

**UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA  
PROGRAMA DE MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN  
EPIDEMIOLOGIA Y GERENCIA**

**SISTEMATIZACIÓN DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN Y DESARROLLO  
DEL PROGRAMA DE INTERACCIÓN COMUNITARIA, EN LA FORMACIÓN DE  
PREGRADO DE LA CARRERA DE MEDICINA, DE LA FACULTAD DE CIENCIAS  
DE LA SALUD.**

**UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR**

***(PERÍODO 2007-2010)***

**SÍNTESIS**

**SILVIA MARÍA CRUZ PÉREZ**

**Carné 5322994**

Guatemala, junio de 2011

Campus Central

**UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA  
PROGRAMA DE MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN  
EPIDEMIOLOGIA Y GERENCIA**

**SISTEMATIZACIÓN DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN Y DESARROLLO  
DEL PROGRAMA DE INTERACCIÓN COMUNITARIA, EN LA FORMACIÓN DE  
PREGRADO DE LA CARRERA DE MEDICINA, DE LA FACULTAD DE CIENCIAS  
DE LA SALUD.**

**UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR**

**(PERÍODO 2007-2010)**

**SÍNTESIS**

**Presentada al Honorable Consejo de Facultad de Ciencias de la Salud**

**Por:**

**SILVIA MARÍA CRUZ PÉREZ**

**Al conferírsele el título de: Magíster en Salud Pública con Énfasis en  
Epidemiología y Gerencia.**

Guatemala, junio del 2011

Campus Central

## **AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR**

P. Rolando Alvarado López, S. J.	Rector
Dra. Lucrecia Méndez de Penedo,	Vicerrectora Académica
P. Eduardo Valdés Barría, S.J.	Vicerrector de Integración Universitaria
P. Carlos Cabarrús Pellecer, S.J.	Vicerrector de Investigación y Proyección
Lic. Ariel Rivera Irías,	Vicerrector Administrativo
Licda. Fabiola Padilla Beltranena,	Secretaria General

## **AUTORIDADES FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Dr. Claudio Ramírez Rodríguez,	Decano
Dra. América de Fernández,	Vicedecana
Dra. Silvia Cruz	Secretaria
Dra. Silvia Castañeda Cerezo	Directora Depto. de Postgrados
Dr. Enrique Chávez Barillas	Director Depto. de Medicina
Licda. Estela Rodas de Morales	Directora Depto. de Enfermería
Licda. Genoveva Núñez de Calderón	Directora Depto. Tecn. para la Salud

## **ASESOR DE SÍNTESIS**

Dr. Edgar Enrique Chávez Barillas

## **TERNA EXAMINADORA**

Dr. Claudio Ramírez  
Dra. América de Fernández  
Dra. Silvia Castañeda

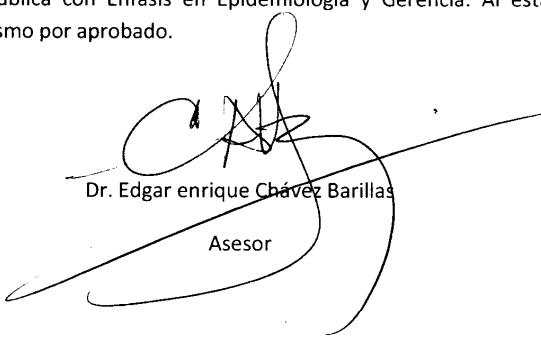
Guatemala, 24 de junio de 2011

Dra. América de Fernández  
Coordinadora  
Comité de Tesis  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Universidad Rafael Landívar

Estimada Dra. de Fernández

Por este medio yo, *Dr. Edgar Enrique Chávez Barillas* hago constar que he asesorado la elaboración del Informe Final de Síntesis: ***"Sistematización del proceso de Implementación y desarrollo del Programa de Interacción Comunitaria, en la formación de pregrado de la Licenciatura de Medicina, de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rafael Landívar, (período 2007-2010)"***. De *Silvia María Cruz Pérez*, carné: 5322994, estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Epidemiología y Gerencia. Al estar a mi entera satisfacción doy el mismo por aprobado.

Atentamente,



Dr. Edgar Enrique Chávez Barillas

Asesor



Universidad  
Rafael Landívar  
Tradición Jesuita en Guatemala

**Facultad de Ciencias de la Salud**  
Teléfono: (502) 2426-2626, Ext. 2300  
Campus Central, Vista Hermosa III, Zona 16  
Edificio "L" Oficina - 308  
Guatemala, Ciudad. 01016

Reg. No-FCSS-GAC-CC-010-2011

Estudiante  
**SILVIA MARÍA CRUZ PÉREZ**  
No. De Carnet **5322994**  
Presente

Respetable Estudiante CRUZ PÉREZ:

Habiendo sido aprobado el Examen Privado de Tesis de **SILVIA MARÍA CRUZ PÉREZ**, estudiante de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Epidemiología y Gerencia, esta Secretaría autoriza la impresión de su Tesis titulada: "**Sistematización del proceso de implementación y desarrollo del Programa de Interacción Comunitaria, en la formación de pregrado de la carrera de Licenciatura en Medicina, de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rafael Landívar (periodo 2007- 2010)**", requisito previo de Graduación como **Magister en Salud Pública con Énfasis en Epidemiología y Gerencia**.

Dado en Guatemala, a los 8 días del mes de agosto de 2011.

  
**Dra. América Mazariegos de Fernández**  
Vicedecana  
Facultad de Ciencias de la Salud



Gladys  
Copia:

Archivo

## ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA .....	3
III. MARCO TEÓRICO .....	4
III.1 Marco legal de la atención en salud de la población guatemalteca ....	4
III.2 Reforma del Sector Salud .....	7
III.3 Modelos de Atención en Salud en Guatemala .....	8
III.4 Exclusión en Salud.....	8
III.5 Estrategias de Atención en Salud Costo Efectivas .....	9
III.6 Situación General de la Educación Médica.....	15
IV. OBJETIVOS .....	21
V. METODOLOGÍA .....	22
V.1 Etapa de planificación: .....	22
V.2 Etapa de recuperación, análisis e interpretación crítica de la información: .....	23
V.3 Etapa de síntesis de los aprendizajes y propuesta. ....	24
VI. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	26
VI.1 Etapa de Planificación:.....	26
VI.2 Etapa de recuperación, análisis e interpretación Crítica de la información: .....	26
VI.3 Etapa de síntesis de los aprendizajes y propuesta.....	53
VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	55
IX. DESAFÍOS .....	63
X. PROPUESTA .....	66
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	67
XII. ANEXO 1. PROPUESTA OPERATIVIZACIÓN DEL PIC .....	71

## RESUMEN

La Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rafael Landívar, planteó en el año 2005 la formación de médicos utilizando modelos educativos que rompieran paradigmas tradicionales, saliendo de los muros de clases convencionales y permitiendo al alumno entrar en contacto con la realidad comunitaria e institucional. La plataforma para lograr lo anterior ha sido el llamado Programa de Interacción Comunitaria -PIC-. La presente síntesis hace un recorrido crítico de la evolución del mismo en sus aspectos metodológicos y operacionales desde sus inicios hasta el año 2010. Para lo cual se desarrolló un proceso de sistematización durante el periodo de los años 2007-2010, con el propósito de organizar las prácticas y conocimientos generados por el PIC, para contribuir a la formación médica, con una base de atención en salud basados en la promoción de salud, prevención de enfermedades y atención clínica básica integral.

Se concluye que el Programa de Interacción Comunitaria –PIC– es un espacio privilegiado para la formación integral del médico, responde a las necesidades de la formación médica actual, logra la inmersión temprana del estudiante en la comunidad integrándose a equipos multidisciplinarios y permitiéndole además interactuar con actores sociales en los ámbitos individual, familiar y comunitario. El estudio plantea recomendaciones para su fortalecimiento y desafíos a futuro. Así como una propuesta de operativización basado en un modelo particular de inserción de los estudiantes en los servicios de primer y segundo nivel de atención que puede adecuarse y adaptarse a los modelos cambiantes del Sistema Nacional de Salud.

## Listado de Siglas y Abreviaturas

URL	Universidad Rafael Landívar
PIC	Programa de Interacción Comunitaria
PPS	Práctica Profesional Supervisada
IC	Interacción Comunitaria
FAO	Food and administration
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
SIAS	Sistema Integral de Atención en Salud
PEC	Programa de Extensión de Cobertura
EBS	Equipo Básico de Salud
APS	Atención Primaria de Salud
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
INS	Instancia Nacional de Salud
MIS	Modelo Incluyente de Salud
AIEPI	Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
PESA	Programa Especial para la Seguridad Alimentaria
ASIS	Análisis de Situación Integral de Salud
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
AINM-C	Atención Integral del niño y la madre, componente clínico y comunitario
CIE 10	Clasificación Internacional de Enfermedades
RRHH	Recursos Humanos
IEC	Información, educación y comunicación
ABP	Aprendizaje Basado en Problemas
PAP	Papanicolaou



AV	Agudeza Visual
PMC	Programa Medicina Comunitaria
COCODES	Consejos de Desarrollo Comunitario
AE	Auxiliar de enfermería

## I. INTRODUCCIÓN

La educación médica que atiende a la realidad de salud de las poblaciones dentro de los contextos locales de la formación, plantea la demanda de la formación de recurso humano capaz de responder de manera humana, ética y profesional a necesidades de salud del país. Para ello, se requiere de nuevos modelos de formación médica que rompan paradigmas tradicionales, que salgan de los muros de salones de clases convencionales y que permitan al alumno estar en contacto desde sus primeras etapas de formación con problemas reales en el ámbito comunitario y de los servicios de salud en todos sus niveles de atención.

Con la apertura de la carrera de medicina, la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Rafael Landívar en el año 2005, se plantea la formación de médicos y médicas con excelencia técnica-científica, y formación en valores, para trabajar con humanismo y ética por la salud de la población guatemalteca, en un marco de principios y valores comprometidos con la equidad, interculturalidad, calidad e integralidad en la atención.

Para el logro del referido propósito, se ha enfatizado en una práctica temprana, al inicio de la carrera, en la cual el estudiante experimenta una inmersión en escenarios de práctica en los contextos individual, familiar, comunitario y de servicios de salud ambulatorios durante los tres primeros años de formación, a partir del cuarto año en los hospitales del sistema y concluye su proceso con la Práctica Profesional Supervisada – PPS- en el ámbito hospitalario y comunitario.

La estrategia definida en el pensum es el Programa de Interacción Comunitaria –PIC- en el cual se abordan los aspectos de promoción de salud, prevención de las enfermedades y clínica básica, atendiendo con particularidad aspectos epidemiológicos y de salud pública y así como el reconocimiento de la diversidad social y étnica del

país. En el Programa de Interacción Comunitaria con el correr del tiempo se han incorporado modificaciones, y generado experiencias que son el propósito de ésta sistematización que pretende contribuir a evidenciar los conocimientos y aportes del mismo en el contexto de la formación médica actual, en la carrera de medicina de la URL.

En el presente estudio, se hace un recorrido analítico y crítico del camino recorrido lo cual permitió el planteamiento de recomendaciones para su mejoramiento así como una propuesta de operativización que se deja a consideración de la facultad para su implementación.

## II. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Desde la concepción de la carrera de Licenciatura en Medicina de la URL, se contempló la incorporación de los espacios de formación con un enfoque basado en la inserción temprana de los estudiantes en prácticas en el ámbito individual, familiar y comunitario en los servicios de salud de primer y segundo nivel de atención, desarrollando competencias para la integración de la promoción de salud, prevención de enfermedades y atención clínica básica. (1) En el desarrollo de la estrategia implementada a través del Programa de Interacción Comunitaria –PIC- se han venido realizando cambios y modificaciones para poder desarrollar un programa mejor estructurado. Dadas las características del contexto en que se inicia la práctica comunitaria, se llegó a establecer que a pesar de contemplar en el marco teórico del pensum original los aspectos mencionados, no se evidencia una secuencia metodológica en la práctica comunitaria y clínica, que oriente de una mejor manera la operativización de los mismos, que tenga un enfoque definido para las intervenciones, y una metodología clara para el proceso de aprendizaje-enseñanza. Por lo anterior se han iniciado una serie de replanteamientos secuenciales que se sintetizan en el presente trabajo.

Para el desarrollo de la sistematización del PIC descrita en párrafos anteriores se propuso una secuencia de trabajo que consiste en recopilación y análisis de la información, basado en la metodología de sistematización propuesta por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación –FAO-, (2) ya que se consideró que provee de una metodología validada para la sistematización de experiencias y generación de conocimientos. La sistematización del PIC, se desarrolló en las siguientes etapas: planificación, recuperación, análisis e interpretación crítica de la información y síntesis de los aprendizajes.

### III. MARCO TEÓRICO

#### Marco legal de la atención en salud de la población guatemalteca

En la Constitución Política de la República de Guatemala se establece que el goce de la salud es un derecho fundamental del ser humano sin discriminación alguna y que el Estado debe velar por la salud y la seguridad social de todos los habitantes y desarrollar a través de sus instituciones acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social. Así mismo, establece que la salud de los habitantes de la Nación es un bien público y que todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento. Las comunidades tienen el derecho y el deber de participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud.<sup>1</sup>

El Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria, de los Acuerdos de Paz de Guatemala (3) establece en materia de salud, la implementación de programas nacionales de salud integral para la mujer, lo que implica el acceso a servicios apropiados de información y atención médica. También se establece la necesidad de impulsar una reforma del sector nacional de salud orientada hacia el efectivo ejercicio de la población del derecho fundamental a la salud, sin discriminación alguna, basada en una concepción integral de salud, una práctica humanística y solidaria en todos los niveles, establecer un sistema nacional coordinado que permita el acceso universal a servicios, comprometiéndose el gobierno a aumentar los recursos destinados a salud.

El Código de Salud (decreto 90-97), es el instrumento básico para la aplicación de los planes, programas y proyectos de atención a las personas y al medio ambiente que permitan mejorar la salud de la población. Se define la salud como un *“producto social resultante de la interacción entre el nivel de desarrollo del país, las condiciones de vida*

---

<sup>1</sup> Constitución Política de la República de Guatemala, sección séptima, artículos del 93 al 95 y 100.

*de las poblaciones y la participación social que procuren el más completo bienestar físico, mental y social.” (Código de Salud)*

En dicha normativa se define al “sector salud” como el conjunto de organismos e instituciones públicas, centralizadas y descentralizadas, autónomas, semiautónomas, municipalidades, privadas, no gubernamentales y comunitarias cuya competencia u objeto es la administración de acciones de salud, incluyendo la investigación, educación, formación y capacitación del recurso humano en materia de salud. Responsabiliza a sí mismo al Ministerio de Salud de la “rectoría” del sector, entendida como la conducción, regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones e instituciones de salud a nivel nacional.

