

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**“EVALUACION DE UN PROGRAMA DE ADIESTRAMIENTO
PARA PROMOTORES DE SALUD EN EL AREA URBANA”**

(Estudio retrospectivo comprendido de julio de 1983 a agosto
de 1984, realizado en las instalaciones de las clínicas Menonitas
de Guatemala)

MARIA LUISA GARCIA ORTIZ DE ORELLANA

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 1984

PLAN DE TESIS

Página

I.	TITULO	
II.	INTRODUCCION	1
III.	DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA ..	3
IV.	OBJETIVOS	5
V.	JUSTIFICACION	6
VI.	REVISION BIBLIOGRAFICA	7
VII.	MATERIAL Y METODOS	12
VIII.	ANALISIS Y COMENTARIO DE LOS RESULTADOS	15
IX.	CONCLUSIONES	31
X.	RECOMENDACIONES	33
XI.	RESUMEN	35
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	37

INTRODUCCION

Al tratar de evaluar programas de formación docente para la capacitación o adiestramiento de personal en salud, dirigidos a personas integrantes de comunidades específicas, nos enfrentamos a la problemática de elegir una metodología que nos permita llevar a cabo este proceso, en vista de no existir evaluaciones previas que marquen los parámetros necesarios, recurriendo entonces a la adaptación de ideas comprendidas en diferentes obras. El presente trabajo es pues la realización de un sistema evaluativo del programa educativo "Adiestramiento de Colaboradores en salud de áreas marginales de la ciudad capital", tomándole en cuenta desde sus inicios en el mes de julio de 1983 al mes de agosto de 1984.

El programa motivo de la evaluación, se escogió por ser el primero de esta naturaleza en Guatemala a nivel urbano, siendo de suma importancia los resultados del mismo, y para dejar constancia histórica de él.

El propósito del trabajo consiste en dar a conocer y evaluar los logros del programa, así como también evaluar la forma en que funciona, la forma en que son impartidos los conocimientos, las personas que los imparten y las que reciben éstos.

El presente estudio evaluará al programa bajo los siguientes epígrafos: Generalidades del programa, Contexto, Objetivos, Características de los alumnos, Recursos, Procesos y Efectos.

La importancia del estudio radica en la creencia que estos programas son una alternativa ante los grandes problemas en salud para países en vías de desarrollo.

Es bien sabido que una acción aislada no es suficiente por sí sola para cambiar los niveles de morbi-mortalidad de un país, ya que para ello es necesario la confluencia de varias medidas, que permitan realmente elevar el nivel de vida de la población, lo cual se traducirá

indudablemente, en mejores niveles de salud.

Por la familiaridad que existe al término Promotor en salud, se decidió emplearlo tanto en el título del trabajo como en diferentes ocasiones, refiriéndonos a aquel personaje que promueve la salud en su comunidad, sin embargo tanto en países latinoamericanos como en los diferentes países del mundo, éste y otros términos (colaboradores, voluntarios, ayudantes, etc.) pueden ser sinónimos o bien tener significado completamente diferente.

DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Desde la revolución en salud causada por la declaración de Alma-Ata en 1978, los programas de salud parecen haber tomado un nuevo cauce, pero mucho antes que este ocurriera, los pueblos del mundo ya habían iniciado una gran serie de proyectos en salud (unos vigentes hasta la fecha, otros formando base de los actuales), o sea, antes de la fecha mencionada (1978), no se hablaba aún de metas o estrategias en salud, pero se sabía ya de la gran problemática que existía, sobre todo en países en desarrollo, dentro de los cuales se encuentra Guatemala.

Hasta hace poco tiempo, se había pensado únicamente en programas de capacitación dirigidos a personas de las comunidades rurales, ya que es allí donde habita la mayoría de nuestra población, acompañada de grandes y serios problemas en salud; sin embargo, no menos importante es la población urbana que es igualmente afectada, sobre todo la de las áreas marginales, pudiendo observar aquí las mismas tasas de morbilidad del área rural (esto tomado de estudios aislados de comunidades marginales).

La importancia de capacitar a personal en salud a nivel de trabajador comunitario es reconocida a nivel mundial, sobre todo en países que han incluido en su sistema la Atención Primaria de Salud, esta importancia es determinada también por los diferentes sistemas políticos y socioeconómicos de cada país, en los pueblos en desarrollo tienen en común el representar una alternativa más para que los servicios de salud estén al alcance de todos, llegando a las clases más necesitadas, aumentando la cobertura que el programa estatal por sí solo no puede alcanzar, además son programas de bajo costo porque utilizan como recursos a miembros de la propia comunidad.

En naciones en desarrollo, como la nuestra, los problemas de salud son grandes, lógicamente los efectos producidos por la dependencia existente en sociedades capitalistas atañen en general todos los aspectos de progreso y desarrollo de un pueblo, esto sin embargo ha

hecho que el hombre busque soluciones para la infinidad de problemas en salud, recurriendo a igual cantidad de métodos e instrumentos, por muchos años dirigidos a la medicina curativa, no tomando en cuenta la raíz de los mismos, que pueden en su mayoría ser evitados. Actualmente se reconoce la importancia de programas de bajo costo, ya mencionados anteriormente, encaminados a la democratización en salud, que pueda llegar a toda la comunidad y que ejerzan un impacto en los niveles de salud de ella, utilizando a personas de la misma comunidad como recursos valiosos, así es pues como se tienen Promotores de Salud en el área rural, existiendo ya intentos por utilizar este mismo instrumento en el área urbana. En el mes de mayo de 1983 nace un programa de esta naturaleza, como iniciativa del Dr. E.N. Orellana, bajo auspicios de la Misión Menonita en Guatemala, motivando este la presente investigación.

En Guatemala el sector salud es afectado por una estructura de gobierno, que no cuenta con un presupuesto suficiente que le permita dar una mayor cobertura en sus servicios, no estando en posibilidad el gasto de personal requerido para cubrir todas las áreas necesarias, además los fondos en este sector son utilizados en gran porcentaje en medicina curativa y a nivel hospitalario, surgiendo programas privados que son auspiciados por diferentes entidades, que pueden ser tomados como servicios de apoyo, caso del programa educativo que se evaluó, que fué auspiciado por una misión religiosa en sus inicios.

