

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**ESTUDIO COMPARATIVO DEL FUNCIONAMIENTO
DEL PROGRAMA DE MEDICINA FAMILIAR
EN CLINICA MUNICIPAL No. 2
Y CLINICA PARROQUIAL DEL TERCER MUNDO**

ONELIA ABIGAIL MONROY RODRIGUEZ DE TRUJILLO

PLAN DE TESIS

	Página
INTRODUCCION	1
DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	3
REVISION BIBLIOGRAFICA	5
MATERIAL Y METODOS	21
RESULTADOS	39
ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	65
CONCLUSIONES	69
RECOMENDACIONES	71
RESUMEN	73
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	76
APENDICES	79

INTRODUCCION

Con la presente investigación se pretende evaluar aspectos del programa de Medicina Familiar, en la clínica Municipal No. 2 y en la clínica Parroquial "El Tercer Mundo", especialmente establecer si el programa presenta elementos del concepto general de Medicina Familiar, y así mismo establecer diferencias en la ejecución del programa en las clínicas mencionadas. Los docentes y estudiantes de las clínicas en estudio, a través de una encuesta de opinión aportaron el material que se procesó para obtener los resultados de la investigación.

El estudio consiste en contrastar los elementos del concepto general de Medicina Familiar: Médico personal con orientación total hacia el paciente, Médico científico-social que atiende a toda la familia, y Médico que realiza diagnósticos preventivo, terapéutico y rehabilitador, con los aspectos curriculares específicos Objetivos, Contenidos y Actividades del programa de Medicina Familiar en la etapa de ejecución.

Para la presente investigación se usa la TEORIA DE LAS FACTORES, obteniéndose resultados para cada una de las clínicas, en los diferentes aspectos a investigar, teniendo los dos resultados se procede a comparar los diferentes perfiles de ambas clínicas, a través de INDICADORES DE SIMILARIDAD.

El programa de Medicina Familiar forma parte del plan de estudios del cuarto año de la carrera de Médico y Cirujano. Disponiendo de actividades que se desarrollan durante cuatro meses consecutivo siendo asignado determinado grupo de estudiantes a las trece clínicas familiares que funcionan en diferentes áreas de la ciudad capital, para que puedan proyectarse en actividades de docencia, investigación y servicio.

DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

La facultad de Ciencias Médicas, ha creado clínicas familiares, colocadas en lugares estratégicos, apartados de los servicios oficiales de salud, para que los usuarios de las mismas puedan tener especialmente Atención Primaria. Este programa ha estado funcionando durante catorce años tanto en clínicas privadas como municipales y nunca ha sido sometido a evaluación, desconociéndose por ello su eficacia. Es conveniente conocer los aspectos operacionales del mismo, a la vez que se hace necesario establecer las diferencias entre un servicio atendido directamente por personal docente de la facultad de Ciencias Médicas, y un servicio que cuenta con personal médico-administrativo de la municipalidad.

En los primeros contactos efectuados en las clínicas, así como en las comunidades se pudo establecer, que a nivel de los estudiantes no tienen claridad sobre los objetivos que persigue el programa, además ellos mismos refieren que casi nunca pueden proyectarse a la comunidad, pues la forma usual de hacerlo es citándolos a reuniones, pero los usuarios son citados y su asistencia es casi nula. Al interrogar a los estudiantes sobre su participación en prevención de enfermedades, responden que se dedican en mayor porcentaje a dar atención curativa.

El programa de Medicina Familiar es un programa docente-asistencial, destinado a formar al estudiante, no únicamente a prestar un servicio a la comunidad. Los estudiantes ponen de manifiesto, su inconformidad con los documentos que reciben de la facultad, considerando inapropiados, también es opinión de la mayoría, que les beneficiaría más, el recibir cursos de patología y clínica ya que eso les prepararía mejor para su futura práctica hospitalaria.

Se conoce la opinión de un docente, quien exterioriza, que no

todas las actividades programadas se realizan, pues no se dispone de tiempo suficiente.

En cuánto las opiniones de los usuarios de las clínicas, tenemos que consideran que existe una baja calidad en lo que se refiere a la relación médico-paciente, "algunos" recuerdan con nostalgia las visitas domiciliarias y la excelente relación profesional, que se vivía en años pasados.

Sabemos que el programa de Medicina familiar, además de darle al estudiante, la oportunidad de formarse académicamente, también le da la oportunidad de cultivar su sensibilidad social; Motivo por el cual debiera estar en constante supervisión, y efectuársele evaluaciones periódicas, para conocer mejor el funcionamiento del programa.

Se ha podido percibir, que las clínicas están prestando una atención indiferenciada, tal como atender ambos sexos, diferentes grupos etáreos con problemas de salud, y que no está funcionando como programa de Medicina Familiar.

De la problemática presentada anteriormente surgen interrogantes que nos permiten vislumbrar que se sabe relativamente poco del funcionamiento del programa de Medicina Familiar en las clínicas, y que las insatisfacciones percibidas, deben tener un origen: Es la organización del programa la que está fallando?, los docentes y los estudiantes en el momento de desarrollar el programa, están conscientes de los objetivos del mismo?, los contenidos del programa, realmente fortalecen el concepto de Médico de Familia?, las actividades programadas son las mismas que las ejecutadas?, funciona el programa en clínicas privadas como municipales?, Estas y otras dudas gravitan al rededor del porqué no funciona eficientemente el programa de Medicina Familiar.

REVISION BIBLIOGRAFICA

En todo el mundo se lucha incansablemente por remediar la desproporción entre el número de médicos calificados y la demanda cada vez mayor de sus servicios. Tanto los problemas de medicina como el común de las gentes esperan que el médico sea a la vez un hombre de ciencia, un humanista, un estudioso y un ciudadano con suficiente sentido de responsabilidad para ofrecer sus servicios donde sean necesarios, sobre todo en pequeñas colectividades. También insisten en que además de poseer los conocimientos médicos actuales, debe mantenerse al corriente de los adelantos de la medicina durante toda su vida profesional.

La calidad del programa de estudios es solamente uno de los factores que determinan los resultados de la enseñanza de la medicina, pero no por ello deja de ser uno de los más importantes. Un buen programa, debe basarse necesariamente en un análisis de los objetivos, los éxitos y los fracasos de la enseñanza de la medicina. Aún los países en desarrollo donde esos métodos tradicionales de la enseñanza de la medicina simplemente se han copiado sin tomar en cuenta las circunstancias locales, los resultados han sido catastróficos. El estudiante de medicina es preparado en unidades básicas, pasa muchas horas viendo operaciones, talvez no entienda lo que está haciendo, ni importa a nadie que lo entienda o nó. Los detalles de una cirugía cardíaca por ejemplo, no tiene ningún beneficio para un futuro médico de familia. De tal manera nos damos cuenta que su utilidad educativa intrínseca es muy limitada. De hecho el estudiante de medicina necesita que sus estudios le permitan apreciar la unidad de ciencias biológicas, conocer las necesidades de un organismo sano y saber como prevenir enfermedades y como tratarlas, cuando se presentan (3).

Las últimas dos décadas han visto un interés creciente en la

ciencia y el arte de enseñar, del cual la medicina no es una excepción. Se ha creado conciencia que el proceso de aprendizaje, cualquiera naturaleza biológica o psicológica, merece consideración especial para asegurar que se cumplan los objetivos de la educación. Con otras palabras se ha revelado que enseñar no es sinónimo de aprender, y la transmisión de ideas, de conocimientos y de técnicas, además de hacerse por métodos específicos representa en esencia una forma de relaciones humanas entre profesores y estudiantes. Ha surgido la expresión "pedagogía médica" como síntesis de las ideas anteriores. En la práctica refleja un diálogo entre las facultades de medicina y de educación, cuya esencia se ha hecho sentir desde hace mucho. Lo realizado en años recientes indica la necesidad de intensificarlo o de iniciarlo en las universidades donde no existe. Es un hecho curioso en las sociedades modernas el que organicen programas para la preparación de maestros para las escuelas primarias y secundarias, no obstante no los hay para los profesores universitarios. Una vez más la medicina no es una excepción.

El estudiante aprende mejor por una participación activa en el proceso y este concepto revela una adecuada relación con sus maestros, en la cual se armonizan el respeto el afecto y un propósito común. "De alguna manera lo científico debe mezclarse con lo humanitario". "Es la persona primero y los detalles de su preparación y adiestramiento después, lo que es importante a la larga" creada la conciencia de esta necesidad, métodos más efectivos de enseñanza emanan naturalmente.

En la promoción de la salud individual y colectiva, no menos que en la de la enseñanza universitaria, es esencial una perspectiva amplia, y una combinación de la técnica con la pedagogía. Si bien los asuntos varían en forma pero no en esencia, el adiestramiento que se requiere en cada una de las disciplinas es básicamente el mismo, porque de lo que se trata en la formación del médico y en la aplicación de los métodos de fomentar la salud, prevenir y curar en

fermedades, es de contribuir al bienestar y a la felicidad como cada ser humano siente, hay aspectos que no pueden subestimarse sin interferir en los resultados que se esperan. Nos referimos a las relaciones humanas, vale decir, a las fuerzas psicológicas y sociales que influyen en el cambio en las actitudes el aprendizaje y el progreso. En los últimos años se han observado, signos alentadores, al existir cierta inclinación a establecer una relación distinta y más completa, que conduzca incluso una colaboración ocasional. A medida que la educación ha adquirido mayor categoría y que la medicina ha tenido que enfrentarse con el problema crucial de dar a conocer mayor cantidad de materias a los estudiantes, se ha procurado aprovechar al máximo las posibilidades que ofrecen las escuelas de medicina al proceso de instrucción (3).

Se acepta hoy que el estudiante no debe ser solamente el objeto del proceso de enseñanza, sino el sujeto del mismo, vale decir un activo participante en todas sus fases, dado que se espera que él devuelva al medio social en servicios lo que la institución y el país le entregaron. El currículo se construye no con base a departamentos y estructuras rígidos, sino a problemas de mayor frecuencia y a programas para resolverlos. En el análisis de ellos concurren todos los docentes cuyo conocimiento y experiencia en ciencias básicas, clínicas y sociales es atingente. En continuo diálogo con los estudiantes éstos se benefician de la síntesis que les es indispensable para ejercer su cometido. De esta manera se integran en su pensamiento los conceptos y métodos de prevención de fomento y de restauración de la salud. Sabemos que los cambios profundos en las Universidades, aún en aquello que hay consenso, requieren de un largo lapso para generalizarse y de uno mucho mayor para evaluarse en términos de sus efectos en las sociedades, porque no concebimos hoy una universidad que viva ajena al desarrollo socioeconómico, cabría preguntarse que ha sucedido con la enseñanza de la medicina preventiva y social en América Latina. Bueno pues ha habido gran interés por el mejoramiento, cambio o innovación de la enseñanza

za de la medicina preventiva y social y se han efectuado varios intentos para mejorar los niveles de enseñanza en éstos dos aspectos, desde entonces la O.P.S. y otras instituciones han estado colaborando con las escuelas de medicina y promoviendo su interés en tal sentido. La transformación de un estudiante en médico supone una actividad humana específica que se denomina "actividad de enseñanza", su ejecución requiere de ciertos medios materiales y la forma como se desarrolla se llama "métodos y técnicas de enseñanza". La actividad de enseñanza adopta dos fines: A. La que realizan los profesores y B. La que llevan a cabo los estudiantes. (10)

La verdad es que la mayor parte de los profesores de medicina han sido formados para pensar y actuar más que como educadores como conocedores de la materia, a los que se les ha encomendado la responsabilidad de enseñar. Desde luego la escasez de las oportunidades que tienen los alumnos de estudiar medicina preventiva o de participar en proyectos destinados a salud pública, está en marcado contraste con la regularidad de sus experiencias en lo que se refiere al diagnóstico y tratamiento. (13)

En todos los países los médicos se dedican a diagnosticar a tratar y prevenir las enfermedades. Esos son los grandes objetos de la medicina, que por sí mismos dan una descripción general de la labor del médico en la colectividad: 1.- El estado actual de los conocimientos, 2.- Las condiciones personales del médico, su habilidad técnica, su aptitud para aplicar los conocimientos y aprovechar las experiencias y la medida que siga perfeccionando su formación durante su carrera profesional, 3.- Y las circunstancias en que ejerce. Estos tres factores docentes, científicos y administrativos están sin duda relacionados entre sí.

Cuando se examina la preparación del médico para su trabajo en la colectividad, se insiste hoy con frecuencia en la necesidad de que el estudiante adquiera conocimientos más profundos de medicina

social. Se cifran por consiguiente grandes esperanzas en los departamentos de medicina social estableciendo recientemente en algunas escuelas de medicina. De tal manera que es conveniente dar en el programa de estudios de medicina lugar mayor para los aspectos sociales de la enfermedad. La medicina hospitalaria tal como se presenta al estudiante en el curso de su formación, se diferencia en muchos aspectos de los problemas que el médico general debe afrontar y para cuya solución carece de la preparación suficiente por el carácter demasiado selectivo de la experiencia hospitalaria. (2)

En varios países de la América Latina, se han efectuado estudios, respecto a la Medicina Familiar, han concluido que es importante y aconsejable la creación en las escuelas de medicina, departamentos de Medicina Familiar, para que esta disciplina tenga presencia académica y al igual que las demás, el estudiante pueda ponerse en contacto con ella en el transcurso de la carrera; pues el pregrado tiene una enorme importancia para motivar estudiantes. Es allí donde se identifican con sus maestros y deciden sobre la especialidad que luego adoptarán para su ejercicio profesional de acuerdo a su vocación (4).

La facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en 1959 siendo Decano el Dr. Ernesto Alarcón B. crea el departamento de medicina preventiva y social, fungiendo como director del mismo, el Dr. Manuel Antonio Girón Morales. Las primeras acciones hacia la comunidad se realizaron en ese mismo año, en la colonia "La Florida", el programa se conoció como "observación familiar" y era llevado por estudiantes que cursaban el séptimo año de la carrera, (la carrera era de ocho años) esto trajo aparejado un convenio con la municipalidad de Guatemala, y con esa base se fundó un centro universitario y municipal, que desde entonces hasta la fecha, viene siendo sede de programas de la colectividad. La actividad de clínicas familiares se inició a partir de 1969 con una concepción teórica de trabajo de la colectividad,

que se iniciaba con la visita domiciliaria, para de allí expandirse paulatinamente dentro de la comunidad.

La poca motivación de catedráticos y estudiantes y la demanda de atención de morbilidad convirtieron a estas clínicas en consultas externas con escasa proyección a la comunidad. En 1973 el Dr. Ronaldo Luna a través de un programa de "Medicina Familiar y de la colectividad", trata de demostrar que el desarrollo evolutivo de la práctica clínica de Fase II, y 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 de la colectividad enferma.

Dicho proyecto hace una crítica en el sentido de que el desarrollo de la experiencia en clínicas con el individuo enfermo dentro de una clínica periférica tratando de hacer un enfoque científico y documentarlo a una ficha orientada a problemas; pretendiendo resolver problemas del individuo enfermo y complementarlo con un estudio de la familia por medio de la visita domiciliaria, sin antes haber logrado enfocar científicamente el problema de la colectividad enferma o por enfermarse. Este proyecto no logra llevarse a la práctica.

En esa época, el enfoque que se hacía del estudio del enfermo y de la colectividad se hacía unilateralmente, lo que no permitía una práctica que brindara la realización de objetivos propuestos.

La fase II inicia estas actividades en 1969, a través del programa de clínicas familiares, siendo la clínica familiar de la colonia Centro América la primera en funcionar.

En 1976 se hace revisión del trabajo realizado hasta ese momento con la colectividad, concluyendo que en un 90% de las actividades se concretaron básicamente a atención de morbilidad y

únicamente el 10% a trabajo con la colectividad.

En 1977 se realizó un seminario sobre Medicina de la colectividad en donde se elaboró un proyecto para dicho programa que fue aceptado y revisado posteriormente por Fase II y se llevó a cabo durante ese año, dándole mucha importancia a la educación en salud y formación de personal en salud, el programa es modificado nuevamente y a mediados de ese año es revisado y se concluye que es necesario para que el estudiante tenga una relación más directa entre teoría y práctica con respecto a su aprendizaje. (17)

En 1981, se realizó una evaluación de Clínicas Familiares, en donde se efectuó un resumen que indicaba que cuando se escogieron setenta y un parámetros del documento que describen los roles que puede desarrollar el médico recién egresado de la Facultad, no necesariamente se está pensando en el nivel teórico que actualmente posee el estudiante de cuarto año de medicina, que actualmente cursa este programa, ni en los conocimientos que poseen los docentes encargados de ejecutar el mismo, sino el criterio que prevaleció en el grupo planificador; dicho criterio fue el aprovechar al máximo las posibilidades que el programa de clínicas familiares pueden ofrecer a los docentes para la estructuración de un programa que permita satisfacer las necesidades de aprendizaje, como servicio y docencia para el estudiante y además contribuir secuencialmente a obtener un médico acorde a las necesidades del país.

También concluyeron que las clínicas familiares dedicaban su esfuerzo al desarrollo de actividades de tipo médico-asistencial, no existiendo un programa bien estructurado que indicara los objetivos y fines que se persiguen, ni que delimiten las metas y los logros que los estudiantes deben lograr durante su práctica. (17)

Al revisar los programas de Medicina Familiar de años anteriores, aparece el programa de 1981 llamándose aún como "Clínicas fa

miliares" luego el programa de 1982, aparece ya como "Programa de Medicina Familiar", realmente no se encontró ninguna documentación oficial que fundamente el aspecto de cuando fué que el programa adoptó el nombre de "Programa de Medicina Familiar", conociéndose únicamente que fué en la época que el Dr. Mynor Cordón fungía como coordinador del programa.

Por referencias personales, se conoce también, que en época que el Dr. Walheim, fué Decano de la facultad de Ciencias Médicas, reunió a tres docentes, que trabajaban en ese tiempo en el programa de "Clínicas Familiares" para que elaboraran los programas de medicina interna, pediatría y obstetricia, en esa época el programa se llamaba de "pediatría", y realmente ya se atendían adultos y mujeres embarazadas; de la estructuración de los programas dependió a que se comenzara a trabajar con el concepto que ahora se conoce como atención de primer nivel, dentro del concepto de Atención Primaria en Salud.

En 1972 también se efectuó un convenio, entre la Municipalidad de Guatemala y la Universidad de San Carlos, sobre el programa de Clínicas Familiares. (6) La facultad de Ciencias Médicas celebró dicho convenio con la Municipalidad de Guatemala, pero el programa no funciona solamente en clínica municipales, sino también en clínicas con carácter de privadas.

Este programa funciona en clínicas situadas en lugares estratégicos apartados de los servicios oficiales de salud, para otorgar Atención Primaria en salud. Idealmente esta atención se orienta, hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad y presta los correspondientes servicios preventivos, curativos y de rehabilitación, así mismo fomento de salud.

Como esos servicios reflejan las condiciones económicas y los valores sociales del país y de sus comunidades y son una emanación

de esas condiciones y esos valores, variarán lógicamente según las diversas comunidades, pero han de comprender como mínimo: La promoción de una nutrición adecuada y de un abastecimiento adecuado de agua potable; saneamiento básico, salud de la madre y el niño, incluida la planificación familiar, inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales, la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y luchas correspondientes y el tratamiento adecuado para las enfermedades y traumatismos comunes. (5)

Conviene señalar que los conceptos Atención Primaria, Atención de Primer contacto, Medicina Familiar y Medicina General (esta es la más conocida) respondieron especialmente en los países más desarrollados, a necesidades y presiones del público, Médico de Atención Primaria, Médico de Familia. Todos ellos tuvieron en común la aspiración de preparar un profesional capaz de proporcionar al público, una atención médica en condiciones ideales, en forma integral, continua, con una excelente relación médico-paciente, y considerando al individuo como parte de un entorno familiar y social. La comisión nacional de servicios de salud comunitaria definió a este profesional diciendo "cada individuo debería tener un médico personal que sea el punto de control para la integración de todos los problemas relacionados con los servicios médicos para su paciente". Dicho médico enfatizará la práctica de la medicina preventiva tanto a través de sus propios esfuerzos como en conjunto con los recursos sociales y de salud de la comunidad. (4)

Más o menos, paralelamente con el interés por relacionar la enseñanza de la medicina, con las necesidades de salud de cada país, se fué estimulando en los educadores médicos latinoamericanos la inquietud por analizar, criticar y mejorar los métodos e instrumentos utilizados en la enseñanza, tratando de comprender los fundamentos sobre los cuales se sustentan. La búsqueda de una metodolo-

gía para la toma de decisiones relacionadas con estas materias así como con los contenidos curriculares y su organización, también ha merecido creciente atención. (1)

La Facultad de Ciencias Médicas USAC, mediante el programa de medicina familiar que funciona en las diversas clínicas de la ciudad capital, es un programa curricular ubicado en el pre-grado de la carrera y conlleva un proceso de enseñanza-aprendizaje con funciones de docencia, investigación y servicio. Dicho programa fue planificado para desarrollarlo en el cuarto año de la carrera de Médico y Cirujano, y en las áreas lejanas a los servicios oficiales de salud. Como todo propósito de programación es la utilización óptima y la asignación de los recursos escasos en logros de objetivos múltiples, a través de medios adecuados para su obtención. (8)

Si tomamos estos conceptos como fundamentación podemos sobreentender cierta información que nos ayude a integrar el diagnóstico de salud y comparar el grado en que se alcanzaron los objetivos o metas previstas en los programas. Objetivo principal del programa de medicina familiar es formar al estudiante como médico familiar. (7)

No debemos olvidar que médico de familia según la Asociación Americana, es el médico de primer contacto con el paciente y le provee un medio de entrada al sistema de cuidados de salud, evaluando las necesidades de salud total del paciente, le provee de cuidados médicos personales en uno o más campos de la medicina y refiere al paciente, cuando está indicado, hacia recursos apropiados de cuidados de salud, mientras preserva si la continuidad de dichos cuidados, dentro de un contexto ambiental incluyendo la comunidad y la familia, o una unidad social similar. El Médico de Familia es un médico personal, orientado hacia el paciente total, practica una medicina a la vez científica y humanística puede dar cuidados a un solo miembro o a toda la familia incluyendo servicios pre-

ventivos diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores, de mantenimiento de la salud y referencias apropiadas de pacientes hacia servicios especializados y de apoyo, esto incluye a los diferentes sexos y grupos étnicos. (4)

En el año de 1970 se inicia en la facultad de medicina la actividad que incluye todos los principios clínicos para trabajar los problemas médicos del paciente ambulatorio. (12) Según el trabajo de tesis del "Dr. Rodrigo Ovalle De León un excelente currículo teórico, no genera automáticamente una buena enseñanza, solo la facilita. Entonces podemos comprender el giro tomado después del cambio en la Facultad de Ciencias Médicas, incrementando actividades que despierten el servicio asistencial que se presta en las clínicas, viniendo a formar parte de una nueva etapa en el cumplimiento de lo antes mencionado. También se ha dicho referente al cambio en la facultad de medicina, que en una época cuando hay más apetito de saber, más demanda de habilidades, más necesidad de servicio, nuestros métodos de enseñanza tienen que modificarse para obtener mayor rendimiento y efectuar actividades. (12)

La utilización ideológica de la medicina ha llegado a crear en la actualidad la llamada medicina comunitaria tratando de buscar un cambio cualitativo que vendría a ser la fórmula para resolver los problemas de salud existentes 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. (17)

La facultad de medicina aún no ha sometido a evaluación oficial el programa de medicina familiar o medicina comunitaria, la pregunta "Cómo evaluar" es pertinente solo si se ha respondido afirmativamente a otra pregunta fundamentada, a saber, Debe hacerse una evaluación? Sólo si se está interesado en serciarse si una labor es eficaz, eficiente y constituye una contribución importante al cuidado de la salud de la población que quiere atender; sólo se

puede expresar juicios sobre eficacia, eficiencia y resultados cuando existe una sólida base de información. La evaluación se convierte en un medio para documentar lo que se está haciendo, analizar los problemas e identificar alternativas para su solución. (14)

Según la Dra. Geraldine Grajeda, "Un maestro está midiendo siempre que recoge evidencias de la aptitud, desempeño, logro de objetivos o cambios de conducta del estudiante de la manera más objetiva y científica, pero, cuando estos datos se enfocan como base para juzgar la calidad o preparación del estudiante, se presenta la evaluación".

El propósito general en el proceso de enseñanza aprendizaje es mejorar el rendimiento de un estudiante o reforzar un conocimiento ya existente, de tal manera que es tarea muy importante para un centro educativo que la evaluación se centre en la necesidad de valorar si la actividad educativa ha promovido cambios en el estudiante y si éstos son los que se esperaban, esto es, si se ha alcanzado los objetivos propuestos en el proceso. (11)

Las modernas teorías en relación al proceso de enseñanza-aprendizaje han logrado grandes modificaciones en la forma como se conceptúa la evaluación y sus consecuencias en los procedimientos para llevarla a cabo.

Se ha planteado que la evaluación debe ser constante y continua y que los resultados de la misma sean utilizados para retroalimentar el proceso de enseñanza aprendizaje. (11)

El hombre es el único ser de la naturaleza que se ha creado a sí mismo. Esto ha sido posible gracias a su actividad consciente, a la práctica humana. Los aspectos fundamentales de la práctica social son, por una parte, la acción recíproca del hombre sobre la naturaleza; y por otra parte, la acción recíproca del hombre sobre el

hombre. El hombre al transformar a la naturaleza se ha transformado a sí mismo. El ser humano para sobrevivir y desarrollarse requiere del éxito de su práctica social y la base de su éxito depende de la objetividad de su pensamiento; conocer, reflejar correctamente los fenómenos de la naturaleza, tanto en sus relaciones internas como externas, para poder intervenir en sus procesos de cambio de acuerdo con sus necesidades concretas. "La noción de necesidad" es, en efecto, una noción histórica. El ser humano no se define por un registro de necesidades denominadas de una vez por todas. El proceso civilizador es creador de nuevas necesidades. Uno de los rasgos de este proceso, en el cual el hombre se eleva ante sí mismo, es que interviene cada vez de una manera más consciente, empleando sus posibilidades de dirigir el cambio. La realización de esta posibilidad es lo que se llama en ciencias sociales planificación o bien desarrollo de comunidad".

El hombre para poder transformar la realidad en forma consciente necesita descubrir el funcionamiento, el mecanismo que rige las relaciones entre los fenómenos, en esta forma está en posibilidad de predecir los cambios y dirigirlos de acuerdo con sus necesidades concretas.