Es dentro del contexto del sector salud, que las universidades juegan un papel importante, en la formación y preparación de recurso humano que responda con pertinencia a la situación de salud de la población del país.

La Organización de las Naciones Unidas emitió en Septiembre del 2000 la “Declaración del milenio a favor del desarrollo y la erradicación de la pobreza”, donde se establecen entre otras, las metas de promover la igualdad de género, reducir la mortalidad en niños menores de uno y cinco años en proporciones definidas, reducir en 75% la mortalidad materna, reducir el hambre y la pobreza en un 50%, alcanzar la educación universal a nivel primario, combatir el VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades, asegurar la sostenibilidad ambiental y desarrollar una asociación global para el desarrollo.

### **Políticas, líneas de acción, estrategias y prioridades de salud:**

El modelo de atención del MSPAS se caracteriza por la operativización de sus políticas y estrategias a través de **Programas de Salud** lo cual otorga racionalidad a la prestación de servicios. Estos se sustentan en la capacidad gerencial del recurso humano responsable de su ejecución. El nivel ejecutor de los Programas de Salud está constituido por las Direcciones de Área de Salud, los Distritos Municipales de Salud y

los establecimientos de salud<sup>2</sup>. De estos, los Distritos Municipales constituyen el nivel gerencial que coordina y articula la red de servicios bajo su jurisdicción en el contexto del Sistema Integral de Salud, interpretando y ejecutando las directrices, orientaciones estratégicas y programáticas del Área de Salud teniendo dentro de sus funciones la ejecución, supervisión, monitoreo y evaluación de los programas de salud.

Las Normas de Atención del Ministerio de Salud de los tres niveles de atención deben ser aplicadas por el personal de los servicios. Los Programas de Inmunizaciones, Salud Reproductiva y el de Infecciones de Transmisión Sexual/VIH/SIDA (Decreto No. 27-2,000) cuentan con el respaldo de acuerdos gubernativos o legislativos; los programas han sido priorizados en función del perfil epidemiológico del país. La ejecución de los programas se enmarca en la aplicación de normas de atención por el personal operativo de los servicios de salud.

Cada gobierno establece las prioridades en salud para el desarrollo de su gestión. El actual gobierno en el Plan Nacional de Salud, estableció las prioridades de salud, las cuales ha reorganizado a partir del 2009 de la siguiente manera (4):

- i. Fortalecer integralmente al MSPAS
- ii. Fortalecer el papel rector del MSPAS
- iii. Desarrollar el Sistema de Información y la Inteligencia en Salud
- iv. Extender la cobertura de la red de servicios a los 130 municipios priorizados y el resto del país
- v. Liderar la estrategia multisectorial de reducción de la mortalidad materna y neonatal
- vi. Liderar la estrategia multisectorial de reducción de la desnutrición crónica
- vii. Agua y Saneamiento

---

<sup>2</sup> Reglamento Orgánico Interno del MSPAS.

## Recursos Humanos en Salud

Según la OPS para el 2004, “La tasa de médicos es de 9 por 10.000 por habitantes. La relación enfermera profesional/médico es de 1 a 3 y de enfermera profesional /auxiliar de enfermería de 1 a 14. Se observa una concentración en la zona urbana, en la distribución del recurso humano en salud, con una relación para los médicos de 4 a 1 urbano/rural y para las enfermeras profesionales de 3 a 2. El país cuenta con cerca de 80 especialistas en salud pública con grado de maestría.” (5)

## Reforma del Sector Salud

El propósito de la Reforma del Sector Salud contempla "la transformación integral del modelo de producción social de la salud, en donde es necesario mejorar la eficiencia y equidad en la prestación de servicios de salud". (6)

Se hace énfasis en la organización de los servicios financiados públicamente para la extensión de cobertura hacia la población rural carente de acceso. En 1996, se estimaba en 46% la población no cubierta con servicios de salud. Entre los años 1997 y 2000 se logró un incremento de cobertura de 35% de la población total. La estrategia se basó en una alianza entre el gobierno, a través del MSPAS y las Organizaciones No Gubernamentales –ONG-”. (6)

Dentro del contexto de la Reforma del sector salud, surge un nuevo modelo de atención denominado Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS), que inicia con el Programa de Extensión de Cobertura -PEC- dentro del primer nivel de atención.(6)

---

### *Objetivos específicos de la Reforma sectorial de salud*

---

- a) Extender la cobertura de servicios básicos focalizándolos a los más pobres.*

---

- b) Aumentar el gasto público y fuentes de financiamiento.*

---

- c) Reorientar la asignación de recursos.*

---

- d) Aumentar la eficiencia del sector público.*

---



## **Modelos de Atención en Salud en Guatemala**

### **Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS)**

Este sistema fue planteado como la expresión política, organizativa, técnica y programática del Sistema Nacional de Salud con el propósito de planificar, organizar, dirigir, monitorear y evaluar programas y acciones de salud orientadas hacia la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación y rehabilitación de la salud de la población guatemalteca, con base a las políticas, estrategias y objetivos de salud definidas por el Estado, identificadas en el Plan de Gobierno y ratificadas por los Acuerdos de Paz en 1996.<sup>3</sup> (7)

### **Extensión de Cobertura para el primer nivel de atención en salud**

Para el MSPAS en Guatemala la forma de extender la cobertura de servicios, se ha logrado a través del PEC, que mediante la contratación de organizaciones no gubernamentales cumplen funciones de administración y prestación de servicios. (4)

Este programa que puede catalogarse con un enfoque de APS selectiva, pone énfasis en la prevención, integralidad en los tres niveles de atención, cobertura a escala nacional, estandarización de un paquete básico de servicios de salud, participación comunitaria, Equipo Básico de Salud –EBS-, alto grado de sostenibilidad del financiamiento, carácter descentralizador, disponibilidad de medicamentos básicos, y la utilización de servicios básicos. (6)

### **Exclusión en Salud**

En el período de 2001 a 2003 la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional y la OPS/OMS realizaron un estudio<sup>4</sup> para caracterizar y medir la exclusión en salud<sup>5</sup> en

---

<sup>3</sup> El SIAS reconoce, promueve e integra la diversidad de formas de autocuidados y cuidados de la salud que se generan y desarrollan en Guatemala por su naturaleza multinacional, multiétnica y pluricultural. (Deman, 1998)

<sup>4</sup> Este estudio es parte del proyecto "Extensión de la Protección Social en Salud", desarrollado por la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional y la OPS/OMS, en año 2000 para abordar el problema de la exclusión de salud en los países de América Latina y el Caribe. (OPS, 2003)

países latinoamericanos y del Caribe, el cual evidencia que Guatemala carece de un sistema integral y coherente de protección social en salud, lo que implica que no se tiene la garantía de que los individuos o grupos poblacionales puedan satisfacer sus demandas de salud, acceso a servicios de buena calidad en forma oportuna, y que las poblaciones más excluidas son las que constituyen la mayor proporción de la población con las características de ser poblaciones rurales, indígenas, sin escolaridad, subempleadas, analfabetas, sin acceso a agua potable y desagües, sin conexión eléctrica. (8)

Lo anterior nos coloca en un contexto que plantea la relevancia de la necesidad de la formación médica que responda ante esta realidad.

## **Estrategias de Atención en Salud Costo Efectivas**

### **Atención Primaria de Salud**

La OMS, en su trigésima reunión anual en 1977, acordó con todos los estados miembros que los gobiernos tendrían como principal objetivo social, la “Consecución para todos los habitantes del mundo, en el año 2000, de un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva” (9), lo que se conoció como “Salud para Todos en el año 2000”. Posteriormente se concretó en la Declaración de Alma Atta, en 1978, definiendo una estrategia, que fue considerada esencial para lograr el objetivo se definió la **Atención Primaria en Salud**, como: *“La Asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar”.* (10)

La OMS, en el 2007 declara a la APS, como la base de todos los sistemas de salud en la región de las Américas, e insta a la renovación de la misma, para poder alcanzar

---

<sup>5</sup> Se define en el estudio la Exclusión en Salud como la falta de acceso de ciertos grupos o personas a diversos bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos o grupos de la sociedad disfrutan. (OPS,2003)

la atención de la salud como un derecho, y que puede adaptarse a todas las poblaciones, contextos sociales, económicos, y culturales de diferentes países. (11)

En el marco de la renovación de la APS, se promueven valores esenciales como el Derecho a la Salud en el nivel más alto posible, la solidaridad y la equidad, entre otros. Requiriendo esfuerzos también en la formación del recurso humano en salud, para lo que se ha definido la necesidad de mejorar el desempeño de los trabajadores de salud, basado en un enfoque de competencias<sup>6</sup> laborales, para que se pueda favorecer una mejor articulación entre gestión, trabajo y educación. (12)

### **Propuesta de la Instancia Nacional de Salud-INS- para la implementación de un primer nivel de atención en salud incluyente**

Se considera que la propuesta de la INS, “Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente”, (13) más adelante identificado como el Modelo Integral de Salud-MIS-, contiene bases conceptuales y se fundamenta en criterios y perspectivas, que van acorde a los enfoques que desean incorporar en la formación médica en la Facultad de Ciencias de la Salud de la URL.

La formación del médico en el primer nivel de atención en salud como parte de su formación integral pretende que esté fundamentada en análisis, estudios y procesos sistematizados que hayan sido exitosos, y a su vez, que respondan a los retos de atención en salud del país.

La base teórica de la propuesta incorpora categorías de análisis que apoyan la base de construcción de un primer nivel de atención en salud, y la base operativa para desarrollar la propuesta provee los lineamientos programáticos, gerenciales y operativos para una aplicación concreta visualizando la salud como un derecho. (13)

---

<sup>6</sup> Las competencias son características (conocimientos, habilidades y actitudes) de las personas, que se ponen de manifiesto cuando ejecutan una tarea o realizan un trabajo y están relacionadas con el desempeño exitoso en una actividad, laboral o de otra índole. (12)

La INS sintetiza los aspectos fundamentales de su propuesta en:

- *Concepción incluyente de la salud* como proceso histórico-social, multidimensional, y determinado por la reproducción social, en el que se visualiza la salud como un derecho y una atención que contempla la promoción, prevención, curación, rehabilitación y una epidemiología socio-cultural.
- *Pertinencia intercultural en salud.*
- *Estrategia y diseño programáticos* basados en 3 niveles de análisis-acción en los que desarrolla los programas: comunitario, familiar e individual, los que se integran en los siguientes sub programas: infantil, escolar, jóvenes, mujeres, hombres, personas adultas mayores y medio ambiente.
- *Modelo organizacional* que se basa en un enfoque de procesos, planificación estratégica y articulación entre lo institucional y comunitario; que se caracteriza por servicios permanentes, con criterios de equidad, coordinación con proveedores de salud e infraestructura específica y centros de referencia para apoyo de las acciones.

El modelo del MIS, define objetivos programáticos y acciones generales de los programas, los cuales son complementarios y están diseñados estratégicamente para el desarrollo de los servicios de salud y de la misma población, en la medida en que se implementen a largo tiempo. (13) En la tabla 1 se transcriben los objetivos de acuerdo a cada programa:

**Tabla 1.**  
**Objetivos de los programas comunitario, familiar e individual de la propuesta**  
**Hacia un Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente**

<b>Objetivo del Programa Comunitario de Salud</b>	<b>Objetivo del Programa Familiar de Salud</b>	<b>Objetivo del Programa Individual de Salud</b>
<p>Modificar los determinantes-condicionantes y riesgos de salud de la población, mediante acciones dirigidas al empoderamiento comunitario basado en la organización, participación y aumento de capacidades de los grupos, redes y familias, para realizar acciones de promoción-prevención con pertinencia intercultural y perspectiva de género de acuerdo a sus matrices culturales específicas, pertinencia intercultural y perspectiva de género de acuerdo a sus matrices culturales específicas.</p>	<p>Reducir los problemas y riesgos de salud, mediante acciones sanitarias que fortalezcan la capacidad familiar de proteger a sus miembros, de participar en los espacios comunitarios y de desarrollar acciones preventivas-curativas- y de rehabilitación desde sus matrices culturales, con apoyo permanente, integral, adecuado psico-socio-culturalmente y con perspectiva de género, desde los servicios institucionales de salud.</p>	<p>Resolver la problemática y los riesgos de salud presentes en las personas, mediante acciones sanitarias de carácter preventivo-curativo- y de rehabilitación que integren a los recursos sanitarios institucionales y comunitarios con pertinencia intercultural, perspectiva de género, calidad y asistencia clínica permanente.</p>

Elaboración propia, en base a: Verdugo, JC et al. Hacia un Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente Bases y Lineamientos- INS, Guatemala. Medicus Mundi Navarra. Guatemala, 2002

Es importante destacar que éste modelo ha sido validado con más de 8 años de experiencia, lo que le ha dado la pertinencia para contribuir a dar otra imagen de un sistema de salud público que sea incluyente, considerando una serie de aspectos complementarios, que definen de la siguiente manera:

- “Consideración y puesta en marcha de la articulación de diferentes modelos de atención presentes en la sociedad y en sus instituciones.