Sabiendo de la trascendencia que pueden alcanzar este tipo de programas, el presente trabajo tuvo como objetivo el analizar y evaluar el desarrollo y el contenido docente de el programa mencionado con anterioridad.

hechos que el abordaje se realizó de la

obligación al orden si que, quienes no tenían el
de acuerdo al que se llevó a cabo en el instrumental gubernamental que
el sobre. (que no se ha realizado una evaluación de medicina en
el cumplimiento de las normas y el ordenamiento de la salud

OBJETIVOS

1. Conocer el programa de "adiestramiento de colaboradores en salud de áreas marginales de la capital", efetuando una evaluación operativa y curricular del mismo.
2. Evaluar los conocimientos adquiridos por el alumno al completar un año de adiestramiento.
3. Dar a conocer el primer programa de formación de recursos humanos para la salud en el área urbana de la ciudad capital y sus resultados.
4. Ofrecer a los patrocinadores del programa, la información que le permita introducir los cambios metodológicos y operacionales convenientes para mejorar el programa y su producto.

JUSTIFICACION

La determinación de evaluar un programa de adiestramiento de promotores de salud en el área urbana, se basa en lo siguiente:

- a. por tener este tipo de programas una importancia no conocida aún en un país en desarrollo con grandes problemas de salud como lo es Guatemala;
- b. por ser estos programas una alternativa para satisfacer las necesidades de atención de salud de grupos de población que no tienen acceso a los servicios oficiales y por ser éstos de bajo costo, ya que utilizan a personas de la misma comunidad a atender, teniendo acceso a casi toda ésta, obteniendo así una gran cobertura en cuanto a atención primaria de salud;
- c. el impacto deseado de todo programa de atención primaria radica en gran manera en los conocimientos adquiridos por las personas encargadas de la promoción de salud durante su período de adiestramiento;
- d. para dejar constancia de la existencia de un programa de adiestramiento dirigido a promotores de salud en el área urbana, que es el primero de esta naturaleza en Guatemala.

REVISION BIBLIOGRAFICA

En Guatemala el conocimiento acerca de programas y cursos en salud dirigidos a la comunidad por medio de personas integrantes de la misma, data de 1957 en que la congregación Maryknoll llegó a Jacaltenango, Huehuetenango; posteriormente en 1964 la Fundación Behrhorst con sede en Chimaltenango inició un programa similar, éstos son los de más antigüedad conocidos en nuestro país. (2,4,10)

En 1971 la División de Adiestramiento, hoy de Formación de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con ayuda de UNICEF, elaboró un proyecto para Promotores Rurales de Salud, llevándose a cabo los primeros cursos en 1972.

El primer programa conocido a nivel mundial fué el de China, que desde 1950 dió a conocer sus famosos "médicos descalzos"; los programas de Jacaltenango y Behrhorst han tenido también trascendencia al ser los pioneros en el campo de la medicina a nivel comunitario en la tinoamérica. (2,4,10,13)

Desde la declaración de Alma-Ata en 1978, con la meta "Salud para todos en el año 2000" y con las estrategias para lograrlo de la Atención Primaria de Salud, se ha reconocido la importancia de los programas de salud en que son utilizados como recursos las mismas personas de la comunidad. (3,14) Estas personas que trabajan para la comunidad y son integrantes de la misma, reciben diferentes denominaciones en los diferentes países, regiones y localidades donde participan, pueden llamarse voluntarios, líderes, delegados, promotores, responsables, auxiliares voluntarios de salud, etc. (7)

Los programas en salud de varios países y en los que participa directamente la comunidad tienen dos características en común: la prevención y promoción de salud, tomándoseles además como recursos valiosos utilizados para una gran labor en el área de salud, pudiéndose desenvolver en diversos campos que van desde dar una plática en salud a su propia familia, hasta colaborar en censos, etc. (1,2,4,14)

En Guatemala, se sabe que un mínimo porcentaje del presupuesto total de la nación es utilizado en salud (80%), utilizando la mayor parte de este porcentaje en medicina curativa a nivel hospitalario. (4) Al decir que en un país como el nuestro, se practica en alto porcentaje la medicina curativa, sabemos que la mayor parte del presupuesto se lo llevan los gastos de personal, pudiendo deducir que el modo más barato de prestar cualesquiera servicios es que la población lo haga por sí misma, cuando sea posible, además es más eficaz ayudar a la población a que encuentre soluciones para sus propios problemas que facilitarle servicios que los resuelvan en su lugar. (1)

La cobertura de cada trabajador en salud comunitaria varía de comunidad en comunidad, de país en país, sabiendo que en China existen en una proporción de 1/200 habitantes (promotor rural/habitantes), caso contrario de Sudán cuya proporción es de 1/2-4000 habitantes. (14) En Guatemala, se sabe que para 1983 se contaba con 3490 promotores rurales activos (4), y conociendo los datos que proporcionó World Population Data Sheet of the Population Reference Bureau Inc., se sabe que la población total es de 7.9 millones de habitantes para 1983 y que esta población en el 63% habita en el área rural, pudiendo entonces proyectar la cantidad de promotores rurales teniendo como resultado una relación de 1/1400 habitantes (promotor rural/habitantes)

En países que han cambiado totalmente su estructura en salud, dirigiéndola a la prevención y promoción en salud, se han dado cambios importantes, pudiéndolos servir de ejemplo nuestro vecino país Costa Rica, cuyas estadísticas muestran que la mortalidad infantil ha bajado en un 50%, obtiene agua potable un 75% de la población y la incidencia de Sarampión, Difteria y Poliomielitis ha descendido a niveles insignificantes. (14)

Parece ser que uno de los problemas que se han tenido al evaluar programas que utilizan recursos de la misma comunidad, ha sido la ausencia de datos estadísticos, pudiéndose observar en estudios recientes, que no se han podido definir las zonas en las que probablemente

la participación de la comunidad produciría los mayores efectos ni cuales podrían ser esos efectos, o sea que por carecer de datos estadísticos no dispusieron de un marco de referencia para determinar en qué medida la participación de la comunidad modificaba el estado de salud de la misma. (15)

En general hay opiniones (hipótesis, estudio, etc.) en pro y en contra de estos programas, así vemos a continuación un conjunto de ideas que se encuentran a favor de los mismos:

"El subdesarrollo implica la existencia de bajos niveles de vida y expresa la incapacidad de una sociedad para satisfacer sus necesidades y aspiraciones en forma racional, esta situación se ve agravada por las relaciones de dependencia de nuestras sociedades periféricas o satélites de los grandes centros de poder o sociedades metropolitanas. El desarrollo a su vez representa un desafío o una lucha, un estímulo a la creatividad, una búsqueda de nuevos caminos, un renacer permanente de la esperanza.