La posibilidad de transformar conscientemente la realidad, o sea de dirigir los cambios de acuerdo a las necesidades concretas, está en relación directa con la posibilidad de conocer objetivamente esa realidad. Este es el fundamento de la estrecha relación que existe entre la teoría el método y las técnicas, que en conjunto es lo que constituye la ciencia. (18)

"Sistema de evaluación para el PREDE" (Departamento de Asuntos Educativos, OEA, 1974). Define la evaluación como el proceso que consiste en la definición, estructuración, obtención y suministro de información valorada útil para formular las diferentes alternativas de decisión con respecto al sistema, subsistema o componente a ser

evaluado, resaltando que la información que provee un proceso de evaluación educacional ha de servir para la toma de decisiones.

Al presentarse el modelo se marcan como requerimiento de un sistema de evaluación educacional o de proyectos, los siguientes:

- a- Definición cuidadosa del Universo de Observaciones; entendiéndose como tal a los aspectos específicos o de dimensiones del proyecto, que serán objeto de análisis.
- b- Información independiente de cada una de las dimensiones.
- c- Información integrable a un todo coherente, es decir, que tenga en mente el cuadro completo del proceso.
- d- Que el modelo del método sea valorativo y no solamente descriptivo, es decir que permita la calificación del proyecto evaluado como aceptable, inaceptable o inconveniente etc. (9)

Garzón, Gaycedo y Serafini, en el citado documento, opinan que la teoría de las facetas (a la cual consideran fundamentalmente una nomenclatura lógica) de las bases para el desarrollo de un sistema de evaluación con características antes enunciadas; explicitan los elementos fundamentales de esta teoría, definiendo a las facetas como el conjunto que desempeña el papel de componente de un conjunto cartesiano.

Utilizando este arbitrio lógico, definen el marco general de la evaluación que da origen al universo de observaciones que será motivo de investigación. Para el caso de la evaluación de proyectos educacionales, proponen una estructura con las siguientes dimensiones:

FACETAS

- A: Objeto a evaluar
- B: Etapa de la evaluación
- C: Nivel de la evaluación
- D: Dimensiones a ser evaluadas
- E: Elementos de contraste
- F: Alternativas de decisión

Cada una de estas dimensiones son facetas de un universo (S), así: $S = A.B.C.D.E.F.$

A su vez estas facetas están integradas por elementos, por ej:

- A: Objeto a evaluar
- B: Etapas de evaluación

- a_1 : Proyectos
- b_1 : Inicial

- a_2 : Programas
- b_2 : Proceso

- a_i
- b_i

Los subconjuntos:

$$A.B = (a_1b_1); (a_2b_1); (a_2b_2); \dots; (a_ib_i)$$

Son llamados perfiles y están contruídos por elementos A y B.

NORMAS: Son formulaciones de tipo afirmativo concernientes a una propiedad deseable en el objeto a evaluar, con mención del nivel o grado en que debe aparecer. Su propósito es verificar si el objeto cumple la norma. En su conjunto, las normas constituyen una

muestra que pretende ser representativa del universo de especificaciones.

INDICADORES: Son un conjunto de evidencias observables que siguen a la norma y que la operacionalizan. En virtud de la naturaleza frecuentemente intangible de algunos de los aspectos de los objetos que se evalúan, algunos indicadores no son directamente verificables. En estos casos se hace referencia a documentos auxiliares o complementarios (16).

Se afirma frecuentemente que es necesario promover una mejor comunicación entre investigadores sociales de diferentes áreas presenten sus necesidades o posibles carencias en materia de instrumentos cuantitativos.

Así la evaluación educativa, disciplina relativamente nueva y que está en procura de organizar su propio arsenal metodológico, podría recibir una ayuda importante de la estadística aplicada en por lo menos, tres grandes líneas.

Indicadores de similaridad-distancia que no incluyen la varianza en su estructura. A diferencia de la investigación, que regularmente está en busca de las relaciones entre variables, la evaluación frecuentemente está interesada en la distancia entre un ente individual y un conjunto de normas o padrones cuantificables. En estos casos sería útil disponer de indicadores simples, interpretables en términos evaluativos, y que consideren simultáneamente las diversas normas de referencia. (16)

MATERIALES Y METODOS

RECURSOS HUMANOS:

Estudiantes y docentes de la clínica municipal No. 2
Estudiantes y docentes de la clínica parroquial EL TERCER MUNDO
Asesor Dr. Carlos Francisco Alonzo
Revisor Dr. Humberto Aguilar Staackman
Consultor Lic. Juan José Chávez (IIME)
Investigador Br. Onelia de Trujillo

RECURSOS MATERIALES:

Programa de Medicina Familiar
Instrumento a pasar
Clínica municipal No. 2
Clínica parroquial EL TERCER MUNDO

METODOS:

La presente investigación se realizó a través de la TEORIA DE LAS FACETAS, a la cual Garzón, Caycedo y el Dr. Oscar Serafini, consideran fundamentalmente una nomenclatura lógica; explicitan los elementos fundamentales de esta Teoría, definiendo a las facetas como el conjunto que desempeña el papel de componente de un conjunto cartesiano. Utilizando este arbitrio lógico, definen el Marco General de la Evaluación que da origen al Universo de Observaciones que serán motivo de investigación. Para el caso de la evaluación de proyectos educacionales, proponen una estructura con las siguientes dimensiones:

FACETAS

- A: Objeto a evaluar
- B: Etapa de la evaluación
- C: Nivel de la evaluación
- D: Dimensiones a ser evaluadas
- E: Elementos de contraste
- F: Alternativas de decisión

Cada una de estas dimensiones son facetas de un universo (S), así:
 $S=A.B.C.D.E.F.$

A su vez, cada una de estas facetas están integradas por elementos.

NORMA: Son formulaciones de tipo afirmativo concernientes a una propiedad deseable con el objeto de evaluar, con mención del nivel o grado en que debe aparecer. Su propósito es verificar si el objeto cumple la norma. En su conjunto, las normas constituyen una muestra que pretende ser representativa del Universo de especificaciones.

INDICADORES: Son un conjunto de evidencias observables que siguen a la norma y que la operacionalizan. En virtud de la naturaleza frecuentemente intangible de algunos aspectos de los objetos que se evalúan. (9).

LA FRASE CONFIGURATIVA:

Para evitar un exceso de formalismo, se propone la formulación de una frase configurativa, que conecte lógicamente las facetas. Esta añade contenido semántico al conjunto cartesiano definido, y facilita la comunicación.

PROCEDIMIENTO

La investigación se realizó en la clínica municipal No. 2 y en la clínica parroquial EL TERCER MUNDO.

- i. Todos los que participaron en el estudio, usaron el mismo diseño de instrumento de investigación.
- ii. Todos los que participaron en el estudio recibieron la misma información en cuanto: importancia del estudio, instrucciones previas a utilizar el instrumento de investigación.
- iii. Cada participante en el presente estudio, tuvo la misma oportunidad de emitir juicio propio al dar respuesta al instrumento.

PARADIGMA ESTADISTICO

El presente trabajo de investigación, se efectuó a través de la TEORIA DE LAS FACETAS de Louis Guttman, con la adaptación su gerida por John Jordan, se empleó el estadístico siguiente:

LA CONGRUENCIA EN LA EVALUACION EDUCACIONAL

El concepto de congruencia entre ciertos criterios y los resultados obtenidos en la implementación de un proceso educativo, fue propuesto en varias ocasiones por autores tales como: Stake (1967), Cerdeira (1976), entre otros. La congruencia, en este contexto, se rá simplemente la coincidencia entre una situación observada y una situación deseable en algún aspecto relevante de tal proceso. Frecuentemente al evaluar un proyecto o un ente educacional cualquiera, se dispone de información cuantitativa sobre el aspecto o variable en estudio y sobre algún sistema de valores que constituyan normas o padrones. En caso de que se considere una dimensión aislada o varias dimensiones alternativamente, no es difícil encontrar indicadores cuantitativos de la distancia entre el resultado obtenido y la norma aceptada.

Por otra parte, en caso de que se consideren simultáneamente varias dimensiones que generen un perfil evaluativo, la situación es algo más compleja. En este caso, además del conocimiento de la estructura cualitativa del perfil, es de utilidad poseer información que resuma las diferentes distancias que surgan del perfil. El coeficiente simple (C) sugerido aquí en carácter experimental, parece poseer las características mencionadas.

Coeficiente simple, cobra sentido en la demarcación de un constructo que podríamos denominar "espacio evaluativo". En ese espacio las variables del perfil constituyen un sistema de coordenadas ortogonales que definen sus dimensiones. La posición (0) del ente evaluado, está determinada por los resultados que son atribuidos a cada variable. Conviene indicar aquí que estos resultados deben ser convertidos en una escala común que los haga comparables. De la misma manera, los valores normativos para cada variable determinan en el espacio evaluativo un punto (n) que se considera deseable u óptimo. La distancia euclidiana (D), entre (0) y (n) puede calcularse fácilmente. El empleo de la distancia euclidiana como medida de similitud entre fenómenos de las ciencias de la conducta ya tiene antecedentes.

Véase por ejemplo Osgood (1957) y Kerlinger (1965). Sin embargo, por sí solo, no es directamente interpretable en términos de evaluación, de acuerdo con Everitt (1974), con la excepción del caso en que $D=0$ por que el punto (0) coincide con (n). Esto es, en el caso de que un proyecto o ente educativo evaluado sea perfecto. Como en general, no será este el caso, se necesita otro dato obtenido del mismo espacio que sirva de elemento de comparación con (D).

Se sugiere aquí (D_{max}), que es la distancia máxima permitida por la escala de evaluación utilizada. (C) proviene básicamente de la relación de (D) con D_{max} . Las fórmulas correspondientes se presentan a continuación:

2.1 El coeficiente de congruencia simple se emplea cuando se acepta que todas las variables consideradas tengan el mismo peso o ponderación en la decisión evaluativa.

$$C = 1 - \frac{D_{on}}{D_{max}}$$

$$D_{on} = \left[\sum (X_{oi} - X_{ni})^2 \right]^{1/2} \quad \text{(Distancia entre el objeto evaluado y la norma o criterio)}$$

donde

X_{oi} = Valor atribuido al objeto evaluado en la variable (i)

X_{ni} = Valor normativo para la variable (i)

$$D_{max} = \left[\sum (X_{mini} - X_{ni})^2 \right]^{1/2} \quad \text{(Distancia máxima permitida por la escala)}$$

donde:

X_{mini} = Valor mínimo de la escala para la variable (i). En el caso de que la escala sea constante para todas las variables, se puede definir $T = X_{mini} - X_{ni}$ en tal caso:

$$D_{max} = T (K)^{1/2} \quad \text{(donde K = número de variables)}$$

En estos casos, la fórmula computacional de (C) será:

$$C = 1 - \frac{\left[\sum (X_{oi} - X_{ni})^2 \right]^{1/2}}{T (K)^{1/2}}$$

INTERPRETACION DE LOS COEFICIENTES

La amplitud, o sea el intervalo de los valores de (C), varía de 0 a 1. Así, siendo $C=1$ indica congruencia perfecta y $C=0$ revela discrepancia total. En términos valorativos, $C=1$ indicaría una adecuación total de las dimensiones evaluadas a los valores normativos. Como puede advertirse, una variación de (C) es la misma que la de los valores absolutos del coeficiente de correlación (r) de Pearson y otros derivados del mismo. Esto puede ayudar a interpretar las magnitudes intermedias de (C) por ejemplo: Pereira (1965), sugiere para las ciencias de la conducta, el siguiente esquema interpretativo de los valores absolutos de (r) que obviamente no deben ser confundidos con una significación estadística de los mismos.

De 0.00 a 0.20 = Correlación completamente despreciable, interdependencia insignificante.

De 0.21 a 0.40 = Correlación baja, relación definida, pero de escaso valor de pronóstico.

De 0.41 a 0.70 = Correlación moderada, relación substancial.

De 0.71 a 0.90 = Alta correlación

De 0.91 a 1.00 = Correlación prácticamente perfecta.

Análogamente, podríamos sugerir para los valores (C) y los siguientes cortes interpretativos, confiriéndoles una connotación evaluativa con referencia a la toma de decisiones.

De 0.90 a 1.00 = Congruencia prácticamente perfecta. Decisiones positivas. Incondicionales.

De 0.70 a 0.89 = Alta congruencia. Decisiones positivas. Condicionadas a modificaciones de detalle.

De 0.40 a 0.69 = Congruencia moderada. Decisiones positivas, condicionadas a modificaciones substanciales.

De 0.20 a 0.39 = Baja congruencia. Decisiones generalmente negativas.

De 0.00 a 0.19 = Congruencia prácticamente nula. Decisiones negativas incondicionales.

SIGNIFICACION ESTADISTICA DE LOS COEFICIENTES

Los coeficientes de congruencia fueron elaborados principalmente, para ser utilizados con propósitos descriptivos, en proyectos educativos individuales. Sin embargo, algunas veces, el perfil de congruencia se pretende determinar, se calcula a partir de las respuestas de una muestra de informantes. Así, el perfil está constituido por un conjunto de medias aritméticas. En estas circunstancias, los coeficientes de congruencia quedan expuestos a oscilaciones del modelo, en la medida en que lo está el vector de medias aritméticas. Actualmente se desconoce el error estándar de los coeficientes de congruencia; pero podemos estimar indirectamente su significación estadística a partir de su relación con χ^2 (chi-cuadrado). En nuestro caso se calcula el estadístico (Q) por la siguiente fórmula.

$$Q = N (m_o - \bar{X})^2 \sum \frac{1}{m_o - \bar{X}}$$

donde:

N = Número de elementos de la muestra (informantes)

$\bar{X}$ = Vector de medias aritméticas obtenidas de la muestra de informantes. (Obviamente se obtiene una media para cada variable de perfil)

m_o = Vector de parámetros. (En este caso, conjunto de valores normativos para cada variable).