- Intervención en el plano comunitario, familiar e individual, aplicable a los tres niveles de atención, potenciando la pertinencia y humanización de la atención. Dando la posibilidad de integrar la atención desde la promoción, prevención, curación y rehabilitación.
- Complementación de los enfoques epidemiológicos de riesgo y poblacional, equilibrando la atención a las personas, familias y comunidades. Lo que posibilita la integración e incorporación de la atención a la familia, para la viabilidad de la aplicación de normas y prioridades del MSPAS.
- La integralidad y universalización de los servicios frente al énfasis materno-infantil y su focalización en la población.
- La priorización de una política de recurso humano que acompaña el proceso de desarrollo de modelos de atención como una tarea pendiente a nivel nacional.
- Romper la tendencia ineficiente e ineficaz del financiamiento de la salud resulta crucial para las siguientes décadas.
- Modelos de atención efectivos que justifican aumentos y mejor inversión en salud.” (14)

El modelo del MIS, está demostrando que es una alternativa para la atención integral, no sólo de un primer nivel de atención, sino está contribuyendo a dar elementos comprobables y factibles para la integralidad de un sistema de salud, en el país que sea incluyente y sostenible. (14, 15)

Dadas las características de la situación de salud, y de los sistemas de salud, sobre todo en la región de las Américas, y de nuestro país, según se expusiera en las secciones anteriores, se hace necesario plantear estrategias con enfoque de APS, que sean costo efectivas, para poder prevenir enfermedad y muerte, que son innecesarias, injustas y sobre todo evitables. Según expone Benguigui (2004), en respuesta a los

desafíos existentes, para lograr el control de las enfermedades prevalentes en la población infantil y los problemas de salud frecuentes, que ponen en mayor riesgo a los menores de 5 años, se propone la “Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia –AIEPI-, la cual fue diseñada para que pudiera ser aplicada en los servicios de salud del primer nivel así como en la comunidad y en la familia, lo que implica que no sólo los proveedores de salud del sistema puedan brindar este tipo de atención, sino que también aquellos dispensadores de cuidados en el hogar y la comunidad. (16)

La relevancia de esta estrategia, es que ha contribuido como una de las principales medidas para prevenir muchas de las enfermedades que producen más de 500,000 muertes al año en la población infantil, en la región de las Américas, contener el daño que producen y fomentar el crecimiento y desarrollo saludable durante los primeros cinco años de vida. La forma en que está diseñada, es integral porque no sólo evalúa y previene un problema de salud en el niño sino integra la atención de varias enfermedades, las cuales se puede evaluar y clasificar, de forma ordenada e integral, a manera que el tratamiento y la consejería a la madre puedan aplicarse en una sola visita al niño ya sea en el servicio de salud o en su vivienda. Se evitan las oportunidades perdidas, ya que el personal aprovecha la visita del niño por cualquier motivo de consulta para aplicar medidas de prevención y fomentar prácticas para promover la salud y el crecimiento adecuado de la niñez. (17)

El componente comunitario y familiar, de la estrategia del AIEPI, favorece que se mejoren las prácticas a en la familia y la comunidad, para el cuidado de la niñez. Lo anterior implica que el personal de salud, también tenga las competencias necesarias, para poder aplicar la estrategia tanto a nivel de los servicios de salud, como en el ámbito comunitario.

## **Situación General de la Educación Médica**

La situación de salud a nivel mundial, da indicios de que no se ha logrado el objetivo declarado en Alma Ata, propuesto por OPS en 1978: “**Salud para Todos en el Año 2000**”, (10) lo que lleva a plantear la necesidad que desde los niveles de competencia que le corresponden, las escuelas formadoras de médicos deben de responder con propuestas innovadoras tanto en estrategias, metodologías, contenidos, responsabilidades docentes y estudiantiles, así como lugares de práctica que incluyan nuevos escenarios dentro de la comunidad y los servicios ubicados dentro del primer y segundo nivel, no solo el tercero que es el que se ha privilegiado a pesar de que el 80% de las demandas de atención corresponden a los primeros niveles de atención. (18)

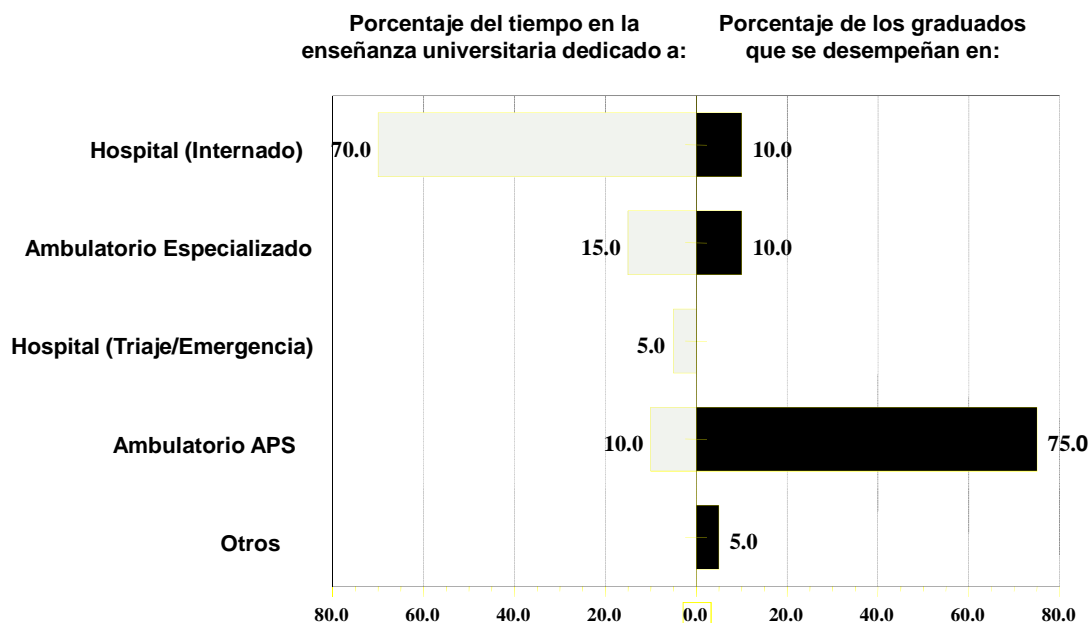
En la Declaración de Edimburgo en 1988, se estableció que el objetivo de la educación médica es “producir médicos que fomenten la salud de las personas” y en la Conferencia Internacional de Bellagio, en 1988 se establece que los estudiantes deben ser formados en relación a las necesidades de salud de sus sociedades. (19)

En la Conferencia Mundial de Educación Médica, la Declaración de Santa Fe de Bogotá en 1995, también se reconoce la necesidad de renovar y actualizar la formación de los médicos, debido a las transformaciones sociales y los cambios en los sistemas de salud, al avance de las ciencias biológicas y la tecnología, adecuándolos a las necesidades de salud de la población. (20)

Se ha establecido la discordancia que existe entre la formación médica y la práctica profesional, como se observa en la gráfica 1, la cual muestra que el 70% de la formación en la enseñanza universitaria se dedica al área hospitalaria, mientras que el 75% del desempeño de los graduados se desarrolla en la práctica de tipo ambulatoria y Atención Primaria. (17)



## Gráfica 1. DISCORDANCIA ENTRE LA FORMACIÓN Y LA PRÁCTICA PROFESIONAL



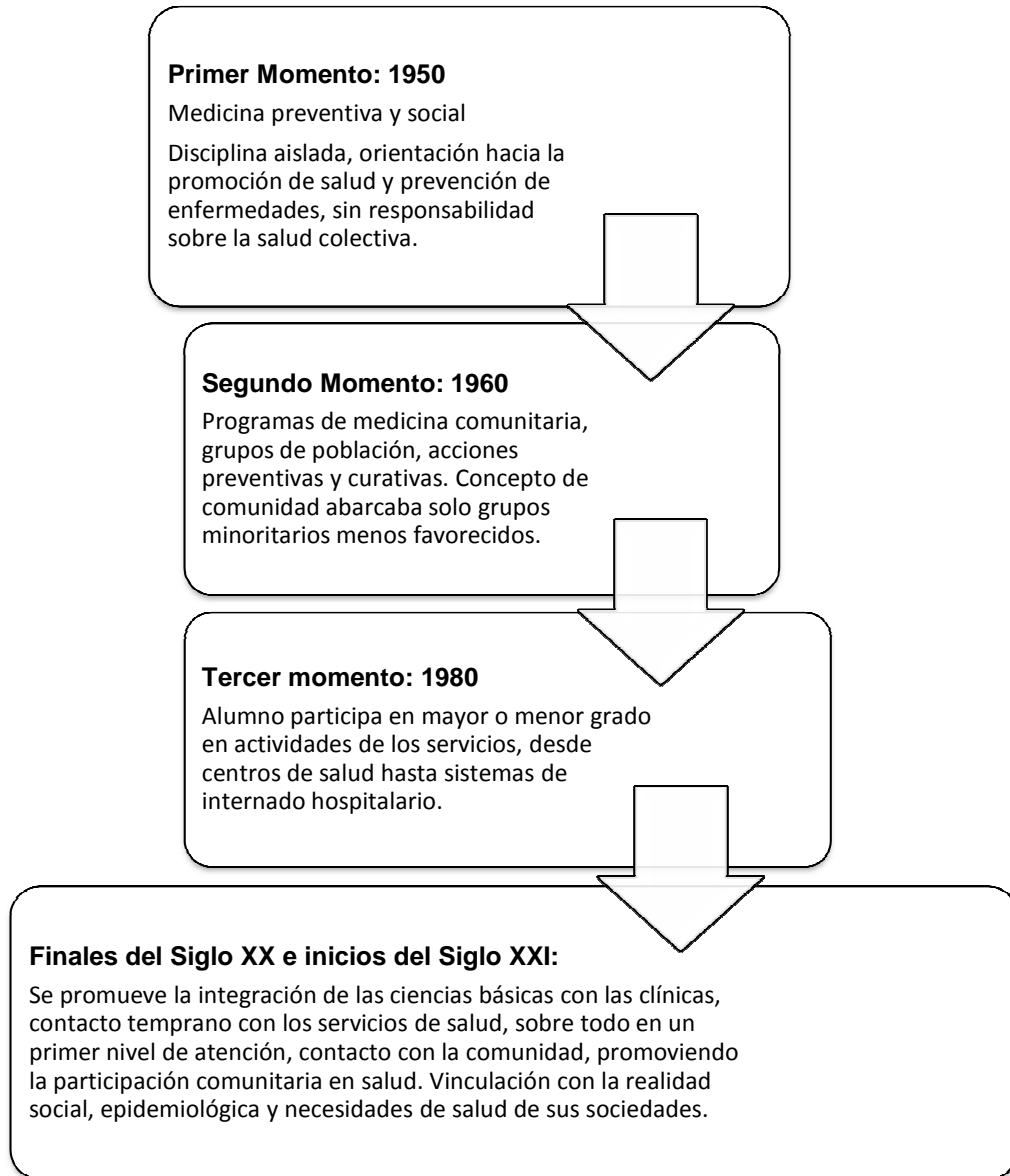
Tomada de: Pereira, Héctor (2006). La Salud de la Niñez y la Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Pathfinder Internacional. PPT (17)

### Educación Médica en América Latina

Alrededor de la década de los 50, se empiezan a incorporar cursos de medicina preventiva, y se inicia una reflexión crítica, modificaciones e innovaciones que trajeron consigo la incorporación de nuevos enfoques y métodos de enseñanza, acordes a las necesidades sociales, y con el perfil de salud de sus sociedades.

En *figura 1* se presenta de manera sintética cómo se ha ido ampliando la práctica médica en el campo social, en las últimas 4 décadas (18):

**Figura 1.**  
**Evolución de la Práctica médica en el campo social**



Elaboración propia de la Evolución del concepto y de la práctica médica en el campo social, según Ferreira, Juan Roberto (1986), (18)

## **Orientaciones actuales de la educación médica**

En la Declaración de Edimburgo se reconoce que a pesar de los esfuerzos para lograr una mayor conciencia social en las facultades de medicina, los resultados no han sido muy exitosos. Se ha dado una “creciente inquietud en la educación médica acerca de la equidad en la atención de la salud, la prestación humanitaria de los servicios de salud y el costo para la sociedad”. (19)

En esta declaración se concluye que para lograr una reforma de la educación médica se requiere un compromiso y voluntad política, que conlleve acción, liderazgo vigoroso y en algunos entornos apoyo financiero, pero apuntan a la redefinición de prioridades y reasignación de recursos.<sup>7</sup> (19) Sugiere medidas que requieren de una participación de los ministerios de salud, de educación, servicios comunitarios y otros organismos, políticas de admisión para armonizar los estudiantes formados con las necesidades nacionales en cuanto a número de médicos, incrementar las oportunidades de aprendizaje, investigaciones y servicios con otras profesiones del campo de la salud, para fortalecer el trabajo en equipo, asignar recursos y capacidades para la educación médica permanente. En la *figura 2*, se presenta una síntesis de las medidas que se pueden aplicar desde las escuelas formadoras de recurso médico.

---

<sup>7</sup> Fragmentos de la Resolución XII. Informe sobre la conferencia mundial de educación médica. Sobre la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XL Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud. Edimburgo, 1988.

**Figura 2.**

**Síntesis de medidas a aplicar en las escuelas de medicina, para mejorar la educación médica. Declaración de Edimburgo, 1988.**

<b>Lugares de Práctica</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Comunidades</li><li>• Servicios de Salud de primer y Segundo Nivel, no solo hospitalario</li></ul>
<b>Contenidos</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Reflejar las prioridades nacionales de salud y disponibilidad de recursos disponibles.</li><li>• Integrar las ciencias con la práctica.</li></ul>
<b>Metodología de enseñanza</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Aprendizaje activo, autodirigido, independiente.</li><li>• Programas y exámenes basados en el logro de competencias profesionales y valores sociales.</li><li>• Manejo de pacientes con énfasis en promoción de salud y prevención de enfermedades.</li><li>• Solución de problemas en entornos clínicos y comunitarios.</li></ul>
<b>Capacitación docente</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Formar educadores no solo expertos en contenido</li><li>• Recompensar la excelencia educativa, no solo la investigación biomédica y práctica clínica.</li></ul>
<b>Selección de estudiantes</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Evaluar las cualidades personales, no solo la capacidad intelectual y logros académicos.</li></ul>

Elaboración propia sobre Medidas para aplicarse desde las escuelas de medicina, para la educación médica, basada en la Declaración de Edimburgo, 1988. OPS/OMS (1988) (19)

En la *tabla 2*, se muestra un resumen sobre los aspectos clave que se han logrado consensuar para la reorientación de la educación médica. Este modelo que cada vez está tomando mayor auge, se fundamenta en las tendencias de la educación actual.<sup>8</sup> De acuerdo a Venturelli (2003) está centrado en el estudiante, basado en problemas, dando realce a la formación ya no sólo en los contextos hospitalarios, sino además de ello, lleva al estudiante a la práctica en la comunidad, favorece también las prácticas de electivos. (21)

<sup>8</sup> Es importante la consideración que se está haciendo a nivel mundial, sobre la dirección que debe de tomar la educación médica para poder responder a los problemas de salud de la sociedad actual. Sobre todo en Latinoamérica, se está desarrollando una revisión más a conciencia, tomando bases y evidencias en otras experiencias que están siendo exitosas. (21)