La salud es un fin en sí, pero también es un medio del desarrollo y actuar sobre un componente de la inversión social. La enfermedad reduce el tamaño y estructura de la población, disminuye las fuerzas de trabajo y determina gastos e inversiones específicas, por eso, algunos aceptan que todos los gastos e inversiones específicas que se hagan para evitar muertes pueden considerarse productivas.

La salud es un derecho en sí de todo grupo humano, que debe ser ejercido plenamente". (7)

Los programas de salud con participación de la comunidad en Guatemala, se han dirigido más que todo a la población rural, pero observando que en las áreas marginales de la ciudad capital se confrontan similares problemas que en el área rural, surgió el programa de "Atención médica y promoción en salud a áreas marginales de la ciudad capital", nació en mayo de 1983 como iniciativa del Dr. E. N. Orellana, bajo auspicio de la Misión Menonita en Guatemala, siendo uno de sus

componentes el motivo de esta investigación. Posteriormente surgió un "Proyecto de Formación y Capacitación en Salud para Voluntarios de Áreas Marginales de la Capital", esta vez propiciado por el Ministerio de Trabajo y Previsión Social, en coordinación con la División de Formación de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública, el aspecto preventivo es enfatizado en este programa. (6)

Todos los programas de salud están directamente ligados con la formación del personal que labora en ellos y es por esta razón la importancia que merece el establecer la calidad y el desarrollo de las mismas, es decir el evaluar el sistema educativo a través del cual se obtiene la formación del personal que labora en los programas, pudiéndose definir esta evaluación como lo hace F.M. Katz diciendo que es el "proceso de formar juicios fundamentados del carácter y la calidad de un programa educativo o partes del mismo", en sí la evaluación no es limitarse a verificar únicamente si se han cumplido los objetivos, sino orientar además a determinar el funcionamiento del programa, como y donde opera (contexto); si, si encuentra dificultad en su desarrollo, que resultado tiene actualmente y qué o cuáles elementos son los que se interponen o pueden obstaculizar para alcanzar su éxito. (8)

Actualmente existen esquemas que orientan acciones prioritarias de docencia en atención primaria, pudiendo restringir su contenido para adaptarlo a necesidades locales; estas estrategias de enseñanza-aprendizaje pueden utilizarse para evaluar los conocimientos en cuanto a:

- Selección: saber cuándo se debe hacer algo y dónde hacerlo.
- Solución de problemas: cómo determinar lo que se debe hacer.
- Razonamiento: saber qué hay que hacer y por qué hay que hacerlo.
- Destreza: saber cómo hacerlo.
- Comunicación: saber cómo decirlo.

Las estrategias antes mencionadas las agrupan de la forma siguiente: Educación sanitaria, Nutrición, Población, Servicios de

Salud, Prevención y control de enfermedades, Información sanitaria, Salud de la madre, Salud del niño, Salud del adulto y Ciencias relacionadas con la salud. (5)

MATERIALES Y METODOS

RECURSOS

Humanos:

- 4 docentes
- 10 estudiantes
- 2 personas responsables de el programa evaluado.
- 2 personas responsables de la División de Formación de Recursos Humanos del sector salud.
- 120 personas miembros de las diferentes comunidades cubiertas por el programa de atención médica y promoción en salud de áreas marginales de la ciudad capital de la Misión Menonita de Guatemala.

Físicos:

- Clínica Central Menonita
- 5 clínicas periféricas en distintas áreas marginales de la ciudad capital

MATERIAL

- 6 instrumentos, subdivididos en varias secciones cada uno, con el fin de recopilar datos respecto a: 1) Generalidades del programa, 2) Contexto en el que opera, 3) Objetivos, 4) Características de los alumnos, 5) Recursos con que cuenta el programa, 6) Procesos y 6) Efectos en la comunidad.

METODOLOGIA

1. Revisión bibliográfica
2. La evaluación del programa se llevó a cabo describiendo en términos generales el mismo, haciendo uso de instrumentos que se dirigieron a los propios estudiantes, docentes, personal responsable del programa y de la División de Formación de Recursos Humanos del sector salud y miembros de distintas comunidades cubiertas por el programa, recabando los datos por medio de entrevistas, observación, inspección y por cuestionarios. La evaluación se subdividió de la siguiente forma:

2.a Generalidades del programa: descripción del programa por medio de entrevista directa a responsables del mismo, con el objeto de conocerlo en términos generales.

2.b Contexto en el que opera y Objetivos del programa: cuestionario-entrevista dirigido a responsables del programa y de la división del sector salud encargada de la formación de recursos humanos, con el fin de conocer la coordinación entre ambos, evaluar el grado de conocimiento del programa por los patrocinadores del mismo y del componente de formación de promotores y saber el grado de participación de los responsables del programa evaluado en el diseño y alcances del mismo.

2.c Características de los alumnos: cuestionario que se llenó con ayuda de los estudiantes y con datos obtenidos de los archivos del programa, con el objeto de conocer y determinar el perfil general de los estudiantes.

2.d Recursos con que cuenta el programa: cuestionario dividido en dos secciones, la primera consiste en recolección de datos por medio de observación e inspección de los recursos materiales y físicos con que cuenta el programa, la segunda sección fué dirigida al personal docente-administrativo con el fin de conocer las características de cada uno de ellos.

2.e Procesos: cuestionario subdividido en varias secciones, recolectando datos por medio de observación, inspección, con ayuda de los docentes, alumnos y archivos del programa, con el objeto de conocer y evaluar los métodos de enseñanza utilizados, las personas que imparten los conocimientos y las que reciben éstos. Siendo muy importante la evaluación que se llevó a cabo a los estudiantes en cuanto a conocimientos básicos que Inés Durana manifiesta en su obra "Estrategias enseñanza-aprendizaje en la atención primaria

de salud".

2.f Efectos del programa en la comunidad: cuestionario-entrevista, dirigido a 120 personas miembros de las diferentes comunidades cubiertas por el programa; siendo necesario recurrir al componente de atención médica del programa de salud de la Misión Menonita, tomando la cantidad de personas atendidas en primera consulta que sumaron a la fecha 1200 personas adultas, tomando entonces como muestra representativa el 10% de ellas, que es igual a 120 personas.

