

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA Y GERENCIA

EXPERIENCIA ACADÉMICA DEL PROGRAMA DE MEDICINA COMUNITARIA DE LA
LICENCIATURA EN MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR DURANTE LA
PRESTACIÓN DE SERVICIO CONJUNTO CON EL MODELO INCLUYENTE EN SALUD EN SANTA
CATARINA IXTAHUACÁN, NAHUALÁ DEL DEPARTAMENTO DE SOLOLÁ Y SAN JUAN
OSTUNCALCO DEL DEPARTAMENTO DE QUETZALTENANGO, GUATEMALA, 2011-2014.
TESIS DE POSGRADO

ROCAEL ENRÍQUEZ CENTES
CARNET 20335-02

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, ENERO DE 2015
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA Y GERENCIA

EXPERIENCIA ACADÉMICA DEL PROGRAMA DE MEDICINA COMUNITARIA DE LA LICENCIATURA EN MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR DURANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIO CONJUNTO CON EL MODELO INCLUYENTE EN SALUD EN SANTA CATARINA IXTAHUACÁN, NAHUALÁ DEL DEPARTAMENTO DE SOLOLÁ Y SAN JUAN OSTUNCALCO DEL DEPARTAMENTO DE QUETZALTENANGO, GUATEMALA, 2011-2014.
TESIS DE POSGRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

POR
ROCAEL ENRÍQUEZ CENTES

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA Y GERENCIA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, ENERO DE 2015
CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.

VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO

VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: DR. CARLOS RAFAEL CABARRÚS PELLECCER, S. J.

VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS

SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANO: DR. CLAUDIO AMANDO RAMÍREZ RODRIGUEZ

VICEDECANO: MGTR. GUSTAVO ADOLFO ESTRADA GALINDO

SECRETARIA: MGTR. SILVIA MARIA CRUZ PÉREZ DE MARÍN

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

MGTR. EDGAR ENRIQUE CHAVEZ BARILLAS

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. ANA VICTORIA ARREAZA MORALES DE FRANCO
MGTR. GUSTAVO ADOLFO ESTRADA GALINDO
MGTR. SILVIA LUZ CASTAÑEDA CERESO



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

Facultad de Ciencias de la Salud
Departamento de Postgrados de Medicina

**ASESOR (A) DE TESIS DE GRADUACIÓN
VISTO BUENO DE INFORME FINAL**

Guatemala, 4 de diciembre del 2014

Comité de Tesis

Distinguidos miembros del Comité:

Como asesor de tesis de graduación, hago constar que he acompañado, guiado y revisado el desarrollo del trabajo de tesis del (la) estudiante Rocaël Enriquez Centes, con número de carné 2033502, el cual se titula: **Experiencia académica del Programa de Medicina Comunitaria -PMC- de la licenciatura en Medicina de la Universidad Rafael Landívar -URL- durante la prestación de servicio conjunto con el Modelo Incluyente en Salud -MIS- en Santa Catarina Ixtahuacán, Nahualá del departamento de Sololá y San Juan Ostuncalco del departamento de Quetzaltenango, Guatemala, 2011-2014**

A mi criterio, el trabajo cumple con los lineamientos y procedimientos establecidos en las guías correspondientes, por lo que doy por evaluado y aceptado el mismo, dando fe de que su contenido es real y verosímil.

Atentamente,



Dr. Edgar Enrique Chávez Barillas



Orden de Impresión

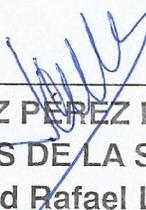
De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Posgrado del estudiante ROCAEL ENRÍQUEZ CENTES, Carnet 20335-02 en la carrera MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA Y GERENCIA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 093-2015 de fecha 9 de enero de 2015, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

EXPERIENCIA ACADÉMICA DEL PROGRAMA DE MEDICINA COMUNITARIA DE LA LICENCIATURA EN MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR DURANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIO CONJUNTO CON EL MODELO INCLUYENTE EN SALUD EN SANTA CATARINA IXTAHUACÁN, NAHUALÁ DEL DEPARTAMENTO DE SOLOLÁ Y SAN JUAN OSTUNCALCO DEL DEPARTAMENTO DE QUETZALTENANGO, GUATEMALA, 2011-2014.

Previo a conferírsele el grado académico de MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA Y GERENCIA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 27 días del mes de enero del año 2015.




MGTR. SILVIA MARIA CRUZ PÉREZ DE MARÍN, SECRETARIA
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Rafael Landívar

ACTO QUE DEDICO

A DIOS.

Luz omnipotente que me ilumina en el sendero del conocimiento y aprendizaje.

A MIS PADRES.

Bernarda Jesús Centes Osorio de Enriquez
Eduviges Enriquez

A MIS HIJOS.

Rocael Enriquez Roche
Wilfred Edú Enriquez Alfaro
Cristian Rocael Enriquez Alfaro
Angel Luis Paulo Enriquez Alfaro

A MIS HERMANOS/AS

Telma Grissel
Boris Aroldo
Silvia Bernarda
Rony Eduviges
Judith

A MIS SOBRINOS/AS.

Con cariño.

A MIS FAMILIARES EN GENERAL.

Con mucho respeto.

A MIS AMIGOS.

Quienes de una u otra manera fueron parte del proceso.

A TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE CONTRIBUYERON EN EL PROCESO.

Que Dios les bendiga.

A ESTA CADA DE ESTUDIOS.

Universidad Rafael Landívar

Índice

| | Página |
|---|---------------|
| I. Introducción..... | 1 |
| II. Marco Teórico..... | 4 |
| Aprendizaje basado en Competencias. | 4 |
| Práctica Profesional Supervisada -PPS- Universidad Rafael Landívar, Campus Central..... | 6 |
| Programa de Medicina Comunitaria -PMC-..... | 9 |
| Alianza estratégica con el Instituto de Salud Incluyente -ISIS-..... | 13 |
| Modelo de MSPAS y sustento legal en los últimos 15 años..... | 17 |
| III. Planteamiento del Problema..... | 20 |
| IV. Objetivos..... | 21 |
| V. Diseño de Investigación..... | 22 |
| VI. Procedimiento..... | 25 |
| VII. Presentación, análisis y discusión de resultados..... | 26 |
| VIII. Conclusiones..... | 28 |
| IX. Recomendaciones..... | 29 |
| X. Bibliografía..... | 30 |
| XI. Anexos..... | 33 |
| Anexo 1. Instrumento de recolección de datos..... | 33 |

Resumen

El presente estudio describe la experiencia académica del Programa de Medicina Comunitaria - PMC- de la Universidad Rafael Landívar durante la prestación de servicio conjunto con el Modelo Incluyente en Salud en Santa Catarina Ixtahuacán, Nahualá del departamento de Sololá y San Juan Ostuncalco del departamento de Quetzaltenango de 2011 a 2014.

Describe el desarrollo de las siguientes competencias: 1. Planificación y capacidad de gestión; 2. Manejo de la información; 3. Análisis e investigación; 4. Salud pública y 5. Habilidades clínicas.

El presente estudio cualitativo por medio de grupos focales, con ex alumnos, alumnos y catedráticos del PMC; consistió en el análisis y síntesis de la información obtenida presentada en matrices.

Los entrevistados coinciden en la dificultad de adaptarse los primeros meses al PMC. Acostumbrados a práctica hospitalaria el primer nivel les parece difícil.

Las limitantes más comunes son la barrera idiomática, falta de Insumos y desmotivación del personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Los estudiantes indican que es muy útil la información recabada a través de las guías docentes del Análisis de Situación de Salud, sala situacional, y vigilancia epidemiológica, soporte para la toma de decisiones en salud. Concluyéndose que el PMC le propicia al futuro profesional desenvolverse en el ámbito de la salud pública, comprensión de condicionantes y determinantes del proceso salud enfermedad, entre otros.

Se recomienda analizar, discutir y de ser factible continuar con las actividades y logísticas que se han realizado dentro del PMC ya que permiten el cumplimiento de los objetivos programáticos.

I. Introducción

En el año 2005 que inició la carrera de Licenciatura en Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rafael Landívar -URL- docentes y autoridades, trabajaron desarrollando programas de todos los niveles, para lograr el perfil del egresado planteado en la propuesta académica inicial. Entre ellos está el Programa de Interacción Comunitaria -PIC- y la Práctica Profesional Supervisada -PPS- que a su vez incluye la Práctica Médica Hospitalaria y el Programa de Medicina Comunitaria -PMC-.

Para hacer posible el PMC se requirió de acuerdos con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS- y el Modelo Incluyente en Salud -MIS- para trabajar en coordinación en los distritos de salud de Santa Catarina Ixtahuacán, Nahualá del departamento de Sololá y San Juan Ostuncalco de Quetzaltenango. Se decidió trabajar con el MIS pues es el modelo de atención que responde a los planteamientos académicos y conceptuales de la carrera de medicina de la URL.