**Tabla 2.**

**Aspectos Clave para la reorientación de la educación médica.**

<b>Puntos clave</b>	<b>Aspectos relevantes</b>
1. Educación centrada en el estudiante	Lleva a un aprendizaje relevante, desarrolla capacidad de aprender a utilizar el método científico. Objetivos claros desde el inicio, y una relación estimulante por parte del docente. Permite responder a sus necesidades de información y atención de sus pacientes y la comunidad.
2. Educación integrada e integradora	Integrar las ciencias básicas con la clínica en forma constante durante todos los estudios desde el inicio de la formación.
3. Aprendizaje basado en problemas	Permite un aprendizaje sistemático. Entrenamiento analítico, búsqueda de información relevante, confrontación con la realidad. Correspondencia con los contextos reales de los problemas de salud.
4. Relevancia de los problemas prioritarios	Permite el análisis de los componentes de las situaciones de salud. Reconoce patrones y modelos relevantes.
5. Evaluación formativa vrs. sumativa	El objetivo de la evaluación debe estar centrado en el estudiante, ayudarlo para que madure y mejore constantemente sus cualidades y reconocimiento de sus debilidades. Analiza y planifica sobre la mejora que necesita.
6. Uso de tiempo electivo	Permite reconocer dentro del contexto de la profesión y de las necesidades de salud lo que son los objetivos propios del estudiante.
7. Igual énfasis en conocimientos, destrezas y actitudes	Proveer de estrategias que ayuden a mejorar las destrezas que formen estudiantes de por vida, que reconozcan mejores formas de buscar y analizar la calidad de información, herramientas como el uso de la epidemiología clínica de forma vivencial, informática, destrezas de comunicación.
8. Seleccionar conocimientos esenciales	El docente debe de apoyar al estudiante a establecer prioridades, distinguir entre lo principal de los secundario.
9. Favorecer la formación de docentes más allá de su especialidad	Visión global de la profesión no solo de su especialidad. Destrezas, conocimientos y actividades en metodología educacional, evaluación, docencia e investigación.
10. Estrechar los lazos entre docentes y estudiantes	Trabajo en grupos pequeños. Utilizar estrategias de comunicación, búsqueda de información, literatura médica relevante, favorece el acercamiento.
11. Desarrollar la capacidad de análisis y capacidad crítica	Ayuda al estudiante a ser más exigente con él mismo. Desarrollar la capacidad de autoevaluación, mejora constante de su propio trabajo, desarrollo de normas y reglas básicas de razonamiento.
12. Uso de grupos pequeños y docentes facilitadores	Facilita el desarrollo de pensamiento crítico. Recibe evaluación formativa constante.

Elaboración propia basada en: Venturelli, José. (2003) (21)

## **IV. OBJETIVOS**

### **IV. 1 Objetivos Generales**

1. Sistematizar el proceso de implementación y desarrollo del programa de Interacción Comunitaria, en la carrera de medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Rafael Landívar.
2. Contribuir a la formación médica, con una base de atención en salud pública, promoción de salud y prevención de enfermedades.

### **IV. 2 Objetivos Específicos**

1. Describir las bases de un programa integrado para la práctica comunitaria en la formación médica, que incluya la promoción de salud, prevención de enfermedades y clínica básica, dentro del primer y segundo nivel de atención en salud.
2. Proponer un documento para la operativización del Programa de Interacción Comunitaria.

## V. METODOLOGÍA

Para la sistematización del PIC, se adoptó la Guía Metodológica para Sistematización propuesta por la FAO, en el Programa Especial para la Seguridad Alimentaria, PESA en Centro América, (2) por considerarse que provee de una metodología ordenada y validada para sistematizar información o experiencias, y generar conocimientos. (22)

En dicha guía, plantean la sistematización como: “la idea de organizar y de ordenar: prácticas, conocimientos, ideas, datos etc., que se encontraban dispersos y que serán fundamentales para reconstruir una experiencia para finalmente descubrir o explicar la lógica y el curso del trabajo realizado.” (2, 22)

Durante la sistematización del PIC, se buscó también la organización de la información, los resultados y los métodos, con la finalidad de mejorarlos, transformarlos e ir fortaleciendo el aprendizaje en contextos reales desde las primeras etapas de formación médica.

Para el proceso de la sistematización, se establecen tres etapas básicas<sup>9</sup>:

1. Planificación
2. Recuperación, análisis e interpretación crítica de la información.
3. Síntesis de los aprendizajes y propuesta.

### V.1 Etapa de planificación:

En la cual se establecen los objetivos del estudio, citados en el inciso anterior y las acciones a seguir durante el proceso, determinando los insumos, actores sociales y académicos involucrados para la recolección de la información:

---

<sup>9</sup> Las etapas básicas empleadas en la sistematización del PIC, fueron adaptadas de las propuestas por la metodología de Sistematización propuesta por la FAO (2)

1. Documentos del pensum de la carrera.
2. Documento preliminar<sup>10</sup> del PIC.
3. Programas de los cursos IC de 2005-2007.
4. Programas de cursos académicos relacionados con el PIC y otras materias afines.
5. Indicadores para selección de lugares de práctica.
6. Visitas para contextualizar los lugares de práctica.
7. Entrevistas con director y personal de salud del Distrito Municipal de Fraijanes, director de Departamento de Medicina, docentes de IC, y estudiantes que estaban cursando el programa.
8. Reuniones de revisión y análisis del desarrollo de la práctica comunitaria, con los docentes de IC, director de carrera y equipo de coordinación académica.

## **V.2 Etapa de recuperación, análisis e interpretación crítica de la información:**

En la que se procedió a recopilar la información existente para el análisis del contexto, los cambios realizados, programas de cursos, metodología de implementación y la situación actual en la ejecución del PIC en el Municipio de Fraijanes. Esta etapa, se desarrolló en dos fases:

### *Fase I: Recopilación y ordenamiento de la información:*

- i. Revisión del contexto de la sistematización: pensum original de la carrera, y las modificaciones realizadas, contexto académico, espacio del desarrollo del PIC, inicio de la carrera e implementación del programa.
- ii. Obtención de documentos en el departamento de medicina sobre: orientaciones sobre la práctica comunitaria, bases para el desarrollo del programa de Medicina, convenios con el MSPAS.

---

<sup>10</sup> El documento preliminar fue elaborado por el Dr. Enrique Chávez, director de la carrera de medicina, como un esfuerzo de organizar los aspectos esenciales definidos para implementar el programa en enero de 2005. A este documento, se le fueron construyendo aportes. El primer docente de IC, Dr. Edwin Mayen, el entonces Vice Decano, Dr. Mario Aguilar Campollo, la entonces directora de Post Grados, Dra. Carmen Arriaga. Este documento se consideró una herramienta valiosa para este proceso de sistematización, ya que contenía elementos de estructura y contenido, válidos para la elaboración de un programa, y las bases del mismo. (23)



- iii. Ubicación del primer año de práctica comunitaria en la primera promoción de estudiantes.
- iv. Esfuerzos de integración del PIC en el área de práctica, con estudiantes de primero a sexto semestre.
- v. Alcances y límites del PIC.

*Fase II: Análisis e interpretación crítica de la situación actual del PIC en el municipio de Fraijanes.*

- i. Análisis del pensum de la carrera y de los cambios posteriores.
- ii. Análisis de la propuesta preliminar del PIC.
- iii. Análisis de los contenidos y propuestas de los programas de cursos de IC.
- iv. Análisis del desarrollo de la metodología empleada para la implementación del programa, abordando sus limitaciones y logros.

### **V.3 Etapa de síntesis de los aprendizajes y propuesta.**

En esta etapa se fueron desarrollando los resultados de la sistematización a manera de aprendizajes obtenidos, a través de la redacción de conclusiones y recomendaciones, así como los desafíos que presenta.

Se desarrolló en dos fases:

Fase I. Síntesis de los aprendizajes: conclusiones y recomendaciones del PIC

Fase II. De acuerdo a la metodología propuesta de la FAO (2), los aprendizajes se socializan a través de un plan de comunicación, que para esta sistematización se elaboró una propuesta de operativización del PIC, como resultado de las lecciones aprendidas durante el proceso.

Para esquematizar el proceso metodológico, a continuación se presentan en la *figura 3*, las etapas básicas del proceso de sistematización.

**Figura 3**  
**Esquema general de las etapas del proceso de sistematización**



Elaboración propia, en base a los pasos del proceso general de sistematización propuesto por FAO. (2)

## VI. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

La recopilación, organización y análisis de la información se realizó a partir del primer ciclo del 2007 hasta el segundo ciclo 2010, siguiendo las etapas propuestas en la metodología de la sistematización, la cuáles serán la base para ir presentando y analizando los resultados obtenidos en cada etapa.

### VI.1 Etapa de Planificación:

Durante esta etapa los principales resultados están en relación con la definición de los objetivos de la sistematización y las acciones realizadas facilitaron la obtención de los documentos, visitas de campo, entrevistas y reuniones con el equipo de salud local y de gestión académica del PIC en el Departamento de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la URL.

Los documentos relacionados a la dirección del Departamento fueron localizados con mayor facilidad, no así los programas de los cursos de IC, ya que algunos estaban en archivos de secretaria, y los correspondientes al V y VI semestre no se encontraban disponibles con facilidad.

### VI.2 Etapa de recuperación, análisis e interpretación crítica de la información:

#### Fase I: Recopilación y ordenamiento de la información:

##### Contexto de la Sistematización

##### Elementos considerados en el replanteamiento del pensum

El *primer elemento* a considerar es que el pensum original contemplaba el desarrollo de la carrera con tres **ciclos académicos** por año: primer ciclo, interciclo, y segundo ciclo, como está establecido en todas las carreras de la URL. Esto representó un problema ya que para el primer año de la carrera los contenidos teórico/prácticos y de laboratorio se

planificaron por 2 semestres, por lo que los cursos iniciales de IC, no coincidían con ésta organización, mientras que para el segundo y tercer año de la carrera, ya se contemplaban tres ciclos académicos. La asignación de créditos teóricos y prácticos, presentaba contradicciones en el pensum original, por lo que posteriormente, se realizaron cambios ya en el desarrollo de la misma. (1)

Fue necesario entonces, establecer como particularidad de la carrera de medicina, el desarrollo únicamente en dos ciclos académicos. Lo que conllevó a la revisión y organización de contenidos de los cursos de IC, para agruparlos en cursos I y II, en cada año lectivo. Dicha revisión y reorganización, dio lugar a la introducción de nuevos contenidos y distribución de los mismos, en la primera promoción de la carrera en el año 2005.

El *segundo elemento* a considerar, está en relación al tipo de ***pensum*** de la carrera. La propuesta original planteaba un *pensum abierto*, con la posibilidad de equivalencias internas y externas a la URL. Se establecieron además cursos de prerrequisito, que debían ser aprobados, antes de la práctica hospitalaria. (1) Al iniciarse formalmente la carrera, se aprueba como pensum cerrado, se establece un número de créditos fijos por semestre y se retiran los cursos de prerrequisitos, sin embargo se continúa con las equivalencias tanto externas como internas.<sup>11</sup>

El *tercer elemento*, es que originalmente existía un ***planteamiento por cursos programáticos*** de IC y práctica clínica, que se cambia por un *planteamiento de programa integral*, que abarque los tres primeros años, de forma integrada y secuenciada que sienta las bases de la Práctica Profesional Supervisada (PPS) al final de la carrera.

*El cuarto elemento*, es que el pensum original, plantea las actividades asistenciales, educativas y de investigación, según ***competencias***, que no son planteadas como

---

<sup>11</sup> Por equivalencias internas: vamos a entender las equivalencias de cursos aprobados por estudiantes de la URL. Por equivalencias externas: vamos a entender las equivalencias de cursos aprobados por estudiantes de otras universidades.

tales, sino más bien, como grupos de estrategias de promoción de salud y prevención de enfermedades. Por lo anterior al implementarse la carrera, hubo que listar las competencias correspondientes a las diferentes áreas. (23) En el programa del curso de IC I y II, a partir del 2008 se inicia a presentar el programa basado en competencias, diseñando los aprendizajes de conocimientos, habilidades y valores con sus propios indicadores de logro.

El *quinto elemento* se refiere al **enfoque** pues, aunque en varios momentos en el pensum original, en el marco teórico o en el planteamiento de los niveles de actividades a desarrollar se menciona el ámbito clínico y el de la salud familiar y colectiva, se evidencia un enfoque centrado más en el individuo, que en la familia. Y la atención al individuo se encuentra con un gran componente curativo y algunas acciones de prevención de enfermedades de manera puntual y a demanda de algunos programas de los servicios de salud.

Por último, el *sexto elemento*, se refiere a la **selección de lugares de práctica**, que carecía de una definición de los indicadores para lograr una elección técnicamente acertada, por lo que antes de iniciar el segundo semestre en el 2007, se realizó una selección de indicadores de salud y sociales, los cuales fueron aplicados a las áreas propuestas por el MSPAS, llegando a la selección del Municipio de Fraijanes en dónde desde sus inicios hasta la fecha actual el programa se está desarrollando. (23,24)

Todo lo anterior llevó a una revisión, modificación y reorientación antes y durante la implementación de la práctica comunitaria.

Es en esta puesta en marcha del programa, que se plantea la necesidad de sistematizar dicha experiencia, en un contexto de aprendizaje planificado, orientado hacia las competencias que deben adquirir los futuros médicos y en la mejora de los indicadores de salud de las comunidades de práctica para poder elaborar nuevos conocimientos a través de las lecciones aprendidas.

## Contexto Académico

Partiendo de la revisión que se hiciera al pensum original de la carrera, se logra establecer que la formación de médicos “que garanticen el desarrollo y mejoramiento continuo de salud en toda la población, en un marco de equidad y ética”, es una necesidad para la sociedad guatemalteca; en la que la Facultad de Ciencias de la Salud, se ve comprometida, por lo que se plantea la propuesta a las autoridades de la URL, la apertura de una carrera de medicina, que contribuya de manera permanente, sistemática y comprometida a dar esta respuesta a la sociedad guatemalteca en el tema de la salud. (1)

No obstante la clara concepción de la formación médica como integral y multidisciplinaria, en la que se conceptualiza el proceso de salud-enfermedad como producto de la interacción de los diferentes determinantes de la salud, no se contaba con un programa que integrara de manera sistemática, contenidos y prácticas que facilitaran un proceso vivencial del aprendizaje, a través del contacto con la realidad. Esto conlleva a que en el primer año de la implementación de la carrera, se inicie con la integración de los cursos de IC, en un programa llamado *Programa de Interacción Comunitaria, -PIC-*. (23)

El PIC se plantea como un proceso de formación y aprendizaje, en el cual se favorece la integración de la teoría con la práctica mediante abordajes interprogramáticos, donde se planifican e implementan acciones integradas en atención clínica básica, promoción y prevención en salud, de acuerdo al perfil epidemiológico local del área de práctica seleccionada. (23)

Se procedió entonces a una revisión de la ubicación de cursos de IC y sus respectivos créditos académicos. A manera de síntesis los hallazgos más relevantes, se presentan de la siguiente manera:

- El pensum original, contemplaba tres ciclos académicos desde el primer año de la carrera, pero estaba organizado en dos semestres, por lo que el contenido no estaba distribuido en los cursos.
- El pensum original de la carrera, contemplaba variaciones en los créditos de los cursos de IC, los que en su mayoría era créditos teóricos, lo que no concuerda con la visión de una práctica temprana. Por lo anterior se van haciendo modificaciones para graduar los créditos prácticos.
- Dentro del pensum<sup>12</sup> vigente, se establecen 6 cursos de IC, denominados del I al VI, que se desarrollan durante los primeros seis semestres de la carrera, con un total de 42 créditos prácticos, lo que constituye un 17.9 % de los créditos prácticos acumulados en este período de formación.
- Inicialmente para IC existe un planteamiento por cursos programáticos, se ha pretendido que se desarrollen con un planteamiento integral de Programa desarrollado a lo largo de los primeros 6 ciclos académicos, pero no se ha logrado realizar totalmente, debido a que cada docente del PIC desarrolla el programa de forma independiente, no se cuenta con tiempo suficiente para la coordinación e integración del mismo.

