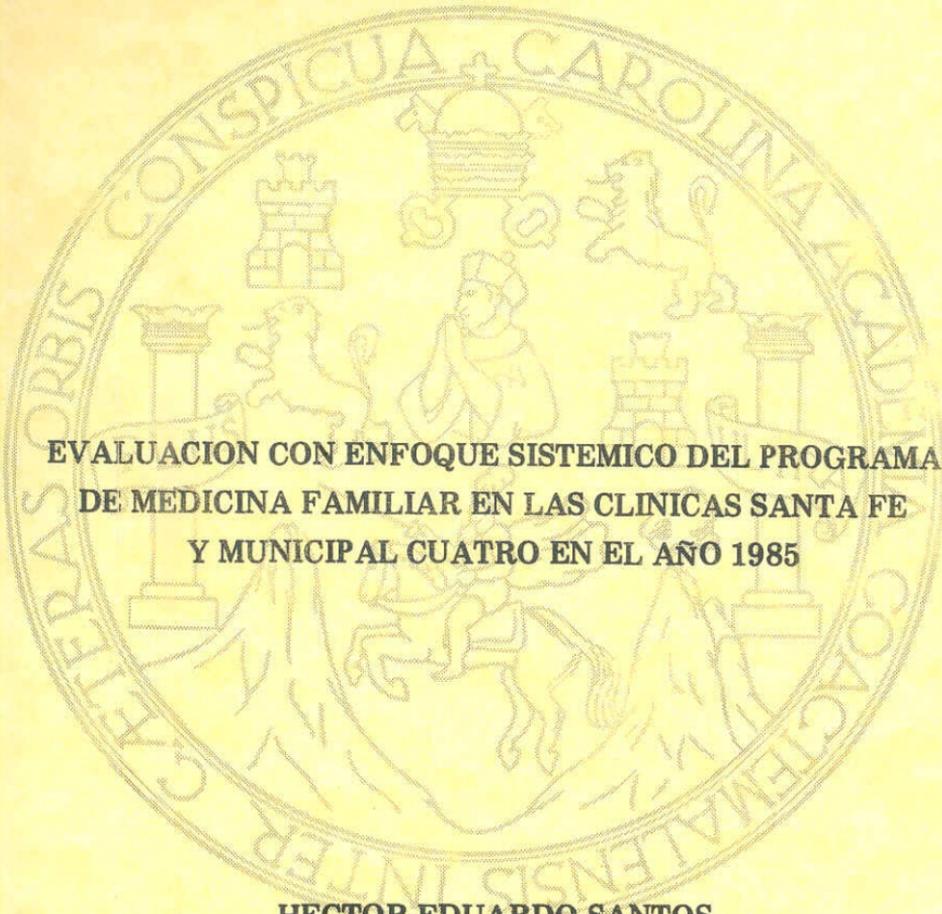


**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large circular emblem. It features a central figure of a seated man in a crown, surrounded by various symbols including a castle, a lion, and a cross. The Latin motto "LETTERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTEMALENSIS INTER" is inscribed around the perimeter of the seal.

**EVALUACION CON ENFOQUE SISTEMICO DEL PROGRAMA  
DE MEDICINA FAMILIAR EN LAS CLINICAS SANTA FE  
Y MUNICIPAL CUATRO EN EL AÑO 1985**

**HECTOR EDUARDO SANTOS**

## INDICE

	Pág
I. INTRODUCCION	
II. JUSTIFICACION	
III. OBJETIVOS	
IV. FUNDAMENTACION	1
V. METODOLOGIA	2
VI. RESULTADOS	3
VII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	5
VIII. CONCLUSIONES	6
IX. RECOMENDACIONES	6
X. RESUMEN	6
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	
XII. ANEXOS	

## I. INTRODUCCION

### a) ANTECEDENTES:

En 1969, la Facultad de Ciencias Médicas, se propuso hacer una reestructuración académica, donde se le pueda brindar a la comunidad un mejor servicio a través de los futuros médicos del país. Iniciándose en forma sistemática y crítica el desarrollo de programas de medicina. (19)

La Unidad de Clínicas Familiares se inició en el año de 1970 con dos clínicas, contándose en la actualidad con trece. (7)

En la actividad de las clínicas, estudiantes y catedráticos participan de docencia, investigación y servicio con una población determinada; la familia, que es el punto medular de la atención en salud, tal como lo señala el propio programa. (6,7,8)

Las clínicas están situadas en áreas que por sus características socio-económicas reflejan la situación de la mayoría de los guatemaltecos que necesitan más de la participación de trabajadores en salud en los problemas de salud-enfermedad individual y colectiva.

El programa en sí nació para determinar las características psico-sociales de la población; manejo integral de los problemas de salud de los pacientes; elaborar fichas médicas; examen de las muestras biológicas; visita domiciliaria a los pacientes que acuden a la clínica, primordialmente, y al resto de la comunidad en segundo plano; desarrollar actividades de promoción y conservación de salud y prevención de enfermedades. El programa depende directamente del área de Ciencias Clínicas de Fase II, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, ubicada

do en el cuarto año de la carrera y que pretende la formación de los estudiantes en médicos familiares. (7)

Al inicio el período de práctica era de seis meses y lo dividían así: En los primeros dos meses la atención se encuentra en la evaluación de los logros de aprendizaje demostrados al hacer una historia clínica y examen físico. En los siguientes dos meses cuando el estudiante ha implementado sus conocimientos clínicos de evaluación, hará énfasis en la efectividad que con una buena historia y examen físico, demuestre. Los últimos dos meses del semestre se dejará toda la responsabilidad de manejo de pacientes al estudiante. (7,8)

En la actualidad el programa está diseñado para que el estudiante haga práctica de cuatro meses en las clínicas, de la siguiente manera: Este elegirá cinco familias en el transcurso de las dos primeras semanas, de las cuales actuará como coordinador de salud y de quienes obtendrá datos pertinentes. El mismo programará la visita de dichas familias a la clínica, siendo responsable de una evaluación periódica y adecuada a cada miembro, llevando un registro de las actividades realizadas.

El docente es el que coordina las actividades del estudiante orientándolo hacia las soluciones a seguir, distribuirá las familias elegidas por los estudiantes, de tal forma que cada uno de ellos tenga a su cuidado una paciente embarazada, un niño y un adulto.

Las familias tendrán que ser informadas por los estudiantes de las actividades de la clínica, y serán visitadas por él mismo una o dos veces por semana. (6)

La enseñanza extra-aula dada al estudiante, da un concepto integral del individuo como ente vinculado a su ambiente biopsico-

social.

En cada clínica, se presta los siguientes servicios: Emergencias, atención de la paciente con problema ginecológico, control prenatal, atención del niño sano, atención del niño enfermo, inmunización, rehidratación oral, laboratorio, farmacia, programa de alimentación para algunas clínicas; los cuales son propios de la atención primaria en salud, entendiéndose por atención primaria "La asistencia, no sólo sanitaria, sino inmediata y esencial en los diferentes campos de la problemática social, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación en las actividades, a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo y como parte y componente del desarrollo social y económico global de la comunidad". (6,16,17)

El horario de trabajo en las clínicas es de ocho a dieciseis horas de lunes a viernes, los días de feriado son establecidos por la Universidad y/o las instituciones patrocinadoras. (6,7,8)

El contenido del programa es de temas que proporcionarán conocimientos al estudiante para la atención primaria, el cual será impartido por el Médico Director de la clínica, en forma regular al final de las actividades de la mañana; hay contenidos que serán impartidos por invitados. En lo referente a temas teóricos se desarrolla en forma lineal y no por unidades, permitiendo reforzar a diario los conocimientos teóricos y cumplir así con los objetivos pretendidos. (6)

Existe un Director General del Programa, responsable de coordinar, planificar, evaluar y supervisar las actividades del programa; además doce directores médicos, que laboran de ocho a dieciseis horas, con las siguientes atribuciones: a) Representante legal de

la Facultad de Ciencias Médicas, en la clínica familiar. b) Dirigirá y supervisará las actividades docentes, técnicos de laboratorio y a los estudiantes de la clínica. c) Evaluará las historias clínicas de los estudiantes, y d) Supervisará el trabajo de investigación.

También se cuenta con ocho catedráticos especialistas que laboran de catorce a dieciseis horas con sede en una de las clínicas, recibiendo pacientes referidos de otras clínicas, con problemas de su especialidad; estos además dan su colaboración al Médico Director de la clínica sede. Y por ultimo, laboran nueve técnicos de laboratorio, y de cien a ciento cincuenta estudiantes en período de práctica.

La Facultad de Medicina ha incorporado el Programa de Medicina Familiar al cuarto año de la carrera, con participación de instituciones de la comunidad, tales como la Municipalidad de Guatemala, el Ministerio de Salud y la Universidad de San Carlos. (6)

En lo que respecta a la Municipalidad de Guatemala, existe el convenio gubernativo, donde se establece de acuerdo al artículo 6-2 la forma de trabajo entre la Municipalidad y la Universidad de San Carlos de Guatemala, de febrero de 1972, vigente a la fecha.

## b) DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA:

Desde hace catorce años la Facultad de Ciencias Médicas ha seguido una serie de objetivos que ha cambiado continuamente sin que se haya efectuado una evaluación de los programas en forma periódica (7), que nos permita enterarnos de los cambios o conductas logrados.

No se sabe realmente hasta que punto los objetivos se están cumpliendo, aspecto que atañe tanto al estudiante como a la comunidad.

Surgen las preguntas siguientes: ¿Llegará capacitado el estudiante a las clínicas? ¿Funciona algún tipo de plan educacional por parte de los estudiantes en servicio, hacia los usuarios de las clínicas? ¿Se proyecta el estudiante a la comunidad? ¿Realmente la docencia cumple su cometido? ¿Qué piensa el estudiante del programa?

Por lo tanto se percibe desconocimiento acerca de la relación que guarda la práctica del estudiante de cuarto año de la carrera de medicina, en las clínicas familiares, con los objetivos, normas y actividades que presenta el programa de clínicas familiares.

Las evaluaciones al programa que se han realizado, no han sido formales y periódicas, ni sistemáticas, lo que se puede observar porque no existe información registrada, la cual nos daría los lineamientos para efectuar los cambios necesarios y a través de una retroalimentación adecuada se estaría revisando los objetivos y la metodología para la superación del proceso enseñanza-aprendizaje, así como del programa.