La Práctica Profesional Supervisada -PPS- de la carrera de Medicina en la URL se define como “la continuación de la acción social con actividades de docencia para la acción humana, transformación social, investigación, mejorar la calidad de vida de la población y la responsabilidad social, vinculando lo académico y lo profesional” (19). Con una duración de un año que le permite al estudiante desenvolverse en dos ámbitos académicos independientes: 1. Área clínica (internado hospitalario) y 2. Programa de Medicina Comunitaria -PMC- (énfasis en salud pública). Paralelo a ambas prácticas se siguen los cursos de investigación IV y V, que preparan al estudiante para elaborar la tesis de graduación (1).

El PMC define dentro de sus ejes de aprendizaje: docencia, investigación y servicio. Se basa en seis módulos desagregados en 2 fases: La primera fase es la inducción y la segunda la práctica con los siguientes programas: 1. Individual; 2. Familiar; 3. Comunitario; 4. Sistema de información y vigilancia epidemiológica y 5. Módulo de gestión y educación en salud y desastres (1).

Para la selección y priorización de los lugares de práctica se contrató a la empresa Desarrollo de Sistema de Computación “DESISSCOM” que es una empresa de consultoría en salud (4). La universidad expuso a la empresa lo que requería, y se decidió tomar los indicadores los cuales se agruparon de la siguiente forma: grupo I, de mortalidad; grupo II socioeconómica y nutricional; grupo III acceso a servicios del MSPAS y IV de logística de la PPS.

Luego de 6 meses los resultados del estudio sugirieron los departamentos de Sololá y Totonicapán (Éste último se descartó por varias razones, la principal es que hay 4 escuelas de medicina en esa región). Al visitar Sololá se encontró que el Instituto de Salud Incluyente -ISIS- ya estaba trabajando sobre la plataforma operativa del Modelo Incluyente en Salud -MIS- con un pilotaje en el distrito de Santa Catarina Ixtahuacán y Nahualá del departamento de Sololá (Boca Costa Sololá). El otro departamento sugerido fue Quetzaltenango con presencia del MIS en el municipio de San Juan Ostuncalco (4).

El presente estudio hizo una descripción de la experiencia académica de docentes y alumnos basada en sus observaciones, vivencias y participación en los diferentes programas y actividades durante la Práctica de Medicina Comunitaria en el distrito de Santa Catarina Ixtahuacán, y Nahualá del departamento de Sololá (Boca Costa Sololá) y San Juan Ostuncalco en Quetzaltenango en las que se ha realizado por medio de competencias.

Ambos grupos coinciden en que la primera fase del PMC es complicada para los estudiantes probablemente debido a que están acostumbrados a trabajar en el tercer nivel por lo que el primer nivel de atención les parece difícil.

Tanto para docentes como para estudiantes, las limitantes más comunes son la barrera idiomática y la falta de insumos y salarios del personal contratado por MSPAS.

Los estudiantes consideraron de utilidad los datos demográficos y epidemiológicos de vigilancia que se obtienen a través de las guías docentes, del Análisis de Situación de

Salud -ASIS-, sala situacional y vigilancia epidemiológica. Sin embargo en mucho de lo evidenciado con la información, no se puede incidir debido a la falta de insumos lo que tampoco permite alcanzar las coberturas propuestas.

Se recomienda realizar un análisis y discusión del presente informe para respaldar las actividades que ya se realizan puesto que dan cumplimiento a los objetivos y competencias previstas.

II. Marco Teórico

Aprendizaje basado en Competencias.

Viendo el aprendizaje desde un punto de vista más profundo, no es más que buscar que el “entendimiento” se adquiera de forma clara, precisa, por lo que este puede ser adquirido por nuevos caminos. Si reemplazamos aprendizaje por “ver, conceptualizar o experiencia”, observamos que hay distintos métodos de adquirir conocimientos porque aprendizaje también puede significar adquisición de “hechos o habilidades” (Baille y More 2004). (12)

“A partir de los años 90 se ha iniciado un importante debate sobre la necesidad de llevar a cabo profundas transformaciones cuantitativas y cualitativas en la educación superior como respuesta a las nuevas demandas económicas, sociales y educativas. Aspectos tales como la apertura de los mercados, la internacionalización de las economías, la globalización y la diversificación de los sistemas productivos, reclaman a las instituciones de educación superior formar graduados preparados para actuar en un entorno cambiante, donde las competencias profesionales se presentan como factores distintivos de la calidad de la formación” (14).

Antecedentes Históricos:

“Race (1998) plantea cuatro factores que interactúan y están provocando un cambio acelerado en el planteamiento de la formación superior:

- La explosión del conocimiento: alta velocidad y cantidad de generación y a la vez, obsolescencia del mismo.
- La revolución en las comunicaciones, caracterizada por una cada vez más masiva presencia de las tecnologías de la información y la comunicación en la enseñanza superior.
- El rápido incremento del conocimiento sobre cómo se aprende de una manera efectiva.
- El fortalecimiento (empowerment) del que aprende como consecuencia del cambio de paradigma: de la docencia al aprendizaje” (12).

Funciones de la profesión docente:

“Programar el proceso de enseñanza aprendizaje para un grupo de alumnos, evaluar el aprendizaje integral: conceptual, actitudinal y procedimental, evaluar su propia acción y otras acciones formativas, formular el proceso de desarrollo y hacer un seguimiento del desarrollo y transferencia del aprendizaje al mundo laboral, personal y social. Y, teniendo en cuenta que todo el proceso ocurre en unas coordenadas espacio temporales, en una realidad sociopolítica, dentro de un plan de formación” (12).

Formación basada en competencias

En la sociedad actual del conocimiento disponemos de mucha información. Ésta se crea y se queda obsoleta de un modo tremendamente veloz. El concepto de conocimiento engloba el de información contextualizada y agrupada y la comprensión sobre cómo utilizarla.

Para que la información se convierta en conocimiento se precisa la intervención de una serie de experiencias, creencias y competencias. Por consiguiente, conocimiento es un concepto más amplio que información: “el conocimiento es información en acción”, (O’Dell y Grayson, 1998). Las organizaciones están inundadas de información, pero mientras los empleados no la aprovechen no se trata de conocimiento. Nunca se puede tener demasiados conocimientos, pero sí puede haber demasiada información.

El conocimiento permite entender e interpretar ciertos aspectos de la realidad y ciertos hechos. En ocasiones, por ejemplo en la investigación básica, interesa el conocimiento por el hecho de conocer, esto es, por llegar a entender e interpretar determinados sucesos. En otros casos, como es en el ámbito docente, interesa el conocimiento en cuanto a que permite decidir y actuar de forma acertada para lograr unos resultados determinados. Es decir, la capacidad de interpretar ciertas observaciones permite tomar las decisiones acertadas y actuar de la forma necesaria para lograr los resultados pretendidos.

Práctica Profesional Supervisada -PPS- Universidad Rafael Landívar, Campus Central.

Se define como: “la continuación de la acción social con actividades de docencia para la acción humana, transformación social, investigación, mejorar la calidad de vida de la población y la responsabilidad social, vinculando lo académico y lo profesional” (10).

El diseño curricular de la carrera se sustenta y responde a los perfiles epidemiológicos y condiciones de vida de grupos sociales y étnicos guatemaltecos, por lo que sus actividades están sincronizadas con los grupos más postergados y necesitados.

Representa una responsabilidad de estudiantes, docentes, supervisores y equipo de la facultad con mecanismos de coordinación y evaluación de las autoridades hospitalarias y comunitarias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y del Modelo Incluyente en Salud.

La PPS constituye el último espacio académico previo a optar el título de Médico y Cirujano. La duración es de 12 meses, dividido en:

1. Práctica hospitalaria
2. Programa de Medicina Comunitaria PMC.

Objetivos de la PPS.

1. Objetivo general:

“Formar médicos/a que, guiados por principios éticos, equidad y sentido humanitario, participen en el proceso de producción social de la salud, a través de la prestación de servicios en cada uno de los niveles de atención, orientados a la atención curativa, prevención de la enfermedad y promoción de la salud, integrados al contexto socio cultural de los grupos poblacionales sujetos de atención” (10).

2. Objetivos Específicos

- a. “Ofrecer al alumno modalidades y experiencias de aprendizaje que contribuyan a consolidar las competencias definidas para la misma: habilidades clínicas,

fundamentos científicos de la medicina, valores profesionales (comportamientos, ética), salud pública (gestión, planificación), investigación, gestión de información, habilidades de comunicación” (10).

- b. “Continuar la vinculación de los ejes sustantivos de la carrera: biológico-clínico, socio-antropológico y psico-orgánico, en contextos hospitalarios y comunitarios de aprendizaje, vinculando los pilares básicos del quehacer universitario en salud: proyección social, investigación y docencia” (10).
- c. “Continuar aplicando metodologías activas de aprendizaje en las prácticas clínicas y comunitarias, cuyo enfoque estará orientado a la promoción de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades en los planos individual, familiar y comunitario” (10).
- d. “Reconocer la importancia de incorporar habitualmente la perspectiva intercultural en el contexto guatemalteco a nivel de los servicios de salud como una opción efectiva para promocionar y preservar la salud de los individuos, las familias y comunidades” (10).

Perfil de los estudiantes.