### **Espacio de Desarrollo del PIC**

En cuanto a la definición y asignación de áreas de práctica, se obtuvo la siguiente información:

- Al iniciarse la carrera, no se contaba con lugares o áreas de práctica definidos.
- Se carecía de criterios técnicos para la selección de lugares de práctica.
- Se procedió a la elaboración de los criterios, en el primer semestre de la carrera.
- Se presentó la propuesta al MSPAS, y se procedió a la firma de una **Carta de Entendimiento** (24) entre el MSPAS-URL, para implementar el Programa de

---

<sup>12</sup> El último pensum de la carrera, 08001, consultado en el sistema de Facultades de la Universidad Rafael Landívar, contempla el curso de IC I con 2 créditos prácticos, y los siguientes del II al VI, con 8 créditos prácticos.

Interacción Comunitaria en el municipio de Fraijanes, basada en el Convenio Básico de Cooperación Docente Asistencial entre ambas instituciones.

- Una vez, definida el área de práctica, se inicia la actividad práctica en el Municipio de Fraijanes, abarcando zonas prioritarias del área urbana, posteriormente se extiende a las aldeas, colonias y caseríos priorizados por el Distrito Municipal de Salud de Fraijanes.
- Luego de 3 años, se constató como producto de la revisión del programa, para esta sistematización<sup>13</sup> que las acciones del programa se estaban realizando de manera dispersa y desintegrada, por lo que se inicia la integración por sectores de los grupos de estudiantes distribuidos en los tres ciclos académicos, en una misma área de práctica, con acciones diferenciadas, de acuerdo al ciclo académico. Hasta finales del 2010, únicamente se logró la integración en el mismo espacio poblacional de estudiantes de primer y segundo año, no así de estudiantes de tercer año, sin embargo con la incorporación de los estudiantes de PPS se amplió el equipo de estudiantes.

### **Inicio de la carrera e implementación del programa**

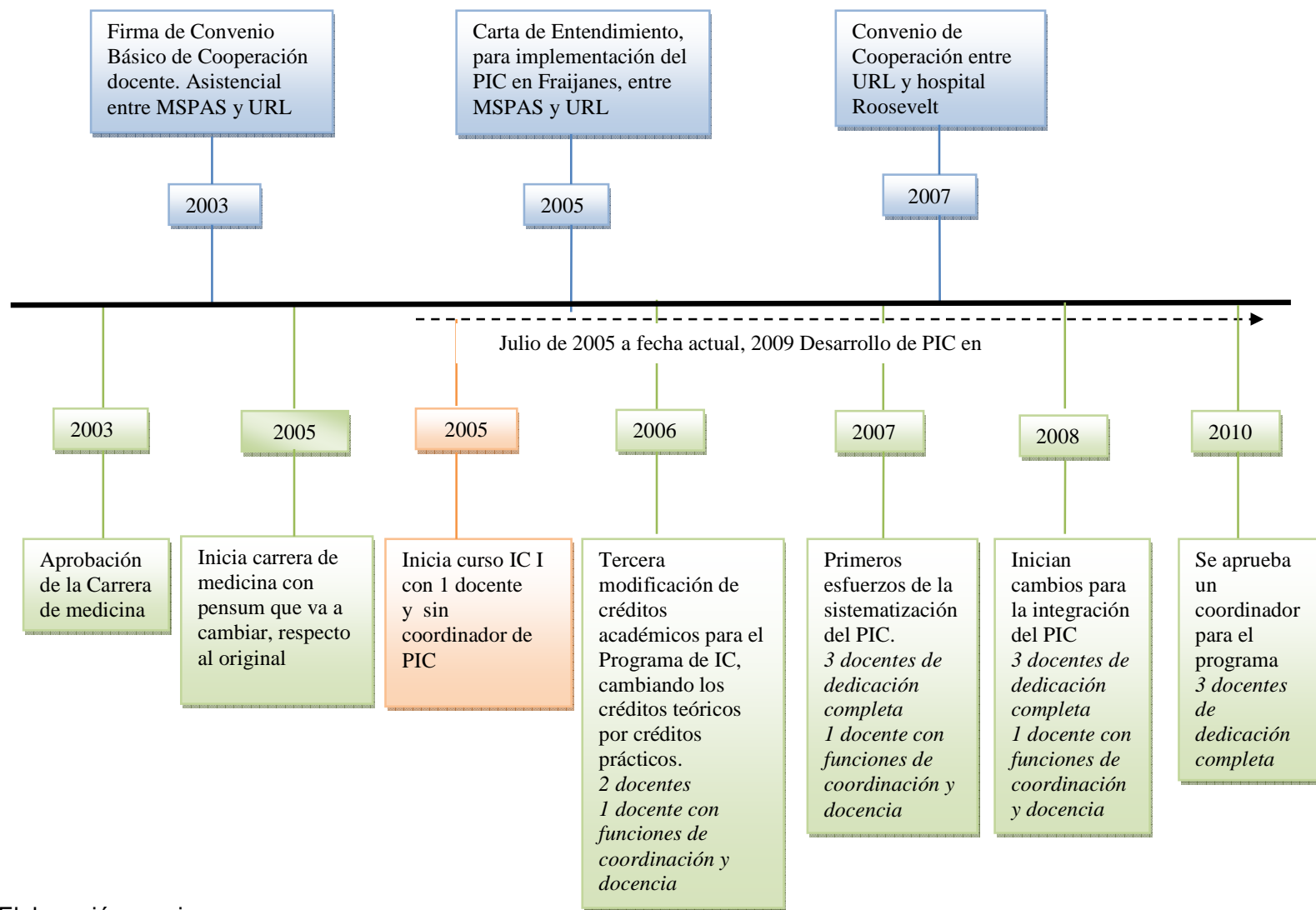
Los principales acontecimientos, en relación a la implementación del PIC, se presentan en la *figura 4*, en la cual se muestran aspectos de tipo jurídico, administrativos, académicos y operativos.

---

<sup>13</sup> En el primer informe provisional de la Sistematización del PIC, se indica que se estaban desarrollando las actividades de manera dispersa en 9 comunidades, pero no se había logrado una integración de las acciones con los grupos de estudiantes de los tres ciclos académicos ya presentes en ese año. La propuesta planteó la sectorización del municipio para la atención, de acuerdo a la distribución geográfica, acceso y demografía. Para cada sector se contempló la presencia de grupos de estudiantes conformados por los tres ciclos académicos, acompañados por un docente para cada ciclo. (25)



**Figura 4. Implementación del PIC**



Elaboración propia

## Revisión del Documento Preliminar del PIC

En la *tabla 3*, se muestra un resumen de los aspectos más importantes.

**Tabla 3.**  
**Elementos y contenidos del documento preliminar del PIC**

Elementos	Contenidos
<b>Justificación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa con perspectiva poblacional, principios y procedimientos costo-efectivos.</li> <li>• Utilización de herramientas: epidemiología, estadística y economía, conocimiento de los sistemas y servicios de salud, niveles de atención, aprendizaje de salud comunitario basado en experiencia directa, métodos de educación auto dirigidos, evaluación crítica, uso eficiente de información, aprendizaje basado en prioridades de salud, formación de profesionales con énfasis en promoción de salud, prevención de enfermedades, educación comunitaria y programas de impacto preventivo, en relación a necesidades de salud del país.</li> </ul>
<b>Marco teórico de referencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establece los aspectos básicos del marco jurídico y político en materia de salud y las prioridades de salud del país, de acuerdo a la perspectiva del ciclo de vida y el perfil epidemiológico del país.</li> </ul>
<b>Objetivos del Programa de IC</b>	<p><b>Objetivo General:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrar en la formación del médico de la Universidad Rafael Landívar, competencias profesionales, que le permitan participar con ética, humanismo y liderazgo en el desarrollo de acciones clínicas e intersectoriales, costo efectivas y oportunas, con énfasis en la estrategia de APS; que modifiquen los determinantes de la salud, en el contexto socioeconómico y cultural de los diferentes grupos étnicos del país.</li> </ul> <p><b>Objetivos Específicos:</b> A través de las prácticas de IC, el estudiante estará en capacidad de:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Brindar a la comunidad y las familias la oferta de servicios con ética, guiados por los principios de equidad, calidad y efectividad, sin discriminación ni exclusión de ningún tipo de acuerdo a los conocimientos adquiridos</li> <li>b) 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.</li> <li>c) Desarrollar diferentes aptitudes en el amplio espectro de la profesión del médico, a través de integrar la teoría con la práctica.</li> <li>d) Identificar y practicar su papel para el desarrollo integral de la salud en la comunidad.</li> <li>e) 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 APS.</li> <li>f) Trabajar en equipo, asumiendo el liderazgo situacional y apoyándose en la participación social, la intersectorial e interdisciplinaria como</li> </ol>

Elementos	Contenidos
	<p>pilares básicos para mejorar la situación de salud.</p> <p>g) Integrar en forma sistemática a través de la práctica comunitaria y clínica las variables culturales, étnicas y lingüísticas de la población del municipio.</p> <p>h) Desarrollar habilidades para la conducción de intervenciones de salud en el ámbito de la gerencia, investigación y provisión de servicios de salud.</p> <p>i) Familiarizar al estudiante con la gerencia de los servicios de salud de primer y segundo nivel de atención.</p> <p>j) Preparación del estudiante para el desarrollo de una práctica hospitalaria y ambulatoria contextualizada.</p>
<b>Estrategias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proceso de inmersión social temprana, gradual, continua y sistemática.</li> <li>• Trabajar en un municipio, desarrollo de habilidades clínicas en una red de servicios de salud del municipio y acorde a los requerimientos epidemiológicos.</li> <li>• Trabajar con colectividades, familias e individuos; construyendo un proceso de interacción social para el desarrollo de la salud.</li> <li>• Mantener la vinculación entre el servicio, docencia e investigación en los procesos de enseñanza aprendizaje y proyección social.</li> <li>• Desarrollo de competencias profesionales para trabajo con el equipo de salud del municipio así también con los otros actores del sector salud.</li> <li>• Aprovechamiento eficiente del espacio-población para la formación social y biomédica del profesional de la medicina a través de las prácticas clínica y comunitaria.</li> <li>• Iniciar las competencias profesionales como educador y docente.</li> <li>• Fomentar el pensamiento crítico, creativo y reflexivo a ser aplicado en la búsqueda de modelos explicativos y propuestas de solución a situaciones de salud-enfermedad de la familia y la colectividad.</li> </ul>
<b>Actividades Selección del área de práctica</b>	<p>Selección del área de práctica: se definió la selección de un municipio del departamento de Guatemala, por reunir las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene un gobierno local</li> <li>• La municipalidad forma parte del sector salud.</li> <li>• Existe un presupuesto municipal que debe ser destinado a salud.</li> <li>• Se perciben expresiones socioculturales particulares del lugar</li> <li>• Generalmente se encuentran expresiones de participación comunitaria</li> <li>• Las expresiones de la reforma del Estado, principalmente la descentralización se dirigen prioritariamente al municipio.</li> <li>• Cuentan con un distrito de salud y este a su vez cuenta con servicios de salud en Red. En este nivel, se desarrolla la vigilancia de la salud, administración de servicios de salud, determinación de prioridades de salud, etc.</li> <li>• La mayoría de veces cuentan con extensión de cobertura de servicios de salud a través de prestadoras o administradoras de servicios.</li> <li>• Cuentan con organizaciones de base y de la sociedad civil con quienes se puede desarrollar trabajo intersectorial.</li> <li>• Hay participación de voluntarios de salud la mayoría de las veces.</li> <li>• En el municipio, generalmente se encuentran servicios de otras organizaciones del estado (ministerios, juzgados, policía, iglesia, etc.)</li> <li>• Identificación del municipio, en base a técnica de "Selección de criterios múltiples", dividiéndoles en 4 áreas, asignándoles un puntaje a cada indicador. La sumatoria de las 4 áreas era igual a 100 puntos, el municipio de mayor cantidad de puntos, fue considerado como el</li> </ul>

Elementos	Contenidos
	<p>que cumplía la mayor cantidad de criterios. Áreas: 1) Necesidades de atención en salud 2) Condiciones para la práctica comunitaria y la docencia. 3) Riesgo social en el ejercicio de la práctica. 4) Logística básica para la práctica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Normas y Protocolos, se identificaron los básicos que deben ser considerados.</li> <li>• Requerimientos del programa, contempla 1) Recursos Humanos 2) Otros insumos, como: instalaciones para el desarrollo de la práctica, 3) Organización, estructura organizativa. 4) Sistema de Información 5) Presupuesto, salario y viáticos de docente responsable, equipamiento del área de práctica, 6) Metodología de enseñanza-aprendizaje.</li> <li>• Dimensiones: de los resultados propios del programa, del desarrollo de competencias profesionales de los estudiantes.</li> </ul>
<b>Evaluación<sup>14</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación diagnóstica, como línea de base para medir el progreso y resultado. También se incluye una evaluación periódica de los indicadores de salud, en cuanto a la evaluación de competencias, evaluación de tipo formativa, para promover la mejora en el desempeño de los estudiantes.</li> <li>• Actividades a evaluar</li> <li>• Instrumentos de evaluación.</li> </ul>
<b>Competencias a desarrollar por el estudiante al finalizar los 3 años de práctica comunitaria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidades clínicas básicas mediante la oferta integrada de servicios.</li> <li>• Habilidades de comunicación</li> <li>• Conocimientos epidemiológicos</li> <li>• Conocimientos sociológicos</li> <li>• Destrezas en la toma de decisiones</li> <li>• Capacidad para trabajar en equipo</li> <li>• Habilidades docentes</li> <li>• Capacidad de liderazgo y organización (administración)</li> <li>• Capacidad de investigación y evaluación</li> </ul>
<b>Operativización de las actividades para los 3 años de práctica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se presenta la organización de los tres primeros años de la carrera, dividido por semestres, a cada semestre corresponde un curso de IC, quedando como IC de la I a la VI.</li> <li>• Organización de las actividades en tres componentes: a) atención al individuo, familia y comunidad. b) Investigación. c) Docencia (referida a los cursos del semestre, como las bases teóricas para la aplicación práctica. A partir del segundo año, se incluye el componente de administración y gerencia.</li> </ul>