Σ = Matriz de dispersión de las (p) variables consideradas simultáneamente.

Los coeficientes de congruencia que se presentan en este trabajo pueden ser utilizados como se pensó originalmente, para evaluación de proyectos educativos en términos de multicriterios. (16)

Por tratarse de un estudio comparativo se usará en este trabajo, indicadores de similaridad-distancia, que no incluyan la varian-za en su estructura. A diferencia de la investigación, que regularmente está en busca de las relaciones entre variables, la evaluación frecuentemente está interesada en la distancia entre un ente individual y un conjunto de normas o padrones cuantificables (16).

INDICADORES DE SIMILARIDAD:

Para calcularlo, se ordenan los perfiles por rangos, los índices de distancia de cada variable y se aplica la fórmula:

$$S = 1 - \frac{\sum |d|}{D_{\max}} \quad d = \text{sumatoria de los valores absolutos.}$$

Para calcular $D_{\max}$ se invierten los rangos de uno de los perfiles, se calculan las diferencias de las distancias en su valor absoluto, y se suman de donde:

$$D_{\max} = \sum |d_{\max}|$$

otro método de cálculo es por medio de las fórmulas.

$$D_{\max} = \frac{N^2}{2} - 0.5 \quad \text{cuando } N \text{ es impar}$$

$$D_{\max} = \frac{N^2}{2} \quad \text{cuando } N \text{ es par}$$

donde N = Número de variables.

INTERPRETACION DE LOS COEFICIENTES DE SIMILARIDAD ES LA SIGUIENTE:

0.90	a	1.00	perfecta similaridad estructural entre perfiles.
0.70	a	0.89	alta similaridad estructural entre los perfiles
0.40	a	0.69	moderada similaridad estructural entre los perfiles
0.00	a	0.39	no hay ninguna similaridad estructural.

PUNTO CRITICO

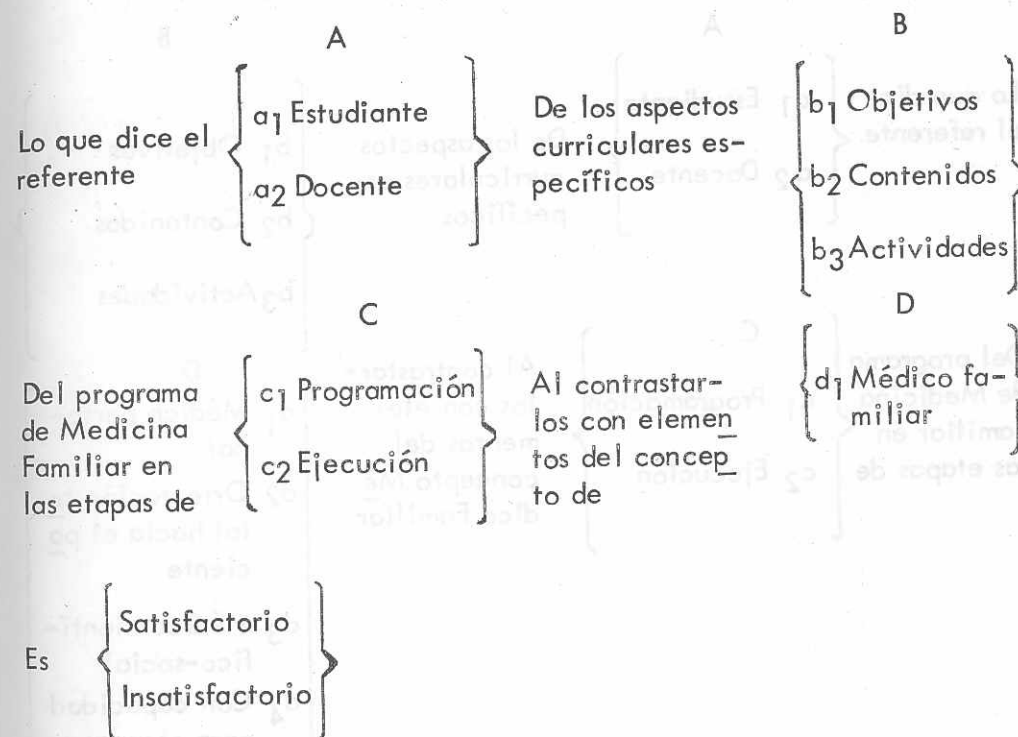
1. Los objetivos del programa de Medicina Familiar, presentan elementos del concepto general de Medicina Familiar?
2. Los contenidos, objetivos y actividades del programa de Medicina Familiar, ayudan al estudiante a fortalecer el concepto de Médico de Familia?

3. En que forma se realiza el programa de Medicina Familiar en las clínicas Municipal No. 2 y parroquial El Tercer Mundo?

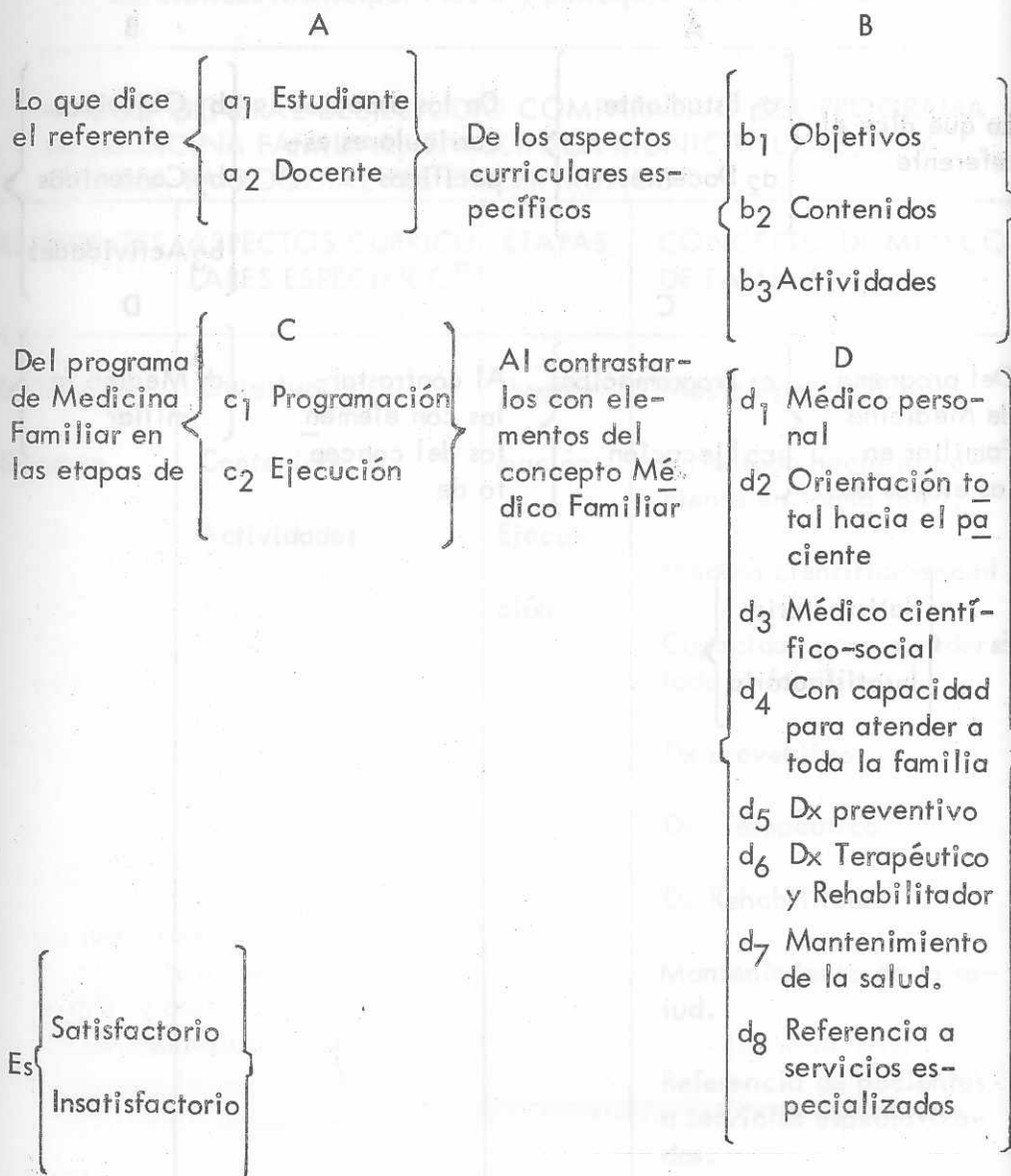
MARCO GENERAL DEL ESTUDIO COMPARATIVO DEL PROGRAMA DE MEDICINA FAMILIAR, EN CLINICA MUNICIPAL No. 2 Y CLINICA PARROQUIAL "EL TERCER MUNDO"

REFERENTES	ASPECTOS CURRICULARES ESPECIFICOS	ETAPAS	CONCEPTO DE MEDICO DE FAMILIA
Estudiante	Objetivos	Progra-	Médico personal
Docente	Contenidos	mación	Orientado hacia el pa-
	Actividades	Ejecu-	ciente en forma total.
		ción	Médico científico-social
			Capacidad para atender a toda la familia.
			Dx preventivo
			Dx. Terapéutico
			Dx Rehabilitador
			Mantenimiento de la sa-
			lud.
			Referencia de pacientes a servicios especializa-
			dos.

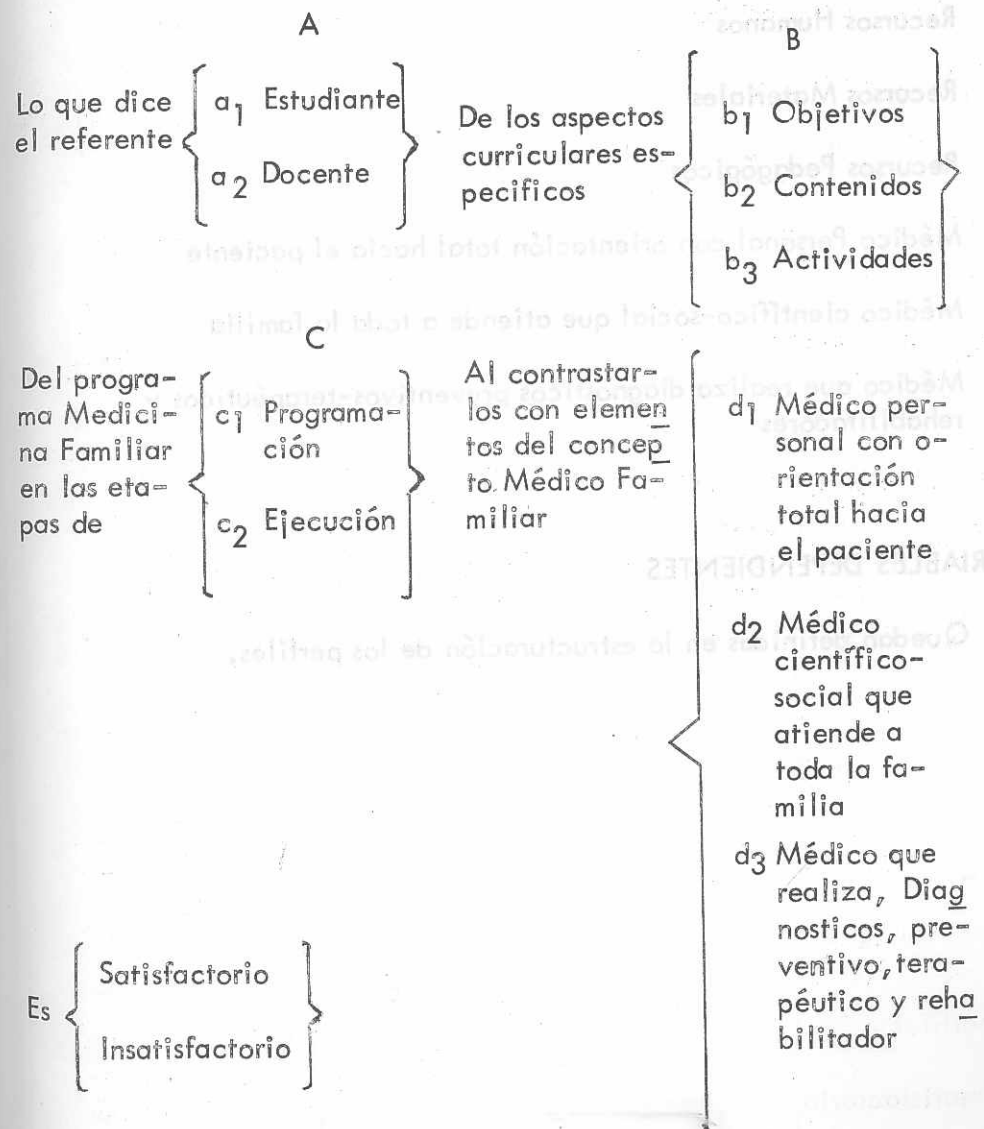
FRASE CONFIGURATIVA GENERAL



FRASE CONFIGURATIVA INTERMEDIA



FRASE CONFIGURATIVA ESPECIFICA



VARIABLES INDEPENDIENTES

- Recursos Humanos
- Recursos Materiales
- Recursos Pedagógicos
- Médico Personal con orientación total hacia el paciente
- Médico científico-social que atiende a toda la familia
- Médico que realiza diagnósticos preventivos-terapéuticos y rehabilitadores

VARIABLES DEPENDIENTES

Quedan definidas en la estructuración de los perfiles.