- a. Desarrollar procesos teórico-prácticos que permitan conocer las circunstancias familiares, culturales, económicas, políticas y medio ambientales de su entorno social (determinantes y condicionantes) y cómo éstas influyen sobre la salud;
- b. Desarrollar diferentes aptitudes en el amplio espectro de la profesión del médico, a través de integrar la teoría con la práctica;
- c. Identificar y practicar su papel para el desarrollo integral de la salud en la comunidad;

- d. Planificar e implementar el programa de atención clínica básica, promoción de la salud y prevención de enfermedades de acuerdo al perfil epidemiológico local y basado en la estrategia de atención primaria en salud;
- e. Trabajar en equipo, asumiendo el liderazgo que le compete, apoyándose en la participación social, la intersectorialidad e interdisciplinariedad como pilares básicos para mejorar la situación de salud;
- f. Integrar en forma sistemática, a través de la práctica comunitaria y clínica, las variables culturales, étnicas y lingüísticas de la población del municipio;
- g. Desarrollar habilidades para la conducción de intervenciones de salud en el ámbito de la gerencia, investigación y provisión de servicios de salud;
- h. Familiarizar al estudiante con la gerencia de los servicios de salud de primer y segundo nivel de atención,
- i. Brindar a la comunidad y las familias la oferta de servicios con ética, guiados por principios de equidad, calidad y efectividad, sin discriminación ni exclusión de ningún tipo de acuerdo a los conocimientos adquiridos y
- j. Preparar al estudiante para el desarrollo de una práctica hospitalaria y ambulatoria contextualizada (10).

Estrategias pedagógicas.

La modalidad está basada en el aprendizaje experiencial y contextual (basado en análisis y resolución de casos reales). Lo cual significa que las áreas de trabajo (hospitales, puestos y centros de salud), constituyen espacios para que el estudiante lleve a cabo sus actividades académicas. Que presupone que mediante esta exposición, el estudiante tendrá una preparación más efectiva para el mundo profesional.

La metodología landivariana se basa en tres ejes fundamentales que son: basada en problemas, resolución de casos y el método de acción reflexión acción.

“El estudiante participará en las actividades de servicio, docencia e investigación que las instituciones lleven a cabo, interactuando con el personal de los servicios de salud, los usuarios de servicios, las familias y las comunidades. El equipo de profesionales, paralelamente a sus funciones específicas, hará las veces de tutor que guiará, orientará y apoyará a los alumnos, en la consecución de los objetivos de aprendizaje” (10).

Programa de Medicina Comunitaria -PMC-

Descripción general de la práctica: Se desarrolla en coordinación con el MSPAS y ONG's en áreas rurales o urbanas. Tiene una duración de 6 meses durante los cuales se realiza docencia en servicio paralelo a los cursos de investigación IV y V.

Está basado en dos fases constituidas en seis módulos:

Fase I. Inducción: 2 semanas de base teórica e introductoria.

Fase II. Práctica: incluye la rotación por los siguientes programas:

1. El programa individual
2. El programa familiar
3. El programa comunitario
4. El sistema de información y vigilancia epidemiológica
5. El módulo de gestión y educación en salud y desastres.

Cada uno de los programas consta de subprogramas que se enfocan en el ciclo de vida individual y familiar: salud infantil, escolar, de la adolescencia, de la mujer, del hombre, del adulto mayor y medioambiental.

Objetivos programáticos (1).

1. Desarrollar análisis de situación de salud con el objeto de participar en los programas que apoyen los esfuerzos locales para el establecimiento de servicios

de salud integrados, integrales y continuos que atiendan las necesidades de las poblaciones donde se desarrolle la práctica.

2. Participar en acciones integradas de vigilancia de la salud, investigación, control de riesgos y daños a la salud.
3. Facilitar procesos de participación comunitaria en las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades.
4. Desarrollar actividades intersectoriales de promoción de la salud y prevención de enfermedades orientadas a cambios positivos en el estilo de vida, hábitos saludables y fomento de una cultura de salud.
5. Diseñar, planificar y desarrollar actividades de educación, capacitación y evaluación del personal de salud local que ayuden a enfrentar y evaluar con eficiencia los diferentes problemas de salud en el contexto local.
6. Participar activamente en el sistema local para reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.
7. Planificar e implementar acciones integradas a nivel familiar e individual en atención clínica básica, tratamiento y rehabilitación de acuerdo al perfil epidemiológico local.
8. Establecer un sistema permanente de garantía de calidad de los resultados pretendidos en servicio, docencia e investigación con el objeto de elevar la calidad de las acciones del programa de medicina comunitaria.

Competencias Específicas (1).

1. Planificación y capacidad de gestión:
 - a. Planificar acciones de una práctica coherente e integrada; y

- b. Aplicar elementos de administración para que la toma de decisiones responda a criterios de eficacia, equidad y aprovechamiento de los recursos en atención, promoción y prevención.
- c. Demostrar calidad en el trabajo en atención en salud.

2. Manejo de información:

- a. Conocer, valorar críticamente y saber obtener, organizar, interpretar, comunicar y utilizar la información científica pertinente.
- b. Saber utilizar adecuadamente las herramientas de información y comunicación en actividades clínicas, terapéuticas, preventivas y de investigación.

3. Análisis e investigación:

- a. Reconocer que en la actividad profesional es indispensable un punto de vista analítico, creativo, constructivo orientado a investigación.
- b. Comprender los alcances del pensamiento científico en el estudio, tratamiento y prevención de las enfermedades.
- c. Ser capaz de formular hipótesis, recolectar, procesar y analizar información para la resolución de problemas.
- d. Desarrollar actitud investigativa y cuestionar, mediante el razonamiento analítico, utilizando enfoques cuantitativos y cualitativos de investigación.

4. Salud pública:

- a. Reconocer los determinantes de salud y enfermedad en la población;
- b. Asumir su papel en acciones integrales de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades, lesiones o accidentes;
- c. Participar en equipos multiprofesionales, asumiendo el liderazgo apropiado, en salud y prevención de la enfermedad;

- d. Comprender la responsabilidad colectiva para intervenciones de promoción que requieren trabajo en equipo con la población a servir, además de un abordaje multidisciplinario;
- e. Analizar los mecanismos que determinan la equidad en el acceso a los cuidados de salud, así como la efectividad y la calidad de los mismos;
- f. Utilizar los datos demográficos y epidemiológicos de vigilancia en las decisiones en salud.

5. Habilidades clínicas: diagnosticar y orientar la asistencia médica de los pacientes de manera Integral, Integrada, eficaz y eficiente, de no contar con las herramientas diagnósticas, indicar una impresión clínica, clasificación norma internacional y/o referencia oportuna con criterio clínico.

Tutorías de Investigación.

Continuidad al proceso de los cursos de investigación IV y V para completar la tesis de graduación.

Evaluación.

La evaluación académica, constituye un elemento clave para el logro de competencias y objetivos programados en esta práctica. Además de la nota mínima de 65 puntos es de interés que se cumpla el rol formativo, es decir, que sirva para determinar en qué situación de aprendizaje están los alumnos y se identifiquen las áreas que requieren atención. Los instrumentos específicos tendrán la misma estructura” (1):

1. Diagnóstica: de pre saberes y de habilidades y destrezas (0%)
2. Formativa: informar al docente, para reforzar, mejorar, reducir los posibles fracasos y evaluar el proceso sobre la marcha (Incluye actividades de docencia, investigación y servicio)
3. Sumativa: con actividades de docencia (20%), investigación (5%), servicio (60%) e informe final (15%)

Los criterios están vinculados con la pertinencia, relevancia y coherencia interna del modelo propuesto, mientras que la evaluación del desarrollo y de los resultados tiene que ver con criterios de eficacia y eficiencia. Los procedimientos de evaluación se basan en informes o memorias que realicen los estudiantes. La evaluación la realizan los tutores-supervisores y el coordinador general del programa de medicina comunitaria utilizando instrumentos con sus correspondientes escalas de medición.

Proceso de asignación.

“La asignación se basa en el rendimiento académico del estudiante que toma en cuenta variables sumativas y afectivas. Este proceso se realizará un mes antes de iniciar la rotación. Los estudiantes debieron haber aprobado el décimo primer semestre (pensum cerrado)” (1).

Selección del área de práctica.

Se hace respondiendo a los criterios definidos por la facultad de ciencias de la salud sin embargo se toman en cuenta algunas directrices del Ministerio de Salud Pública.

Alianza estratégica con el Instituto de Salud Incluyente -ISIS-

Seleccionados y priorizados los departamentos de Sololá y Quetzaltenango se buscó aquellos lugares donde ISIS estaba presente a través del Modelo Incluyente en Salud auspiciado por Médicos Mundi Navarra. (Que se describirá más adelante a detalle).

El MIS es un modelo enfocado al primer nivel de atención en salud. El documento “Hacia un Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente” (14) describe el modelo el cual se lleva a cabo a través de tres programas:

1. El Programa Individual de Atención en Salud (PIAS)
2. El Programa Familiar de Atención en Salud (PFAS)
3. Programa Comunitario de Salud (PCOS).