Elaboración propia, en base a Chávez (2005), (23)

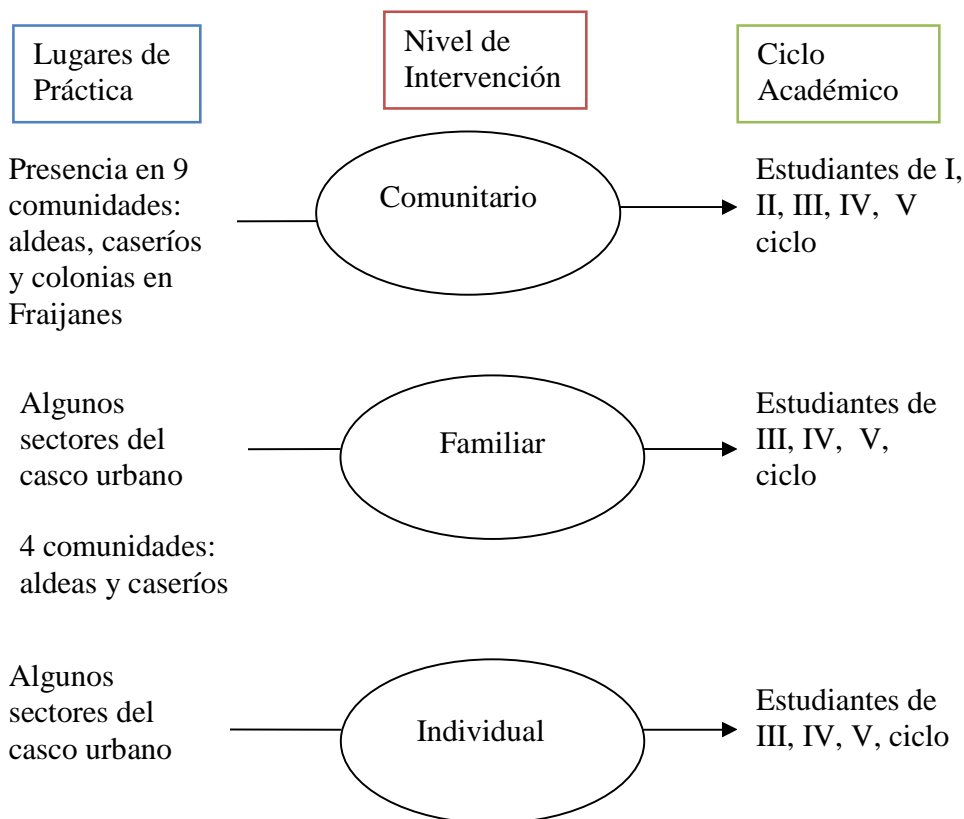
<sup>14</sup> Se contempló la evaluación como el “acto de comparar una medida con un estándar (construido a partir de una situación deseada) y emitir un juicio basado en la comparación. (23)

## Revisión crítica del programa en las áreas de práctica

Para el ciclo académico 2007, el PIC contaba con estudiantes de primero a tercer año de la carrera. Los estudiantes desarrollaban su práctica en 9 diferentes comunidades del Distrito Municipal de Fraijanes, lo que contrario a aumentar la cobertura, favorecía la dispersión de acciones debido a que el nivel comunitario era atendido por los estudiantes de primer año en 4 comunidades, el ámbito familiar y escuelas saludables era atendidas por los estudiantes de segundo año en otras 4 comunidades y las acciones en el ámbito familiar con enfoque del ciclo vital, estaban desarrollándose por estudiantes de tercer año en el casco urbano del municipio de Fraijanes. (25)

En la *figura 5*, se puede observar que los estudiantes del primer ciclo, no desarrollaban acciones a nivel familiar e individual, salvo el censo o encuestas para la obtención de información para la elaboración del ASIS. Mientras que los estudiantes de los ciclos III y IV efectuaban acciones puntuales en escuelas y visitas familiares esporádicas. Los estudiantes del ciclo V, se enfocaban en los servicios de salud de segundo nivel, pero no contaban con espacio físico para la atención clínica y no había disponibilidad del personal médico de los servicios. En este último ciclo realizaban visitas familiares, asignándoles una familia por estudiante para evaluar durante un ciclo académico. (25)

**Figura 5.**  
**Nivel de intervención y lugares de práctica de acuerdo al ciclo académico,**  
**Primer ciclo 2007**



Elaboración propia, en base visitas contextuales y entrevistas con docentes de IC III y IV (25)

La selección y asignación de comunidades y actividades prácticas estaba atomizada, ni el estudiante ni la comunidad estaban percibiendo un beneficio integral de las intervenciones.

Considerando que el enfoque de acción/intervención debe seguir la lógica de centrarse en la familia como la unidad de análisis que integra las acciones a nivel individual, se constata que, debido a la ubicación dispersa de alumnos de los diferentes ciclos

académicos, los estudiantes de primer año no logran el nivel del análisis integral en el ámbito comunitario, ya que no se interrelacionan con los otros niveles y no tienen la oportunidad de conocer y compartir las intervenciones que realizan estudiantes de otros ciclos académicos. (23,25)

En la *tabla 4* se presentan las opiniones de algunos estudiantes de la primera y segunda promoción en el primer semestre de 2007<sup>15</sup>, quienes en general refirieron no encontrar utilidad para su carrera, sobre lo que realizan en el primer año.

**Tabla 4.**  
**Opiniones de estudiantes de segundo y tercer año, sobre la utilidad de los contenidos e integración de los cursos de IC con otros cursos de la carrera.**  
**Primer Ciclo 2007**

VARIABLE	RESPUESTAS
<b>Utilidad de lo aprendido en los cursos de IC</b>	En el primer año no se aprende mucho, sólo se hace el ASIS, el que no se le encuentra mucha utilidad. En segundo año, ya se hacen otras cosas “más interesantes” en la escuela, pero no se llevan clases que enseñen a examinar pacientes en la clínica, sólo algo en el curso de semiología. En tercero ya se han asignado familias, para examinarlas, pero no está claro lo que hay que hacer, aunque se percibe que será algo mejor.
<b>Relación e integración de los contenidos de otros cursos del ciclo académico</b>	No se le encuentra relación, hay algunos temas que pareciera tenerla, pero no sirven de mucho. A veces, no se encuentra mucha relación con lo que se ve en otras clases y se hace en la escuela o en el centro de salud.
<b>Integración de los cursos de IC, entre un ciclo y otro</b>	No se tiene relación entre lo que se hizo en primer año, con lo que se hizo en segundo, y menos con lo que se está haciendo en tercero. No se sabe lo que están haciendo el resto de estudiantes en las otras comunidades.
<b>Sugerencias</b>	Aprovechar más el tiempo en la comunidad. Que enseñen primeros auxilios y toma de signos vitales en primer año de la carrera. Que no se haga sólo ASIS, sino otras actividades más interesantes, que tengan más relación con la carrera. Los croquis y los censos, son muy aburridos y cansados. Hacer más actividades en el hospitalito, como atender pacientes, ver procedimientos en la clínica. Que lo que se hace en el primer año, le den seguimiento los otros estudiantes al año siguiente.

<sup>15</sup> Se entrevistaron 3 estudiantes de cada año, a los que se les ubicó al azar en el área de práctica, y/o acudían a al salón de docentes, para algunas gestiones con sus respectivos catedráticos. Se les preguntó sobre la utilidad de lo aprendido en los cursos de IC, relación e integración de los contenidos con otros cursos, integración de los cursos de IC, entre un ciclo y otro. Se sintetizaron sus respuestas. Al entrevistarlos, se les informaba que su opinión era muy importante para la sistematización del programa.

## Intervenciones prácticas en el nivel comunitario, familiar e individual

Desde el inicio del programa, se contempló la intervención práctica en tres niveles: comunitario, familiar e individual, estableciendo de manera muy general que para desarrollar un proceso gradual, los estudiantes de acuerdo a las competencias alcanzadas en cada semestre, debían enfocar su práctica en un nivel determinado. En la *tabla 5* se presenta la organización de las intervenciones de acuerdo al ciclo académico.

**Tabla 5.**

**Intervenciones para el abordaje de los niveles comunitario, familiar e individual, de forma gradual para los tres ciclos académicos, durante el período 2005-2007**

<b>Primer Año: (Inicio en 2005) Comunidad</b>	<b>Segundo Año: (Inicio 2006) Comunidad/Escuelas</b>	<b>Tercer Año: (inicio 2007) Familias por ciclo vital.</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- ASIS</li><li>- Organización comunitaria</li><li>- Participación comunitaria</li><li>- Priorización de necesidades para intervención (<i>Se incorpora en segundo ciclo 2007</i>)</li><li>- Caracterización de los servicios del primer nivel de atención en salud (<i>Se incorpora a partir de primer ciclo 2007</i>)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Investigación a profundidad de problemas priorizados</li><li>- Intervención en programas específicos</li><li>- Comunidad general</li><li>- Escuelas saludables</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Niños</li><li>- Jóvenes</li><li>- Adultos</li><li>- Adultos mayores (por incorporarse)</li></ul>

Elaboración propia.

## Planteamiento de los programas de los cursos de IC y sus componentes

En el planteamiento de los programas y componentes cada docente ha ido desarrollando sus programas sin mayor integración entre los mismos, solamente algunas actividades puntuales para cada ciclo académico se lograban realizar integrando contenidos de otros cursos relacionados.



En el primer ciclo académico del año 2007, se cuenta con 3 docentes de dedicación completa para la práctica de IC, lo que se constituye en una oportunidad para unificar e integrar el PIC. Sin embargo, al revisar los programas de cursos del primer semestre del 2007: IC I, III y V, no se visualiza la integración entre los mismos. En las tablas 6, 7 y 8 se muestra una síntesis de la organización de los programas.

**Tabla 6.**  
**Programa de IC I primer semestre del 2007**

<b>Introducción</b>	<b>Módulo I: APS, en el primer nivel: ámbito institucional</b>	<b>Módulo II: APS, en el primer nivel: ámbito comunitario:</b>	<b>Módulo III: salud comunitaria (Introducción para el curso IC II)</b>
Campo de la salud y determinantes Modelos de atención en salud Sistema de salud en Guatemala APS Niveles de atención.	Marco Organizativo Marco Operativo Primer Nivel de Atención en el Municipio de Fraijanes	Comunidad: Bases antropológicas, filosóficas y sociales. Qué es y tipos de comunidades Estructura social Constitución de una comunidad Estructura comunitaria: geográfica, social, poblacional. Participación comunitaria y poder local marco jurídico, social	Salud familiar y comunitaria, producción social y determinantes de la salud. Perfil epidemiológico del municipio de Fraijanes
<b>Producto esperado por parte de los estudiantes de IC I:</b> “Descripción de la organización y respuesta institucional y comunitaria en el primer nivel de atención de salud, del municipio de Fraijanes, aplicado a la comunidad de intervención.”			

Elaboración propia, en base al programa de IC I, 2007.

**Tabla 7.**  
**Programa de IC III, primer semestre del 2007**

<b>Introducción</b>	<b>Momento Explicativo</b>	<b>Formulación de Proyectos</b>
Sesión Inicial Planificación Análisis situación de salud (retroalimentación) Sala situacional	Identificación de problemas Análisis de sus causas Priorización de problemas Definición de acciones	Evaluación de las posibles intervenciones Promoción de salud y prevención de enfermedades Programas de salud Seguridad alimentaria nutricional Inmunizaciones Salud bucal Salud ocular Formulación de proyectos en salud Phast Escuelas saludables
<b>Producto esperado por parte de los estudiantes de IC III:</b> Elaboración de proyectos de promoción de salud y prevención de enfermedades.		

Elaboración propia en base al Programa de IC III, 2007.

**Tabla 8.**  
**Programa de IC V primer semestre del 2007**

<b>Primera Parte: El niño, generalidades crecimiento y desarrollo</b>	<b>Segunda Parte:</b>	<b>Tercera Parte</b>	<b>Cuarta Parte</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- El niño</li> <li>- Crecimiento y desarrollo del niño</li> <li>- Valoración e interpretación práctica del crecimiento y desarrollo de niño</li> <li>- Valoración neurológica en el crecimiento y desarrollo del niño</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Puericultura peri y postnatal</li> <li>- Crecimiento fetal</li> <li>- Crecimiento neonatal</li> <li>- Visita domiciliaria</li> <li>- Postparto</li> <li>- Crecimiento, desarrollo y estimulación del niño lactante</li> <li>- Crecimiento y desarrollo del niño pre escolar</li> <li>- Crecimiento y desarrollo del niño escolar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consideraciones médico biológicas del proceso de salud enfermedad</li> <li>- Consideraciones médico sociales del proceso de salud enfermedad</li> <li>- Desnutrición</li> <li>- IRA</li> <li>- Terapia de rehidratación oral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención Integral de las enfermedades prevalentes de la infancia</li> </ul>
<b>Producto esperado:</b> "Programa de atención integral "			

Elaboración propia, en base al programa de IC V, 2007.