3. Recopilación de datos.

4. Presentación de resultados.

5. Análisis y comentarios de los resultados.

6. Conclusiones.

7. Recomendaciones.

ANALISIS Y COMENTARIOS DE LOS RESULTADOS

A. Descripción y generalidades del programa.

B. Análisis y comentarios del consolidado Contexto y Objetivos.

C. Análisis y comentarios del consolidado Características de los alumnos.

D. Análisis y comentarios del consolidado Recursos.

E. Análisis y comentarios del consolidado Procesos.

F.1 Consolidado de Efectos del programa en la comunidad.

F.2 Análisis y comentarios del consolidado Efectos.

A. Descripción y generalidades del programa

"Adiestramiento de colaboradores en salud de áreas marginales de la ciudad capital" es uno de los tres componentes que conforman el programa de "Atención médica y promoción en salud a áreas marginales de la ciudad capital de la Misión Menonita de Guatemala", los otros dos componentes son: a) atención de morbilidad y visita domiciliaria y 2) educación y ayuda nutricional.

El programa fué diseñado y planificado por el Dr. E. Noé Orellana, quien desarrolló esta actividad en el mes de mayo de 1983 habiendo iniciado el adiestramiento en el mes de julio del mismo año.

Para el desarrollo formal del programa son utilizadas la Clínica Central de la Misión Menonita y 5 clínicas periféricas, siendo estas últimas el área de adiestramiento práctico.

Los recursos humanos, el área física y material para la educación son proporcionados por la Misión Menonita.

Es necesario mencionar que no obstante uno de los requisitos para participar en el programa de adiestramiento es la disposición de trabajar en la comunidad sin goce de salario, a la fecha los estudiantes devengan en promedio Q 16.00 mensuales, este dinero es proporcionado por el componente de atención de morbilidad y visita domiciliaria, el cual se autofinancia, ya que cada paciente atendido colabora con Q.0.25, los cuales son recogidos por el estudiante líder de su comunidad.

Los requisitos para ser admitidos como estudiantes en el programa son:

- Saber leer y escribir
- Ser mayor de 18 años
- Con disposición a dedicarle un día completo a la semana a su adiestramiento teórico.
- Estar sujeto a las órdenes de un médico encargado

- Estar dispuesto a consultar cualquier problema con el Comité de Salud
- Residir en una de las áreas marginales cubiertas por el programa
- Disposición a trabajar sin goce de salario
- Haber sido recomendado por la congregación religiosa a la que pertenece
- Deseo de trabajar en salud
- Deseo de prestar servicio a su comunidad.

El programa de adiestramiento está diseñado para desarrollarse en 15 meses, está compuesto por 10 estudiantes que conforman el grupo y 4 docentes, estos últimos desempeñan cargos administrativos y dan atención en salud a las personas.

B. Análisis y comentarios del consolidado Contexto y Objetivos.

El cuestionario "Contexto y Objetivos", fué dirigido a personal responsable laborante en la División de Formación de Recursos Humanos del sector salud y a personal responsable del programa que se evaluó. El personal fué identificado como A y B para los responsables de la División de Formación de Recursos Humanos y C y D para los responsables del programa que se evaluó. Las preguntas referentes a "Contexto", fueron dirigidas a los 4 responsables (A,B,C y D), las preguntas referentes a "Objetivos", fueron dirigidas únicamente a los responsables del programa que se evaluó (C y D).

La necesidad de capacitar a personal en salud a nivel de trabajador comunitario, es conocida actualmente en todo el mundo, por diferentes motivos que son determinados por factores políticos y socioeconómicos de cada país; observamos en las respuestas dadas por las 4 personas responsables entrevistadas que cada una de ellas tiene su propia forma de ver esta necesidad, observando que aquí se tiene el problema de otros países, en que ésta no es basada en estudios directos de la comunidad, (morbilidad, mortalidad, estudios sanitarios,

etc.), siendo consecuentemente muy difícil saber el efecto cuantificable que pueden tener estos programas, una de las personas entrevistadas da una respuesta veraz a lo que nos referimos y habla de una "necesidad sentida", la que ha sido motivo de críticas al ser evaluados programas similares.

El consolidado de respuestas nos mostró discrepancia entre ambos grupos de responsables (A,B y C,D), al no definir el grado de vinculación que une el programa, con la división de salud encargada de la formación de recursos humanos. Es notorio también el que ninguno de los entrevistados conociera con que asesoría técnica se elaboró el programa, siendo importante saber si se contó o no con personas capacitadas en su elaboración, pues del programa educativo dependen los resultados que tendrán los actuales estudiantes futuros trabajadores en salud de su comunidad.

En Guatemala, a nivel de la capital, existe actualmente un programa estatal similar, el de "Formación y capacitación en salud para voluntarios de áreas marginales de la capital", mencionado en la entrevista por los responsables A y B, en el impacto de este influye lo reciente de su introducción a los servicios de salud; consecuentemente no existen datos cuantificables de su impacto en las comunidades, pudiendo tener validez la respuesta que han tenido "buen" resultado, como dato pendiente de ser verificado.

Los responsables del programa, exponen conceptos diferentes en la definición de los objetivos perseguidos, estos además difieren con los objetivos escritos del programa, pues en ningún momento se lee en este haber sido creado para que las personas en capacitación "curen", mucho menos "para enseñar a las comunidades a desprenderse de sus círculos de ignorancia y consecuente pobreza", esto nos hace ver la falta de información de los responsables representantes de los patrocinadores del programa, probablemente por incoordinación entre ellos mismos y el encargado del programa. Además es de hacer notar que al leer los objetivos generales y específicos se observó confusión entre los perseguidos por el programa educativo, pues algunos de ellos tienden

a mezclarse con el componente médico curativo de la misma misión, con probabilidad que esto ocurra por errores de redacción del autor o bien por la relación que puede existir entre uno y otro componente.

C. Análisis y comentarios del consolidado de las Características de los alumnos

Es un grupo de estudiantes que cuenta con 10 miembros actualmente, resultando una fácil coordinación con los mismos, al igual de fácil el identificarse con ellos, tanto para observar sus logros, como problemas dentro del programa y tener visión del futuro que pueden tener como trabajadores en salud de su comunidad. Representan además un buen número de estudiantes para iniciar un programa que no cuenta con un marco estadístico para su desenvolvimiento, no conociendo cual será el alcance de este, pudiendo aumentar posteriormente el número de ellos.