Cada uno de los programas anteriores tiene sub-programas según ciclos de vida:

1. Infantil
2. Preescolar y escolar
3. Adolescente

4. Mujer
5. Hombre
6. Persona adulta mayor
7. Medio ambiente madre naturaleza.

Esta línea de abordaje concuerda con el Programa de Interacción Comunitaria PIC que es el programa comunitario que se desarrolla en los tres primeros años de la carrera (10).

Los estudiantes participan en todos los programas de organización y funcionamiento que tiene establecido el MIS (territorios divididos en sectores), integrándose de manera concreta a los Equipos de Apoyo de Primer Nivel de Atención en Salud -EAPAS-, cuyas funciones son co-responsabilizarse de los programas (por ciclo de vida) en los sectores asignados de acuerdo a los territorios que se atienden, incluidas la supervisión y monitoreo, vigilancia sociocultural de la salud y formación permanente, entre otras (10).

Hasta el año 2011 la distribución de los estudiantes se realizaba en coordinación con el personal del ISIS.

Sostenibilidad.

Se debe visualizar en dos dimensiones,

1. En relación al propio modelo y
2. En relación al proceso de articulación (transferencia técnica) entre el ISIS-MIS y la Facultad de Ciencias de la Salud a través de la Licenciatura en Medicina de la URL.

En relación a la primera dimensión y de acuerdo a lo documentado por el ISIS-MIS, la sostenibilidad del modelo se fundamenta en varios elementos:

1. Congruencia con varias normas técnicas del Ministerio de Salud,
2. Viabilidad legal
3. Articulación de la estructura del Ministerio de Salud
4. Gestión y formación de personal

5. Costo del modelo: el costo per cápita de la implementación oscila entre \$19.47 y \$ 27.24 por año en los pilotajes, que puede variar de acuerdo a recursos y contexto donde se implementa (10).

Respecto al escenario de articulación entre el ISIS-MIS y la Universidad Rafael Landívar, se consideró la posibilidad que el modelo en su conducción técnica pudiera quedar bajo la responsabilidad de la Facultad de Ciencias de la Salud, ya que Medicus Mundi Navarra previó la conducción del modelo para julio del 2011. Esta intención representó un reto y una oportunidad de contar con áreas de práctica “propias”, en donde se podrían desarrollar los ejes de investigación, docencia y proyección social en conjunto con otras carreras de la facultad y posteriormente, en coordinación con otras facultades de la Universidad Rafael Landívar, en escenarios que presentan verdaderas necesidades sociales en el país y para las cuales se demandan respuestas integrales e integradas. (10)

Luego de 3 años de trabajo conjunto se realizó un análisis del proceso por ambas partes y la URL contempló describir la experiencia académica del programa puesto que desde un principio se tomaron en consideración aspectos como apoyo político, capacidad institucional, articulación entre actores, participación de la población beneficiaria y el diseño del modelo, entre otros. Se consideró también realizar un análisis del sistema de salud, en virtud que no es posible trabajar de forma aislada dentro de una estructura nacional ya establecida como lo es el Ministerio de Salud.

Proceso de inducción.

Se realiza en dos momentos para aprovisionar al personal responsable de la Universidad de la instrumentalización conceptual y operativa, para continuar con un proceso de acompañamiento tomando de base el documento “Hacia un Primer Nivel de Atención de Salud Incluyente Bases y Lineamientos” y temas vinculados.

Recursos necesarios para el desarrollo del modelo.

Para proveer la logística básica se garantizó el mantenimiento de actividades académicas desde julio del 2010. Se contrató a dos docentes de dedicación completa

con funciones de supervisión y acompañamiento a los estudiantes en las comunidades y un coordinador académico que se desplaza a los lugares de práctica.

En el caso del PMC en Fraijanes no fue necesario invertir en logística e infraestructura pues ya se tenía establecida para atender a los estudiantes del primero segundo, y tercer año del Programa de Interacción Comunitaria, solamente se ampliaron los contratos para supervisar a los alumnos del PMC.

Procedimientos académico-administrativos.

Las atribuciones del coordinador del PMC consisten en planificar, organizar, coordinar, supervisar y evaluar actividades del programa de docentes y alumnos. Participa además en elaboración y aplicación de instrumentos para monitoreo, apoya la formación y capacitación de alumnos en brigadas de emergencia, realiza inducción y sistematiza los procesos.

Dentro de las atribuciones de los docentes de dedicación completa (supervisores) están el desarrollo, seguimiento, evaluación y sistematización de actividades prácticas del programa, apoyar competencias orientadas a servicio, docencia, investigación y gerencia, rol activo en supervisión, gestión programática y organización operativa, velando por el estricto cumplimiento de los estándares del MIS y la URL.

Debe cumplir además con los compromisos académicos del Ministerio de Salud y del Modelo Incluyente en Salud según las cláusulas de la carta de entendimiento signada entre ambos. Se considera muy importante dar seguimiento a los trabajos de investigaciones epidemiológicas, elaboración de perfiles de salud, análisis de situación de salud que se realizan con información de los programas a nivel individual, familiar y comunitario. Todo el PMC debe adaptar estrategias de Atención Primaria en Salud con base en evidencia científica.

Normas de convivencia.

Los estudiantes deben ajustarse a un reglamento específico de prácticas externas de la URL. Las cuales rigen el comportamiento que deben mostrar los estudiantes en las

áreas de práctica, así como dentro de las instalaciones, sin importar los horarios siempre y cuando se identifiquen como estudiantes de la misma (10, 15).

Modelo de MSPAS y sustento legal en los últimos 15 años.

Cuadro 1: Evolución de los modelos de atención en salud de Guatemala.

| Año | Modelo/Organizaciones involucradas | Características |
|-------------|--|---|
| 1997 | Programa de Extensión de Cobertura en el primer nivel(PEC) | Contratación de ONG's como prestadoras de servicios de salud |
| 2002 | Proyecto Finlandia (extensión de cobertura del segundo nivel) | Fortalecimiento de los horarios de atención en centros de salud, a horarios de 24 horas, mejorando las capacidades de infraestructura física mobiliario y equipo. |
| 2003 | Programa Nacional de Medicina Tradicional y Alternativa. Washington, Suecia, Finlandia y OPS | Modelo que toma en consideración el legado de los pueblos mayas. |
| 2005 a 2007 | Modelo básico de gestión y atención integral en salud | Se organizaron los tres niveles de atención y se actualizaron las normas programáticas. |
| 2008 y 2009 | Políticas y Lineamientos Estratégicos del MSPAS | Se impulsa gratuidad ampliando un número significativo de centros y puestos de salud y personal con horarios ampliados. |
| 2008 | MIS | Se inicia como proyecto piloto en dos comunidades, San Juan Ostuncalco y Boca Costa Sololá. |
| 2009 | Gobierno central, Acuerdo Ministerial 1632-2009 | Fortalecimiento del enfoque de salud de los pueblos indígenas e interculturalidad |
| 2011 | Gobierno central, Acuerdo Ministerial 574-2011 | Define el Modelo de Atención Integral en Salud -MAIS- como modelo de atención en salud; da continuidad al MIS en las áreas donde se implementó. |

| | | |
|------|-----------------------|--|
| 2012 | Gobierno central, OPS | Estrategia de fortalecimiento del primer nivel de atención "Pacto hambre cero" |
|------|-----------------------|--|

Fuente: recopilación del investigador (5, 16,7, 10, 15,16)

Cuadro 2. Sustentos legales del Modelo de Atención Integral en Salud.

| Ley, Acuerdo o Decreto | Aspecto más importante |
|---|--|
| Constitución Política de la República de Guatemala | Artículo 1. En su capítulo II referente a los Derechos Sociales, en su sección séptima, establece el derecho a la salud. |
| Código de Salud | Artículo 18 establece de manera explícita que el Ministerio de Salud debe definir un Modelo de Atención Integral en Salud. |
| Reglamento Orgánico Interno del Ministerio de Salud Pública. Acuerdo Gubernativo 115-99 | Da a conocer la estructura interna, funciones, organización y desarrollo de los servicios de salud con base en los principios de desconcentración y descentralización de sus procesos técnico-administrativos. |
| Ley General de Descentralización. Decreto Legislativo No. 14-2002 | Promueve en forma sistemática la descentralización económica administrativa, en forma progresiva y regulada, del Organismo Ejecutivo al municipio y demás instituciones del Estado. |
| Código Municipal. Decreto Legislativo No. 12-2002 | Desarrollar principios constitucionales de organización, gobierno, administración, y funcionamiento de los municipios y demás entidades locales a los municipios en cuanto a las materias que éstas regulen. |
| Ley de desarrollo social y su política. Decreto legislativo 42 –2001 | Crear un marco jurídico que permita implementar procedimientos legales y de políticas públicas para promoción, planificación, coordinación, ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones gubernativas y del Estado, encaminadas al desarrollo de la persona humana en los aspectos social, familiar, humano y su entorno, con énfasis en los grupos de especial atención. |
| Ley de Maternidad Saludable. | Crear un marco jurídico que permita implementar los |

| | |
|--|---|
| Decreto legislativo 32 – 2010 | mecanismos necesarios para mejorar la salud y calidad de vida de mujeres y recién nacido, para promover el desarrollo humano asegurando la maternidad, mediante el acceso universal, oportuno y gratuito a información veraz y completa y servicios de calidad antes y durante el embarazo, parto o posparto, para la prevención y erradicación progresiva de la mortalidad materna-neonatal. |
| Acuerdo Ministerial 1270-2008 | Modelo de Atención y Gestión de Hospitales Solidarios |
| Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Decreto legislativo 32 -2005 | Derecho de toda persona a tener acceso físico, económico y social, oportuna y permanentemente, a una alimentación adecuada en cantidad y calidad, con pertinencia cultural, preferiblemente de origen nacional, así como a su adecuado aprovechamiento biológico, para mantener una vida saludable y activa. |
| Acuerdo Ministerial 1632-2009 | Unidad de los Pueblos indígenas e interculturalidad |
| Acuerdo Ministerial 745-2010 | Unidad de Género de la Salud dentro de la estructura orgánica del Ministerio de Salud. |
| Acuerdo Ministerial 574-2011 | Modelo de Atención Integral en Salud -MAIS- |

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2011) Modelo de Atención Integral en Salud. Guatemala.