## II. JUSTIFICACION

El Programa de Medicina Familiar que se lleva a cabo en las clínicas de la capital, con la participación de estudiantes de medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala, fue diseñado para proporcionarles a los estudiantes los lineamientos de proyección social, sin perder de vista el aspecto teórico de la carrera incluyendo los componentes de: Servicio, Investigación y Docencia.

Dicho programa ha venido sufriendo cambios y ampliándose - constantemente sin que lo hayan evaluado formal y periódicamente sin contarse inclusive con los registros de dichos cambios.

La mejor forma de llevar a cabo los cambios, es considerando los programas con enfoque sistemático. Lo que nos permitiría un proceso evaluativo, donde se determinarían las necesidades del programa de Medicina Familiar que nos ocupa en forma real.

Justifica la ejecución del presente estudio el hecho de que al evaluar el cumplimiento de las metas propuestas en cada uno de los componentes antes citados, se pretende medir la eficacia del programa de Medicina Familiar.

La contribución de este estudio será presentar datos actualizados que proporcionarán a las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas, la información necesaria para la toma de decisiones que conduzcan a una mejor planificación docente, de las actividades del programa.

## II. JUSTIFICACIÓN

## III. OBJETIVOS

### a) GENERAL:

Determinar si el programa de Medicina Familiar, prepara al estudiante para su futuro desempeño como Médico Familiar.

### b) ESPECIFICOS:

1. Establecer el grado de eficacia del programa, en cuanto a contenido programático, metodología, recursos materiales y recursos humanos.
2. Evaluar el cumplimiento y funcionalidad de las normas, objetivos y actividades que regulan la práctica de los estudiantes en las Clínicas Familiares Santa Fé y Municipal Cuatro.
3. Evaluar la expectativa que el estudiante tiene al inicio de la práctica, y los cambios, si los hay, al final de la misma.

#### IV. FUNDAMENTACION

En las clínicas familiares de Guatemala, se prestan servicios basados en la atención primaria, actividades que están establecidas en el programa de medicina familiar, "La atención Primaria tiende a constituirse hoy en el fundamento de todos los sistemas de Servicios de Salud a diferencia de la atención tradicional basada en el hospital, y representa una verdadera revolución en el concepto de Atención de la Salud que tendrá profundas implicaciones sociales presupuestarias, profesionales y educativas." (3)

En Guatemala, por ser un país subdesarrollado, "La Atención Primaria tiene su origen principal en la enorme presión social por la ampliación de la cobertura de Servicios Básicos de Salud" (3)

Basándonos en la conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma Ata, URSS en septiembre de 1978, podemos señalar algunos elementos constitutivos de la Atención Primaria de Salud:

- 1) Emplea una metodología científica y práctica.
- 2) Debe prestar servicio a toda la comunidad, en el lugar donde las personas residen y trabajan.
- 3) Incluye dentro del recurso humano, a la propia comunidad.
- 4) Su costo debe estar dentro del potencial económico de la nación.
- 5) Forma parte del Sistema Nacional de Salud, dentro de una política estatal de promoción.

- 6) Es el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria, y el primer nivel de contacto entre los integrantes de la comunidad y el Sistema Nacional de Salud.

Sobre cómo debe ser la Educación Médica para Atención Primaria se destacan varios autores, entre estos, Alpert y Charney - (1974), quienes señalan lo siguiente:

1. Medicina Primaria es "medicina de primer contacto" y por tanto separable de medicina secundaria y de medicina terciaria que se basan en la referencia de pacientes y no en el contacto primario.
2. Medicina Primaria asume la responsabilidad longitudinal para el paciente independientemente de la presencia o ausencia de enfermedad.
3. Medicina Primaria sirve como "integradora" para el paciente; cuando participan otros recursos de salud, el médico de atención primaria retiene el rol de coordinador y él o el equipo se interesan en administrar el límite de su capacidad en los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la atención del paciente".

Julio Cetlin (1982), cita una diferencia entre Médico General y Médico Familiar: "... El médico general es un médico que proporciona atención médica personal, primaria y continuada a los individuos y familias, y puede atender a los pacientes en sus hogares en su consultorio y algunas veces en el hospital; acepta la responsabilidad de tomar una decisión inicial sobre cualquier problema que su paciente pueda presentarle, consultando con especialistas cuando considere apropiado hacerlo y frecuentemente trabaja en grupo con otros médicos generales, con la ayuda de personal paramédico,

adecuado apoyo multisectorial y todo el equipo que necesita; aún cuando ejerza la medicina sólo, trabaja en equipo y lo dirigirá cuando sea necesario; sus diagnósticos serán elaborados en términos físicos, psicológicos y sociales, intervendrá educacional, preventiva y jerárquicamente.

Para promover y proteger la salud de sus pacientes... El médico familiar es aquel que:

1. Sirve como médico de primer contacto con el paciente y provee un medio de entrada al sistema de cuidados de la Salud.
2. Evalúa las necesidades de la salud totales del paciente, lo 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 para sí la continuidad de dichos cuidados.
3. Asume la responsabilidad por la atención continua e integral del paciente, y actúa como coordinador del equipo que le provee servicios de salud; y
4. Acepta la responsabilidad por el cuidado total del paciente dentro de su contexto ambiental, incluyendo la comunidad y la familia o una unidad social similar." (3)

"Parecería ser que los conceptos de Médico General y Médico de Familia son casi sinónimos. Sin embargo, como anota Cetlin, la diferencia radicaría en que mientras el primero provee cuidados en varias disciplinas de la medicina, para que funcione como médico de familia, depende de que asuma la responsabilidad de un cuidado continuo e integral para sus pacientes en el contexto de un grupo

familiar, hecho que puede ocurrir en algunas oportunidades, pero en otras no. En el caso del segundo, es decir el Médico de Familia, es condición "sine qua non" para que funcione como tal la de asumir la responsabilidad de proveer cuidado continuo e integral para el paciente individual dentro de un contexto familiar proporcionándole una gran parte de la atención él mismo y cuando es apropiado, coordinando otras partes del cuidado mediante la referencia o consulta con otros médicos o personal paramédico. El provee también el acceso a otros recursos apropiados de la comunidad cuando el paciente lo necesita." (3)

"Para que el médico de familia pueda cumplir con eficiencia el papel que se le asigne, deberá reunir en primer término las condiciones de un recurso de fácil accesibilidad y disposición permanente. En consecuencia, debe radicar en la comunidad urbana, suburbana o rural donde se asienta la comunidad a la que sirve. Debe ser capaz de atender toda la patología que se le presente, sin restricción de órganos o sistema, derivando a los pacientes que presentan problemas de salud que excedan su propia capacidad a niveles de mayor complejidad dentro del servicio o sistema de atención médica, y su labor debe ser integral, incluyendo el mantenimiento y la promoción de la salud de individuos y familias y proyectando su acción hacia la comunidad. Este cuidado integral, incluirá necesariamente servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de mantenimiento de salud, en coordinación afectiva entre los médicos de varias especialidades y con el personal en todos los campos de la salud." (3)

La Medicina Familiar puede considerarse una disciplina que trasciende las especialidades según las integra en un nuevo todo, - siendo considerada por ello como una metaespecialidad.

## PRINCIPIOS QUE ORIENTAN AL MEDICO DE FAMILIA:

"La Medicina Familiar puede ser descrita como un cuerpo de conocimientos sobre los problemas encontrados por médicos de familia, incluyendo no sólo conocimientos si no también destrezas técnicas.

Según Mc Whinney, pueden identificarse nuevos principios - que gobiernan las acciones del médico de familia:

1. El médico de familia está comprometido con la persona más que con un determinado cuerpo de conocimientos, grupo de enfermedades o una técnica especial.
2. El médico de familia aspira a comprender el entorno de la enfermedad.
3. El médico de familia ve cada contacto con su paciente como una oportunidad para la prevención y la educación sanitaria.
4. El médico de familia considera al conjunto de sus pacientes - como una población en riesgo. A diferencia de los clínicos que piensan habitualmente en términos de pacientes individuales más que en grupos de población, el médico de familia debe pensar en términos de ambos.
5. El médico de familia se ve a sí mismo como parte de una red de servicios de salud que lo apoyan a través de toda la comunidad. Esta red puede ser oficial, no oficial, formal e informal.
6. El médico de familia debe compartir, en lo posible, el mismo ambiente de sus pacientes.

7. El médico de familia ve a sus pacientes en el consultorio, en sus casas o en el hospital. La proporción de tiempo que dedica a cada una de estas facilidades varía según el país, el sistema, la región, etc.
8. El médico de familia da importancia a los aspectos subjetivos de la medicina.
9. El médico de familia es un gerente de los recursos. Como generalista y médico de primer contacto debe ser capaz, dentro de ciertos límites, de controlar la admisión de sus pacientes; al hospital, usar investigaciones, tratar y referirlos a especialidades." (3)

#### "CARACTERISTICAS DE LA PRACTICA DE LA MEDICINA FAMILIAR".

1. Continuidad del cuidado: Ha sido identificado desde el principio como un elemento crucial en la práctica de la Medicina Familiar. No es sólo una cuestión de duración. La continuidad en la práctica de la Medicina Familiar es una responsabilidad inquebrantable de estar disponible por cualquier problema de salud, hasta el final, cualquiera sea el curso que pueda tomar aunque refiera al paciente a otro médico, ello no implica que haya finalizado su responsabilidad.
2. Atención integral: Desde que el médico de familia está disponible para atender cualquier problema de salud el cuidado provisto es integral. Nunca dirá a sus pacientes: "lo siento pero su problema no está en mi campo" finalizando así su responsabilidad. Esto comprende también la aplicación de medidas preventivas, curativas y de rehabilitación según corresponda al problema del paciente.
3. Cuidado de la Familia: como el médico de familia atiende a

pacientes de ambos sexos y cualquier grupo de edades, atiende de hecho a unidades familiares, lo que le da ventaja en el diagnóstico y manejo de los casos. La familia es la unidad de atención.

A las características anteriores que son ya clásicas para la Medicina Familiar, Mc Whnney agrega las siguientes que son muy importantes.