OBJETIVOS

PERFILES	CONTENIDO SEMANTICO
a2-3b1c2d1	Lo que dice el estudiante y el docente, del aspecto curricular objetivos del programa - de Medicina Familiar, en la etapa de ejecución, al contrastarlo con el elemento - MEDICO PERSONAL, CON ORIENTACION TOTAL HACIA EL PACIENTE, de l concepto Médico Familiar, es satisfactoria
a2-3b1c2d2	Lo que dice el estudiante y el docente, del aspecto curricular objetivos del programa - de Medicina Familiar, en la etapa de ejecución, al contrastarlo con el elemento - MEDICO CIENTIFICO SOCIAL QUE ATIENDE A TODA LA FAMILIA, del con - cepto Médico Familiar, es satisfactorio.
a2-3b1c2d3	Lo que dice el estudiante y el docente, del aspecto curricular objetivos del programa de Medicina Familiar, en la etapa de ejecución, al contrastarlo con el elemento - MEDICO QUE REALIZA DIAGNOSTICOS: PREVENTIVO, TERAPEUTICO Y REHABILITADOR, del concepto Médico Familiar, es satisfactorio.

CONTENIDOS

PERFILES	CONTENIDO SEMANTICO
$a_2-3^b c_2^d 1$	Lo que dice el estudiante y el docente, del aspecto curricular contenidos del programa de Medicina Familiar, en la etapa de ejecución, al contrastarlo con el elemento MEDICO PERSONAL CON ORIENTACION TOTAL HACIA EL PACIENTE, del concepto Médico Familiar, es satisfactorio.
$a_2-3^b c_2^d 2$	Lo que dice el estudiante y el docente del aspecto curricular contenidos del programa de Medicina Familiar, en la etapa de ejecución, al contrastarlo con el elemento MEDICO CIENTIFICO-SOCIAL QUE ATIENDE A TODA LA FAMILIA, del concepto Médico Familiar, es satisfactorio.
$a_2-3^b c_2^d 3$	Lo que dice el estudiante y el docente del aspecto curricular contenidos del programa de Medicina Familiar, en la etapa de ejecución, al contrastarlo con el elemento MEDICO QUE REALIZA DIAGNOSTICOS: PREVENTIVO, TERAPEUTICO, REHABILITADOR, del concepto Médico Familiar, es satisfactorio.

ACTIVIDADES

PERFILES	CONTENIDO SEMANTICO
$a_2-3^b c_3^d 1$	Lo que dice el estudiante y el docente, del aspecto curricular actividades del programa de Medicina Familiar, en la etapa de ejecución, al contrastarlo con el elemento MEDICO PERSONAL CON ORIENTACION TOTAL HACIA EL PACIENTE, del concepto Médico Familiar, es satisfactorio.
$a_2-3^b c_3^d 2$	Lo que dice el estudiante y el docente, del aspecto curricular actividades del programa de Medicina Familiar, en la etapa de ejecución, al contrastarlo con el elemento MEDICO CIENTIFICO-SOCIAL QUE ATIENDE A TODA LA FAMILIA, del concepto Médico Familiar, es satisfactorio.
$a_2-3^b c_3^d 3$	Lo que dice el estudiante y el docente, del aspecto curricular actividades del programa de Medicina Familiar, en la etapa de ejecución, al contrastarlo con el elemento MEDICO QUE REALIZA DIAGNOSTICOS, PREVENTIVO, TERAPEUTICO Y REHABILITADOR, es satisfactorio.

ASPECTOS CURRICULARES ESPECÍFICOS DEL PROGRAMA DE MEDICINA FAMILIAR	ELEMENTOS DEL CONCEPTO MEDICO FAMILIAR			TOTAL
	Médico personal con orientación total hacia el paciente	Médico científico-social que atiende a toda la familia	Médico que realiza Dx: preventivo, terapéutico y rehabilitador	
OBJETIVOS	3	3	2	8
CONTENIDOS	3	3	3	9
ACTIVIDADES	4	3	3	10
TOTAL				27

INSTRUMENTO DE 27 PREGUNTAS

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION EN CLINICA MUNICIPAL
No. 2

CUADRO No. 1

MEDICO PERSONAL CON ORIENTACION TOTAL HACIA EL PACIENTE.

Pregunta No.	OBJETIVOS		CONTENIDOS		ACTIVIDADES		TOTAL
	Si	No	Si	No	Si	No	
1	3	6	3	6	6	3	27
2	3	6	2	7	5	4	27
3	4	5	6	3	6	3	27
4					7	2	9
Total	10	17	11	16	24	12	90

1.1

Perfiles: Objetivos
Contenidos
Actividades

$$O \quad \underline{\quad\quad\quad} 0.37 \quad 10 + 17 = \frac{SP}{T} = \frac{10}{27} = 0.37 \quad X_{oi}$$

$$C \quad \underline{\quad\quad\quad} 0.41 \quad 11 + 16 = \frac{SP}{T} = \frac{11}{27} = 0.41$$

$$A \quad \underline{\quad\quad\quad} 0.67 \quad 24 + 12 = \frac{SP}{T} = \frac{24}{36} = 0.67$$

$$D_{on} = \left[\sum (X_{oi} - X_{ni})^2 \right]^{1/2} \quad (Distancia entre el objeto evaluado y la norma)$$

$$\begin{aligned} &0.37 \\ &0.41 \\ &0.67 \end{aligned} \quad D_{on} = \left[(0.37 - 1)^2 + (0.41 - 1)^2 + (0.67 - 1)^2 \right]^{1/2}$$

$$\left[(-0.63)^2 + (-0.59)^2 + (-0.33)^2 \right]^{1/2}$$

$$0.40 + 0.34 + 0.11$$

$$\sqrt{0.85} = 0.92$$

$$D_{max} = \left[\sum (X_{mini} - X_{ni})^2 \right]^{1/2} \quad (Distancia máxima permitida por la escala)$$

$$\begin{aligned} D_{max} &= \left[(0 - 1)^2 + (0 - 1)^2 + (0 - 1)^2 \right]^{1/2} \\ &= 1^2 + 1^2 + 1^2 \quad 1/2 \\ &= \sqrt{3} \\ &= 1.73 \end{aligned}$$

$$C = 1 - \frac{\left[\sum (X_{oi} - X_{ni})^2 \right]^{1/2}}{T (K)^{1/2}}$$

$$C = \frac{1-0.92}{1.73}$$

$$1 - 0.53$$

$$C = \boxed{0.47}$$

INTERPRETACION DE COEFICIENTE

DE 0.41 a 0.70 - Correlación moderada, relación substancial.

DE 0.40 a 0.69 = Congruencia moderada. Decisiones positivas, condicionadas a modificaciones substanciales.

CUADRO No. 2

MEDICO CIENTIFICO-SOCIAL QUE ATIENDE A TODA LA FAMILIA.

Pregunta No.	OBJETIVOS		CONTENIDOS		ACTIVIDADES		TOTAL
	Si	No	Si	No	Si	No	
1	6	3	8	1	4	5	27
2	5	4	4	5	4	5	27
3	3	6	7	2	3	6	27
4							
Total	14	13	19	8	11	16	81

2.1

Perfiles: Objetivos
Contenidos
Actividades

$$O \quad \underline{\hspace{2cm}} \quad 0.52$$

$$C \quad \underline{\hspace{2cm}} \quad 0.70$$

$$A \quad \underline{\hspace{2cm}} \quad 0.41$$

X_{oi}

$$14 + 13 - \frac{SP}{T} = \frac{14}{27} = 0.52$$

$$19 + 8 - \frac{SP}{T} = \frac{19}{27} = 0.70$$

$$11 + 16 - \frac{SP}{T} = \frac{11}{27} = 0.41$$

$$D_{on} = \left[\sum (X_{oi} - X_{ni})^2 \right]^{1/2} \quad (\text{Distancia entre el objeto evaluado y la norma})$$

$$D_{on} = \left[(0.52 - 1)^2 + (0.70 - 1)^2 + (0.40 - 1)^2 \right]^{1/2}$$

$$= \left[(-0.48)^2 + (-0.30)^2 + (-0.59)^2 \right]^{1/2}$$

$$= \left[0.23 + 0.09 + 0.35 \right]^{1/2}$$

$$= 0.67 = \underline{0.82}$$

$$D_{max} = \left[\sum (X_{mini} - X_{ni})^2 \right]^{1/2} \quad (\text{Distancia máxima permitida por la escala})$$

$$D_{max} = \left[(0 - 1)^2 + (0 - 1)^2 + (0 - 1)^2 \right]^{1/2}$$

$$= \left[1^2 + 1^2 + 1^2 \right]^{1/2}$$

$$= \sqrt{3}$$

$$= \underline{1.73}$$

$$C = 1 - \frac{\left[\sum (X_{oi} - X_{ni})^2 \right]^{1/2}}{T (K)^{1/2}}$$

$$C = 1 - \frac{0.82}{1.73}$$

$$= 1 - 0.47$$

$$C = \boxed{0.53}$$

INTERPRETACION DE COEFICIENTE

DE 0.41 a 0.70 Correlación moderada, relación substancial

DE 0.40 a 0.69 Congruencia moderada, Decisiones positivas, condicionadas a modificaciones substanciales.

CUADRO No. 3

MEDICO QUE REALIZA DX. PREVENTIVO, TERAPEUTICO Y REHABILITADOR.

Pregunta No.	OBJETIVOS		CONTENIDOS		ACTIVIDADES		TOTAL
	Si	No	Si	No	Si	No	
1	4	5	6	3	3	6	27
2	6	3	6	3	5	4	27
3			2	7	4	5	18
Total	10	8	14	13	12	15	72

3.1

Perfil: Objetivos
Contenidos
Actividades

$$\begin{aligned}
 O & \underline{\hspace{2cm}} 0.56 & 10 + 8 - \frac{SP}{T} = \frac{10}{18} = 0.56 \\
 C & \underline{\hspace{2cm}} 0.52 & 14 + 13 - \frac{SP}{T} = \frac{14}{27} = 0.52 \\
 A & \underline{\hspace{2cm}} 0.44 & 12 + 15 - \frac{SP}{T} = \frac{12}{27} = 0.44
 \end{aligned}$$

3.2

$$D_{on} = \left[\sum (X_{oi} - X_{ni})^2 \right]^{1/2} \quad (\text{Distancia entre el objeto evaluado y la norma})$$

0.56

0.52

0.44

$$\begin{aligned}
 D_{on} &= \left[(0.56 - 1)^2 + (0.52 - 1)^2 + (0.44 - 1)^2 \right]^{1/2} \\
 &= \left[(-0.44)^2 + (-0.48)^2 + (-0.56)^2 \right]^{1/2} \\
 &= 0.19 + 0.23 + 0.31 \\
 &= 0.73 = \underline{\underline{0.85}}
 \end{aligned}$$

$$D_{max} = \left[\sum (X_{mini} - X_{ni})^2 \right]^{1/2} \quad (\text{Distancia máxima permitida por la escala})$$

$$\begin{aligned}
 D_{max} &= \left[(0 - 1)^2 + (0 - 1)^2 + (0 - 1)^2 \right]^{1/2} \\
 &= 1^2 + 1^2 + 1^2 \\
 &= 3
 \end{aligned}$$

= 1.73

$$C = 1 - \frac{\left[\sum (X_{oi} - X_{ni})^2 \right]^{1/2}}{T (K)^{1/2}}$$

$$C = 1 - 0.49$$

$$C = 0.51$$

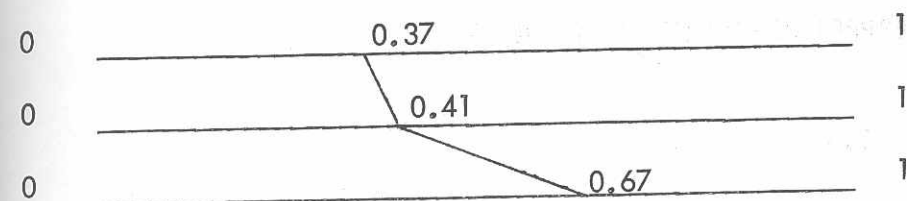
INTERPRETACION DE COEFICIENTE

DE 0.41 a 0.70 = Correlación moderada, relación substancial.

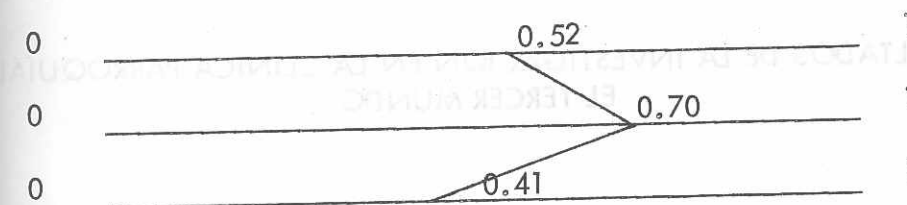
DE 0.40 a 0.69 = Congruencia moderada. Decisiones positivas, condicionadas a modificaciones substanciales.