III. Planteamiento del Problema

En 2010 se implementó en la Carrera de Medicina de la Universidad Rafael Landívar -URL-, el Programa de Medicina Comunitaria -PMC- que en sus ejes de docencia, investigación y servicio así como en los principios de valores y de proyección social coincidían con el Modelo Incluyente en Salud -MIS-. Por lo anterior, se realizó una alianza estratégica para el beneficio y fortalecimiento de ambas instituciones.

Cuatro años después, se han dado una serie de cambios en la prestación de servicios en los territorios que fueron piloto de dicho modelo y el PMC ha tenido que irse adaptando constantemente. Los cambios no se documentaron formalmente porque fueron de manera progresiva por lo se consideró importante recabar y describir las experiencias adquiridas del 2011a 2014, lo cual permite darle mayor fundamento al programa para continuar desarrollándolo ya sea en los mismos territorios (Santa Catarina Ixtahuacán, Nahualá del departamento de Sololá y en San Juan Ostuncalco del departamento de Quetzaltenango), o en cualquier otra área de práctica.

Pregunta de investigación:

¿Cuál ha sido la experiencia académica desde el punto de vista de docentes y alumnos del PMC de la Universidad Rafael Landívar en los territorios de Santa Catarina Ixtahuacán, Nahualá y San Juan Ostuncalco de 2011 a 2014?

IV. Objetivos

General:

Describir la experiencia académica del Programa de Medicina Comunitaria -PMC- de la Licenciatura en Medicina de la Universidad Rafael Landívar -URL- durante la prestación de servicio conjunto con el Modelo Incluyente en Salud -MIS-, en los territorios de Santa Catarina Ixtahuacán, Nahualá, Sololá y San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango; Guatemala, durante los años del 2011 al 2014.

Específicos:

Describir la experiencia académica de docentes y alumnos del PPS durante el desarrollo del PMC en las siguientes competencias:

1. Planificación y capacidad de gestión
2. Manejo de información
3. Análisis e investigación
4. Salud pública
5. Habilidades clínicas

V. Diseño de Investigación

a. **Tipo de estudio:** Cualitativo narrativo biográfico.

b. **Sujetos de estudio:** Docentes, alumnos y profesionales (ex alumnos) que cursaron el PMC del 2011 al 2014.

c. **Criterios de inclusión:**

- **Docentes:** dos supervisores que han permanecido los cuatro años en la experiencia académica en las áreas de práctica.
- **Profesionales:** alumnos y ex alumnos: 23 en total, que cursaron el PMC de 2011 al 2014.

d. Definición de Variables:

| Variable | Definición Conceptual | Definición Operacional | Instrumento de medición. |
|--------------------------------------|--|--|-------------------------------|
| Planificación y capacidad de gestión | <p>a. Planificar acciones de una práctica coherente e integrada; y</p> <p>b. Aplicar elementos de administración para que la toma de decisiones responda a criterios de eficacia, equidad y aprovechamiento de los recursos en atención, promoción y prevención.</p> <p>c. Demostrar calidad en el trabajo en atención en salud.</p> | <p>Información aportada por alumnos, ex alumnos (ahora profesionales) y docentes en el desarrollo de actividades de planificación, administración de recursos y calidad en servicio prestado en la práctica.</p> | <p>Guía de grupos focales</p> |
| Manejo de la información | <p>a. Conocer, valorar críticamente y saber obtener, organizar, interpretar, comunicar y utilizar la información científica pertinente.</p> <p>b. Saber utilizar adecuadamente las</p> | <p>Información aportada por alumnos, ex alumnos (ahora profesionales) y docentes que durante el desarrollo de su práctica</p> | <p>Guía de grupos focales</p> |

| | | | |
|--------------------------|--|---|------------------------|
| | herramientas de información y comunicación en actividades clínicas, terapéuticas, preventivas y de investigación. | conocieron, valoraron y utilizaron la información como herramienta para sus actividades clínicas, terapéuticas y de investigación | |
| Análisis e investigación | <p>a. Reconocer que en la actividad profesional es indispensable un punto de vista analítico, creativo, constructivo orientado a investigación.</p> <p>b. Comprender los alcances del pensamiento científico en el estudio, tratamiento y prevención de las enfermedades.</p> <p>c. Ser capaz de formular hipótesis, recolectar, procesar y analizar información para la resolución de problemas.</p> <p>d. Desarrollar actitud investigativa y cuestionar, mediante el razonamiento analítico, utilizando enfoques cuantitativos y cualitativos de investigación.</p> | Información aportada por alumnos, ex alumnos (ahora profesionales) y docentes que durante su práctica aplicaron los componentes del método científico en el manejo de problemas de sus poblaciones. | Guía de grupos focales |
| Salud pública | <p>a. Reconocer los determinantes de salud y enfermedad en la población;</p> <p>b. Asumir su papel en acciones integrales de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades, lesiones o accidentes;</p> <p>c. Participar en equipos multiprofesionales, asumiendo el liderazgo apropiado, en salud y prevención de la enfermedad;</p> <p>d. Comprender la responsabilidad colectiva para intervenciones de</p> | Información aportada por alumnos, ex alumnos (ahora profesionales) y docentes en el desarrollo de actividades para reconocer determinantes de salud, integración de actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, asumiendo liderazgo, con responsabilidad colectiva para analizar mecanismos | Guía de grupos focales |

| | | | |
|----------------------|---|--|-------------------------------|
| | <p>promoción que requieren trabajo en equipo con la población a servir, además de un abordaje multidisciplinario;</p> <p>e. Analizar los mecanismos que determinan la equidad en el acceso a los cuidados de salud, así como la efectividad y la calidad de los mismos;</p> <p>f. Utilizar los datos demográficos y epidemiológicos de vigilancia en las decisiones en salud.</p> | <p>de equidad, utilizando información epidemiológica para la toma de decisiones.</p> | |
| Habilidades clínicas | <p>Diagnosticar y orientar la asistencia médica de los pacientes de manera Integral, Integrada, Eficaz y Eficiente, de no contar con las herramientas diagnósticas, indicar una impresión clínica, clasificación norma internacional y/o referencia oportuna con criterio clínico.</p> | <p>Información aportada por alumnos, ex alumnos (ahora profesionales) y docentes que durante su práctica desarrollaron habilidades en la atención de manera integral, integrada, eficaz y eficiente.</p> | <p>Guía de grupos focales</p> |

VI. Procedimiento

Grupos focales:

- a. Se convocó por vía telefónica a alumnos, profesionales ex alumnos y docentes que participaron en el PMC del 2011 al 2014. para formar parte de grupos focales explicando el objetivo de los mismos. Se organizaron en grupos por cada área de práctica.
- b. Cada grupo focal se inició dando las respectivas instrucciones, enfatizando que se trataba de un tema de investigación. Se solicitó que fueran específicos, objetivos y con intervenciones claras de manera verbal o escrita. Cada grupo focal tuvo una duración de entre 1:45 a 2 horas.
- c. Como guía para la discusión se elaboraron matrices para cada competencia en las que se escribió la descripción de la misma. Otras secciones de cada matriz se refieren a actividades que favorecen o no el desarrollo del PMC según la experiencia del docente o del alumno o ex alumno. Ver anexo1.
- d. Se contó con la ayuda de una persona auxiliar para tomar notas y realizar grabaciones.
- e. Se proyectó la guía en una pantalla leyéndola en voz alta para iniciar la discusión.
- f. Cada participante contaba con el instrumento impreso por si deseaban escribir su opinión y no expresarla a viva voz.
- g. Se procedió a transcribir sintetizar y analizar la información obtenida escuchando las grabaciones y leyendo las anotaciones de cada participante.
- h. Redacción de informe final.

Consideraciones éticas: A los participantes se les informó del uso exclusivo de la información para fines de la investigación. La participación fue voluntaria.