4. Vínculo: Como resultado de la duración e intensidad el cuidado tiene lugar un proceso de vinculación entre el paciente, el médico y la familia. La fuerza de este vínculo es variable, depende del número de contactos y de la duración de la relación y se fortalece con ciertos tipos de cuidados, por ejemplo: atender el embarazo y el parto; ayudar a la familia cuando atraviesa una crisis; atender al paciente en su propio hogar o cuidar al paciente y su familia durante una enfermedad terminal.
5. Conocimiento acumulativo de los pacientes: El cuidado continuo e integral de los pacientes y sus familias permite construir, pieza por pieza, un acervo de conocimientos que constituye uno de los más preciosos activos del médico de familia." (3)

#### "INTEGRACION DOCENTE ASISTENCIAL Y MEDICINA FAMILIAR"

La decisión de implantar un sistema de Medicina Familiar significa una política de cambio profundo en los servicios, que deben reestructurarse dando un mayor énfasis a la atención general y ambulatoria que permitan proveer al público una atención continua e integral. Esto implica la reorientación de la inversión que cambia su epicentro del hospital a los servicios periféricos. Un sistema de Medicina Familiar es Atención Primaria de la más alta calidad." (3)

## UN PROGRAMA PARA AMERICA LATINA:

El Dr. Gayle Stephens, un conocido líder en la Medicina Familiar de su país, Estados Unidos, al analizar la evolución de esa disciplina identifica tres fases características:

1. Fase política.
2. Fase administrativa.
3. Fase académica.

La Fase Política, de toma de decisiones, es una etapa larga, que implica una ruptura con el "status" previo y el compromiso con la creación de algo nuevo que implicará mayor esfuerzo que antes y el afrontar nuevos problemas.

La Fase Administrativa, consiste en la institucionalización de los programas, una vez tomada la decisión política de llevarlos a cabo, para su organización; se forma aquí el sustrato operativo de la Medicina familiar.

En la tercera fase -Fase Académica-, la Medicina Familiar, después de haber justificado su existencia en la práctica, en la acción asistencial, debe conquistar su lugar dentro de la Academia.

Por lo tanto, esta fase académica es de trascendental importancia porque además de lo anterior, permite el avance y progreso de la Medicina Familiar al incorporar la docencia universitaria y la investigación a su quehacer rutinario como cuadra una disciplina científica. (3)

"El Dr. José Narro, de México, ha elaborado más la subdivi-

sión del proceso de desarrollo de la Medicina Familiar, distinguiendo cinco fases: a) Política; b) Administrativa; c) De interés inicial universitario; d) De desarrollo asistencial; y e) De consolidación académica. (Artículo publicado en el Boletín de FEPAFEM - Vol. XVIII No 2, pág. 16. abril de 1981)". (3)

## LA MEDICINA FAMILIAR EN LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS:

Durante el Primer Congreso Social Universitario se señaló la conveniencia de que las escuelas facultativas iniciaran programas de servicio social a cargo de los estudiantes. La Facultad de Medicina entonces perseguía formar médicos "ecológicamente adaptados al medio guatemalteco", y así vemos que desde el inicio de la carrera, el estudiante es ya puesto en relación con el paciente, su familia y su comunidad, creándose las Clínicas Médicas Familiares en Fase II. (14)

Estas fueron creadas en 1970, como parte de ese proceso de reestructuración. (7,14)

Desde la fecha de creación del programa se han introducido cambios curriculares tendientes a su ampliación; tales como los efectuados en 1970, 1971, 1975, 1980, 1981 y 1982, pero se mantiene las actividades prácticas a nivel ambulatorio, en las clínicas familiares. (10)

La poca motivación de catedráticos y estudiantes, y la demanda de atención de morbilidad, convirtieron a estas clínicas en consultas externas con poca proyección hacia la colectividad.

Hay excepción naturalmente y por iniciativa e interés de algunos catedráticos y estudiantes, se ha logrado algún trabajo aislado con la colectividad. (19)

Además, dicho programa ha sido analizado a través de la experiencia de médicos docentes. Luna (1973), a través de un proyecto de "Medicina Familiar y de la Colectividad" trata de demostrar que el desarrollo evolutivo de la práctica clínica de Fase II tipificada en clínica familiar es expresión de una deficiencia en el enfoque científico de la problemática que la Facultad de Ciencias Médicas ha definido como su quehacer, en el estudio del individuo y colectividad enferma. Dicho proyecto hace una crítica en el sentido de que el desarrollo de la experiencia en clínica con el individuo enfermo dentro de una clínica periférica tratando de hacer un enfoque científico y documentarlo en una ficha orientada por problemas; pretendiendo resolver problemas del individuo enfermo y complementarlo con un estudio de la familia a través de la visita domiciliaria, sin antes haber logrado un enfoque científico del problema de la colectividad enferma o por enfermarse. En esa época el enfoque científico que se hacía del estudio del enfermo y el estudio de la colectividad se hacía en forma unilateral, lo que no permitía una práctica que brindara la realización de los objetivos propuestos. No obstante el análisis y la autocrítica que se hizo de las actividades durante ese período permitió diseñar una organización de trabajo, que permitiera:

1. Un trabajo más integrado de Ciencias Biológicas y Ciencias de la Conducta dentro de las Clínicas.
2. Desarrollar una metodología de investigación y servicio a nivel de la colectividad en aspectos educativos, preventivos y curativos.
3. Describir con suficiente profundidad entre profesores, la factibilidad del proyecto.
4. Predecir los beneficios que como resultados a todo nivel pre-

senta el trabajo, en la realidad concreta de la población guatemalteca, se producirá como resultado de la acción de la Facultad de Ciencias Médicas sobre la formación de alumnos y la salud de la población.

5. Movernos en el futuro de nuestra actividad dentro del complejo dinámico de teoría-práctica-teoría." (13,19)

"En 1977, se realizó un seminario sobre Medicina de la Colectividad en la Facultad de Ciencias Médicas, con el propósito de orientar en mejor forma la que corresponde a estos programas, logrando al final un programa más desarrollado y profundizado en cuanto a su definición como a sus objetivos que se plantean." (19)

En 1980, en el informe anual del Organismo de Planificación y Coordinación Académica (OPCA), se menciona que los programas presentan limitaciones sobre aspectos que no son tomados en consideración para el desarrollo de los mismos programas, por ejemplo la teoría virtualmente independiente de la práctica y de las experiencias diarias, aspecto al que se le da muy poco valor, siendo lo habitual programar una serie de actividades que no guardan relación con los problemas más importantes y frecuentes que el estudiante enfrenta en su práctica. (9)

Así como cuantitativamente el programa ha ido creciendo, cualitativamente se han producido cambios que hacen necesaria una redefinición de lo que es la teoría de las clínicas familiares como un reflejo de lo que se da en la práctica de su actividad. (7)

Se concluye que, el programa de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala, ha sufrido cambios, ampliándose constantemente, a partir de 1970, año en que el mismo principió a funcionar; sin embargo éste no ha

sido evaluado de manera formal ni periódica, y no existe un registro de dichos cambios.

## V. METODOLOGIA

### a) PROBLEMA:

Enfocaremos el problema con las siguientes interrogantes:

1. ¿Qué grado de eficacia logra el estudiante en su práctica de cuarto año, que realiza en las clínicas a través del programa de Medicina Familiar?
2. ¿La información que le proporcionan al inicio, permite aclarar dudas al estudiante a su ingreso al programa de Medicina Familiar?
3. ¿Los conocimientos proporcionados al estudiante en los años anteriores, son aplicados a este nivel de su práctica?
4. ¿La práctica que se realiza en Medicina Familiar, implementa a raíz de sus actividades los objetivos específicos del programa?
5. ¿Realizan los estudiantes visitas familiares?
6. ¿Dan los estudiantes Educación en Salud orientadas hacia la comunidad para mejorar sus condiciones de vida en general?
7. ¿Están enfocados los objetivos del programa a las necesidades comunitarias?
8. ¿En qué forma y grado influye la comunidad en la práctica - del estudiante de cuarto año, específicamente en las clínicas familiares Santa Fé y Municipal Cuatro?

9. Qué grado de integración y desarrollo presentan las funciones: docencia, servicio e investigación en el programa de Medicina Familiar?
10. Cuáles de las tres actividades se harán necesarias cuando el estudiante realiza su práctica en las clínicas familiares?
- 11.Cuál de las tres actividades presenta mayor deficiencia, en relación a los objetivos que el programa pretende?
12. Verdaderamente el programa orienta al estudiante para constituirse en un futuro médico familiar?
13. Qué expectativa presenta el estudiante, al inicio, durante, y al final de la práctica?

b) HIPOTESIS:

1. Existe congruencia entre las respuestas de los docentes y autoridades con las respuestas de los estudiantes sobre aspectos del Proceso Enseñanza-aprendizaje del Programa de Medicina Familiar.

c) VARIABLES:

1. INDEPENDIENTE: Y<sup>o</sup> DATOS DEMOGRAFICOS

- Sexo
- Edad
- Estado Civil
- Profesión
- Tiempo de contacto con el programa

Y1 ELEMENTOS POR EVALUAR

- Objetivos
- Contenidos
- Actividades
- Metodología
- Recursos Auxiliares
- Evaluación

Y2 ETAPAS DEL CURRÍCULO

- Programación
- Ejecución

2. DEPENDIENTE:

Resultados al intersectar

Y1 con Y2

"Entendiéndose de que la variable dependiente, se caracteriza porque en ella se reflejan los diversos cambios que se producen en la denominada variable independiente. Ello significa que en la relación que se pretende establecer entre dos o más variables, mientras una (la dependiente) es sujeta a cambio en forma inducida la otra (la independiente) posee un carácter relativamente autónomo." (1,2,4,12,15)

d) PARADIGMA ESTADISTICO:

VARIABLE	Y1
Y2	X... (Resultado al intersectar Y <sub>1</sub> con Y <sub>2</sub> )

Por paradigma se entiende: "un modelo o un ejemplo" La palabra "modelo" es un sinónimo de paradigma, se utiliza en el sentido de una estructura y modelo orientador, en particular al tratar del diseño de investigación. En este caso suponemos una situación en que hay dos variables independientes ( $Y_1$   $Y_2$ ) que actúan concertadamente para producir efectos en una variable dependiente  $X$ , esto es que cada puntuación de  $Y_1$  opera con cada puntuación de  $Y_2$  para producir una puntuación de la variable  $X$ . (12)

e) METODO A USARSE:

El método general, lo constituye el Enfoque Sistemático.

Definición: (Kaufman, 1983, pág. 12) Enfoque sistemático es un proceso mediante el que se identifican necesidades, se seleccionan problemas, se determinan los requisitos para la solución de problemas, se escogen soluciones entre las alternativas, se efectúan las revisiones que requiera todo o parte del sistema, de modo que se eliminen las carencias.