CLINICA MUNICIPAL No. 2

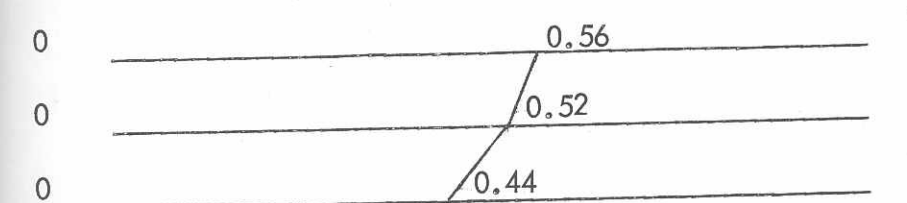
MEDICO PERSONAL CON ORIENTACION TOTAL HACIA EL PA- 1.3
CIENTE.



MEDICO CIENTIFICO SOCIAL QUE ATIENDE A TODA LA FAMI- 2.3
LIA.



MEDICO QUE REALIZA DX. PREVENTIVO, TERAPEUTICO Y 3.3
REHABILITADOR.



RESULTADOS DE LA INVESTIGACION EN LA CLINICA PARROQUIAL EL TERCER MUNDO

CUADRO No. 1

MEDICO PERSONAL CON ORIENTACION TOTAL HACIA EL PA-
CIENTE.

Pregunta No.	OBJETI- VOS		CONTENI- DOS		ACTIVI- DADES		TOTAL
	Si	No	Si	No	Si	No	
1	6	0	4	2	4	2	18
2	3	3	3	3	4	2	18
3	4	2	4	2	5	1	18
4					5	1	6
Total	13	5	11	7	18	6	60

Perfiles: Objetivos
Contenidos
Actividades

$$\begin{aligned}
 0 \quad \underline{\hspace{2cm}} \quad 0.68 & \quad 13 + 5- = \frac{SP}{T} = \frac{13}{18} = 0.68 \\
 0 \quad \underline{\hspace{2cm}} \quad 0.61 & \quad 11 + 7- = \frac{SP}{T} = \frac{11}{18} = 0.61 \\
 0 \quad \underline{\hspace{2cm}} \quad 0.75 & \quad 18 + 6- = \frac{SP}{T} = \frac{18}{24} = 0.75
 \end{aligned}$$

1.2

$$D_{on} = \left[\sum (X_{oi} - X_{ni})^2 \right]^{1/2} \quad (\text{Distancia entre el objeto evaluado y la norma})$$

$$\begin{aligned} D_{on} &= \left[(0.68 - 1)^2 + (0.61 - 1)^2 + (0.75 - 1)^2 \right]^{1/2} \\ &= \left[(-0.32)^2 + (-0.39)^2 + (-0.25)^2 \right]^{1/2} \\ &= \left[0.10 + 0.15 + 0.06 \right]^{1/2} \\ &= \sqrt{0.31} = \underline{\underline{0.56}} \end{aligned}$$

$$D_{max} = \left[\sum (X_{mini} - X_{ni})^2 \right]^{1/2} \quad (\text{Distancia máxima permitida por la escala})$$

$$\begin{aligned} D_{max} &= \left[(0 - 1)^2 + (0 - 1)^2 + (0 - 1)^2 \right]^{1/2} \\ &= 1^2 + 1^2 + 1^2 \quad 1/2 \\ &= \sqrt{3} \\ &= \underline{\underline{1.73}} \end{aligned}$$

$$C = 1 - \frac{\left[\sum (X_{oi} - X_{ni})^2 \right]^{1/2}}{T \quad (K)^{1/2}}$$

$$C = 1 - \frac{0.56}{1.73}$$

CUADRO No. 1

MEDICO PERSONAL CON ORIENTACION TOTAL HACIA EL PACIENTE.

Pregunta No.	OBJETIVOS		CONTENIDOS		ACTIVIDADES		TOTAL
	Si	No	Si	No	Si	No	
1	6	0	4	2	4	2	18
2	3	3	3	3	4	2	18
3	4	2	4	2	5	1	18
4					5	1	6
Total	13	5	11	7	18	6	60

1.1

Perfiles: Objetivos
Contenidos
Actividades

$$\begin{aligned} 0 \quad \underline{\hspace{2cm}} \quad 0.68 \quad & 13 + 5 - = \frac{SP}{T} = \frac{13}{18} = 0.68 \\ 0 \quad \underline{\hspace{2cm}} \quad 0.61 \quad & 11 + 7 - = \frac{SP}{T} = \frac{11}{18} = 0.61 \\ 0 \quad \underline{\hspace{2cm}} \quad 0.75 \quad & 18 + 6 - = \frac{SP}{T} = \frac{18}{24} = 0.75 \end{aligned}$$

$$D_{on} = \left[\sum (X_{oi} - X_{ni})^2 \right]^{1/2} \quad (Distancia entre el objeto evaluado y la norma)$$

$$D_{on} = \left[\begin{array}{l} (0.68 - 1)^2 + (0.61 - 1)^2 + (0.75 - 1)^2 \\ (-0.32)^2 + (-0.39)^2 + (-0.25)^2 \end{array} \right]^{1/2}$$

$$\begin{array}{ccc} 0.10 & + & 15 & + & 0.06 \end{array}$$

$$\sqrt{0.31} = \underline{\underline{0.56}}$$

$$D_{max} = \left[\sum (X_{mini} - X_{ni})^2 \right]^{1/2} \quad (Distancia máxima permitida por la escala)$$

$$D_{max} = \left[(0 - 1)^2 + (0 - 1)^2 + (0 - 1)^2 \right]^{1/2}$$

$$= 1^2 + 1^2 + 1^2 \quad 1/2$$

$$= \sqrt{3}$$

$$= \underline{\underline{1.73}}$$

$$C = 1 - \frac{\left[\sum (X_{oi} - X_{ni})^2 \right]^{1/2}}{T \quad (K)^{1/2}}$$

$$C = 1 - \frac{0.56}{1.73}$$

$$D_{on} = \left[\sum (X_{oi} - X_{ni})^2 \right]^{1/2} \quad (Distancia entre el objeto evaluado y la norma)$$

$$D_{on} = \left[\begin{array}{l} (0.50 - 1)^2 + (0.67 - 1)^2 + (0.61 - 1)^2 \\ (-0.50)^2 + (-0.63)^2 + (-0.39)^2 \end{array} \right]^{1/2}$$

$$\begin{array}{ccc} 0.25 & + & 0.40 & + & 0.15 \end{array}$$

$$\sqrt{0.80} = \underline{\underline{0.89}}$$

$$D_{max} = \left[\sum (X_{mini} - X_{ni})^2 \right]^{1/2} \quad (Distancia máxima permitida por la escala)$$

$$D_{max} = \left[(0 - 1)^2 + (0 - 1)^2 + (0 - 1)^2 \right]^{1/2}$$

$$= 1^2 + 1^2 + 1^2 \quad 1/2$$

$$= \sqrt{3}$$

$$= \underline{\underline{1.73}}$$

$$C = 1 - \frac{\left[\sum (X_{oi} - X_{ni})^2 \right]^{1/2}}{T \quad (K)^{1/2}}$$

$$C = 1 - \frac{0.89}{1.73}$$

$$1 - 0.51$$

$$C = 0.49$$

INTERPRETACION DE COEFICIENTE

DE 0.41 a 0.70 = Correlación moderada, relación substancial.

DE 0.40 a 0.69 = Congruencia moderada. Decisiones positivas, condicionadas a modificaciones substanciales.

CUADRO No. 3

MEDICO QUE REALIZA DX. PREVENTIVO, TERAPEUTICO, REHABILITADOR.

Pregunta No.	OBJETIVOS		CONTENIDOS		ACTIVIDADES		TOTAL
	Si	No	Si	No	Si	No	
1	3	3	4	2	4	2	18
2	3	3	3	3	6	0	18
3			1	5	1	5	12
Total	6	6	8	10	11	7	48

3.1

Perfiles: Objetivos
Contenidos
Actividades

$$\begin{array}{lcl}
 O & 0.50 & 6 + 6 - \frac{SP}{T} = \frac{6}{12} = 0.50 \\
 C & 0.44 & 8 + 10 - \frac{SP}{T} = \frac{8}{18} = 0.44 \\
 A & 0.61 & 11 + 7 - \frac{SP}{T} = \frac{11}{18} = 0.61
 \end{array}$$

$$D_{on} = \left[\sum (X_{oi} - X_{ni})^2 \right]^{1/2} \quad \text{(Distancia entre el objeto evaluado y la norma)}$$

$$D_{on} = \left[\begin{array}{c} 0.50 \\ 0.67 \\ 0.61 \end{array} \begin{array}{c} (0.50 - 1)^2 + (0.44 - 1)^2 + (0.61 - 1)^2 \\ (-0.50)^2 + (-0.56)^2 + (-0.39)^2 \end{array} \right]^{1/2}$$

0.25 + 0.31 + 0.15

$$\sqrt{0.71} = \underline{0.84}$$

$$D_{max} = \left[\sum (X_{mini} - X_{ni})^2 \right]^{1/2} \quad \text{(Distancia máxima permitida por la escala)}$$

$$D_{max} = \left[(0 - 1)^2 + (0 - 1)^2 + (0 - 1)^2 \right]^{1/2}$$

$$= 1^2 + 1^2 + 1^2 \quad 1/2$$

$$= \sqrt{3}$$

$$= \underline{1.73}$$

$$C = 1 - \frac{\left[\sum (X_{oi} - X_{ni})^2 \right]^{1/2}}{T (K)^{1/2}}$$

$$C = 1 - \frac{0.84}{1.73}$$

$$1 = 0.49$$

$$C = \boxed{0.51}$$

INTERPRETACION DE COEFICIENTE

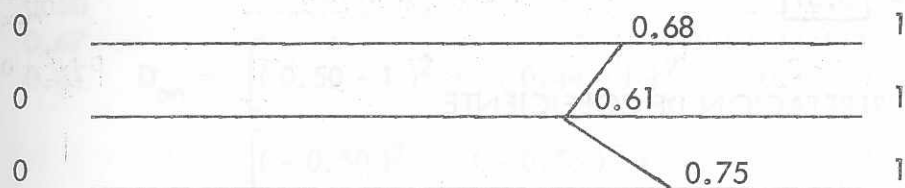
DE 0.41 a 0.70 = Correlación moderada, relación substancial.

DE 0.40 a 0.69 = Congruencia moderada. Decisiones positivas, condicionadas a modificaciones substanciales.

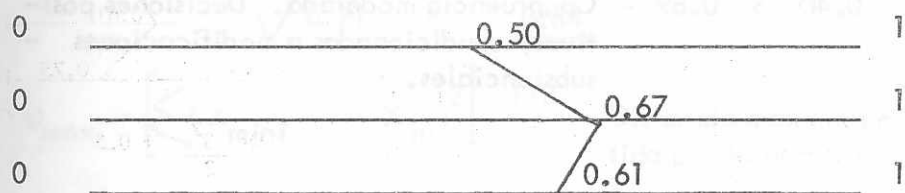
CLINICA PARROQUIAL
"EL TERCER MUNDO"

DISTANCIA
EVALUATIVA

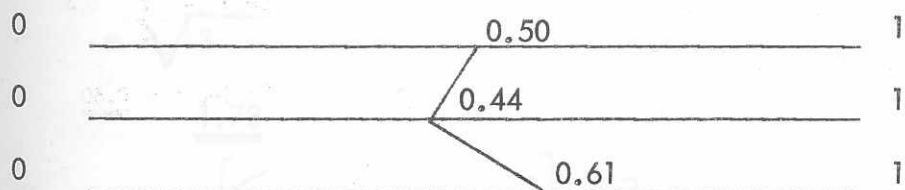
MEDICO PERSONAL CON ORIENTACION TOTAL HACIA EL PA- 1.3
CIENTE.



MEDICO CIENTIFICO SOCIAL QUE ATIENDE A TODA LA FAMI- 2.3
LIA.



MEDICO QUE REALIZA DX. PREVENTIVO, TERAPEUTICO Y 3.3
REHABILITADOR.