VII. Presentación, análisis y discusión de resultados

La Práctica Profesional Supervisada -PPS- que inicia en el sexto año de la carrera incluye el Programa de Medicina Comunitaria -PMC- cuyo objetivo es que el estudiante permanezca en una área en donde se desarrolla el primer nivel de atención en salud, para que desarrolle un orden lógico del razonamiento epidemiológico enfocándose en la atención individual, familiar y comunitaria, respondiendo a los conceptos de atención primaria en salud.

Las competencias que el estudiante debe desarrollar al final de la práctica son las siguientes:

Planificación y capacidad de gestión.

Manejo de información

Análisis e investigación

Salud pública

Habilidades clínicas

Por lo que las experiencias giran en torno al cumplimiento de éstas, describiendo las actividades que las fortalecen o las limitan.

Para guiar las opiniones sobre cada una de las competencias se elaboraron matrices que sirvieron de complemento a la guía de grupos focales. Anexo 2.

Planificación y capacidad de gestión: Docentes y alumnos coinciden que el PMC les brinda las herramientas para poder planificar y gestionar adecuadamente. Lo que es favorecido por la inducción, la explicación de las guías didácticas, reuniones, presentación de informes y manejo adecuado de los instrumentos.

Dentro de las actividades o situaciones que no favorecen la competencia resalta la falta de insumos y la poca planificación conjunta con la comunidad lo cual limita el cumplimiento de los objetivos que inicialmente fueron planteados por el Modelo Incluyente en Salud. Llama también la atención que los alumnos expresaron que al inicio de la práctica no comprendían los objetivos, provocando una contradicción con su experiencia eminentemente clínica que traen de años anteriores.

Manejo de información: Los alumnos y docentes refieren que el PMC permite conocer y utilizar instrumentos y herramientas del Sistema de Información del Ministerio de Salud y del MIS. Se puede inferir que aún falta realizar con más profundidad análisis y razonamiento epidemiológico

Análisis e investigación: La cantidad y variedad de actividades relacionadas con análisis e investigación permiten al PMC introducir al alumno en la investigación científica especialmente aquella relacionada con la epidemiología y salud pública. Una mejor preparación del estudiante durante el Programa de Interacción Comunitaria permitiría que la primera parte del Programa de Medicina Comunitaria tuviera mejores resultados.

Salud pública: Por la naturaleza del PMC la competencia de Salud Pública es la que se logra alcanzar con mayor éxito permitiendo al estudiante comprender las condicionantes y determinantes del proceso salud- enfermedad la pobreza y la inequidad en los servicios de salud. Las actividades en conjunto con la comunidad promueven el liderazgo de los estudiantes y la responsabilidad dentro de los equipos multidisciplinarios. El PMC permite además reconocer las particularidades de las diferentes culturas y el respeto que se debe a las mismas. Se enfatiza en la barrera idiomática y la falta de recursos.

Habilidades clínicas: Los alumnos consideran que el PMC brinda espacios favorables para el desarrollo de la habilidad clínica, sin embargo, se dan aspectos limitantes propios de la cultura y el idioma que deben ser comprendidos para actuar adecuadamente según los principios establecidos por el modelo. De nuevo en ésta competencia la falta de recursos y la poca motivación del personal por falta del cumplimiento a sus condiciones laborales se consideran factores limitantes. Pareciera ser que aún falta definir mejor los roles de los PPSs y las limitaciones y alcances de cada miembro del equipo de salud.

VIII. Conclusiones.

1. Dentro de la carrera de licenciatura en medicina el PMC es la oportunidad para introducir al futuro profesional al ámbito de la salud pública y a la comprensión de los condicionantes y determinantes del proceso salud-enfermedad
2. El Programa de Medicina Comunitaria permite a los estudiantes desarrollar las competencias de planificación y gestión, manejo de información, análisis e investigación, salud pública y habilidades clínicas.
3. La Inducción es una etapa valiosa para introducir al alumno de manera pronta y eficaz al desempeño de las actividades que le corresponden durante la práctica comunitaria.
4. El PMC permite al estudiante el abordaje de la salud desde las perspectivas de género, cultura, idioma, pobreza e inequidad, comprendiendo los principios del derecho a la salud.
5. Las guías didácticas son valiosas herramientas para comprensión de los objetivos y el desarrollo ordenado y preciso de las actividades de los alumnos dentro de la planificación del modelo.
6. Durante la práctica comunitaria se llevan a cabo múltiples actividades relacionadas con la vigilancia y el análisis de información epidemiológica.
7. El acompañamiento permanente a los alumnos por los docentes permite el aprovechamiento de la experiencia en sus diferentes aspectos.
8. La inmersión de los estudiantes en las comunidades brinda oportunidades de convivencia en contextos diferentes a los suyos.
9. El PPS durante su práctica comunitaria comprende el valor del trabajo en equipo y la importancia del rol que cada uno debe desempeñar.
10. Los programas y actividades actuales han variado de lo originalmente planteado por el MIS.
11. La falta de recursos y la motivación del personal del Ministerio de Salud Pública limita el logro total del Programa de Medicina Comunitaria.

IX. Recomendaciones

1. Continuar con las actividades docentes y logísticas que se han realizado dentro del PMC puesto que da cumplimiento a los objetivos programáticos y la adquisición de las competencias previstas.
2. Analizar y discutir los resultados de la presente investigación con el equipo de docentes del Programa de Interacción Comunitaria y las autoridades del Departamento de Medicina para identificar las debilidades, fortalezas y oportunidades de las prácticas comunitarias así como la secuencia y coherencia de las mismas.
3. Revisar el Programa de Interacción Comunitaria para reforzar temas que son necesarios para el éxito del Programa de Medicina Comunitaria.
4. Revisar con el MIS las condiciones establecidas al inicio de la alianza estratégica y definir consensuadamente los cambios realizados.
5. Realizar un estudio que permita obtener la opinión desde la perspectiva de los otros actores que participan directa o indirectamente con los PPSs y docentes del PMC.

X. Bibliografía

1. CHÁVEZ, E. et al. (2010). Programa de Medicina Comunitaria de la Práctica profesional Supervisada. Departamento de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud. URL. Guatemala.
2. CORTEZ, R et al. (2011) Sala Situacional, Programa de Medicina Comunitaria, Licenciatura en Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud. URL. Guatemala.
3. DEMAN, H. (1998). Sistema Integral de Atención en Salud. MSPAS. Guatemala.
4. DESISCOM, URL (2009) Informe final de la consultoría para “construcción de base de datos para seleccionar departamento y municipios para el PMC del PPS”. Desarrollo de Sistemas de Computación, URL, Guatemala, julio 2009.
5. Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud. (2003) Washington, D.C. OPS
6. HERNANDEZ, R. et al., Metodología de la Investigación. Cuarta Ed., McGraw-Hill, México, 2006. Cap. 4, pp. 63-98 y Cap. 6, pp. 121-154.
7. Modelo de Atención Integral en Salud. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2011)
8. Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Carrera de Médico y Cirujano. Área Curricular: Ciencias Sociales y Salud Pública. Unidad Didáctica: Ejercicio Profesional Supervisado Rural. Código: 426. Año: 2008
9. Plan Nacional para la Salud de todas y todos los guatemaltecos. Gobierno de Guatemala, MSPAS. Guatemala, agosto 2008.

10. Práctica Profesional Supervisada –PPS- Medicina. Facultad de Ciencias de la salud, Departamento de Medicina. Universidad Rafael Landívar, abril 2010.
11. Proyecto Dialogo de USAID, plataforma virtual desarrollada para el análisis de bases de datos.
http://www.proyectodialogo.org/index.php?option=com_content&task=view&id=1008&Itemid=113
12. REGALADO-MÉNDEZ, A. PERALTA-REYES, E et al (2011) Aprendizaje Basado en Competencias Aplicado a una Asignatura de Transferencia de Calor. Pp.14-18. Formación Universitaria. Vol. 4(1), 13-18. Revista Scielo.
13. “Se lanza en Guatemala la estrategia de fortalecimiento al Programa de Extensión de Cobertura (PEC) en el primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública”. Organización Panamericana de la Salud (2012) [consulta el 1 de marzo de 2014] disponible en:
http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=609
14. UNAM Universidad Nacional Autónoma de México (2009). Planeación y Evaluación Educativa. FES Aragón, publicación cuatrimestral. Año 16. Número 47
15. URL Universidad Rafael Landívar Campus Central. Normas de Convivencia de la Comunidad Estudiantil Landivariana, (5 de abril 2005), Guatemala.

16. VERDUGO, JC et al. (2002). Hacia un Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente –bases y lineamientos- INS, Guatemala. Medicus Mundi Navarra. Guatemala.

17. VERDUGO, JC et al. (2008). DEL DICHO AL HECHO...Los avances de un primer nivel de atención en salud incluyente. Medicus Mundi Navarra. Guatemala, 2008.

18. VERDUGO, JC et al. (2009). Tejiendo el Huipil de la Salud. Un modelo de salud integral incluyente para la diversidad del pueblo de Guatemala. MÉDICUS Mundi Navarra.