El método a usarse será EX-POST-FACTO; "el cual es una búsqueda sistemática empírica, en la cual el científico no tiene control directo sobre las variables independientes porque ya acontecieron sus manifestaciones o por ser intrínsecamente no manipulables, se hacen inferencias sobre las relaciones de ellas, sin intervención directa, a partir de la variación concomitante de las variaciones independientes y dependientes. (2,12)

Se utilizará este método ya que los problemas más trascendentales de esta investigación no podrían prestarse a un método experimental, al mismo tiempo que su propia definición nos demuestra que no existe ninguna clase de incompatibilidad en su uso partiendo del principio básico de que, la o las variables dependientes son conse-

cuencias de las variables independientes (relación causa-efecto). (2,12)

f) POBLACION Y MUESTRA

1. Docentes y autoridades de las clínicas Santa Fé y Municipal Cuatro.
2. Estudiantes del cuarto grado de la carrera de Médico y Cirujano, que participan en el programa de Medicina Familiar.
3. Miembros de la comunidad que asisten a las clínicas Santa Fé y Municipal Cuatro.

g) INSTRUMENTO:

Para la elaboración del instrumento se procedió de la manera siguiente:

1. Se conformó una frase configurativa para determinar el universo de observaciones.
2. Se toma como herramienta de trabajo, por su fundamentación metodológica y las ventajas que representa, la técnica de evaluación de actitudes derivada de la teoría de Facetas de Guttman

La Teoría de FACETAS es la aplicación del pensamiento matemático a otras disciplinas, tales como las ciencias sociales. Guttman la describe a veces como una "nomenclatura lógica".

Para facilitar la comprensión de lo que sigue, es útil recapitular

tular la teoría de conjuntos. Un conjunto se define como una colección de objetos bien definidos: los objetos que comprenden el conjunto se conocen como los elementos del conjunto. El conjunto puede ser especificado por medio de la enumeración de todos sus miembros, o por medio de una regla que permite asegurarse si un objeto particular es miembro del conjunto o no.

De acuerdo con lo expuesto, la definición del conjunto cartesiano es:

$$AB = (a_i b_j) \quad (a_i \in A) \quad (b_j \in B)$$

Podemos considerar a A y B como conjuntos con dos elementos cada uno. La asignación de cada uno de los elementos del conjunto A a cada uno de los elementos del conjunto B genera un conjunto cartesiano:

$$AB = (a_1 b_1), (a_2 b_1), (a_1 b_2), (a_2 b_2)$$

El uso de facetas nos permite definir variables (que ya mencionamos) o conceptos utilizados en una investigación en función de conjuntos de conceptos más básicos. La claridad conceptual de los elementos de una definición puede mejorarse si se señalan las diferencias y similitudes entre dichos elementos en función de conjuntos más amplios. Estos conceptos tienen el rol de facetas.

3. Las estructuras facetizadas del universo de observaciones son:

FACETA A      ELEMENTOS A EVALUAR

- a1    Objetivos
- a2    Contenidos
- a3    Actividades

- a4    Metodología
- a5    Recursos auxiliares
- a6    Evaluación

FACETA B      ETAPAS CURRICULARES

- b1    Programación
- b2    Ejecución

4. Lo que nos determina los siguientes perfiles:

$$a_1 b_1 \quad a_2 b_1 \quad a_3 b_1 \quad a_4 b_1 \quad a_5 b_1 \quad a_6 b_1$$

$$a_1 b_2 \quad a_2 b_2 \quad a_3 b_2 \quad a_4 b_2 \quad a_5 b_2 \quad a_6 b_2$$

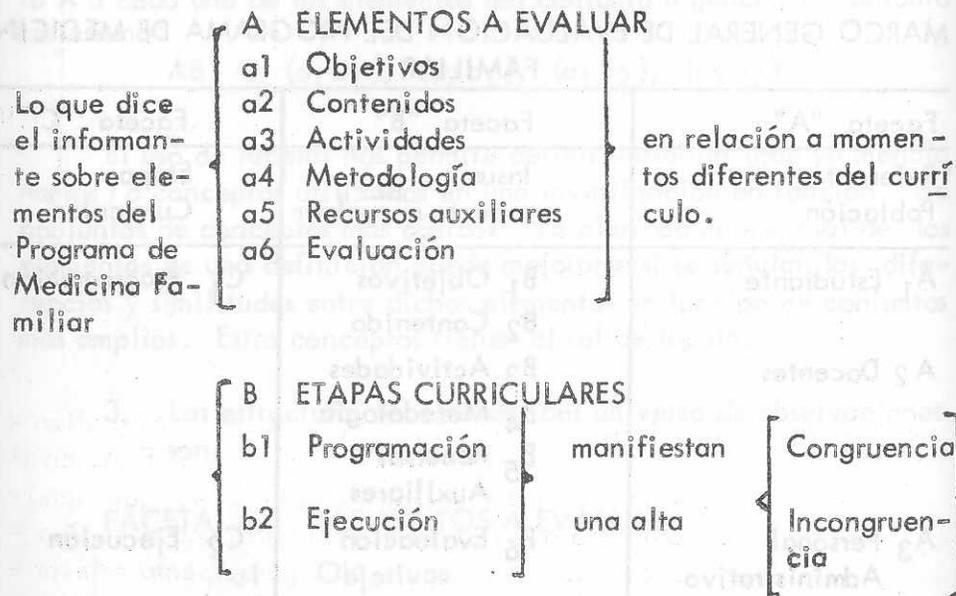
MARCO GENERAL DE EVALUACION DEL PROGRAMA DE MEDICINA FAMILIAR

Faceta "A"	Faceta "B"	Faceta "C"
Referente Población	Insumo aspecto a evaluar	Etapa Curricular
A <sub>1</sub> Estudiante	B <sub>1</sub> Objetivos B <sub>2</sub> Contenido	C <sub>1</sub> Programación
A <sub>2</sub> Docentes	B <sub>3</sub> Actividades B <sub>4</sub> Metodología B <sub>5</sub> Recursos Auxiliares	
A <sub>3</sub> Personal Administrativo	B <sub>6</sub> Evaluación	C <sub>2</sub> Ejecución

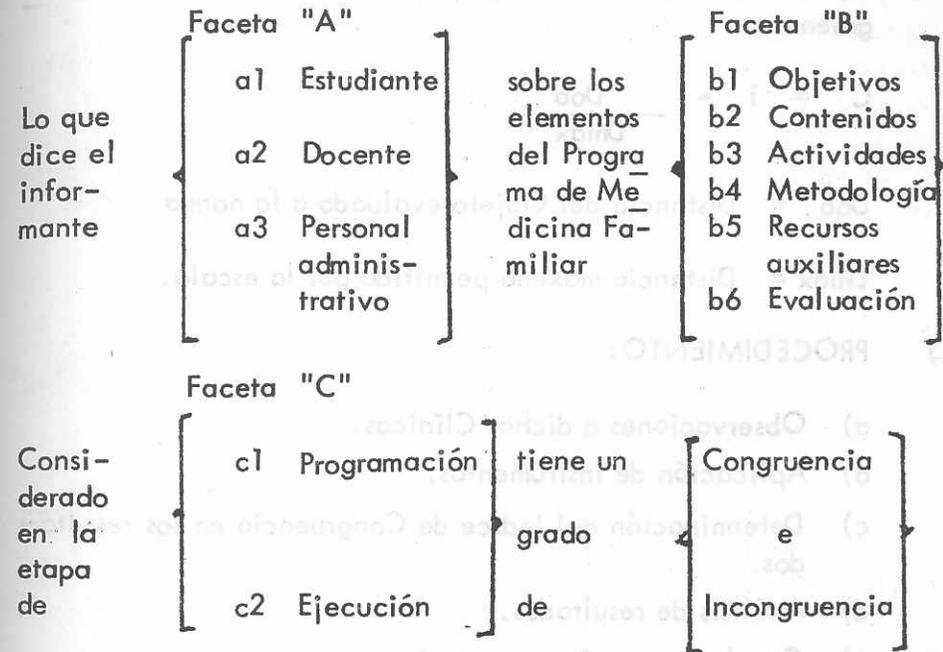
En este cuadro se muestra: la población, los aspectos a evaluar y las etapas curricular, representados como "facetas"; las que proporcionan la información para mejor desarrollo de la investigación haciéndose necesario el uso de la FRASE CONFIGURATIVA - que según Louis Guttman es lo que facilita el entendimiento de las investigaciones, conectando lógicamente las facetas añadiendo con tenido semántico al conjunto cartesiano facilitando la comunicación. (5)

Para evitar un exceso de formalismo, aparente en los esquemas anteriores, se propone la formulación de una "frase configurativa".

### 5. Frase Configurativa General:



### 6. Frase Configurativa Intermedia:



7. El concepto de Congruencia entre ciertos criterios y los resultados obtenidos en la implementación de un proceso Educativo, fue propuesto por autores como Stake (1967), Provus (1969), Cerdeira (1976), entre otros.

En este contexto se toma las definiciones de estudios realizados por el Dr. Oscar Serafini especialista de la O.E.A. en el proyecto de Maestría en Educación UnB/O.E.A. que señala: "La congruencia es la coincidencia entre una situación - observada y una situación deseable en algún aspecto relevante de dicho proceso". Debido a que no es fácil encontrar en los manuales de evaluación un indicador de distancia - con-

gruencia, que sean multivariado y directamente interpretable en términos evaluativos, aplicamos el coeficiente de Congruencia:

$$C = 1 - \frac{Dob}{Dmax}$$

Dob = Distancia del Objeto evaluado a la norma.

Dmax = Distancia máxima permitida por la escala.

h) **PROCEDIMIENTO:**

- a) Observaciones a dichas Clínicas.
- b) Aplicación de instrumentos.
- c) Determinación del Índice de Congruencia en los resultados.
- d) Análisis de resultados.
- e) Conclusiones y Recomendaciones.

## VI. RESULTADOS

CUADRO No. 1

CLINICAS FAMILIARES "SANTA FE" Y "MUNICIPAL CUATRO" RESULTADOS DE CONGRUENCIA DE LOS OBJETIVOS EN LA ETAPA PROGRAMACION. GUATEMALA, 1985

NIVELES DE CONGRUENCIA	OBJETIVOS		
	TOTAL	DOCENTES Y PERSONAL ADM.	- ESTUDIANTES
TOTAL	80	25	55
Totalmente de acuerdo	4	3	1
De acuerdo	40	10	30
En desacuerdo	30	10	20
Totalmente en desacuerdo	6	2	4

Fuente: Investigación de campo.

CUADRO No. 3

CUADRO No. 2

CLINICAS FAMILIARES "SANTA FE" Y MUNICIPAL CUATRO" RESULTADOS DE CONGRUENCIA DE LOS CONTENIDOS EN LA ETAPA DE PROGRAMACION. GUATEMALA 1985.