El sexo femenino predomina en el grupo tanto como el estado civil casado, pudiendo plantear la situación que en Guatemala el hombre continúa con la responsabilidad de trabajar fuera de casa y proveer a su hogar, no teniendo la esposa un horario establecido como ama de casa. El componente religioso dentro del programa resalta, haciéndose notar como parte esencial del mismo.

Definitivamente la educación de los estudiantes previa a la capacitación en salud, actitudes, aptitudes, perfil socioeconómico, etc., son factores de suma importancia, que afectan no solamente la receptividad que el alumno tenga hacia la enseñanza, sino a su desenvolvimiento propio y del programa para llegar a sus fines. En programas de esta naturaleza con frecuencia se da por concluido que hay igualdad u homogeneidad en el grupo de alumnos, ante todo por pertenecer a un estrato social bajo o medio, teniendo posteriormente fracasos al no obtener los resultados requeridos, teniendo por lo tanto que tomar en cuenta a cada persona individualmente.

Observamos que la educación recibida por los estudiantes antes

de su adiestramiento en salud, en general, se encuentra entre los años de primaria, tienen diversas ocupaciones con predominio de ama de casa y una minoría devenga un salario (3 de 10) en su mayoría tienen viviendas que poseen básicamente lo necesario para llevar una vida adecuada (número de habitaciones adecuado al número de familia, agua potable, luz eléctrica, etc.) La mayoría de estudiantes (8 de los 10) son líderes en su familia, pudiendo poner en práctica sus conocimientos en salud iniciando desde su propio hogar. El grupo en general muestra un perfil social adecuado para la imagen que se necesita ante una comunidad, poseyendo lo necesario para fungir como "ejemplos".

El estudiante en adiestramiento necesita incentivos, éste es un factor motivacional y puede asegurar el constante interés de él hacia sus actividades, este ha sido uno de los puntos de mayor interés discutido en investigaciones similares, pues el hecho de darles un incentivo sobre todo monetario, puede hacer que el estudiante lo tome como salario o como una nueva fuente de ingreso, siendo deber de todo responsable de estos programas, hacer conciencia en los estudiantes y formar en ellos, además de un buen adiestramiento en salud, una actitud de ayuda a su comunidad ante todo.

Otro punto de mencionar es la conveniencia que el estudiante elija por el mismo adiestrarse en programas de esta naturaleza y no verse obligado ante una elección, el estudiante debe sentirse capaz de sobrellevar su responsabilidad tanto durante el período de adiestramiento como después de este. El grupo de estudiantes del programa aceptó adiestrarse para servicio de su comunidad.

D. Análisis y comentarios del consolidado Recursos

En general, el programa educativo motivo del actual estudio, cuenta con recursos humanos como físicos en calidad y cantidad satisfactoria, contando con un personal altamente capacitado, que nos podría hacer concluir en forma errónea en un "desperdicio" de recursos, sin embargo la mayoría de ellos son voluntarios entusiastas del programa, haciéndonos ver que sería realmente un desperdicio el no utilizarlos.

El presupuesto del programa, nos parece una cifra bastante reducida (Q.4,000.00/año), si pensamos en el pago de personal, incentivos dados al estudiante, compra de material didáctico, libros de texto y de consulta, papelería, etc., mostrándonos que una buena administración de fondos da como resultado un programa de bajo coste, que puede beneficiar a miles de personas.

Se verificaron los incentivos dados al estudiante, que ya fueron discutidos en parte en la sección anterior, encontrándonos con una formación en salud gratuita, la cual merece ser tomada en cuenta pues la mayoría de personas carecen de oportunidad para ser instruidos en esta área.

El material pedagógico es bastante adecuado, valdría la pena mencionar que los libros de texto en su contenido son dirigidos al Promotor de salud rural, siendo necesario en un futuro adecuar contenidos para una formación sobre todo preventiva, el Promotor de salud rural posee en su currículum acciones tanto preventivas como curativas.

Tendría que contarse con más libros de consulta, adecuados al estudiante, pues los que utiliza el programa en su mayoría son a nivel superior, pudiendo ser consultados únicamente por los docentes.

E. Análisis y comentarios del consolidado Procesos

Esta sección fué evaluada tomando en cuenta que la educación recibida por el estudiante durante su período de adiestramiento o capacitación determina en forma directa el impacto que pueda tener como trabajador en salud comunitaria, dependiendo del tipo de formación que se pretenda; sabiendo que el programa desea ante todo capacitar al estudiante para que desarrolle en mayor porcentaje acciones preventivas en salud, deducimos de la evaluación que éste tiene objetivos y contenidos útiles para la capacitación en esa área.

Nos encontramos con el problema de objetivos redactados en

forma poco clara y deficiente, conllevando esto a la inclusión de conductas difíciles de evaluar, esto mismo hace que el estudiante no conozca en forma concisa lo que se espera de él, por lo tanto es necesario además que el estudiante tenga el programa escrito, aunque el número de ellos sea reducido y sea fácil la comunicación con los docentes.

Creemos que todo individuo que imparta conocimientos a un grupo de personas de las que se espera sirvan a toda una comunidad, debe tener conocimientos en docencia para así tener presente principios didácticos adecuados al desarrollo del alumno y a nuestra realidad socioeconómica y cultural, situándose en la perspectiva de cada alumno y ser además de instructores o docentes, integrantes del grupo, para así hacer del proceso enseñanza-aprendizaje una actividad dinámica de interacción, teniendo que ser en determinado momento ejemplos para el estudiante, como lo será este posteriormente ante su comunidad.

Entre las actividades que tendrá el estudiante luego de haber concluido su adiestramiento podrían especificarse las pláticas en medicina preventiva que dará a su comunidad, pues uno de los puntos no tratados es la importancia de la "Lactancia Materna", siendo básico incluirlo en programas de esta naturaleza, además sería conveniente ver la posibilidad que el estudiante al finalizar su adiestramiento sea recurso auxiliar para adiestrar a futuras promociones. El adiestramiento es teórico-práctico, observando una adecuada relación entre ambos componentes, son llevados desde el inicio del adiestramiento hasta su finalización.

Los docentes utilizan variados métodos enseñanza-aprendizaje, haciendo notar la predominancia de la clase socializada y el método demostrativo, ambos esenciales para el tipo de capacitación, si recordamos que los conocimientos a adquirir son tanto teóricos como prácticos.

El programa evalúa mensualmente al alumno, enfatizando en el área teórica, llevando el área práctica a un segundo plano, por lo que

se hace necesario analizar nuevamente los parámetros de evaluación y determinar el verdadero valor del área práctica.