XI. Anexos

Anexo 1. Instrumento de recolección de datos

Experiencia académica del Programa de Medicina Comunitaria -PMC- de la Licenciatura en Medicina de la Universidad Rafael Landívar-URL- durante la prestación de servicio conjunto con el Modelo Incluyente en Salud -MIS- en Santa Catarina Ixtahuacán, Guineales, Nahualá del departamento de Sololá y San Juan Ostuncalco del departamento de Quetzaltenango, Guatemala, 2011-2014

Responsable: Rocael Enriquez Centes

Fecha:

Guía para grupos focales

Los grupos focales se conducirán hacia obtener opiniones de los participantes de forma abierta. La única restricción es el tiempo de intervención de cada participante. Los puntos que se desea abordar son los siguientes:

- 1. Planificación y Capacidad de Gestión.**
- 2. Manejo de información.**
- 3. Análisis e investigación.**
- 4. Salud Pública.**
- 5. Habilidades clínicas**

Anexo 2. Matriz por tipo de competencia

| Definición de la competencia según el PMC | |
|---|--|
| Experiencia de Docentes | <p>Actividades de aprendizaje en las que el PMC favorece el desarrollo de la competencia.</p> <p>MSPAS: Comunidad:</p> |
| | <p>Razones por las que algunas actividades de aprendizaje no favorecen el desarrollo de la competencia.</p> <p>Alumno: MSPAS: Comunidad:</p> |
| Experiencia de Alumnos | <p>Actividades de aprendizaje en las que el PMC favorece el desarrollo de la competencia.</p> <p>MSPAS: Comunidad:</p> |
| | <p>Razones por las que algunas actividades de aprendizaje no favorecen el desarrollo de la competencia.</p> <p>PMC: Alumnos: MSPAS: Comunidad:</p> |

Fuente: Grupos focales con estudiantes y docentes

Anexo 3. Matriz de grupos focales por tipo de competencia

Matriz 1: Planificación y Capacidad de Gestión

| | |
|---|--|
| Definición de la competencia según PMC | <ul style="list-style-type: none">• Planificar sus acciones como parte de una práctica coherente e integrada.• Aplicar elementos de administración para que la toma de decisiones responda a criterios de eficacia, equidad y aprovechamiento máximo de los recursos en actividades de atención, promoción y prevención.• Demostrar calidad en el trabajo y atención en salud. |
|---|--|

Actividades de aprendizaje en las que el PMC favorece el desarrollo de la competencia.**Primera fase:**

- Se motiva al estudiante a desarrollar competencias en planificación y capacidad de gestión.
- Entregándole el PMC, guías didácticas y programa docente con fechas de presentación y entrega.
- Se motiva la planificación docencia, investigación y servicio:
- Normas de atención para el Primer Nivel de Atención en Salud del MSPAS
- Protocolos de vigilancia: Norma vigente para el Primer Nivel de Atención en Salud del MSPAS
- Docencia: seguimiento al desarrollo de cada una de las guías, seguimiento de indicadores o temas especiales, estudio de casos, casos especiales, guías, vigilancia, docencia semanal. Uso de herramienta para la toma de decisión, etc. Intra y extramuros.

Segunda fase:

- Inducción a planificación y capacidad de gestión en:
- Reuniones mensuales de planificación y evaluación de avances en el Distrito de Salud evaluando logro de metas según indicadores.
- Reuniones de vigilancia epidemiológica en el Distrito de Salud y/o en el Puesto de Salud
- Reuniones de actualización y análisis de Sala Situacional
- Reuniones de análisis docente en cada una de las guías
- Análisis de casos específicos
- Planificación de tesis
- Elaboración de informes:
 - Sala Situacional
 - Sala Hambre cero
 - Informes mensuales en SIGSA.
- En la residencia estudiantil.
- Instrumentos:
- Planificación mensual
 - Entrega de producción
 - Cuaderno de diario
 - Bitácora de diario
 - Libro asistencia en los puestos de salud

| | |
|-------------------------------|--|
| | <p>Razones por las que algunas actividades de aprendizaje no favorecen el desarrollo de la competencia.</p> <p>Del PMC: No expresaron limitantes.</p> <p>Alumno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Al inicio los estudiantes no adoptan la responsabilidad de su rol ejecutor en las actividades operativas programadas. <p>MSPAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de recursos e insumos del MSPAS • Algunas veces hay poca apertura de los equipos comunitarios (personal de salud) para integración de los estudiantes al proceso. • Se da prioridad a acciones específicas de Gobierno, lo que limita la planificación proyectada del modelo. <p>Comunidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Débil participación comunitaria en la planificación de actividades |
| Experiencia de Alumnos | <p>Actividades de aprendizaje en las que el PMC favorece el desarrollo de la competencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo en la creación de comisión de salud • Limpieza de tanques de captación de agua comunitaria • Planificación de manera lógica y organizada con el puesto de salud • Elaboración de planes con escuelas y COCODEs • Charlas educativas a diferentes grupos. • Coordinación con auxiliares y trabajo conjunto con auxiliares. • Identificación de carencias en cada puesto para la toma de decisiones de gestión • Conocimiento de roles, funciones y salarios del personal en el puesto de salud. • Planificación comunitaria. • Uso de las guías para relacionar los temas. • Gestión de insumos (recursos, medicamentos, vacunas, etc.) • Uso y optimización de recursos. <p>Razones por las que algunas actividades de aprendizaje no favorecen el desarrollo de la competencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Del PMC: no se expresaron limitantes. |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Alumno: • Al principio no entendían correctamente los objetivos de la práctica y no se lograban adaptar ya que estaban acostumbrados a realizar actividades de tipo curativo.. • MSPAS: • El personal de cada puesto de salud decide quien realiza las actividades intra y extramuros (auxiliares y educadora) • MSPAS planifica (alumnos se adaptan). • Falta de recursos. • Comunidad: No expresaron limitantes. |
|--|---|

Fuente: Grupos Focales a estudiantes y docentes.

Anexo 4. Matriz de grupos focales por tipo de competencia

Matriz 2. Manejo de información

| | |
|---|---|
| Definición de la competencia según PMC | Conocer, valorar críticamente, utilizar la información científica y utilizar adecuadamente herramientas de información y comunicación en actividades clínicas, terapéuticas, preventivas y de investigación. |
| Experiencia de Docentes | <p>Actividades de aprendizaje en las que el PMC favorece el desarrollo de la competencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El PMC permite conocer y utilizar el Sistema de Información Nacional (SIGSA y SIMIS). • Se utiliza y relaciona la información en la sala situacional y vigilancia epidemiológica. • Se proporcionan las herramientas complementarias del MIS para sistematizar la atención de los diferentes grupos prioritarios (individuo, familia y comunidad) <p>Razones por las que algunas actividades de aprendizaje no favorecen el desarrollo de la competencia.</p> |

| | |
|-----------------------------------|---|
| | <p>PMC: No se expresaron limitantes.</p> <p>Alumno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se hace poco análisis de información en el PIC. • Falta razonamiento epidemiológico <p>MSPAS: No se expresaron opiniones como limitantes en relación al ministerio.</p> <p>Comunidad: No se expresaron opiniones como limitantes en relación a la comunidad.</p> |
| Experiencia de estudiantes | <p>Actividades de aprendizaje en las que el PMC favorece el desarrollo de la competencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceso y participación Sistema de Información del Modelo Incluyente en Salud – SIMIS- • Se conoce la información y cómo utilizarla • Análisis de tasas de morbilidad, mortalidad, etc. • Análisis de corredores endémicos. • Proyección de planes de acción para la comunidad • Participación en actualización de censo. <p>Razones por las que algunas actividades de aprendizaje no favorecen el desarrollo de la competencia.</p> <p>PMC: No expresaron limitantes.</p> <p>Alumno: No expresaron limitantes.</p> <p>MSPAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta tener actualizado el censo <p>Comunidad: No expresaron limitantes.</p> |