NIVELES DE CONGRUENCIA	CONTENIDOS		
	TOTAL	DOCENTES Y PERSONAL ADM.	ESTUDIANTES
TOTAL	16	5	11
Totalmente de acuerdo	1	1	-
De acuerdo	11	3	8
En desacuerdo	3	1	2
Totalmente en desacuerdo	1	-	-

Fuente: Investigación de campo.

CUADRO No. 3

CLINICAS FAMILIARES "SANTA FE" Y "MUNICIPAL CUATRO" RESULTADOS DE CONGRUENCIA DE LAS ACTIVIDADES EN LA ETAPA DE PROGRAMACION. GUATEMALA, 1985

NIVELES DE CONGRUENCIA	ACTIVIDADES		
	TOTAL	DOCENTES Y PERSONAL ADM.	ESTUDIANTES
TOTAL	16	5	11
Totalmente de acuerdo	-	-	-
De acuerdo	4	-	4
En desacuerdo	11	5	6
Totalmente en desacuerdo	1	-	1

Fuente: Investigación de campo.

CLINICAS FAMILIARES "SANTA FE" Y "MUNICIPAL CUATRO" RESULTADOS DE CONGRUENCIA DE LA METODOLOGIA EN LA ETAPA DE PROGRAMACION. GUATEMALA, 1985.

NIVELES DE CONGRUENCIA	METODOLOGIA		
	TOTAL	DOCENTE Y PERSONAL ADM.	ESTUDIANTES
TOTAL	16	5	11
Totalmente de acuerdo	1	1	-
De acuerdo	13	4	9
En desacuerdo	2	-	2
Totalmente en desacuerdo	-	-	-

Fuente: Investigación de campo.

CLINICAS FAMILIARES "SANTA FE" Y "MUNICIPAL CUATRO" RESULTADOS DE CONGRUENCIA DE LOS RECURSOS AUXILIARES EN LA ETAPA DE PROGRAMACION. GUATEMALA, 1985.

NIVELES DE CONGRUENCIA	RECURSOS AUXILIARES		
	TOTAL	DOCENTES Y PERSONAL ADM.	ESTUDIANTES
TOTAL	16	5	11
Totalmente de acuerdo	1	1	-
De acuerdo	11	4	7
En desacuerdo	4	-	4
Totalmente en desacuerdo	-	-	-

Fuente: Investigación de campo.

CLINICAS FAMILIARES "SANTA FE" Y "MUNICIPAL CUATRO" RESULTADOS DE CONGRUENCIA EN EVALUACION EN LA ETAPA DE PROGRAMACION. GUATEMALA, 1985

40

NIVELES DE CONGRUENCIA	EVALUACION		
	TOTAL	DOCENTES Y PERSONAL ADM.	ESTUDIANTES
TOTAL	16	5	11
Totalmente de acuerdo	-	-	-
De acuerdo	9	4	5
En desacuerdo	4	-	4
Totalmente en desacuerdo	3	1	2

Fuente: Investigación de campo.

CUADRO No. 7

CLINICAS FAMILIARES "SANTA FE" Y "MUNICIPAL CUATRO" RESULTADOS DE CONGRUENCIA DE LOS OBJETIVOS EN LA ETAPA DE EJECUCION. GUATEMALA, 1985.

41

NIVELES DE CONGRUENCIA	OBJETIVOS		
	TOTAL	DOCENTES Y PERSONAL ADM.	ESTUDIANTES
TOTAL	79	24	55
Totalmente de acuerdo	4	3	1
De acuerdo	50	18	32
En desacuerdo	20	2	18
Totalmente en desacuerdo	5	1	4

Fuente: Investigación de campo.

CLINICAS FAMILIARES "SANTA FE" Y "MUNICIPAL CUATRO" RESULTADOS DE CONGRUENCIA DE LOS CONTENIDOS EN LA ETAPA DE EJECUCION. GUATEMALA 1985.

42

NIVELES DE CONGRUENCIA	CONTENIDOS		
	TOTAL	DOCENTES Y PERSONAL ADM.	ESTUDIANTES
TOTAL	48	15	33
Totalmente de acuerdo	3	1	2
De acuerdo	29	8	21
En desacuerdo	14	4	10
Totalmente en desacuerdo	2	2	-

Fuente: Investigación de campo.

CLINICAS FAMILIARES "SANTA FE" Y "MUNICIPAL CUATRO" RESULTADOS DE CONGRUENCIA DE LAS ACTIVIDADES EN LA ETAPA DE EJECUCION. GUATEMALA, 1985.

43

NIVELES DE CONGRUENCIA	ACTIVIDADES		
	TOTAL	DOCENTES Y PERSONAL ADM.	ESTUDIANTES
TOTAL	64	20	44
Totalmente de acuerdo	8	3	5
De acuerdo	36	14	22
En desacuerdo	17	3	14
Totalmente en desacuerdo	3	-	3

Fuente: Investigación de campo.

CUADRO No. 10

CLINICAS FAMILIARES "SANTA FE" Y "MUNICIPAL CUATRO" RESULTADOS DE CONGRUENCIA DE LA METODOLOGIA EN LA ETAPA DE EJECUCION. GUATEMALA, 1985.

NIVELES DE CONGRUENCIA	METODOLOGIA		
	TOTAL	DOCENTES Y PERSONAL ADM.	ESTUDIANTES
TOTALES	48	15	33
Totalmente de acuerdo	2	1	1
De acuerdo	29	11	18
En desacuerdo	16	3	13
Totalmente en desacuerdo	1	-	1

Fuente: Investigación de campo.

CUADRO No. 11

CLINICAS FAMILIARES "SANTA FE" Y "MUNICIPAL CUATRO" RESULTADOS DE CONGRUENCIA DE LOS RECURSOS AUXILIARES EN LA ETAPA DE EJECUCION. GUATEMALA, 1985.

NIVELES DE CONGRUENCIA	RECURSOS AUXILIARES		
	TOTAL	DOCENTES Y PERSONAL ADM.	ESTUDIANTES
TOTAL	48	15	33
Totalmente de acuerdo	-	-	-
De acuerdo	17	9	8
En desacuerdo	26	4	22
Totalmente en desacuerdo	5	2	3

Fuente: Investigación de campo.

CUADRO No. 12

CLINICAS FAMILIARES "SANTA FE" Y "MUNICIPAL CUATRO" RESULTADOS DE CONGRUENCIA DE EVALUACION EN LA ETAPA DE EJECUCION. GUATEMALA, 1985.

NIVELES DE CONGRUENCIA	EVALUACION		
	TOTAL	DOCENTES Y PERSONAL ADM.	ESTUDIANTES
TOTAL	48	15	33
Totalmente de acuerdo	2	1	1
De acuerdo	28	9	19
En desacuerdo	15	5	10
Totalmente en desacuerdo	3		3

Fuente: Investigación de campo.

CUADRO No. 13

CLINICAS FAMILIARES "SANTA FE" Y "MUNICIPAL CUATRO" RESULTADOS DE LA ENCUESTA SEGUN PROGRAMACION Y ELEMENTOS, POR NIVELES DE CONGRUENCIA. GUATEMALA 1985.

NIVELES DE CONGRUENCIA	TOTAL	PROGRAMACION										EVALUACION	
		OBJETIVOS		CONTENIDOS		ACTIVIDADES		METODOLOGIA		RECURSOS AUX.		Doc. P. A.	Est.
		Doc. P. A.	Est.	Doc. P. A.	Est.	Doc. P. A.	Est.	Doc. P. A.	Est.	Doc. P. A.	Est.	5	11
TOTAL	106	25	55	5	11	5	11	5	11	5	11	5	11
Totalmente de acuerdo	7	3	1	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-
De acuerdo	88	10	30	3	8	-	4	4	9	4	7	4	5
En desacuerdo	54	10	20	1	2	5	6	-	2	-	4	-	4
Totalmente en desacuerdo	11	2	4	-	1	-	1	-	-	-	-	1	2

FUENTE: Investigación de campo.  
 Doc. = docentes; P.A. = personal administrativo; Est. = estudiante.

CLINICAS FAMILIARES "SANTA FE" Y "MUNICIPAL CUATRO" RESULTADOS DE LA ENCUESTA SEGUN EJECUCION Y ELEMENTOS, POR NIVELES DE CONGRUENCIA, GUATEMALA 1985.

NIVELES DE CONGRUENCIA	TOTAL	EJECUCION												EVALUACION	
		OBJETIVOS		CONTENIDOS		ACTIVIDADES		METODOLOGIA		RECURSOS AUX.		EVALUACION			
		Doc. P.A.	Est.	Doc. P.A.	Est.	Doc. P.A.	Est.	Doc. P.A.	Est.	Doc. P.A.	Est.	Doc. P.A.	Est.		
TOTAL	335	24	55	15	33	20	44	15	33	15	33	15	33	15	33
Totalmente de acuerdo	19	3	1	1	2	3	5	1	1	-	-	-	-	1	1
De acuerdo	189	18	32	8	21	14	22	11	18	9	8	9	8	9	19
En desacuerdo	108	2	18	4	10	3	14	3	13	4	22	4	22	5	10
Totalmente en desacuerdo	19	1	4	2	-	-	3	-	1	2	3	2	3	-	3

Fuente: Investigación de campo.  
 Doc. = docente; P.A. = personal administrativo; Est. = estudiante.

Se presentan las gráficas que demuestran los PERFILES de la evaluación según Docentes, Personal administrativo y Estudiantes en los aspectos: Objetivos, Contenidos, Actividades, Metodología, Recursos Auxiliares y Evaluación; referente a PROGRAMACION Y EJECUCION. (gráficas No. 1,2,3,4)

En ellas se muestran los VALORES REALES DE LA NORMA (Xoi) que se obtuvo en base a la fórmula siguiente:

$$X_{oi} = \frac{\sum P}{T} - 1$$

Donde:

$\sum P$  = Al total de respuestas positivas, teniendo como respuestas positivas a los enunciados: Totalmente de acuerdo y de acuerdo; y como respuestas negativas a los enunciados: En desacuerdo y totalmente en desacuerdo.

T = Al total de respuestas.