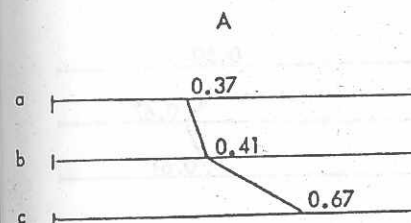
CUADRO No. 2

MEDICO PERSONAL CON ORIENTACION TOTAL HACIA EL PACIENTE

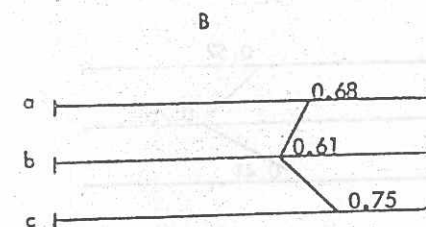
INDICADORES DE SIMILARIDAD	
CLINICA MUNICIPAL No. 2	A
CLINICA PARROQUIAL "EL TERCER MUNDO"	B

$$S = 1 - \frac{\sum |d|}{D_{\max}}$$

$$D = \frac{N^2}{2} + 0.5$$



A	B
a = 1	b = 1
b = 2	a = 1
c = 3	c = 1



A	B	d
a = 1	2	1
b = 2	1	1
c = 3	3	0

$$\sum |d| = 2$$

$$D = \frac{3^2}{2} + 0.5$$

$$D = \frac{9}{2} + 0.5$$

$$D = 4.5 + 0.5 = 5$$

$$S = 1 - \frac{2}{5} = 0.4$$

$$S = 1 - 0.4 = 0.60$$

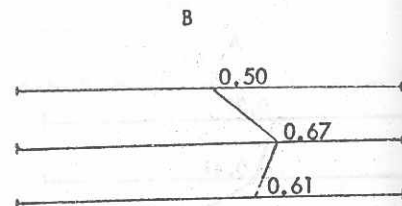
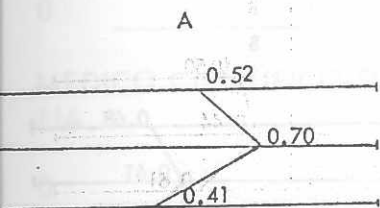
Según la tabla de INTERPRETACION DE LOS COEFICIENTES DE SIMILARIDAD, 0.60 corresponde De 0.49 a 0.69 que indica Moderada similitud estructural entre los perfiles al hacer la comparación de ambas clínicas para el elemento Médico personal con orientación total hacia el paciente.

CUADRO No. 3

MEDICO CIENTIFICO-SOCIAL QUE ATIENDE A TODA LA FAMILIA	
INDICADORES DE SIMILARIDAD	
CLINICA MUNICIPAL No. 2	A
CLINICA PARROQUIAL EL TERCER MUNDO	B

$$S = 1 - \frac{\sum |d|}{D_{\max}}$$

$$D = \frac{N^2}{2} + 0.5$$



A	B	A	B	d
c = 1	a = 1	a	2	1
a = 2	c = 2	b	3	3
b = 3	b = 3	c	1	2
				$\sum d = 2$

$$D = \frac{3}{2} + 0.5$$

$$D = \frac{9}{2} + 0.5$$

$$D = 4.5 + 0.5$$

$$D = \underline{5}$$

$$S = 1 - \frac{2}{5}$$

$$S = 1 - 0.4 = \underline{0.60}$$

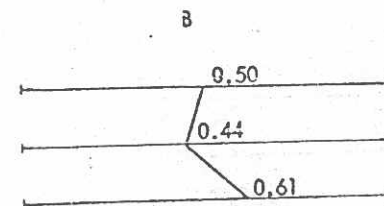
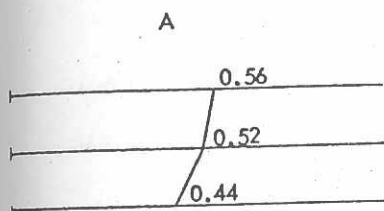
Según la tabla de INTERPRETACION DE LOS COEFICIENTES DE SIMILARIDAD, 0.60 corresponde De 0.49 a 0.69 que indica Moderada similitud estructural entre los perfiles, al hacer la comparación de ambas clínicas para el elemento Médico científico-social que atiende a toda la familia.

CUADRO No. 4

MEDICO QUE REALIZA DX. PREVENTIVO, TERAPEUTICO Y REHABILITADOR	
INDICADORES DE SIMILARIDAD	
CLINICA MUNICIPAL No. 2	A
CLINICA PARROQUIAL "EL TERCER MUNDO"	B

$$S = 1 - \frac{\sum |d|}{D_{\max}}$$

$$D = \frac{N^2}{2} + 0.5$$



A	B	A	B	d
c = 1	b = 1	a	3	2
b = 2	a = 2	b	2	1
a = 3	c = 3	c	1	3
				$\sum d = 4$

$$D = \frac{3^2}{2} + 0.5$$

$$D = \frac{9}{2} + 0.5$$

$$D = 4.5 + 0.5$$

$$D = \underline{5}$$

$$S = 1 - \frac{4}{5} = 0.8$$

$$S = 1 - 0.8 = \underline{0.20}$$

Según la tabla de INTERPRETACION DE LOS COEFICIENTES DE SIMILARIDAD, 0.20 corresponde De 0.00 a 0.39 que indica que no hay ninguna similitud estructural entre los perfiles, al hacer la comparación de ambas clínicas para el elemento Médico que realiza diagnósticos: preventivo, terapéutico y rehabilitador

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La investigación realizada en clínica Municipal No. 2 y en Clínica Parroquial "EL TERCER MUNDO", se efectuó con docentes y estudiantes que laboran el programa de Medicina Familiar, en las clínicas mencionadas, únicamente en la etapa de ejecución del mismo, tomando los aspectos curriculares, objetivos, contenidos y actividades y contrastándolos con tres elementos del concepto general de Médico Familiar:

- i. Médico personal con orientación total hacia el paciente.
- ii. Médico científico-social que atiende a toda la familia.
- iii. Médico que realiza Dx. preventivo, terapéutico y rehabilitador.

CLINICA MUNICIPAL No. 2

Se presentan resultados parciales y totales de respuestas positivas y negativas, de objetivos, contenidos y actividades, contrastados con elementos del concepto general de Medicina Familiar (Cuadro No. 1, 2, 3), de la suma de positivas, dividido dentro del número total de positivas y negativas se obtienen los X_{oi} (1.1, 2.1, 3.1); con las cifras parciales obtenidas, se aplica la fórmula para calcular la distancia entre el objeto evaluado y la norma; luego se calcula la distancia máxima permitida por la escala, y estos dos datos aplicados mediante la fórmula, nos permiten obtener el coeficiente (1.2, 2.2, 3.2)

Médico personal con orientación total hacia el paciente 0.47 (1.2)

Médico científico-social que atiende a toda la familia 0.53 (2.2)

Médico que realiza Dx. preventivo, terapéutico y rehabilitador -
0.51 (3.2)

Estos resultados obtenidos en los tres aspectos evaluados en la clínica municipal No. 2, según la tabla de interpretación de coeficiente (16) les corresponde: De 0.41 a 0.70 = Correlación moderada, relación substancial. Con relación a la toma de decisiones le corresponde: De 0.40 a 0.69 = Congruencia moderada. Decisiones positivas, condicionadas a modificaciones substanciales.

CLINICA PARROQUIAL "EL TERCER MUNDO"

Al igual que para la clínica municipal No. 2. Se presentan - resultados parciales y totales de respuestas positivas y negativas, de objetivos, contenidos y actividades, contrastados con elementos del concepto general de Medicina Familiar (Cuadro No. 1,2,3), la suma de respuestas positivas, dividido dentro del número total de respuestas positivas u negativas, se obtienen los X_{oi} (1.1,2.1,3.1); - con las cifras parciales obtenidas, y aplicando la fórmula, se calcula la distancia entre el objeto y la norma; luego se calcula la distancia máxima permitida por la escala, y estos dos datos aplicados mediante la fórmula, nos permiten obtener el coeficiente (1.2,2.2,3.2), obteniendo los siguientes resultados.

Médico personal con orientación total hacia el paciente 0.68 (1.2)

Médico científico-social que atiende a toda la familia 0.49 (2.2)

Médico que realiza Dx. preventivo, terapéutico y rehabilitador. 0.51 (3.2)

Según la tabla de interpretación de coeficientes (16), le corresponde a los resultados obtenidos en la clínica parroquial "El Tercer Mundo" lo siguiente: De 0.41 a 0.70 = Correlación mode-

rada, relación substancial. Con relación a la toma de decisiones le corresponde: De 0.40 a 0.69 = Congruencia moderada, Decisiones positivas, condicionadas a modificaciones substanciales. Para ambas clínicas se presentan las gráficas que representan la identificación de los perfiles, objetivos, contenidos y actividades para cada uno de los elementos investigados (1.3,2.3,3.3).

Para comparar la funcionalidad de cada uno de los elementos investigados, Médico personal con orientación total hacia el paciente.

Médico científico-social que atiende a toda la familia.

Médico que realiza Dx. preventivo, terapéutico y rehabilitador en cada una de las clínicas en estudio usamos indicadores de similitud, para lo cual usamos el resultado de cada uno de los perfiles contenidos en cada elemento, luego se localizan en una gráfica cuya distancia es de 0 a 1, denominándolos como a, b y c los índices de distancia de cada variable y se aplica la fórmula. Para calcular la distancia máxima se invierten los rangos de cada uno de los perfiles, se calculan las diferencias de las distancias en sus valores absolutos y se suman, luego se aplica la fórmula que en nuestra investigación será la de cuando el número de variables es impar. $N =$ al número de variables. Luego se calcula el coeficiente y dependiendo del resultado se busca en la tabla de INTERPRETACION DE COEFICIENTES DE SIMILARIDAD, que similitud existe entre lo investigado. (Cuadro No. 2,3,4)

El elemento MEDICO PERSONAL CON ORIENTACION TOTAL HACIA EL PACIENTE, en la clínica Municipal No. 2 y en la clínica Parroquial "El Tercer Mundo", obtuvo 0.60 de coeficiente, esta cantidad indica MODERADA SIMILARIDAD ESTRUCTURAL ENTRE LOS PERFILES. Quiere decir que la funcionalidad de este elemento, no es exactamente la misma para las dos clínicas, y que aun que tienen factores en común que determinan cierta similitud, también se presentan factores influenciadores diferentes en cada una de

las clínicas (Cuadro No. 2)

El elemento MEDICO CIENTIFICO-SOCIAL QUE ATIENDE A TODA LA FAMILIA, en clínica Municipal No. 2 y en la clínica Parroquial "El Tercer Mundo", obtuvo 0.60 de coeficiente, esta cantidad indica MODERADA SIMILARIDAD ESTRUCTURAL ENTRE LOS PERFILES. Quiere decir que la funcionalidad de este elemento, no es exactamente la misma para las dos clínicas, y que aunque tienen factores en común que determinan cierta similitud, también se presentan factores influenciadores diferentes en cada una de las clínicas (Cuadro No. 3)

El elemento MEDICO QUE REALIZA DX. PREVENTIVO, TERAPEUTICO Y REHABILITADOR, en la clínica Municipal No. 2 y en la clínica parroquial "El Tercer Mundo", obtuvo 0.20 de coeficiente, esta cantidad indica que NO HAY NINGUNA SIMILARIDAD ESTRUCTURAL ENTRE LOS PERFILES. Quiere decir que la funcionalidad de este elemento está influenciado por factores que tienen origen diferente. (Cuadro No. 4)

CONCLUSIONES

1. El programa de Medicina Familiar, es un programa docente-asistencial, importante para formar al futuro médico general.
2. En la clínica Municipal No. 2, los aspectos curriculares específicos: Objetivos, Contenidos y Actividades en relación a los elementos del concepto general Médico Familiar, se estableció que tienen congruencia moderada; Decisiones positivas, condicionadas a modificaciones substanciales.
3. En la clínica Parroquial "El Tercer Mundo", los aspectos curriculares específicos: Objetivos, Contenidos y Actividades en relación a los elementos del concepto general de Medicina Familiar, se estableció que tienen congruencia moderada Decisiones positivas, condicionadas a modificaciones substanciales.
4. Los resultados de la investigación en la clínica Municipal No. 2 y en la clínica Parroquial "El Tercer Mundo", coinciden que no están satisfechos totalmente los aspectos sociales del programa de Medicina Familiar, pero que tienen las bases adecuadas, para efectuársele los cambios necesarios.
5. La comparación de los perfiles de cada una de las clínicas entre sí, encontramos para los aspectos, Médico Personal Con Orientación Total Hacia El Paciente y Médico Científico-Social Que Atiende A Toda La Familia, que la funcionalidad de estos dos elementos no es exactamente la misma para las dos clínicas, y aunque tienen factores predisponentes en común que determinan cierta similitud, también existen factores influenciadores diferentes.

6. La comparación de perfiles en ambas clínicas para el elemento Médico Que Realiza Dx. Preventivo, Terapéutico y Rehabilitador, concluye que la funcionalidad de este elemento está influenciado por factores que tienen origen diferente en cada una de las dos clínicas en estudio.
7. La teoría de las FACETAS, puede ser útil para evaluar el funcionamiento de los diferentes programas, que se laboran en la facultad de Ciencias Médicas.

RECOMENDACIONES

1. Implementar al programa, Objetivos, Contenidos y Actividades que fortalezcan al aspecto social del programa de Medicina Familiar.
2. Coordinar actividades entre los docentes del programa de Medicina Familiar, para poder fortalecer sus conocimientos y lograr así una mejor transmisión del mensaje a los estudiantes.
3. Organizar seminarios de Medicina Familiar, a nivel de Facultad de Medicina, invitar delegaciones representativas de cada clínica familiar, y conocer así las diferentes áreas de trabajo con sus necesidades comunes.
4. Efectuar una evaluación oficial del programa y detectar cuáles son las causas de origen diferente y de origen común, que están influyendo en la funcionalidad del programa de Medicina Familiar, en la clínica Municipal No. 2 y en la clínica Parroquial "El Tercer Mundo".
5. Que la facultad de Medicina a través del programa de Medicina Familiar, trabaje con algún sector de salud pública, interesado en realizar aspectos epidemiológicos de las comunidades.