No existiendo en términos generales, un período de tiempo estipulado para este tipo de adiestramiento, teniendo que adaptarse a las necesidades y objetivos de cada programa, deducimos que actualmente el período de capacitación de este, se adapta a sus actividades requeridas, pudiendo contar con más horas según sea el rendimiento del alumno, el contenido de cada tema o si se optara por la educación continua, no olvidando que el programa es de reciente inicio y que aún no ha concluido con la primera promoción de estudiantes.

El rendimiento escolar promedio de los estudiantes ha sido excelente, mostrando con esto una buena relación docente-alumno, pudiendo darse por la motivación de los docentes en brindar de una forma adecuada los conocimientos y también la motivación y énfasis de los estudiantes para obtener conocimientos en salud y que posteriormente pondrán en práctica en sus comunidades.

Los docentes, como se mencionó con anterioridad, son personas capacitadas en diferentes áreas de salud y a la vez muestran ser eficientes tanto en su actuación y conducción docente, como en la forma de impartir sus clases.

Los estudiantes evaluaron el programa, con el objeto de identificar los problemas que han tenido durante el mismo, en general el programa les es satisfactorio, existiendo ciertas variantes en algunos casos, siendo necesario que los docentes identifiquen a aquellos alumnos que están indecisos en sus respuestas, para conocer la razón que tienen algunos de ellos para considerar la necesidad de contar con más horas para el desarrollo de los temas, ayudar a las personas que les resulte difícil el adiestramiento, determinar también a que se refieren aquellos que afirman no haber conseguido los libros necesarios a pesar que los de texto son proporcionados gratuitamente, refiriéndose probablemente a libros de consulta, tomando en cuenta que los proble-

mas encontrados pueden estar influenciados por otras actividades que el estudiante realiza en su vida cotidiana, recordando que no se dedican a adiestrarse en el programa únicamente.

Los resultados de la evaluación teórica efectuada al estudiante, nos muestra puntuos comparables con el rendimiento escolar promedio, haciendo suponer que el programa ha dado conocimientos prioritarios de atención primaria de salud adecuada a la formación que se quiere, además comprobando que el estudiante ha tenido el rendimiento esperado.

F.1 Consolidado de Efectos

Encuesta realizada a 120 personas miembros de las diferentes áreas marginales y que han tenido algún contacto con el programa de atención médica y promoción en salud de la Misión Menonita de Guatemala.

Características de la muestra

Edad y sexo de las personas encuestadas

Edad	F	M	T
0 - > 11 años	0	0	0
11 - > 21 "	15	1	16
21 - > 31 "	43	2	45
31 - > 41 "	26	1	27
41 - > 51 "	17	0	17
51 - > 61 "	9	1	10
61 y más "	3	2	5
Total	113	7	120

Religión de las personas encuestadas

Religión	No.	%
Católica	34	28.30
Evangélica	78	65.00
Otra religión	0	0.00
Sin religión	8	6.70
Total	120	100.00

1. Significado del término promotor o colaborador en salud para las personas encuestadas.

	No.	%
Enfermeros	28	23.3
Ayudantes del doctor	19	15.8
Personas que velan por el bienestar y salud de su comunidad	20	16.7
Sirven a Dios y a la comunidad	2	1.7
Personas que orientan en problemas de salud	10	8.3
Ayudan a la gente pobre	5	4.2
Personas que dan pláticas en salud	1	0.8
No sabe	35	29.2
Total	120	100.0

2. Número de personas encuestadas que conocen al promotor o colaborador en salud de su comunidad, que trabaja con las clínicas Menonitas.

	No.	%
Si	111	92.5
No	9	7.5

3. Número de personas encuestadas que ha consultado problemas con él o los promotores de su comunidad.

	No.	o/o
Si	51	42.5
No	69	57.5

4. Problemas consultados por las personas encuestadas.

	No.	o/o
Nutrición	1	1.96
Enfermedad	47	92.15
Espiritual	7	13.72
Personal	3	5.88
Referencia a hospital	1	1.96
Familiar	1	1.96
Consejo de salud	1	1.96
Embarazo	1	1.96

5. Número de personas encuestadas que consultaron problemas y recibieron la ayuda u orientación necesaria.

	No.	o/o
Si	51	100.00
No	0	0.00

6. Número de personas encuestadas que opinan que el servicio prestado por los promotores de salud de su comunidad es útil.

	No.	o/o
Si	120	100.0
No	0	0.0

7. Número de personas encuestadas que han recibido pláticas en salud por los promotores.

	No.	o/o
Si	60	50.00
No	60	50.00

8. Número de personas encuestadas que han recibido pláticas en salud y temas impartidos.

	No.	o/o
Nutrición	43	71.66
Importancia de leche e Incaparina	2	3.33
Higiene de alimentos	7	11.66
Alimentación	1	1.66
Preparación de alimentos	3	5.00
Preparación de leche e Incaparina	3	5.00
Alimentación de niños	3	5.00

9. Número de personas que han recibido pláticas y que le han gustado estas.

	No.	o/o
Si	60	100.0
No	0	0.0

10. Número de personas que han recibido pláticas y han entendido lo que se les trata de decir en ellas.

	No.	o/o
Si	60	100.0
No	0	0.0

11. Número de personas encuestadas que han recibido pláticas y que opinaron respecto a si la hora de inicio de las mismas fué respetada.

	No.	o/o
Si	60	100.0
No	0	0.0

12. Número de personas encuestadas que han puesto en práctica lo enseñado en las pláticas.

	No.	o/o
Si	58	96.6
No	2	3.4

13. Aplicación de conocimientos por los usuarios del programa, según respuestas de 58 personas.

	No.	o/o
Preparación de leche e Incaparina	15	25.86
Preparación de alimentos	14	24.13
Higiene de alimentos	7	12.06
Cómo hacer la leche	13	22.41
Preparación de Incaparina	15	25.86
Higiene personal	6	10.34
No recuerda algo específico	1	1.72

14. Personas encuestadas que han recibido pláticas y durante las cuales le mostraron carteles o dibujos alusivos al tema.

	No.	o/o
Si	60	100.00
No	0	0.0

15. Personas encuestadas que han recibido visita domiciliar de el promotor de su comunidad.

	No.	o/o
Si	44	36.7
No	76	63.3

16. Razones que motivaron la visita domiciliar, según respuestas de 44 personas.

	No.	o/o
Enfermedad	35	79.54
Problema personal	1	2.27
Consejo bíblico	1	2.27
Consejo de nutrición	12	27.27
Problema espiritual	8	18.18

17. Número de personas encuestadas que recomendaría a sus vecinos acudir con él o los promotores al tener problemas y necesitar consejo de salud.