Ejemplo:

Los Docentes y Personal administrativo, referente a PROGRAMACION en cuanto a OBJETIVOS así:

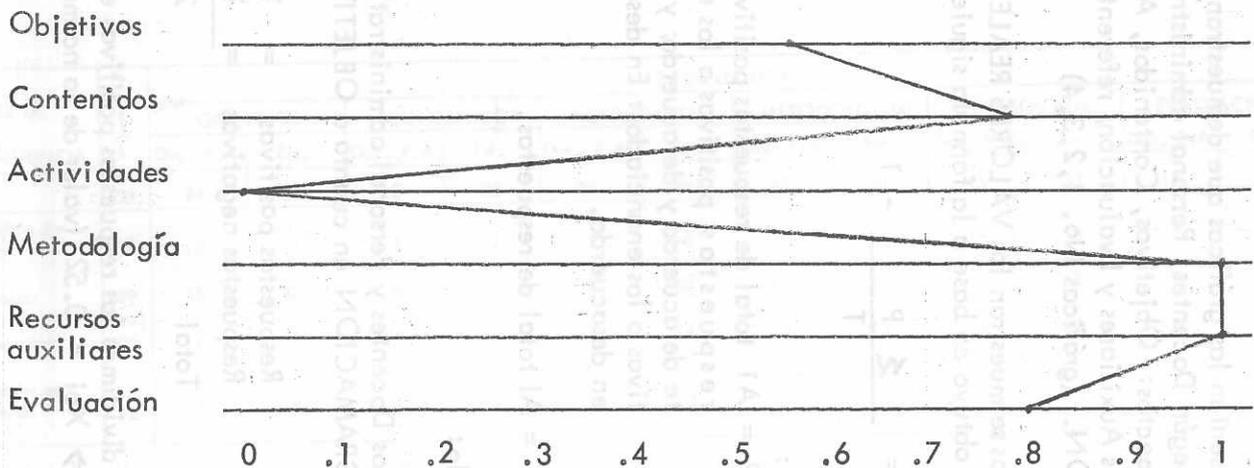
Respuestas positivas	=	13
Respuestas negativas	=	12
Total		25

Ahora dividimos las respuestas positivas entre el total  
 $\frac{13}{25} \Rightarrow X_{oi} = 0.52$  (valor de la norma)

GRAFICA No. 1

CLINICAS FAMILIARES "SANTA FE" Y "MUNICIPAL CUATRO" PERFILES DE LA EVALUACION PROGRAMACION SEGUN DOCENTES Y PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LOS ASPECTOS: OBJETIVOS, CONTENIDOS, ACTIVIDADES, METODOLOGIA, RECURSOS AUXILIARES Y EVALUACION. GUATEMALA, 1985

50

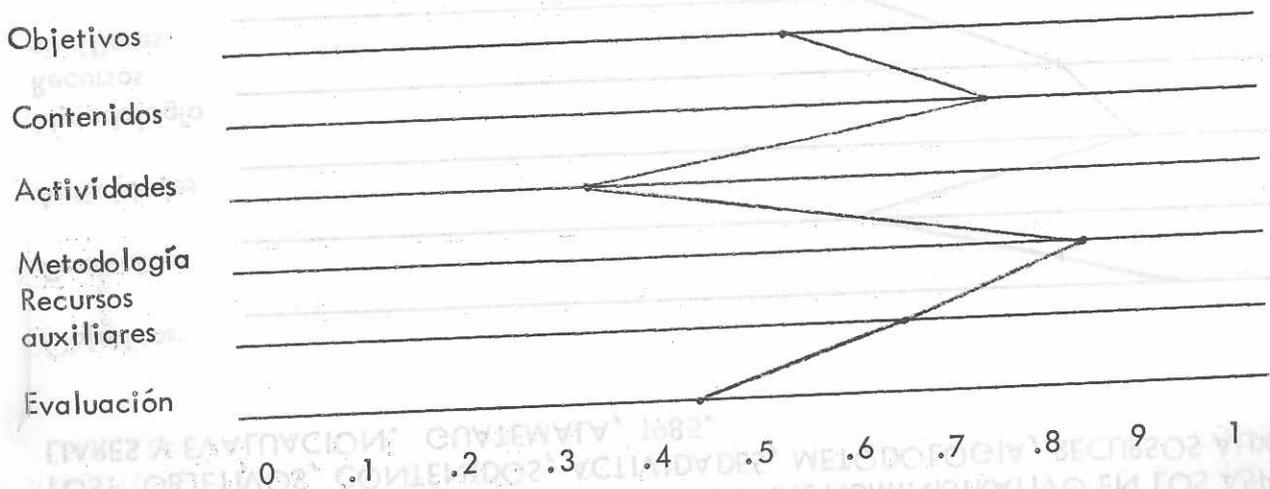


Fuente: Investigación de campo.

GRAFICA No. 2

CLINICAS FAMILIARES "SANTA FE" Y "MUNICIPAL CUATRO" PERFILES DE LA EVALUACION PROGRAMACION SEGUN ESTUDIANTES EN LOS ASPECTOS: OBJETIVOS, CONTENIDOS, ACTIVIDADES, METODOLOGIA, RECURSOS AUXILIARES Y EVALUACION. GUATEMALA, 1985

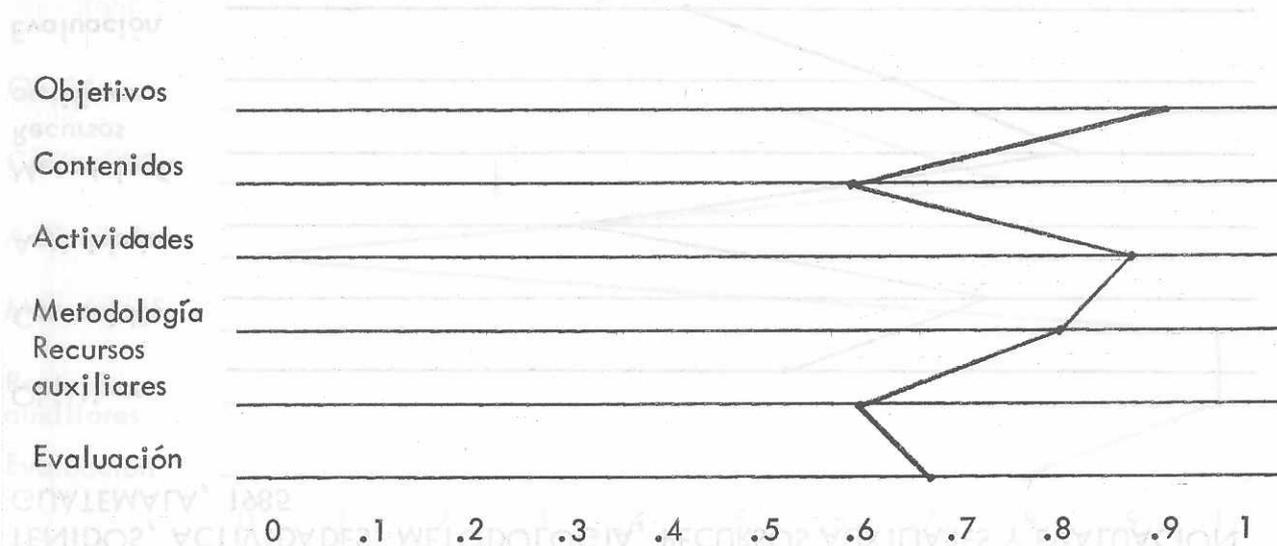
51



Fuente: Investigación de campo.

CLINICAS FAMILIARES "SANTA FE" Y "MUNICIPAL CUATRO": PERFILES DE LA EVALUACION EJECUCION SEGUN DOCENTES Y PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LOS ASPECTOS: OBJETIVOS, CONTENIDOS, ACTIVIDADES, METODOLOGIA, RECURSOS AUXILIARES Y EVALUACION. GUATEMALA, 1985.

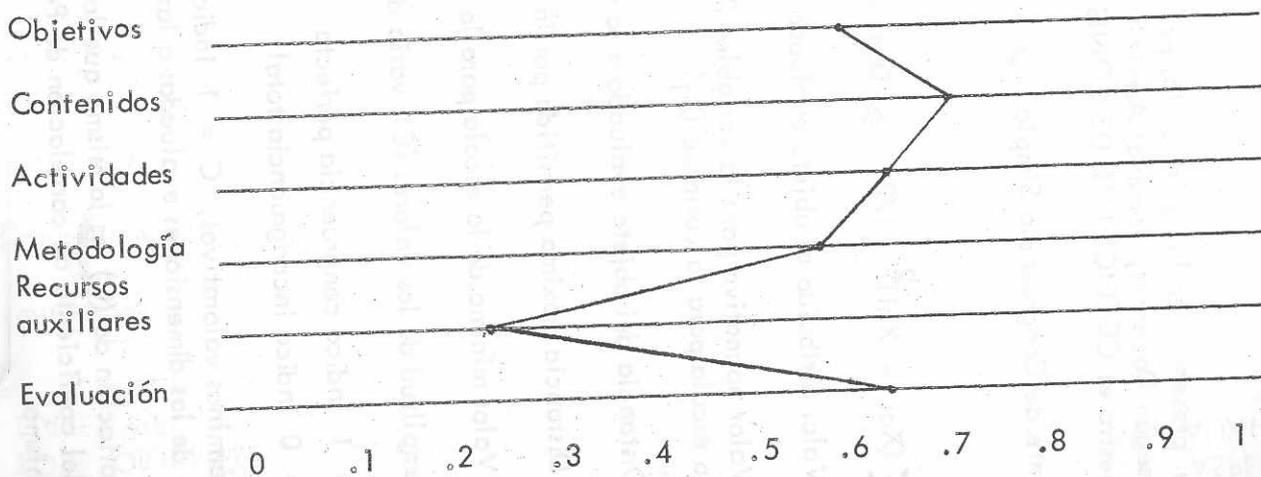
52



Fuente: Investigación de campo.

CLINICAS FAMILIARES "SANTA FE" Y "MUNICIPAL CUATRO" PERFILES DE LA EVALUACION EJECUCION SEGUN ESTUDIANTES EN LOS ASPECTOS: OBJETIVOS, CONTENIDOS, ACTIVIDADES, METODOLOGIA, RECURSOS AUXILIARES Y EVALUACION. GUATEMALA, 1985.

53



Fuente: Investigación de campo.

Se presentan en las gráficas los perfiles generales de la evaluación según Docentes, Personal Administrativo y Estudiantes, don de se muestra el COEFICIENTE DE CONGRUENCIA SIMPLE.

$$\text{Coeficiente de Congruencia Simple} \Rightarrow C = \frac{\text{Don}}{\text{Dmax}} - 1$$

$$\text{Don} = \sum (X_{oi} - X_{ni})^2 \quad 1/2 \Rightarrow \text{Don} = \sqrt{\sum (X_{oi} - X_{ni})^2}$$

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

$X_{ni}$  = Valor normativo para la variable ( $X_i$ ), o valor máximo en la escala para la variable ( $X_i$ ).