Fuente: Grupos focales con estudiantes y docentes

Anexo 5. Matriz de grupos focales por tipo de competencia

Matriz 3. Análisis e investigación

| | |
|--|---|
| <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Definición de la competencia según el PMC</p> | <p>a. Reconocer que en la actividad profesional es indispensable un punto de vista analítico, creativo, constructivo orientado a investigación.</p> <p>b. Comprender los alcances del pensamiento científico en el estudio, tratamiento y prevención de las enfermedades.</p> <p>c. Ser capaz de formular hipótesis, recolectar, procesar y analizar información para la resolución de problemas.</p> <p>d. Desarrollar actitud investigativa y cuestionar, mediante el razonamiento analítico, utilizando enfoques cuantitativos y cualitativos de investigación.</p> |
| <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Experiencia de docentes</p> | <p>Actividades de aprendizaje en las que el PMC favorece el desarrollo de la competencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La docencia incluye la teoría y las actividades de formación necesarias para el análisis de la información y para iniciar o finalizar el trabajo de tesis. • Se elaboran textos paralelos para registro de la experiencia. • Se proporcionan guías para el desarrollo de los programas del MIS y del Ministerio de Salud Pública. <p>Razones por las que algunas actividades de aprendizaje no favorecen el desarrollo de la competencia.</p> <p>PMC: No se expresaron limitantes</p> <p>Alumno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persiste en el estudiante y en el personal de salud debilidad para el análisis y uso de la información para la toma de decisiones. <p>MSPAS: No se expresaron limitantes.</p> <p>Comunidad: No se expresaron limitantes.</p> |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Experiencia de Estudiantes | <p>Actividades de aprendizaje en las que el PMC favorece el desarrollo de la competencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En la reunión de avances se observa y analiza qué sucedió cada mes • Participa en el proceso de análisis de información con personal del puesto de salud. • Se evalúan el logro de las metas, • Análisis de vigilancia epidemiológica • Análisis de sala situacional mensual • Uso de guías didácticas • Participación en ASIS. • Elaboración de tablas de salvación e indicadores. • Participación en actividades de docencia con personal del Ministerio de Salud. • Participación en actividades de elaboración de marco lógico y conceptual de las investigaciones. • Elaboración de árbol de problemas y planes de resolución. • Investigación para fortalecer conocimientos, lograr diagnósticos y tratamientos acertados en la práctica clínica. • Seguimiento de casos, puérperas y recién nacidos. • Se fomenta la cultura de análisis principalmente en la segunda mitad de la práctica. • Participación en salas situacionales y corredores endémicos de casos que estadísticamente llaman la atención. • Realización de texto paralelo. |
|-----------------------------------|---|

| | |
|--|---|
| | <p>Razones por las que algunas actividades de aprendizaje no favorecen el desarrollo de la competencia.</p> <p>PMC: No se expresaron limitantes.</p> <p>Alumno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hace falta despertar el interés de los alumnos en análisis con enfoque epidemiológico desde el Programa de Interacción Comunitaria. • Al principio estaban perdidos con tanta información • La primera mitad de la práctica fue difícil. <p>MSPAS: No se expresaron limitantes.</p> <p>Comunidad: No se expresaron limitantes.</p> |
|--|---|

Fuente: Grupos focales con estudiantes y docentes

Anexo 6. Matriz de grupos focales por tipo de competencia

Matriz 4. Salud pública

| | |
|--|---|
| Definición de la competencia según el PMC | <ul style="list-style-type: none"> a. Reconocer los determinantes de salud y enfermedad en la población. b. Asumir su papel en acciones integrales de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades, lesiones o accidentes; c. Participar en equipos multiprofesionales, asumiendo el liderazgo apropiado, en salud y prevención de la enfermedad; d. Comprender la responsabilidad colectiva para intervenciones de promoción que requieren trabajo en equipo con la población a servir, además de un abordaje multidisciplinario; e. Analizar los mecanismos que determinan la equidad en el acceso a los cuidados de salud, así como la efectividad y la calidad de los mismos; f. Utilizar los datos demográficos y epidemiológicos de vigilancia en las decisiones en salud. |
| Experiencia de Docentes | <p>Actividades de aprendizaje en las que el PMC favorece el desarrollo de la competencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El PMC se elaboró de forma integral tomando en cuenta el ámbito |

individual, familiar y comunitario, el cual se fortalece con el uso de las guías didácticas, participación en salas situacionales, vigilancia epidemiológica etc.

- Participación de alumnos y docentes en realización de censos, SIGSAS y SIMIS.
- Conocimiento de datos epidemiológicos de vigilancia para la toma de decisiones.
- Utilización de las guías 1, 2 y 3, (ASIS, sala situacional y vigilancia epidemiológica)
- Reuniones en la residencia estudiantil para discusión y análisis de las guías.

Razones por las que algunas actividades de aprendizaje no favorecen el desarrollo de la competencia.

PMC: No se expresaron limitantes.

Alumno:

- Hace falta despertar el interés de los alumnos en salud pública desde los años anteriores de la carrera.

MSPAS: No se expresaron limitantes.

Comunidad:

- Barrera idiomática
- Algunas veces la comunidad no acepta las sugerencias de cambio.

| | |
|-------------------------------|--|
| Experiencia de Alumnos | <p>Actividades de aprendizaje en las que el PMC favorece el desarrollo de la competencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vivir la situación real de pobreza en que vive la mayor parte del país. • El PMC permite conocer los determinantes sociales de la salud. • Las guías permiten tener idea del territorio. • Durante la práctica se realizan visitas domiciliarias, salas situacionales, vigilancia epidemiológica, seguimiento de casos específicos a grupos prioritarios etc. • Se comprende la situación sociocultural del territorio. • Se conoce la población de forma integral, identificando el porqué de sus problemas y principales factores de riesgo. • Se participa en asambleas comunitarias con actores de la comunidad (COCODES, maestros, comadronas, etc.) • Se realizan acciones básicas integrales (promoción, prevención, curación y rehabilitación) • El PMC y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social incluyen muchas actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación en los ámbitos individual, familiar y comunitario. • Se promueven actividades de liderazgo y responsabilidad. |
|-------------------------------|--|

| | |
|--|--|
| | <p>Razones por las que algunas actividades de aprendizaje no favorecen el desarrollo de la competencia.</p> <p>PMC: No se expresaron limitantes</p> <p>Alumno: No se expresaron limitantes</p> <p>MSPAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por falta de recursos no se pueden realizar con efectividad muchas acciones de promoción, prevención y tratamiento. (se mencionó especialmente la falta de vacunas y medicamentos) <p>Comunidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Barrera idiomática • No siempre se aceptan las sugerencias de cambio o ayuda. • Organizaciones comunitarias débiles • La cultura de la población y la falta de recursos no favorecen el cambio de condiciones y estilos de vida. |
|--|--|

Fuentes: Grupos Focales a Docentes y Estudiantes.

Anexo 7. Matriz de grupos focales por tipo de competencia

Matriz 5. Habilidades clínicas

| | |
|--|--|
| Definición de la competencia según el PMC | <p>Diagnosticar y orientar la asistencia médica de los pacientes de manera integral, integrada, eficaz y eficiente. De no contar con las herramientas diagnósticas, indicar una impresión clínica, clasificación, norma internacional y/o referencia oportuna con criterio clínico.</p> |
| Experiencia de Docentes | <p>Actividades de aprendizaje en las que el PMC favorece el desarrollo de la competencia.</p> <p>PMC: Se realiza una inducción general sobre las características del programa, de las guías, del modelo y de los instrumentos utilizados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.</p> <p>MSPAS: Se apoya con traductor para la consulta clínica.</p> |

| | |
|------------------------|---|
| | <p>Razones por las que algunas actividades de aprendizaje no favorecen el desarrollo de la competencia.</p> <p>PMC: No se mencionaron limitantes</p> <p>Alumno: No se mencionaron limitantes</p> <p>MSPAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La falta de recursos e insumos. • Desmotivación del personal del Ministerio de Salud por la falta de pago de más de un semestre, lo cual disminuye la oportunidad de desarrollar todas las actividades programadas que incluye consultas clínicas a diferentes grupos poblacionales. <p>Comunidad: No se mencionaron limitantes.</p> |
| Experiencia de Alumnos | <p>Actividades de aprendizaje en las que el PMC favorece el desarrollo de la competencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La práctica da libertad de estar frente al paciente y fortalecer habilidades diagnósticas, de tratamiento y seguimiento. • Se permite interactuar de manera directa con el paciente permitiendo el desarrollo e implementación de habilidades clínicas. • Se brinda la atención al paciente de manera individual y se aplican los conocimientos teóricos adquiridos previamente. • Permite integrar conocimientos aprendidos a lo largo de la carrera de una manera eficaz, dar seguimiento de casos hasta un diagnóstico y tratamiento eficiente, de manera personalizada. |
| | <p>Razones por las que algunas actividades de aprendizaje no favorecen el desarrollo de la competencia.</p> <p>PMC: No se mencionaron limitantes.</p> <p>Alumnos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por la cultura no pueden realizar con facilidad algunas intervenciones clínicas, especialmente con las mujeres. <p>MSPAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por falta de recursos • El modelo limita la evaluación de los pacientes por el PPS sin presencia de otro personal. |

- Algunas veces no se toma en cuenta la opinión y conocimiento del PPS.
- Las normas no son la mejor fuente, no están completas y no tienen alternativas de trabajo
- Se les limita ya que los roles dentro de los trabajadores no están claros y realizan y asignan actividades y gestiones a quien no corresponde.
- Existe información mal documentada que no permite dar una atención integrada.
- Los traductores no traducen lo que uno dijo o lo que ellos responden. (sesgo en la traducción).
- Los auxiliares de enfermería no confían en los diagnósticos y se sienten con más autoridad.
- Los diagnósticos se limita también porque los auxiliares de enfermería están muy cerrados en sus normas
- Los auxiliares de enfermería quieren que el PPS realice acciones que no le corresponden o no es el momento.
- No es fácil conseguir un vínculo médico paciente por las particularidades del modelo.

Comunidad:

- Barrera Idiomática

Fuente: Grupos focales con estudiantes y docentes