En las tablas anteriores, se puede observar que tanto los contenidos como los productos, no son coherentes, y existe un desfase con los niveles de análisis, incluyendo el enfoque de familia. Los principales elementos considerados para analizar y proponer una integración de los mismos, se listan a continuación:

- a) La organización de los cursos se plantea entre módulos para el primer año, momento explicativo y formulación de proyectos para segundo año y para tercer año, se contempla la organización por partes del programa, indicando únicamente en la primera, aspectos considerados al niño. No hay uniformidad en la organización de los mismos.
- b) Los contenidos no parten del enfoque de familia.
- c) Los productos de primer año, coinciden con los contenidos propuestos, aunque los del módulo I han sido abordados ya desde el curso teórico llamado Fundamentos de Salud Pública. A partir del módulo II y III, son nuevos contenidos para aplicarlos en el área de práctica. El producto es una descripción de la organización del primer nivel de atención, aplicado a la comunidad de intervención, pero no se visualizan, acciones a nivel familiar ni individual. Se ha tenido el criterio, desde el inicio de la carrera, que por ser estudiantes de primer año, deben enfocarse más a análisis comunitario. Lo anterior aísla al estudiante del contacto con las familias e individuos.
- d) Los contenidos de segundo año, no dejan claro que su nivel de intervención es en la escuela, abordan los temas de ASIS que también se abordan en el curso de IC II en primer año, continúan identificando problemas y definiendo acciones en el momento explicativo, y la formulación de proyectos presenta un lista de contenidos, mientras que el producto esperado corresponde a proyectos de promoción de salud y prevención de enfermedades que no especifican su desarrollo en el ámbito escolar. Tampoco, se visualiza, como se atenderá el enfoque de familia.

- e) Por último, en el programa de tercer año, sólo la primera parte, tiene un título definido, los otros contenidos del curso están centrados únicamente en el niño. La propuesta de producto final es un programa de atención integral, sin especificar a qué nivel. Tampoco se visualiza el abordaje de la familia, ni la atención a todo el ciclo de vida.
- f) En general, los contenidos de los programas de cursos no coinciden con las actividades del PIC, no están integrados, ni se desarrollan de forma secuencial y progresiva.

### **Competencias a desarrollar en los estudiantes de medicina**

Para el desarrollo de la práctica comunitaria de primero a tercer año, se contempló el desarrollo de 9 competencias que deberían desarrollar los estudiantes, así como los contenidos necesarios para cada una de ellas. Sin embargo el resultado muestra una lista de competencias y su vinculación con contenidos, lo que evidencia que se tiene la intencionalidad de desarrollar competencias en los estudiantes, pero no se tiene una estructura del mismo basado en competencias, y únicamente se expone una lista de contenidos vinculados a cada competencia. En la *tabla 9* se pueden observar el listado de competencias que el documento preliminar del PIC contemplaba para que el estudiante alcanzara al final de la práctica. (23)

**Tabla 9.**

**Competencias que deberá desarrollar el estudiante al final de la práctica de Interacción Comunitaria (primero a tercer año)<sup>16</sup>**

	<b>Competencias</b>	<b>Contenido</b>
1	Habilidades clínicas básicas, mediante la oferta integrada de servicios	AIEPI-AIMNC Método clínico/historia clínica Ayudas diagnósticas Epidemiología clínica Oferta sistemática de servicios
2	Habilidades de comunicación	Promoción de la salud. Comunicación oral y escrita Comunicación para el cambio de comportamientos. Escuelas y municipios saludables Planificación local participativa
3	Conocimientos epidemiológicos	Análisis de Situación de Salud Sala situacional Investigación epidemiológica Enfermedades de notificación obligatoria. CIE 10 Semanas epidemiológicas Certificación de la defunción. Tasas, razones, proporciones
4	Conocimientos sociológicos	Determinantes sociales Gobierno local Legislación en salud Organización y participación comunitaria Economía de la salud
5	Destrezas en la toma de decisiones	Sistemas de información Sistemas de monitoreo y evaluación. Determinación de prioridades Gerencia de RRHH
6	Capacidad para trabajar en equipo	Liderazgo Trabajo intersectorial y trabajo en equipo Administración del tiempo Incidencia política
7	Habilidades docentes	Desarrollo de planes de IEC para el cambio de comportamientos Educación de adultos (andragogía) Establecer planes de educación en salud
8	Capacidad de liderazgo y organización (administración)	Gerencia de servicios de salud Movilización de recursos Trabajo intersectorial Desarrollo de planes operativos Presupuesto
9	Capacidad de investigación y evaluación	Investigación cualitativa Investigación cuantitativa Investigación operativa Método científico Evaluación formativa, diagnóstica y sumativa, de cobertura, acceso. Bio estadísticas

<sup>16</sup> Tomadas de Documento Preliminar del Programa de Interacción Comunitaria, 2005

## **Esfuerzos de Integración del Programa de Interacción Comunitaria –PIC-, en el área de práctica**

Con los datos revisados y analizados, se procedió durante el primer ciclo de 2007 a realizar una propuesta de integración del PIC, (3) en el Municipio de Fraijanes, la cual estaba constituida en tres partes: I) Situación actual del PIC, II) Revisión de la propuesta de implementación del primer nivel de atención en salud incluyente de la INS, y III) Propuesta de integración del PIC, para los 3 primeros años de la carrera.

Los incisos I y II, ya se han mencionado en otras secciones de este documento, por lo que únicamente se destacan los elementos y contenidos esenciales, de la propuesta de integración del programa, los cuales se describen en la *tabla 10*.

Esta propuesta de integración, fue puesta en práctica como una prueba piloto, en coordinación con los tres docentes de IC. También se socializó con el director del Distrito Municipal de Fraijanes, a quien le pareció pertinente y brindó su apoyo para llevarlo a la práctica.

**Tabla 10.**

**Elementos y fundamentos de los primeros esfuerzos de Integración del PIC, para los tres primeros años de la carrera de Medicina en el área de práctica. 2007**

<b>Elementos</b>	<b>Fundamentos</b>
<b>Integración de los tres primeros años de práctica comunitaria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se basa en la necesidad de tener una aproximación integral a los problemas presentes en cada ámbito de intervención.</li> <li>• Parte de la elección de una unidad poblacional en base a criterios epidemiológicos y sociales, para abordar de manera integral, basada en los tres niveles de análisis, desde el ámbito de la promoción de salud, prevención, curación, y rehabilitación en el primer y segundo nivel de atención, incluyendo la participación social y comunitaria.</li> </ul>
<b>Niveles de análisis-acción</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se propone que la práctica del PIC sea integrada en una comunidad seleccionada, dentro del área definida de acuerdo a criterios establecidos, en donde se pueda contar con estudiantes de los tres años de la carrera, enfocándose en la atención integral comunitaria, familiar e individual.</li> <li>• En los tres niveles se propone que se aplique actividades de administración, gerencia e investigación, diferenciándolos de acuerdo al semestre de la carrera.</li> <li>• La estructura organizativa propuesta para la distribución de estudiantes, según el semestre y el nivel de análisis-acción, debe responder a equipos integrados con estudiantes de los tres ciclos académicos, inclusive estudiantes de PPS de nutrición y medicina, para cuando se incorporen.</li> </ul>
<b>Clasificación de riesgos a nivel comunitario, familiar e individual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La propuesta contempla, los criterios de clasificación de riesgos en cada nivel de análisis-acción, con las intervenciones pertinentes y define el grupo de estudiantes responsables, incluyendo las acciones que contemplan el seguimiento de normas de atención para el primer y segundo nivel del MSPAS.</li> </ul>
<b>Organización de la práctica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abarca componentes de a) sectorización, b) definición de equipo básico de atención, que contempla los actores a nivel universitario, institucional (MSPAS), comunitario, social y municipal.</li> </ul>
<b>Integración con los servicios de salud locales y otros actores en salud y sociales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para dar seguimiento a los convenios realizados con el MSPAS, se contempla la aplicación de normas y lineamientos del sector salud, pero queda abierta la posibilidad de aplicación de otras intervenciones, que complementen la integralidad de la atención, y la formación académica de los estudiantes.</li> <li>• Se deja abierta la posibilidad dentro del PIC, para las demandas específicas y puntuales del Distrito Municipal de Salud, con la salvedad de que deben estar enmarcadas dentro de los objetivos y estrategias del programa, atendiendo las posibilidades académicas y la disponibilidad del tiempo de los estudiantes.</li> <li>• Esto contempla, la integración y coordinación con otros actores como educación, desarrollo, municipal, entre otros.</li> </ul>
<b>Estrategias pedagógicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprendizaje situado.</li> <li>• Inmersión temprana de forma gradual, continua y sistemática, en contextos reales, en el ámbito comunitario y de servicios de salud de primer y segundo nivel de atención en salud.</li> <li>• Aprendizaje Basado en Problemas –ABP-</li> <li>• Investigación</li> </ul>

<b>Elementos</b>	<b>Fundamentos</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discusión de casos</li> <li>• Análisis de situación de salud: salas de situación de salud, elaboración de informes.</li> <li>• Integración de contenidos entre programas de otros cursos y los programas de IC.</li> <li>• Seminarios de Integración</li> <li>• Tutorías</li> <li>• Evaluaciones formativas, afectivas.</li> </ul>
<b>Estrategias de implementación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En cada semestre, se propone que el enfoque se centre en la familia, y de ella se derive la atención al individuo y/o comunidad o viceversa, según necesidades.</li> <li>• Establecer los procesos de análisis de la situación local de salud en cada área de práctica, realizando ASIS en comunidades nuevas, líneas basales o diagnósticos participativos, de acuerdo a la situación.</li> <li>• Organizar y participar en las salas de situación de salud, para la toma de decisiones oportunas, de índole técnico-operativo como académico.</li> <li>• Organizar las intervenciones de promoción de salud y prevención de enfermedades, siguiendo el ciclo de vida.</li> <li>• Establecer subprogramas por cada etapa del ciclo de vida, integrando los tres niveles de análisis-acción, desde el marco de la familia, definiendo las intervenciones de acuerdo al semestre académico.</li> <li>• Apoyarse con estrategias costo-efectivas, con base a la evidencia de su efectividad, como la estrategia del AIEPI y otras.</li> </ul>
<b>Rotaciones de estudiantes por los servicios de salud, comunidad y escuela</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para el mejor desarrollo de las actividades de aprendizaje y servicio, se propone que los estudiantes se organicen en grupos de rotaciones a nivel clínico, escuelas y comunidad.</li> <li>• Para cada rotación se establecen las actividades prioritarias, de acuerdo al semestre, contemplando siempre el enfoque de familia.</li> </ul>
<b>Evaluación y monitoreo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se sugiere la elaboración de criterios por programas, actividades para el diseño de instrumentos, rúbricas de evaluación, de acuerdo a las competencias esperadas en cada semestre.</li> </ul>
<b>Informes finales de práctica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debido a la falta de información sobre las intervenciones y resultados desarrollados, se propone que al final de cada ciclo académico, los estudiantes presenten un informe final de práctica sobre las actividades desarrolladas, alcances y limitaciones.</li> <li>• Informes guiados por el docente de IC, y presentados en los servicios de salud, de acuerdo a los indicadores trazados desde el inicio.</li> </ul>
<b>Ferias de la Salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades integradoras al final de la práctica en cada ciclo académico</li> <li>• Primer año: actividades lúdicas, con enfoque de educación para adultos, temas prioritarios en salud.</li> <li>• Segundo año: vacunación, suplementación con micronutrientes, desparasitación, toma de signos vitales, pruebas de tamizaje: Papanicolaou, agudeza visual, glicemias</li> <li>• Tercer año: Evaluación y manejo de casos en consulta.</li> </ul>

Elaboración propia, en base a Cruz (2007), (25)



## Alcances y limitaciones del PIC

Los alcances y limitaciones del PIC durante los años 2005-2009 se detallan en la *tabla 11*, organizados en aspectos administrativos, docentes, metodológicos y por último los referidos a los lugares de práctica.

**Tabla 11.**

### Alcances y limitaciones del programa, durante el período de 2005 a 2010

Administrativo-Académico	
Alcances	Limitaciones
<p>a) Se elabora un documento preliminar para el programa el cual contiene los fundamentos, criterios, estrategias y competencias a desarrollar en los estudiantes.</p> <p>b) Para iniciar la sistematización se revisa el programa y su implementación, elaborando una propuesta de integración e implementación, a partir del segundo ciclo del 2007.</p> <p>c) Se cuenta a partir del 2007 con tres docentes de dedicación completa, para la atención diferenciada de los tres semestres en curso.</p> <p>d) Se asigna un docente para primer año, otro para segundo año, y otro para tercer año.</p> <p>e) Cada docente cuenta con un espacio físico para el desarrollo de sus actividades de investigación y gestión académica.</p> <p>f) A partir del 2008, se completa el equipo coordinador en las áreas Ciencias básicas, clínicas y social humanística. no así para el PIC.</p> <p>g) Por lo anterior se establece un coordinador local del programa, designando a un docente del PIC durante el período de 2007-2010</p> <p>h) Hasta el segundo ciclo de 2010, se nombró un coordinador específico para el PIC.</p>	<p>a) La propuesta borrador se implementó como un proyecto piloto, aunque se fue evaluando, no contemplaba indicadores de evaluación.</p> <p>b) Algunos aspectos administrativos y operativos no se desarrollaron como se contempló en la propuesta. Se escriben algunos logros y limitaciones en esta tabla.</p> <p>c) Hasta el segundo ciclo del año 2007, se completó el cuadro docente.</p> <p>d) El sistema administrativo y de planificación de la universidad, no adapta con facilidad el modelo de la carrera de medicina.</p> <p>e) El primer año de la carrera, cuenta con mayor número de estudiantes, casi un 50 % más de los otros ciclos académicos, lo que aumenta la carga administrativa y programática del docente de primer año, limitando el seguimiento a los estudiantes en el área de práctica, durante el segundo semestre.</p> <p>f) El coordinador local del programa, es un docente de dedicación completa, por lo que limita el tiempo para dedicarse a actividades de coordinación, y gestión con los docentes, actores sociales locales, autoridades del departamento.</p> <p>g) A pesar de que se tienen establecidas las competencias requeridas para los estudiantes, los programas académicos no evidencian una programación por competencias.</p> <p>h) Las competencias únicamente están numeradas, no se han desarrollado en el programa por niveles de dominio.</p> <p>i) No se han establecido indicadores del desarrollo de competencias desde el ámbito académico, ni los indicadores de proceso e impacto del programa en las áreas de práctica.</p>