Don = Distancia del objeto evaluado a la norma o criterio.

Dmax = Distancia máxima permitida por la escala.

Xmini = Valor mínimo de la escala para la variable ( $X_i$ )

La amplitud de los valores (C) varía de 0 - 1

C = 1 indica congruencia perfecta

C = 0 indica incongruencia total

En términos valorativos, C = 1 indicaría una total adecuación de las dimensiones evaluadas a las normas o criterios.

La variación de (C) es la misma que la de los valores absolutos del coeficiente de correlación de Pearson y otros derivados del mismo.

El Doctor Serafini, también propone que a los valores de (C) se les confiera la connotación evaluativa siguiente, con referencia a la toma de decisión.

0.90 a 1.00 Congruencia prácticamente perfecta, decisiones positivas sin condiciones.

0.70 a 0.89 Alta congruencia. Decisión positiva condicionada a modificaciones detalle.

0.40 a 0.69 Congruencia moderada. Decisiones positivas condicionadas a modificaciones sustanciales.

0.20 a 0.39 Baja congruencia. Decisiones generalmente negativas.

0.00 a 0.19 Congruencia prácticamente nula. Decisiones negativas "incondicionadas". (18)

Incluyo como ejemplo el procedimiento completo Programa - ción Docentes y Personal Administrativo, según Objetivos, Contenidos, Actividades, Metodología, Recursos Auxiliares, Evaluación,

$$\text{Don} = \sqrt{(0.52 - 1)^2 + (0.80 - 1)^2 + (0.0 - 1)^2 + (1 - 1)^2 + (1 - 1)^2 + (0.80 - 1)^2}$$

$$\text{Don} = \sqrt{(0.2304) + (0.04) + (1) + (0) + (0) + (0.04)}$$

$$\text{Don} = \sqrt{1.3104} \Rightarrow \text{Don} = 1.14$$

Ejecución=Docentes y Personal administrativo según los aspectos a evaluar.

$$\text{Don} = \sqrt{\frac{(0.87-1)^2 + (0.60-1)^2 + (0.85-1)^2 + (0.80-1)^2 + (0.60-1)^2 + (0.67-1)^2}{6}}$$

$$\text{Don} = \sqrt{(0.0169)+(0.16)+(0.0225)+(0.04)+(0.16)+(0.1089)}$$

$$\text{Don} = \sqrt{0.5083} \Rightarrow \text{Don} = 0.71$$

Programación-Estudiantes según los aspectos a evaluar.

$$\text{Don} = \sqrt{\frac{(0.56-1)^2 + (0.73-1)^2 + (0.36-1)^2 + (0.82-1)^2 + (0.64-1)^2 + (0.45-1)^2}{6}}$$

$$\text{Don} = \sqrt{(0.1936)+(0.0729)+(0.4096)+(0.0324)+(0.1296)+(0.3025)}$$

$$\text{Don} = \sqrt{1.1406} \Rightarrow \text{Don} = 1.06$$

Ejecución-Estudiantes según los aspectos a evaluar: Objetivos, Contenidos, Actividades, Metodología, Recursos auxiliares y Evaluación

$$\text{Don} = \sqrt{\frac{(0.60-1)^2 + (0.70-1)^2 + (0.61-1)^2 + (0.58-1)^2 + (0.24-1)^2 + (0.61-1)^2}{6}}$$

$$\text{Don} = \sqrt{(0.16)+(0.09)+(0.1521)+(0.1764)+(0.5776)+(0.1521)}$$

$$\text{Don} = \sqrt{1.3082} \Rightarrow \text{Don} = 1.14$$

$$D_{\max} = \sum (X_{\min i} - X_{n i})^2 / 2 \Rightarrow D_{\max} = \sqrt{\frac{\sum (X_{\min i} - X_{n i})^2}{6}}$$

$$\sqrt{\frac{(0-1)^2 + (0-1)^2 + (0-1)^2 + (0-1)^2 + (0-1)^2 + (0-1)^2}{6}}$$

$$\sqrt{\frac{1+1+1+1+1+1}{6}}$$

$\sqrt{6} \Rightarrow D_{\max} = 2.45$  Este resultado será constante para todas las normas de esta investigación (6 variables).

$X_{\min i}$  = Valor mínimo de la escala para la variable ( $X_i$ ) si la escala es constante para todas las variables se puede definir:

$T = X_{\min i} - X_{n i}$  en tal caso:

$D_{\max} = T(K) / 2$  (donde  $K$  = número de variables), entonces la fórmula Computacional de (C) será:

$$C = 1 - \frac{\sum (X_{o i} - X_{n i})^2}{2} / 2 \Rightarrow C = 1 - \frac{\text{Don}}{\sqrt{K}} \Rightarrow$$

$$C = 1 - \frac{\text{Don}}{D_{\max}}$$

DOCENTES Y PERSONAL ADMINISTRATIVO EN PROGRAMACION

$$C = 1 - \frac{1.14}{2.45} = 0.46 \Rightarrow C = 1 - 0.46 \Rightarrow C = 0.54$$

DOCENTES Y PERSONAL ADMINISTRATIVO EN EJECUCION

$$C = 1 - \frac{0.71}{2.45} = 0.29 \Rightarrow C = 1 - 0.29 \Rightarrow C = 0.71$$

## ESTUDIANTES EN PROGRAMACION

$$C = 1 - \frac{1.06}{2.45} = 0.43 \Rightarrow C = 1 - 0.43 \Rightarrow C = 0.57$$

## ESTUDIANTES EN EJECUCION

$$C = 1 - \frac{1.14}{2.45} = 0.46 \Rightarrow C = 1 - 0.46 \Rightarrow C = 0.54$$

## VII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En el presente trabajo se pretendió conocer los factores que inciden en el buen o mal funcionamiento del desarrollo del Programa de Medicina Familiar en las Clínicas "Santa Fé" y "Municipal Cuatro".

En los cuadros No. 1, 2, y 3 se muestran los resultados de Congruencia en cuanto a OBJETIVOS, CONTENIDOS, ACTIVIDADES, en la etapa PROGRAMACION; en donde para objetivos existe congruencia moderada, para los contenidos también congruencia moderada y para las actividades una congruencia baja.

En los cuadros No. 4, 5 y 6 se muestran los resultados de Congruencia en cuanto a METODOLOGIA, RECURSOS AUXILIARES Y EVALUACION en la etapa de PROGRAMACION; para estos tres existe congruencia moderada.

En los cuadros No. 7, 8 y 9 mostramos los resultados de Congruencia en cuanto a OBJETIVOS, CONTENIDOS Y ACTIVIDADES, en relación a la etapa de EJECUCION; donde notamos congruencia moderada para las tres variables.

En los cuadros No. 10, 11 y 12 se muestran resultados de Congruencia en cuanto a METODOLOGIA, RECURSOS AUXILIARES Y EVALUACION en relación a la etapa de EJECUCION; teniendo la Metodología y la Evaluación congruencia moderada, mientras que los Recursos auxiliares baja congruencia.

En el cuadro No. 13 se encuentran los resultados de congruencia de la investigación en cuanto a la PROGRAMACION, conteniendo los elementos a evaluar: Objetivos, Contenidos, Actividades, Metodología, Recursos auxiliares y Evaluación; de acuerdo a

la respuesta de los informantes: Docentes, Personal administrativo y Estudiantes; lo que muestra que el 59% de la encuesta determina que existe congruencia en el desarrollo del Programa de Medicina Familiar y el 41% muestra que existe incongruencia en el mismo.

En el cuadro No. 14, se encuentran los resultados de congruencia de la investigación en cuanto a la EJECUCION, conteniendo los elementos a evaluar; Objetivos, Contenidos, Actividades, Metodología, Recursos auxiliares y Evaluación; de acuerdo a las respuestas de los informantes: Docentes, Personal administrativo y Estudiantes, reflejando que el 62.1% de la encuesta muestra congruencia en la Ejecución del Programa de Medicina Familiar y el 37.9% muestra que existe incongruencia en el mismo.

En cuanto a las gráficas de esta investigación se dice lo siguiente:

La gráfica No. 1 muestra los perfiles de evaluación en PROGRAMACION, según DOCENTES Y PERSONAL ADMINISTRATIVO en los aspectos: Objetivos, Contenidos, Actividades, Metodología, Recursos auxiliares y Evaluación; donde se observa que en cuanto a objetivos tiene un valor de 0.52 lo que indica estar a mitad de la norma, pero no así actividades que su valor es de 0, indicando estar lejos de la norma. Pudiéndose decir que hay falta de congruencia en la programación refiriéndose a las actividades; moderada congruencia en objetivos y alta congruencia en las otras variables.

La gráfica No. 2 muestra los perfiles de evaluación en PROGRAMACION según ESTUDIANTES en los aspectos a evaluar: Objetivos, Contenidos, Actividades, Metodología, Recursos Auxiliares y Evaluación obsérvese que para los estudiantes las actividades están con valor de 0.36 indicando estar lejos de la norma y para el resto de variables una congruencia moderada.

La gráfica No. 3 en ella se encuentran los perfiles de evalua

ción en EJECUCION según DOCENTES Y PERSONAL ADMINISTRATIVO en los aspectos: Objetivos, Contenidos, Actividades, Metodología, Recursos auxiliares y Evaluación; dándose una congruencia moderada.

La gráfica No. 4 presenta los perfiles de evaluación en EJECUCION según ESTUDIANTES en los aspectos: Objetivos, Contenidos, Actividades, Metodología, Recursos Auxiliares y Evaluación. Donde encontramos que para los estudiantes los recursos auxiliares están alejados de la norma con un valor de 0.24 que indica congruencia baja y el resto dentro de congruencia moderada.

Estos resultados con el Coeficiente de Congruencia según el Dr. Serafini, nos dan los datos siguientes:

PROGRAMACION	INDICE DE CONGRUENCIA	CONNOTACION
Docentes y personal administrativo	0.54	Congruencia moderada. Decisiones positivas condicionadas a modificaciones sustanciales
Estudiantes	0.57	Congruencia moderada. Decisiones positivas condicionadas a modificaciones sustanciales.

## EJECUCION

## INDICE DE DE CONGRUENCIA

Docentes y personal administrativo.

