiantes de tercero y cuarto año.

En el primer semestre de 1978, el programa sufre ciertas modificaciones:

- 1) Se especifican en mejor forma los objetivos del mismo
- 2) Al control materno-infantil se le agrega control de vacunación en niños menores de cinco años, control de Citología servicio-vaginal a mujeres en edad reproductiva. Se inicia además el seguimiento de pacientes en forma sistematizada, y se realizan Seminarios con la Colectividad. Para la evaluación los parámetros que se toman como base son los siguientes:
 1. Conferencias.
 2. Seguimiento Materno-Infantil.

3. Seminarios con la Colectividad.
4. Libreta de Campo (registro de actividades)
5. Informe Bimensual.
6. Planes de Clase.
7. Puntualidad y Asistencia.
8. Seguimiento de pacientes.

A finales de junio del presente año, se hace nuevamente una revisión del programa, de la cual se concluye en la necesidad porque el mismo permita al estudiante una relación más directa entre teoría y práctica con respecto a su aprendizaje y además en que se incorporen actividades de investigación, es así como el subprograma de Educación en Salud se modifica en el sentido de que el temario establecido, se estructura en relación directa a las unidades transversales que los estudiantes desarrollan durante el tercer año de la carrera, formándose en ese período las unidades de: Tuberculosis, Hemorragia Vaginal e Infección Genitourinaria y una Unidad Libre para enfocar las necesidades de la población y determinar a través de la misma la concepción que el estudiante tiene sobre la planificación de actividades con la colectividad.

Las investigaciones que se realizan son:

1. Estudio sobre Enfermedad Respiratoria.
2. Etiología de Leucorrea mujeres edad reproductiva.

Los resultados que se obtienen del estudio sobre enfermedad respiratoria son bastante interesantes ya que lo gran concretar la magnitud de este tipo de problemas en las distintas colectividades en donde la facultad brinda sus servicios.

El diagnóstico de Salud de la población que cubre el programa, se logra establecer por medio del seguimiento de pacientes que los estudiantes realizaron, encontrando que el mayor porcentaje de morbilidad se concentra en problemas de:

1. Diarrea
2. Enfermedad Respiratoria.
3. Datos que coinciden con estudios realizados a nivel nacional.

Para finalizar es importante señalar que las características socioeconómicas de la población que integra las distintas colectividades, de acuerdo a una encuesta realizada a principios del presente año, se demuestra que son sumamente precarias, puesto que el mayor porcentaje no cuenta ni con lo más mínimo que permita satisfacer en forma adecuada las necesidades vitales del ser humano lo que hace porque indudablemente este tipo de programas se justifique siempre y cuando logre realmente los objetivos -- propuestos.

BIBLIOGRAFIA

1. Gaete, Jorge, "et al". "Apuntes sobre Ciencias Sociales y Salud" Cuadernos de Ciencias de la Salud. CSUCA. Enero de 1974.
2. Conti, Laura, "et al", "Medicina y Sociedad" Fontanela-Barcelona 1972. 401 p.
3. Documentos del Servicio de Salud. Netzahualcoyotl. Cd. México, 1975.
4. Tercero, Eduardo, "Medicina Comunitaria, un ensayo de Interpretación" Universidad Autónoma de Nicaragua, Junio de 1975. (Mimeografiado).
5. Módulo "El Hombre y su Ambiente". B-M-12, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco- México, Enero de 1976.
6. Dr. Luna, A. Ronaldo. "proyecto de Medicina Familiar y de la Colectividad". Facultad de Ciencias Médicas. USAC. Julio de 1973. (Folleto mimeografiado).
7. Documentos del Seminario de "Medicina de la Colectividad", Facultad de Ciencias Médicas. USAC. Enero de 1977. (Folletos mimeografiados)
8. Dr. Castro A. Carlos, "Filosofía de las Actividades con la Colectividad". Facultad CC.MM. USAC. Enero 1977. (Folleto mimeografiado)
9. Dr. Banquedano, Rafael, "et al", "Aspectos Teóricos de Medicina Comunitaria". Educación Médica y Salud, Vol. 9, Enero 1975.

10. Breilh, Jaime, "La Medicina Comunitaria ¿Una nueva política Médica?" Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales. UNAM. México D.F. Noviembre de 1976.
11. Dr. Waldheim, A. Carlos. "Ubicación del Personal Natural en los Programas de Salud de la Colectividad", Facultad de CC.MM. USAC. Abril de 1977. (Folleto mimeografiado).
12. Dr. Ortiz, G. Juan Gerónimo, "et al", Programa "Hospital Sin Paredes", San Ramón, Costa Rica, C.A. - Dic. 1976. (folleto mimeografiado).
13. Dr. De León, Julio M., Dr. Samayoa, R. Ramiro, "Inventario sobre características del personal básico en salud rural (EBSR), Tipos de adiestramiento y materiales utilizados para el mismo, en algunos países de América Latina". Facultad de CC.MM. USAC - Enero 1978. (Folleto mimeografiado).
14. Programas de "Medicina de la Colectividad" Facultad de CC.MM. USAC. Enero 77/78 (Folletos mimeografiados)
15. Jairnilson, Silva Pain, "Medicina Comunitaria. Introducción a un Análisis Crítico". Depto. de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina, Universidad Federal de Bahía. Julio de 1976. (Folleto mimeografiado).
16. Dr. Ríos, Carlos A. "Critica al Programa de Medicina de la Colectividad" Tesis. Facultad de Medicina USAC. Septiembre de 1978.
17. Dr. Castillo, Julio R., Dr. Bolaños, Mario, Dr. van tuylen, Mildward R. "Programa de Medicina de la Colectividad". Facultad de Medicina. USAC Enero de 1977. (Folleto Mimeografiado).