	No.	o/o
Si	119	99.17
No	1	0.83

F.2 Análisis y comentarios de el consolidado Efectos

Al efectuar esta sección de la evaluación, pudo observarse, lo difícil que resulta determinar con certeza el impacto de un programa educativo, sobre todo en poblaciones que no cuentan con un censo que sirva de marco de referencia y así tomar la muestra representativa adecuada, incluyendo además el factor de ser un programa de inicio reciente. Fué necesario entonces recurrir al componente de atención médica de la Misión Menonita de Guatemala, y que tiene vínculos importantes con el componente educativo, como vimos en secciones anteriores, tomando la cantidad de personas adultas atendidas como primera consulta en lo que va del programa, sumando a la fecha de evaluación 1200, tomando el 10o/o de ellas como muestra representativa, o sea 120 personas, las cuales a su vez fueron tomadas al azar; haciendo constar de esta manera que la muestra presenta resultados indirectos.

La muestra nos indica que el servicio dado por los estudiantes está dirigido a cualquier persona sin importar su religión y que la relación de ellos con su comunidad es satisfactoria, pues ya se ha iniciado la demanda de ellos de los servicios que prestan como trabajadores en salud comunitaria y el 70% lo relaciona con actividades en salud; el 92% conoce al promotor de salud de su comunidad.

Poco menos de la mitad ha consultado alguna clase de problema, con prioridad en enfermedades, no olvidando que el promotor no tiene autorización para la utilización o prescripción de fármacos, dándose estos resultados por visita domiciliar post-consulta, hipodermia, curación, orientación o bien referencia de pacientes al médico encargado del programa curativo, observamos también que han prestado ayuda en una serie de problemas más, lo que nos sugiere identificación con la comunidad.

Los estudiantes han iniciado ya acciones de promoción y protección en salud, como lo comprueba el hecho que un 50% de las personas encuestadas ha recibido pláticas concernientes a Nutrición, dando una buena imagen al respetar la hora de inicio de estas y hacer uso de material didáctico, comprobando que el mensaje ha sido recibido poniendo en práctica lo enseñado un 48% de la muestra total.

Los resultados muestran que el 37% de la muestra ha recibido visita domiciliaria, por varios motivos, haciendo notar la confianza que están generando en su comunidad, comprobándolo porque la mayoría de personas (99%) recomienda sus servicios en caso necesario.

CONCLUSIONES

1. El vínculo y coordinación del programa evaluado con la política o estrategias en salud nacionales (programa estatal similar) no está bien definida por los responsables de los mismos.
2. El grado de conocimiento del programa, por los responsables entrevistados del mismo, es deficiente.
3. El grado de participación de los responsables del programa evaluado, en su diseño fué nulo.
4. El adiestramiento depende sobremanera de otro de los componentes de el programa "Atención médica y promoción en salud" de la Misión Menonita de Guatemala, y que es el de atención de morbilidad y visita domiciliaria.
5. El programa escrito es deficiente en cuanto a su redacción y estructura, esto directamente dado por no haber contado con asesoría técnica en su elaboración.
6. Los procesos educativos utilizados en el programa son adecuados para la formación que se requiere.
7. El programa es teórico-práctico y cuenta con recursos físicos y materiales adecuados a la formación que se necesita.
8. El programa se encuentra entre los lineamientos de la Atención Primaria de Salud.
9. Los estudiantes tienen un perfil socio-económico adecuado a la imagen que se necesita ante su comunidad y que les permite trabajar en ella.
10. Todos los miembros del programa que laboran en él, tienen un grado académico superior y están capacitados para desempeñarse como docentes.

11. La mayoría del personal laborante en el programa es voluntario.
12. El programa escrito incluye la Lactancia Materna y su importancia en sus contenidos, sin embargo no especifica este punto entre las acciones que el estudiante deberá desarrollarse al concluir el adiestramiento.
13. Los estudiantes han recibido educación entre los contenidos comprendidos por la Atención Primaria de Salud, teniendo excelente promedio escolar.
14. El programa evalúa al alumno mensualmente, enfatizando en el área teórica, llevando el área práctica a un segundo plano.
15. La mayoría de personas encuestadas conocen al estudiante en adiestramiento, considerando que el servicio que prestan es útil y pueden ser recomendados en caso necesario.
16. La relación entre el estudiante-promotor de salud y la comunidad es satisfactoria, 70o/o lo relaciona con actividades en salud, 42o/o ha consultado algún problema con él, 50o/o ha escuchado pláticas en salud, el 52o/o ha recibido visita domiciliaria y el 99o/o recomienda sus servicios en caso necesario.
17. Pese a que el programa es de reciente inicio, los resultados de la evaluación de sus efectos son satisfactorios, siendo necesario posteriormente efectuar una evaluación de impacto cuando el grupo de promotores tenga algún tiempo de trabajar como tales en sus comunidades, y se haya definido aún más la cobertura que puedan alcanzar.

RECOMENDACIONES

1. Efectuar una revisión del programa escrito, de ser posible con la ayuda de asesoría técnica, para que al determinar los puntos de mayor interés para él y su producto, los objetivos y contenidos sean redactados en forma clara y precisa.
2. Readecuar el programa en cuanto a su estructura, por ejemplo en módulos, secciones unidades, etc.
3. Incluir un programa de lactancia materna entre las acciones prioritarias que el estudiante deba tener durante su adiestramiento y luego de este.
4. Que la vinculación del programa evaluado con el programa estatal, sea definida por los responsables de los mismos, para así determinar la cobertura que pueda alcanzar el primero y coordinarse de la mejor forma posible con el segundo.
5. Que el programa continúe el desarrollo de sus acciones con prioridad en medicina preventiva.
6. Que en la evaluación que se efectúa al alumno, se tome en cuenta como componente básico (al igual que la teoría) el área práctica.
7. Que se efectúe una evaluación de impacto directo en las comunidades cuando el grupo de estudiantes haya concluido su adiestramiento, por lo menos a un año plazo.