0.71

## CONNOTACION

Alta Congruencia. Decisiones positivas condicionadas a modificaciones de detalle.

Estudiantes

0.54

Congruencia moderada. Decisiones positivas condicionadas a modificaciones sustanciales.

## VIII. CONCLUSIONES

1. La teoría de Facetas de Guttman, es aplicable para la evaluación de algunos aspectos de los Programas Educativos en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
2. Las actividades del Programa de Medicina Familiar, según la programación no cumplen con el objetivo de formar al estudiante como médico familiar en las clínicas Santa Fé y Municipal Cuatro.
3. Los recursos auxiliares del Programa de Medicina Familiar, no cumplen con la funcionalidad de las normas, objetivos y actividades que regulan la práctica de los estudiantes en las clínicas Santa Fé y Municipal Cuatro.
4. Los factores de mayor incongruencia en el Programa de Medicina Familiar en las clínicas Santa Fé y Municipal Cuatro, son actividades y recursos auxiliares, tanto en la programación como en la ejecución.
5. El Programa de Medicina Familiar, en las clínicas Santa Fé y Municipal Cuatro, muestra una congruencia moderada, necesitando modificaciones sustanciales para ser más satisfactorio, proporcionando así al estudiante una formación como médico familiar.

6. Existe congruencia moderada entre las respuestas de Docentes, Personal Administrativo, con las respuestas de los estudiantes tanto en programación como ejecución sobre aspectos del Proceso Enseñanza-aprendizaje del Programa de Medicina Familiar.

## IX. RECOMENDACIONES

1. Realizar una evaluación periódica y continua del programa de Medicina Familiar en forma conjunta en las 13 clínicas de la ciudad capital donde opera el mismo.
2. Reevaluar el aspecto programación en cuanto a las actividades del programa de Medicina Familiar para que se de una mejor ejecución.
3. Mejorar los recursos auxiliares de las clínicas Santa Fé y Municipal cuatro que regulan la práctica de los estudiantes.
4. Efectuar una reestructuración del programa de Medicina Familiar en cuanto a: Objetivos, Contenidos, Actividades, Metodología, Recursos auxiliares y Evaluación en relación a la PROGRAMACION Y EJECUCION para una adecuada formación del estudiante como médico familiar.
5. Evaluar en futuros trabajos la expectativa que el estudiante tiene al inicio de la práctica, en el transcurso y al final de la misma.

## X. RESUMEN

El presente estudio se realizó en las Clínicas "Santa Fé" y "Municipal Cuatro" de la ciudad capital, donde funciona el programa de Medicina Familiar, evaluando con enfoque sistemático los objetivos, contenidos, actividades, metodología, recursos auxiliares y evaluación los cuales se contrastaron con las etapas de PROGRAMACION y EJECUCION de dicho programa.

Para ello se tomó como muestra a todos los docentes, personal administrativo y estudiantes de dichas clínicas que en total suman 16.

Para dicho estudio se utilizó la metodología basada en la Teoría de FACETAS de Louis Guttman.

El resultado nos confirma en cuanto a la PROGRAMACION - que el 59% y la EJECUCION el 62.1% de la investigación realizada muestran una congruencia moderada en el desarrollo del Programa de Medicina Familiar, necesitando modificaciones sustanciales que lo harán más satisfactorio y proporcionarán al estudiante una mejor formación como médico familiar.

## XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ardón, V. **La ciencia y el método científico al servicio de la investigación.** Guatemala, Universitaria, 1982. 39p. (pp. 1-39)
2. Best, J. **Cómo investigar en educación.** 3.ed. Madrid, Morata, 1974. 510p. (pp. 1-510)
3. Ceitlin, J. **Qué es la medicina familiar?.** Caracas, Kellogg, 1982. 215p. (pp. 1-215)
4. Dorra, R. y C. Sevilla. **Guía de procedimientos y recursos para técnicas de investigación.** México, Trillas, 1977. 73p. (pp. 1-73)
5. **Las escalas facetizadas/** San José (C.R.), Centro Multinacional de investigaciones Educativas, 1976. 127p. (pp. 7-127)
6. Guatemala, Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Fase II. **Programa de medicina familiar.** 1984. 10p. (pp. 1-5). (mimeografiado)
7. Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Fase II. **Unidad de clínicas familiares.** 1975. 11p. (pp. 1-9). (mimeografiado)
8. Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Fase II. **Unidad de medicina familiar.** 1981. 8p. (pp. 1-2). (mimeografiado)

9. Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Organismo de Planificación y Coordinación Académica. **Informe de trabajo 1980.** s.p. (mimeografiado)
10. Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Organismo de Planificación y Coordinación Académica. **Contenido curricular 1969-1984.** 1984. 9p. (pp. 6-7). (mimeografiado)
11. Kaufman, R. A. **Planificación de sistemas educativos.** México, Trillas, 1983. 189p. (pp. 1-189)
12. Kerlinger, F. N. **Investigación del comportamiento.** México, Interamericana, 1975. 586p. (pp. 214-278)
13. Luna, A. R. **Proyecto de medicina familiar y de la colectividad.** Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas, 1973. s.p. (mimeografiado)
14. León Ovalle, Rodrigo de Jesús de. **Clínicas familiares; evaluación médico social.** Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1974. 39p. (pp. 1-39)
15. Ortiz, R.E. **Técnicas de investigación científica.** Guatemala, Universitaria, 1979. 65p. (pp. 1-65)
16. Organización Panamericana de la Salud. **Plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales.** Washington, 1982. 98p. (Documento Oficial No. 179)
17. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Consejo Nacional de Planificación Económica. **Taller so**

**bre el plan de acción de salud para todos en el año 2000; informe final.** Guatemala, 1983. 66p. (pp. 7-52)

18. Serafini, Oscar. **Indicadores cuantitativos de la distancia evaluativa: coeficiente de congruencia.** Brasilia, Universidad, 1981. 13p. (pp. 1-13)
19. 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, 1978. 92p. (pp. 1-92)
20. UNESCO. **Enfoque sistémico del proceso educativo.** Barcelona, Anaya, 1979. 227p. (pp. 1-227)

*E. Angulo*

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, OPCA

## CUESTIONARIO

Un estudiante de Fase III, con el apoyo del Organismo de Planificación y coordinación Académica, OPCA, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, - realiza una evaluación del Programa de Medicina Familiar.

Solicitamos su colaboración para responder a este cuestionario en forma libre y responsable. Sus respuestas permitirán detectar posibles deficiencias.

## INSTRUCCIONES GENERALES

Este cuestionario contiene afirmaciones que se refieren a la forma en que las personas se comportan en ciertas situaciones o a sus criterios con respecto a las mismas. Usted mismo ha participado en actividades o tiene ideas sobre el Programa de Medicina Familiar.

Por Programa de Medicina Familiar se entiende un Programa - de Fase II, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad - de San Carlos de Guatemala, ubicado en el Cuarto Año de la Carrera y que pretende la formación de los estudiantes como médicos familiares.

El cuestionario está compuesto de tres áreas: datos demográficos, programación y ejecución. Cada una de ellas posee sus propias instrucciones para su respuesta.

Sírvase marcar solamente una respuesta para cada afirmación. Si ninguna de las respuestas coincide exactamente con su opinión, escoja, la que considere "mejor". No debe dejar sin respuesta ninguna de las preguntas.

Atentamente,  
"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Guatemala, Septiembre 1984

CUESTIONARIO

AREA NUMERO UNO, DATOS DEMOGRAFICOS:

Consiste en algunos datos de índole personal, que servirán para modular las variables en nuestra investigación.

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada pregunta sin omitir ninguna. ENCIERRE EN UN CIRCULO SU RESPUESTA.

- |  |                  |                |                     |
|--|------------------|----------------|---------------------|
| 1. SEXO:   | Masculino        | Femenino       |                     |
| 2. EDAD:   | Menor de 20 años | 21 a 25 años   | 26 a 30 años        |
|  |                  |                | 31 años o más       |
| 3. ESTADO CIVIL:   | Soltero (a)      | Casado (a)     | Otros               |
| 4. PROFESION:  | Estudiante       | Médico         | Docente             |
| 5. TIEMPO DE ESTAR EN CONTACTO CON EL PROGRAMA DE MEDICINA FAMILIAR: |                  |                |                     |
|  | Menos de 3 meses | De 4 a 6 meses | 7 meses en adelante |

AREA NUMERO DOS, ETAPA DE PROGRAMACION: Esta sección se refiere a cómo observa los distintos elementos del currículo en el Programa de Medicina Familiar.

INSTRUCCIONES: Coloque una "X" en la casilla en que considera está ubicada su respuesta.

EJEMPLO

ANTE ESA AFIRMACION ESTOY

TOTAL MENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO	NO ESCRIBA EN ESTA COLUMNA

0. El Programa de Medicina Familiar es conocido en toda la Facultad de Ciencias Médicas.

ANTE ESA AFIRMACION ESTOY

	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO	NO ESCRIBA EN ESTA COLUMNA
1. Los objetivos que presenta el Programa de Medicina Familiar están escritos claramente.					
2. Los contenidos que aparecen en el Programa responden a los objetivos propuestos por el mismo.					
3. Los objetivos del Programa son inadecuados a las necesidades de la comunidad.					
4. Las actividades que señala el Programa son inapropiadas para alcanzar los objetivos propuestos.					
5. El Programa de Medicina Familiar plantea una metodología de trabajo.					
6. El Programa indica la necesidad de emplear recursos auxiliares para su ejecución.					
7. El proceso de evaluación promocional que establece el Programa concuerda con los objetivos del mismo.					

78

AREA NUMERO TRES, ETAPA DE EJECUCION: esta sección contiene afirmaciones acerca del desarrollo del Programa de Medicina Familiar, en donde usted ha participado de alguna manera.

ANTE ESA AFIRMACION ESTOY DE

	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO	NO ESCRIBA EN ESTA COLUMNA
8. Los objetivos del programa no se logran en su totalidad.					
9. Las actividades que se realizan se hacen en función de los objetivos.					
10. Los contenidos le proporcionan los conocimientos necesarios para resolver los problemas de salud que confronta la comunidad.					
11. Los conocimientos obtenidos al desarrollar los contenidos del programa son insuficientes para resolver los problemas de salud que confronta diariamente.					
12. Los contenidos programados son los que se desarrollan al ejecutar el Programa.					
13. Las actividades que se realizan para el logro de los objetivos son adecuadas.					
14. El tiempo empleado en el desarrollo de las actividades no es suficiente para lograr un aprendizaje adecuado a las necesidades del alumno.					

79