NOMBRE:	DIRECCION:	Edad:	Diarrea:	Infección Respiratoria y T. B.	D. P. C.	Dermatopatías.	Alcoholismo.	Enfermedad Mental.	Embarazo.	Genito Urinario.	Artropatías.	Otros	Sitio Control.

MEDICINA DE LA COLECTIVIDAD

SEGUIMIENTO DE PACIENTES

Esta hoja representa un diagnóstico referido de la situación de Salud de su sector, debe llenarse con todos aquellos vecinos que en el momento de pasarla se consideren enfermos, además debe anotarse el sitio de control al que están asistiendo

El Estudiante Debe:

- 1- Anotar el nombre del paciente
- 2- Anotar la dirección y la edad
- 3- Anotar la fecha en que se realizó la investigación en la casilla correspondiente a la enfermedad o al embarazo.
- 4- Debe anotarse en la casilla de otros, lo que no esté señalado en las casillas
- 5- Al final de la encuesta, el estudiante debe realizar una tabulación de todos éstos diagnósticos, que serán considerados casos sospechosos; y de los sitios de control.
- 6- Cada enfermedad tendrá una o más hojas donde serán agrupados los pacientes en la hoja de alcoholismo, anotando nombre, dirección, edad, sitio de control diagnóstico y tratamiento, Evolución mensual, pudiendo ser ésta satisfactoria, insatisfactoria, o bien anotar si el caso está resuelto, o si el paciente falleció.
- 7- El estudiante deberá comprobar o descartar todos los diagnósticos referidos, realizando en la Clínica Familiar; si el paciente está en control en otro centro deberá ser comprobado por el estudiante.
- 8- Los casos nuevos los anotará en la hoja inicial y los trasladará a la hoja específica de la enfermedad.
- 9- El seguimiento de pacientes será obligatorio una vez al mes, si el estudiante considera necesario visitarlo con más frecuencia lo podrá realizar.
- 10 Cuando el caso esté resuelto, no será necesario visitarlo más.
- 11 En sitio de control Usted anotará:

CF = Clínica Familiar
HG = Hospital General
HR = Hospital Roosevelt
I = I. G. S. S.
MP = Medio Particular
E = Empírico
NC = No Controlado

- 12- El estudiante hará tabulación individual y con todo su grupo de los datos de esta hoja.
- 13- Al final de la práctica el estudiante deberá comparar los casos sospechosos del inicio con los diagnósticos comprobados, descartados o que permanezcan igual, presentando esta tabulación, 15 días antes de finalizar su práctica, al Médico Residente.

MEDICINA DE LA COLECTIVIDAD

FICHA PARA CONTROL MATERNO

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____

Dirección: _____

AÑO 19 _____		Ene	Feb.	Mar.	Abr.	Mayo	Jun.	Jul.	Ago.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	Observaciones
Fecha de última regla:														
Se encuentra Lactando:	SI													
	NO													
Evidencia de Embarazo	SI													
	NO													
SITIO DE CONTROL PRE-NATAL	Hospital Estatal													
	I. G. S. S.													
	Médico Partic.													
	Comadrona													
	Clin. Familiar													
	Sin Control													
Usó este mes Anticonceptivos:	SI													
	NO													
Presencia de Enfermos en casa	Menores de 5 a													
	5 años y más													
	Ninguno													
Nacimientos:	SI													
	NO													
Decremento Familiar:	Muerte Neonatal													
	Muerte Post-Neonatal:													
	Muerte de 1-4 a													
	Adultos													
	Desaparición.													
Citología Cérvico Vaginal	SI													
	NO													
OBSERVACIONES:														

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS - FASE II.
MEDICINA DE LA COLECTIVIDAD

UNIDAD DE TUBERCULOSIS

FECHA: _____ No. _____

NOMBRE: _____)

EDAD: _____ SEXO: _____

DIRECCION: _____

ENFERMO: SI _____ NO _____

SI ESTA ENFERMO INDIQUE: ENFERMEDAD RESPIRATORIA SI _____

NO _____

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS - FASE II
MEDICINA DE LA COLECTIVIDAD

FICHA No. 2.

ENFERMO RESPIRATORIO

No. _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO _____

DIRECCION: _____

SINTOMAS:

TIEMPO DE EVOLUCION:

Fiebre: _____

Sudor Nocturno: _____

Pérdida de Peso: _____

Dolor de Garganta: _____

Tos: _____

Expectoración: _____

Hemoptisis: _____

Disnea: _____

Otros (Indique) _____

Subraye los síntomas del paciente, indique tiempo de evolución así:

Menor de 1 semana

entre 1 y 2 semanas

mayor de 2 semanas

Baciloscopia

Fecha: _____

~~Br. César Augusto T. de León~~
Br. César Augusto T. de León

de León

Asesor Dr. Raúl Castillo Quiroga



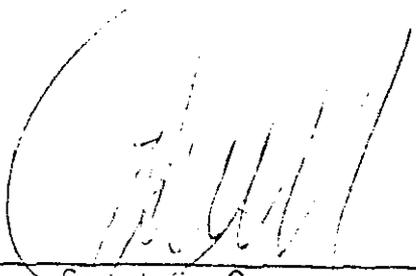
Revisor

Dr. César Augusto T. de León

de León

Director de Fase III

Dr. Raúl Castillo Quiroga



Secretario General

Dr. Raúl Castillo Quiroga

Vo.Bo.