RESUMEN

En Guatemala, como en otros países, la necesidad de crear programas que capaciten a personas de diferentes comunidades para utilizarlas como instrumentos en el área de salud a nivel urbano, ha sido basada en suposiciones, sin metas que pudieran tomar en cuenta los niveles de morbi-mortalidad de esa área, pues se carece de un marco estadístico de referencia; sin embargo nuestro país se encuentra en un estado de salud mantenido durante muchos años, sin cambios, aún con la ayuda de la medicina curativa, siendo necesario contar con coadyuvantes ante esa situación. La atención primaria de salud, ha mostrado lineamientos a seguir para alcanzar el objetivo de la "Salud para todos en el año 2000" aunque esto nos parezca lejano de alcanzar, debemos continuar con la esperanza de mejorar nuestros niveles de vida, lo que implica hacer uso de todos aquellos instrumentos no utilizados aún, como pueden ser los integrantes de las propias comunidades urbanas.

El programa "Adiestramiento de colaboradores en salud de áreas marginales de la ciudad capital", es el primero de esta naturaleza a nivel urbano, fué evaluado con el fin de que al nacer nuevos proyectos similares, se tome en cuenta la coordinación que debe existir entre ellos y el programa estatal, teniendo que unir criterios para una mayor cobertura y brindar los servicios tanto en cantidad como en calidad, lo que se merece todo ser humano; también tomando en cuenta que el impacto en las comunidades de los trabajadores en salud depende sobremanera de los conocimientos adquiridos por ellos durante su período de capacitación o adiestramiento.

En general el programa evaluado es bastante satisfactorio, encontrándose entre los lineamientos de la atención primaria de salud, el personal es bastante capacitado, los alumnos por su parte muestran un excelente rendimiento escolar promedio y los efectos en las comunidades cubiertas muestran una relación satisfactoria promotor-comunidad.

El programa muestra también ciertas deficiencias, respecto a la coordinación que deba existir con el programa estatal, pues sus responsables aún no definen esa vinculación que debe darse, sobre todo para unificar esfuerzos. El programa escrito debe revisarse nuevamente, con participación de los responsables del mismo y con asesoría técnica, para así redactar de la mejor forma posible los objetivos y contenidos y para determinar los puntos de mayor interés para él y su producto, esto servirá también para readecuar el programa en cuanto a su estructura conceptual.

Los procesos educativos del programa, son adecuados para la formación que se pretende, únicamente valdría la pena, en la evaluación mensual del estudiante, que el área práctica tuviera un valor proporcional.

Los recursos con que cuenta son proporcionales a sus necesidades actuales, teniendo que readecuarlo si el número de alumnos aumentara, si se continúan brindando incentivos monetarios o en especie, etc.

Los efectos del programa muestran una buena relación entre los estudiantes y sus comunidades, identificándose con ella, teniendo ya acciones en salud y medicina preventiva aún sin haber concluído su período de adiestramiento; tendría que efectuarse una evaluación de impacto posterior a haber concluído el período de capacitación, por lo menos a un año plazo, cuando la cobertura del programa sea mejor definida.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Abel-Smith, B. *et al* Aprovechamiento máximo de los recursos mínimos. *Foro Mundial de la Salud* 1980 (11y2):166-178
2. Annel, MV. Una experiencia guatemalteca: quien dirige es la comunidad y no el médico. *Foro Mundial de la Salud* 1982; 3(3): 325-327
3. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud 1a., Alma-Ata, URSS, 1978. *Atención Primaria de Salud* 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra, OMS, 1978. 91p.
4. Deman de Andrade, H. y J. Campodonico de Townsend. *Estudio de los servicios de atención primaria de salud que ofrecen los promotores rurales de salud en Guatemala*. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1983.. 54p.
5. Durana, I. *Estrategias enseñanza-aprendizaje en la atención primaria de salud*. Washington, OPS, 1982. 150p. (Publicación científica No. 433)
6. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. División de Formación de Recursos Humanos. *Proyecto de formación y capacitación en salud para voluntarios en áreas marginales de la capital*. 19p. (mimeografiado)
7. Hevia Rivas, P. Modelos de participación de la comunidad en los programas de salud. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1977, ene-feb; 34(1):239-254
8. Katz, F.M. *Pautas para la evaluación de programas de capacitación de personal en salud*. Washington, OPS, 1981. 36p. (Publicación científica No. 415)
9. Lafourcade, P.D. *Planeamiento, conducción y evaluación en la enseñanza superior*. Buenos Aires, Kapelusz, 1974. 285p.

10. Muller, I.G. *Participación popular en programas de atención sanitaria primaria en América Latina*. Medellín, Universidad de Antioquia, 1979. 200p.
11. Nérici, I.G. *Hacia una didáctica general dinámica*. 2a. ed. Buenos Aires, Kapelusz, 1973. 541p. (pp.158-183)
12. Ocano, F. et al *Evaluación del programa de formación de promotores rurales de salud*. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1978. 48p.
13. Orellana, E.N. *Adiestramiento de colaboradores en salud de áreas marginales de la ciudad capital*. Guatemala, Misión Menonita de Guatemala, 1984. s.p.
14. Otosu-Amaah, V. *National experience in the use of community health workers, a review of current issues and problems*. Geneva, OMS, 1983 (WHO offset publication No. 71)
15. Rifkin, S. Criterios de los planificadores sobre la participación de la comunidad en los programas de salud: teoría y realidad. *Contact* 1983, dic; 5(60):3-17
16. Wakefor, R. *Métodos didácticos para un aprendizaje eficaz*. Washington, OPS, 1976. 65p. (Publicación científica No. 327)

JO Bo
Quiacacín

Universidad de San Carlos de Guatemala
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS

DE LA SALUD

(C I C S)

CONFORME:

Telma duarte

Dra. Telma Y. Duarte de Morales
ASESOR. Colegiado No. 1610
Dra. TELMA DUARTE DE MORALES
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO NO. 1610

SATISFECHO:

Dr. José Felipe Quiacacín Ch
DRA. JOSE FELIPE QUIACAIN
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 1622

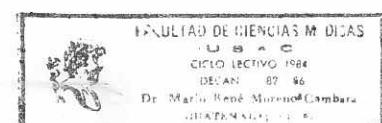
APROBADO:

Dr. Mario Moreno Camb
DIRECTOR DEL CICS

IMPRIMASE:

Dr. Mario René Moreno Camb
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS,
U S A C.

Guatemala, 2 de Noviembre de 1984



Los conceptos expresados en este trabajo
son responsabilidad únicamente del Autor.
(Reglamento de Tesis, Artículo 44).