RESUMEN

En la investigación realizada en la clínica Municipal No. 2 y en la clínica Parroquial "El Tercer Mundo", tuvieron participación directa en la aportación de datos los estudiantes y los docentes que laboran el programa de Medicina Familiar. Se tomaron para la presente investigación los aspectos curriculares Objetivos, Contenidos, y Actividades, en la etapa de ejecución del programa, contrastados con elementos del concepto de Médico Familiar. Se realizó la investigación a través de la TEORIA DE LAS FACETAS, evaluando primero cada una de las clínicas, para efectuar, posteriormente una comparación entre las dos clínicas en estudio, a través de indicadores de SIMILARIDAD. Tanto en la clínica Municipal No. 2 como en la clínica Parroquial "El Tercer Mundo", se obtuvieron resultados que están comprendido dentro de los índices de 40 a 69; que según la tabla de interpretación de coeficientes corresponde a: Congruencia moderada; Decisiones positivas, condicionadas a modificaciones substanciales. Estos resultados son para Objetivos, Contenidos y Actividades en los aspectos evaluados: Médico personal con orientación total hacia el paciente, Médico científico-social que atiende a toda la familia, Médico que realiza Dx. preventivo, terapéutico y reabilitador.

Los perfiles de cada una de las clínicas se comparan entre sí, a través de indicadores de similaridad y encontramos los siguientes datos: MEDICO PERSONAL CON ORIENTACION TOTAL HACIA EL PACIENTE Y MEDICO CIENTIFICO-SOCIAL QUE ATIENDE A TODA LA FAMILIA, para cada uno de los elementos anteriores, se obtuvo un coeficiente de 0.60, que según la TABLA DE INTERPRETACION DE COEFICIENTES DE SIMILARIDAD corresponde de 0.40 a 0.69 que indica Moderada similaridad entre los perfiles, esto quiere decir que la funcionalidad de estos dos elementos, no es exactamente la misma para las dos clínicas, y que aunque tienen factores

predisponentes en común que determinan cierta similitud, también se presentan factores influenciadores diferentes.

Para el elemento Médico que realiza Dx. preventivo, terapéutico y rehabilitador, se obtuvo un coeficiente de 0.20, que según la tabla de indicadores de similitud de coeficientes corresponde de 0.00 a 0.39 que indica que: No hay ninguna similitud estructural entre perfiles.

Esto quiere decir, que la funcionalidad de este elemento está influenciado por factores que tienen origen diferente, para cada una de las clínicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Andrade, Jorge. **Marco conceptual de la educación médica en América Latina**. Ginebra, OMS, 1979. 93p (pp. 53-61) (Desarrollo de recursos humanos No. 28)
2. Berfenstam, R. **La preparación para el ejercicio de la medicina general**. Ginebra, OMS, 1964. 93p. (pp. 1-10) (Cuadernos de Salud Pública No. 20)
3. Bridge, Edward. **Pedagogía médica**. Washington, OPS, 1965. 336p. (pp. 2-15)
4. Ceitlin, J. **Qué es la medicina familiar?**. Caracas, Kellog, 1982. 215p. (pp. 1-135)
5. Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Fase II. **Atención Primaria en salud**. 23p. (mimeografiado)
6. **Convenio Municipalidad de Guatemala-Universidad de San Carlos**. 1972. 4p. (mimeografiado)
7. **Programa de medicina familiar**. 1984. 10p. (pp. 1-5) (mimeografiado)
8. Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Fase III. **Planificación y programación en salud**. 16p. (mimeografiado)
9. Guatemala. Universidad de San Carlos. Dirección general de investigaciones IIME. **El sistema de evaluación para el Prede**. 1983. 11p. (mimeografiado)

10. García, Juan César. **La educación médica en América Latina**. Washington, OPS, 1972. 413p. (pp. 1-45) (publicación científica No. 255)
11. Grajeda Bradna, Geraldine. **Educación médica y la formación del estudiante que egresa del nivel medio**. Tesis (Licenciado en pedagogía con especialidad en administración educativa)-Universidad Rafael Landívar, Facultad de Humanidades, Depto. Pedagogía. Guatemala 1982. 26p. (pp. 1-14)
12. León Ovalle, Rodrigo de Jesús. **Clínicas familiares; evaluación médico-social**. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1974. 38p.
13. Megahie, William, et al. **Introducción a la preparación de planes de estudio basados en competencia**. Chicago III; Universidad de Chicago, 1978. 103p. (pp. 1-20)
14. Organización Panamericana de la salud. **Pautas para la evaluación del programa de capacitación de personal en salud**. Washington, 1976. 42p. (pp. 5-10) (Publicación científica No. 415)
15. Organización Mundial de la Salud. **Aspectos de la enseñanza de la medicina en los países en desarrollo**. Ginebra, 1973. 122p. (pp. 1-10) (Cuadernos de salud pública No. 47)
16. Serafini, O. El análisis cuantitativo en la evaluación técnica. **Revista de Investigación y Educación Universidad de San Carlos** (Guatemala) 1984; 1(1):27-35

17. Tobías Aguilar, César Augusto. **Estudio retrospectivo sobre el Programa de Medicina de la colectividad en Fase II**. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1982. 92p.
18. Tecla J, Alfredo y Alberto Garza. **Teoría métodos y técnicas en la investigación social**. s.d.e. 44p.

Do Bo
E. Sanguinetti

Universidad de San Carlos de Guatemala
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
OPCA — UNIDAD DE DOCUMENTACION

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ORGANISMO DE PLANIFICACION Y
COORDINACION ACADEMICA

MARCO REFERENCIAL

El programa de Medicina Familiar, que se imparte en el cuarto año de la carrera, en la clínica parroquial del TERCER MUNDO y en la clínica Municipal No. 2, debe presentar elementos del concepto general de Medicina familiar tales como: Ideas de lo que es un Médico de Familia, capaz de mantener la salud del grupo familiar, con orientación total hacia el paciente, con preparación científico-social, con capacidad para atender a toda la familia y poder proporcionar Diagnósticos: preventivos, terapéuticos y rehabilitadores, además referencia de pacientes a servicios especializados, en consecuencia es un médico personal. Para la presente investigación, se tomarán los conceptos: Médico personal con orientación total hacia el paciente.

Médico científico-social que atiende a toda la familia.

Médico que realiza diagnósticos: preventivo, terapéutico y rehabilitador.

La presente investigación, se efectuará únicamente en la etapa de ejecución del programa, y aportarán la información, los estudiantes y los docentes.

INSTRUCCIONES:

- 1- Lea cuidadosamente el marco referencial é interprete adecuadamente su contenido.
- 2- Recuerde que su información es muy valiosa, por lo que se le sugiere, emitir juicio propio al responder las interrogantes.
- 3- Encierre en un círculo la respuesta que seleccione.
- 4- No vaya a incluir su nombre, apellido y/o número de carnet, - pues la encuesta es anónima.
5. Gracias por su colaboración, pues de usted depende el éxito - de esta investigación.

0.OBJETIVOS

NORMA: Los estudiantes y los docentes, al contrastar el elemento, Médico PERSONAL CON ORIENTACION TOTAL HACIA EL PACIENTE, del concepto Médico Familiar, en relación al aspecto curricular objetivos del programa de Medicina Familiar, en la etapa de ejecución, lo consideran satisfactorio.

- | | | |
|---|----|----|
| 0.1 Proporcionar los conocimientos básicos, de lo que es un médico personal. | SI | NO |
| 0.2 Contribuyen a proporcionar la orientación, de como tratar y conocer a los pacientes en forma total. | SI | NO |
| 0.3 Le proporcionan al estudiante, los lineamientos como médico de primer contacto. | SI | NO |

0.OBJETIVOS

NORMA: Los estudiantes y los docentes, al contrastar el elemento Médico CIENTIFICO-SOCIAL QUE ATIENDE A TODA LA FAMILIA, del concepto Médico Familiar, en relación al aspecto curricular objetivos del programa de Medicina Familiar, en la etapa de ejecución, la consideran satisfactorio.

- | | | |
|---|----|----|
| 0.1 Además de dar una formación científica, estimulan la formación social del cursante del programa. | SI | NO |
| 0.2 Contribuyen a proporcionarle al estudiante la capacidad para atender a todos los miembros de una familia. | SI | NO |
| 0.3 Orientan al cursante en la forma y procedimientos en que debe mantener la salud familiar. | SI | NO |

0.OBJETIVOS

NORMA: Los estudiantes y los docentes, al contrastar el elemento, Médico QUE REALIZA DIAGNOSTICOS: PREVENTIVO, TERAPEUTICO Y DE REHABILITACION, del concepto Médico Familiar, en relación al aspecto curricular objetivos del programa de Medicina Familiar, en la etapa de ejecución, lo consideran satisfactorio.

- | | | |
|---|----|----|
| 0.1 Orientan al estudiante, al diagnóstico en prevención de enfermedades. | SI | NO |
| 0.2 Contribuyen a proporcionar al cursante del programa los elementos indispensables, sobre tratamiento y rehabilitación. | SI | NO |

1. CONTENIDOS

NORMA: Los estudiantes y los docentes, al contrastar el elemento Médico PERSONAL CON ORIENTACION TOTAL HACIA EL PACIENTE, del concepto Médico Familiar, en relación al aspecto curricular contenidos del programa de Medicina Familiar, en la etapa de ejecución, lo consideran satisfactorio.

1.1 Proporcionan los conocimientos necesarios para que el cursante del programa, actúe como Médico Personal. SI NO

1.2 Son suficientes para capacitar al cursante en la función de orientador total del paciente. SI NO

1.3 En la pediatría y obstetricia superan las deficiencias de conocimiento que tiene el cursante del programa al iniciar est práctica. SI NO

1. CONTENIDOS

NORMA: Los estudiantes y los docentes, al contrastar el elemento, Médico CIENTIFICO-SOCIAL QUE ATIENDE A TODA LA FAMILIA, del concepto, Médico Familiar, en relación al aspecto curricular contenidos del programa de Medicina Familiar, en la etapa de ejecución, lo consideran satisfactorio.

1.1 Contribuyen a reforzar en el estudiante la concepción social de la medicina. SI NO

1.2 Proporcionan capacidad para percibir la incidencia y prevalencia de enfermedades en los miembros de la familia según sus características de sexo, edad, crecimiento y desarrollo, antecedentes. SI NO

1.3 Proporcionan al cursante los principios sociales y científicos básicos, para poder orientar en el mantenimiento de la salud de la familia. SI NO

1. CONTENIDOS

NORMA: Los estudiantes y los docentes, al contrastar el elemento, Médico QUE REALIZA DIAGNOSTICOS: PREVENTIVO, TERAPEUTICO Y DE REHABILITACION, del concepto Médico Familiar, en relación al aspecto curricular contenidos del programa de Medicina Familiar, en la etapa de ejecución, lo consideran satisfactorio.

1.1 Confieren al cursante criterios básicos sobre prevención de enfermedades. SI NO

1.2 Permiten al cursante establecer planes terapéuticos y de rehabilitación. SI NO

1.3 Cree que son suficientes los contenidos del programa para desarrollar habilidad diagnóstica en la práctica. SI NO

2. ACTIVIDADES

NORMA: Los estudiantes y los docentes, al contrastar el elemento Médico PERSONAL CON ORIENTACION TOTAL HACIA EL PACIENTE, del concepto Médico Familiar, en relación al aspecto curricular actividades del programa de Medicina Familiar, en la etapa de ejecución, lo consideran satisfactorio.

2.1 Permiten clasificar pacientes, proporcionar diagnósticos preventivos al grupo familiar. SI NO

2.2 Contribuyen a que el cursante adopte una actitud orientada a su formación como médico personal. SI NO

2.3 Permiten mayor orientación total hacia los pacientes que se le asignan al cursante. SI NO

2.4 En cuanto a su desarrollo permiten, que se interrelacionen directamente el binomio médico-paciente. SI NO

2. ACTIVIDADES

NORMA: Los estudiantes y docentes, al contrastar el elemento Médico CIENTIFICO-SOCIAL QUE ATIENDE A TODA LA FAMILIA, del concepto Médico Familiar, en relación al aspecto curricular actividades del programa de Medicina Familiar, en la etapa de ejecución, lo consideran satisfactorio.

2.1 Estimulan una actitud científica y social al cursante. SI NO

2.2 Comprenden atención a todos los miembros de una familia, según sexo, grupo étnico, crecimiento y desarrollo y antecedentes. SI NO

2.3 Contribuyen al mantenimiento continuo de la salud en un grupo familiar. SI NO

2. ACTIVIDADES

NORMA: Los estudiantes y los docentes, al contrastar el elemento, Médico QUE REALIZA DIAGNOSTICOS: PREVENTIVO, TERAPEUTICO Y DE REHABILITACION, en relación al aspecto curricular actividades del programa de Medicina Familiar, en la etapa de ejecución, lo consideran satisfactorio.

2.1 Contribuyen para que el cursante del programa adquiera la habilidad suficiente para realizar diagnósticos preventivos. SI NO

2.2 Permiten la aplicación continua de la propia experiencia, en cuanto a diagnósticos terapéuticos. SI NO

2.3 Corresponden a planes diseñados para el mantenimiento de la salud de grupos familiares. SI NO

CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS

DE LA SALUD

(C I C S)

CONFORME:

DR. CARLOS FRANCISCO ALONZO

Dr.

ASESOR

Carlos Francisco Alonzo
MEDICO
C. I. C. S.

SATISFECHO:

DR. HUMBERTO AGUILAR STAMCKMAN

Dr.

REVISOR.

APROBADO:

DIRECTOR DEL CICS

IMPRESA:



Dr. Mario René Moreno Cambará
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.
U S A C .

12 de Agosto de 1985.-

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