<b>Docente</b>	
<b>Alcances</b>	<b>Limitaciones</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Los docentes tienen como tarea entre otras, apoyar la construcción del proceso.</li> <li>b) Se inicia el intento por una mayor coordinación con los docentes de IC para el desarrollo de los programas.</li> <li>c) Se ha logrado una coordinación parcial, con los docentes de cursos que aportan la instrumentación para el desarrollo de la práctica de IC.</li> <li>d) Cada docente ha logrado establecer vínculos con el personal local y los comunitarios para favorecer la inserción de los estudiantes.</li> <li>e) Los docentes continúan con un proceso de formación académica y técnica.</li> <li>f) Se participa en cursos de actualización docente, en el campo pedagógico y disciplinar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Los contenidos de los programas de los cursos que instrumentan el desarrollo de la práctica de, P IC no se corresponden con la práctica.</li> <li>b) No se ha logrado la complementación de las actividades y seguimiento de los programas.</li> <li>c) El desplazamiento al área de práctica, el volumen de estudiantes y estar 4 días a la semana en el área de práctica, limita el tiempo para la realización de actividades de seguimiento académico, tutorías.</li> <li>d) Los horarios de los alumnos en las tardes no coinciden con los horarios de los docentes.</li> <li>e) El día viernes es el que se ha establecido para la planificación semanal, seguimiento académico y tutorías para estudiantes, sin embargo, los estudiantes no tienen períodos asignados para estas actividades.</li> </ul>

<b>Metodológico</b>	
<b>Alcances</b>	<b>Limitaciones</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a) El estudiante se ha involucrado directamente en el análisis, priorización y búsqueda de soluciones a los problemas encontrados en el nivel en que ha intervenido.</li> <li>b) El estudiante ha aplicado técnicas de investigación tanto cualitativa como cuantitativa a nivel poblacional.</li> <li>c) Vinculación de lo realizado en años anteriores en la medida que se ha establecido la continuidad de práctica en la misma comunidad de intervención de primer a tercer año, incluyendo la vinculación de los programas de práctica.</li> <li>d) Los estudiantes de segundo y tercer año han manifestado que están comprendiendo el sentido de las prácticas comunitarias en la medida que van avanzando en los cursos.</li> <li>e) Se ha logrado un progresivo proceso en la metodología para integrar, y reordenar la práctica.</li> <li>f) Se sectorizó un área de intervención y se han revisado los programas de los 6 cursos de IC, para integrarlos y que sus contenidos sean un proceso sistemático para los estudiantes, de forma gradual, según su nivel de desempeño.</li> <li>g) Se han incorporado, a partir del 2009, metodologías de aprendizaje, como ABP, investigación, entre otros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Durante los primeros 3 años se estableció una nueva área de intervención, lo generó que en 9 áreas se hayan realizado acciones en los tres niveles de intervención: comunitario, familiar e individual pero en ninguna comunidad se han desarrollado conjuntamente.</li> <li>b) El Director del Distrito de Salud de Fraijanes planteó que ya tiene información proporcionada por los ASIS de los primeros años, pero que considera que ya deben de realizarse más intervenciones. Lo anterior evidencia que desconoce el objetivo y las actividades de docencia que se realizan en cada semestre.</li> <li>c) El estudiante recibe de manera fraccionada y durante tres años la integralidad del análisis y acción en los tres niveles.</li> <li>d) Los estudiantes han obtenido beneficios de aprendizaje, pero en las comunidades se ha intervenido de manera fraccionada y puntual.</li> <li>e) A pesar de sectorizar el área de práctica, cada docente mantiene un programa que no siempre se logra integrar para los tres años.</li> <li>f) Los lugares de práctica han evidenciado carencias para la aplicación de la metodología, las cuales se detallan en el siguiente apartado.</li> </ul>

<b>Lugares de Práctica</b>	
<b>Alcances</b>	<b>Limitaciones</b>
<p>a) Se mantiene vigente el convenio con el MSPAS.</p> <p>b) Se mantiene un buen nivel de coordinación con las autoridades locales de salud y municipales en el área seleccionada.</p> <p>c) Se establecieron los criterios primarios y secundarios de selección para aplicar la técnica de “Selección de criterios múltiples”, para identificar el lugar que ofreciera las características necesarias para implementar la práctica.<sup>17</sup></p> <p>d) Se tienen ya los semestres requeridos en los tres años de la carrera.</p> <p>e) Se ha logrado la identificación del estudiante con el grupo poblacional asignado.</p> <p>f) El personal de los servicios de salud ha encontrado apoyo con el docente y los alumnos para aclarar dudas y mejorar los servicios.</p> <p>g) El estudiante ha estado en contacto y ha tenido la oportunidad de conocer y ver como se operacionalizan los servicios del primer nivel en el ámbito institucional y comunitario.</p> <p>h) El estudiante ha establecido contacto con líderes comunitarios sociales, que han favorecido el acercamiento en su ámbito de intervención.</p> <p>i) Se ha dado seguimiento a las intervenciones realizadas por los estudiantes de primer año, para abordar los problemas de salud detectados y priorizados con la comunidad.</p> <p>j) La incorporación en el segundo ciclo del 2010 de estudiantes de PPS ha generado el interés por parte de las autoridades locales en la mejora de la infraestructura de los servicios para una mejora en la atención de paciente.</p>	<p>a) Inestabilidad en los cargos de dirección del Área de Salud y ONG encargada de extensión de cobertura.</p> <p>b) Las expectativas que se generan en los servicios de salud y las comunidades con la presencia de estudiantes de medicina aún están muy relacionadas con la visión medicalista, esperan que se les atienda en consulta médica y se les proporcione medicamentos.</p> <p>c) A nivel de los estudiantes de primer año se ha encontrado que algunas personas en la comunidad no participa si no obtiene los servicios médicos esperados.</p> <p>d) No se ha retroalimentado al Director del CS sobre las actividades y logros alcanzados en cada semestre de práctica.</p> <p>e) En algunos casos se ha esperado que la intervención con los estudiantes de medicina corresponda a la prestación de servicios puntuales, para alcanzar coberturas, lo que no está dentro de las responsabilidades y alcances de los programas.</p> <p>f) Escasa coordinación entre el centro de salud, ONG prestadora de servicio y práctica de estudiantes de medicina.</p> <p>g) No se cuenta con indicadores de salida de las comunidades de práctica.</p> <p>h) En algunas comunidades, se dificulta la práctica clínica de los estudiantes de tercer año, por falta de servicios o de espacio en los servicios de salud, locales.</p> <p>i) Lo anterior ha condicionado a que los estudiantes de tercer año, no se incorporen en los sectores atendidos por estudiantes de primero y segundo año.</p> <p>j) El volumen de estudiantes de primer año supera hasta 3 veces al de estudiantes de tercer año, generando una mayor dificultad para incorporar grupos numerosos en las áreas de práctica.</p>

<sup>17</sup> Los criterios ponderados en los municipios se seleccionaron de forma coordinada entre el MSPAS y la URL, éstos se describen en la Tabla 3, sobre elementos y contenidos del documento preliminar del programa de IC.

## **Fase II: Análisis e interpretación crítica de la situación actual del PIC en el municipio de Fraijanes.**

La revisión del pensum y las modificaciones que se realizaron posteriormente, muestran una mejor estructura del mismo la que responde a los requerimientos no sólo del PIC, sino para la carrera completa de medicina.

Habiendo incorporado los cursos por semestre, y la organización de cada año por dos ciclos académicos, favorece el desarrollo de los cursos del PIC en los tres primeros años de la carrera, los cuales se han designado del I al IV. Aunque este planteamiento por cursos programáticos no ha favorecido la integración de los 6 cursos en un programa integral como ha planteado el Departamento de Medicina, sino ha separado la docencia y práctica por semestres, diferenciando en cada ciclo académico los programas de curso para cada año de la carrera. Esto también se vio evidenciado por la forma en que se ha organizado la docencia, durante los 6 años de la carrera, del 2005-2010, en la que se ha asignado un docente encargado de los estudiantes de un mismo ciclo, por lo que no ha habido intercambio de experiencia ni un trabajo integrado a nivel comunitario y de servicios de salud, ya que cada docente desarrolla su propio programa de curso.

Se constata actualmente que, los créditos académicos para el curso de IC I siguen siendo 2 créditos teóricos y para el resto de cursos 8 créditos prácticos, lo que no favorece la integración de los estudiantes del primer semestre en las acciones comunitarias, ya que el horario de clases es vespertino, mientras que los horarios del resto de estudiantes de segundo y tercer año, tienen un horario matutino.

En la propuesta preliminar del PIC y la incorporación de cambios que se han ido realizando se evidencia que la carga académica del PIC, medida en función de los créditos teórico-práctico, muestra la importancia que se le está brindando a esta estrategia de formación académica, ya que para la carrera de medicina un crédito equivale a 15 horas de trabajo directo, presencial, y 30 horas de trabajo indirecto, lecturas en casa, trabajos individuales y grupales. Los cursos del PIC, son los que más

créditos académicos tienen en la malla curricular de los tres primeros años de la carrera.

Otro aspecto importante a considerar, es el esfuerzo que se está realizando con la incorporación de competencias en el programa, aunque no se ha logrado que como programa general se haya realizado la planificación del aprendizaje basado en competencias, sin embargo, se cuenta con una lista de competencias y los contenidos a las que están vinculadas. Esto denota ya el interés por el desarrollo de las mismas, aunque esté más desarrollado en el programa de los cursos de IC I-II desde el 2008, no así en el resto de cursos.

El enfoque centrado en la familia está de forma incipiente, pareciera que aún no se ha logrado concretar los elementos teóricos y descritos en las propuestas de los programas, aunque con la incorporación de estudiantes de PPS y los elementos del programa del MIS a partir del segundo ciclo del 2010, ya se están adaptando al PIC, lo que valdría la pena seguir evaluando para hacer una incorporación acorde a los objetivos académicos del PIC, dentro de la carrera de medicina.

La selección del área de práctica, ha sido un ejercicio que se puede calificar de técnico, ordenado y consensuado con otros actores sociales, en este caso autoridades del MSPAS, (23) lo que ha facilitado la pertinencia del área así como ser una base para la selección de áreas de prácticas en otros contextos de la misma facultad, a nivel general, como un municipio básico. Lo que si se ha constatado es la dificultad en aspectos como falta de espacios físicos, y falta de personal local en las áreas específicas de práctica en cada Puesto de Salud en las aldeas y colonias del municipio seleccionado. Por lo que hay que considerar un ejercicio similar, para las áreas específicas dentro de un mismo Distrito Municipal de Salud.

En cuanto a los esfuerzos de integración del PIC en el área de práctica, los resultados muestran que es necesaria la incorporación de equipos de trabajo, integrados por estudiantes de todos los semestres de los tres primeros años, así como la integración e

incorporación de los docentes en aspectos de la organización en docencia, servicio e investigación. Por el volumen de estudiantes asignados en cada día de práctica, la propuesta de integración considera que los estudiantes se organicen en equipos que desempeñen la práctica organizados en grupos de rotaciones por los servicios de salud, escuelas y comunidades, para poder desarrollar actividades en el ámbito individual, familiar, y comunitario.

Los datos encontrados en la propuesta de integración que se ha venido desarrollando a partir del 2007, complementados con la propuesta inicial del PIC, evidencian que es posible el desarrollo de éste tipo de organización tanto académico como en servicio para la mejora del aprendizaje contextualizado en los estudiantes, proveyéndoles las bases para el desarrollo de competencias necesarias para enfrentarse ante los retos de atención en salud en los servicios de primer y segundo nivel.

La incorporación de los estudiantes del último año de la carrera en el PMC de la PPS, así como la designación específica de un coordinador académico del PIC, a partir del segundo ciclo del 2010, es una muestra de que se está haciendo el esfuerzo a nivel institucional y académico por fortalecer el programa y superar las limitaciones que hasta el momento ha tenido que enfrentar.

### **VI.3 Etapa de síntesis de los aprendizajes y propuesta.**

La relevancia de ésta etapa radica en que los aprendizajes obtenidos se describen como las conclusiones y desafíos a los que se llega, teniendo como un gran resultado final la propuesta de la operativización del programa. Esta etapa se desarrolla en dos fases:

*Fase I. Síntesis de los aprendizajes:* Esta fase se fue desarrollando a manera de conclusiones y recomendaciones del programa, considerando los siguientes aspectos del PIC:

- i. Relevancia
- ii. Organización
- iii. Metodología
- iv. Estrategias y enfoque
- v. Evaluación y monitoreo
- vi. Desafíos

*Fase II: Plan de Comunicación:* tiene como producto la propuesta de operativización del PIC que se deja a consideración del Departamento de Medicina para ser implementada como un modelo particular de inserción de la práctica académica de la formación de médicos y otros recursos humanos en salud.

## **VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **De la relevancia del programa**

#### **Bases para la implementación del Programa de Interacción Comunitaria**

- El Programa de Interacción Comunitaria, es un espacio privilegiado de formación integral del médico, en el cual, se logra un proceso de inmersión temprana del estudiante en la comunidad, integrándose a equipos interdisciplinarios de salud y permitiéndole interactuar con actores sociales en el ámbito de salud comunitaria, familiar e individual. Privilegia la atención integral de problemas de salud, detectados y priorizados de manera conjunta con los actores sociales.
- La valoración de la salud, como un proceso dinámico, multidimensional e interactuante con determinantes biológicos, sociales, psicológicos, demográficos y ambientales, apoya el proceso de formación integral de los estudiantes, en la medida que es facilitado el proceso de interacción comunitaria en el primer y segundo nivel de atención en salud, a lo largo de los tres primeros años de la carrera.
- El Programa de Interacción Comunitaria facilita la comprensión sobre la importancia de desarrollar intervenciones sobre los determinantes de la salud.
- El Programa de Interacción Comunitaria favorece el desarrollo de un proceso de concienciación en los estudiantes sobre la responsabilidad de los actos médicos, los aspectos éticos en la atención y relación médico paciente, el respeto y la atención a las necesidades, perspectivas e involucramiento de la familia en la atención del enfermo.



- El modelo propuesto por el Programa de Interacción Comunitaria, favorece la formación del médico para que sea altamente competente en la atención individual y colectiva, haciendo una relación indisoluble entre el acto médico, y el servicio a la sociedad de manera responsable y comprometida.

### **Réplica del PIC, en espacios de formación médica**

- El Programa de Interacción Comunitaria puede ser replicado como una estrategia de formación en el pre grado de la carrera de licenciatura de medicina, ya que reúne condiciones sugeridas según las tendencias de la educación médica actual: orientado hacia la comunidad, contacto temprano con comunidades y situaciones reales, metodologías participativas, aprendizaje centrado en el estudiante, basado en competencias.
- Los estudiantes pueden beneficiarse de esta modalidad de aprendizaje contextual, desde los primeros grados de formación, así como los estudiantes que se integran en su Práctica Profesional Supervisada.
- El Programa de Interacción Comunitaria, es una experiencia que puede considerarse exitosa, en la medida que integra docencia, servicio e investigación. Selecciona lugares de práctica fuera de las aulas universitarias, en comunidades que reflejan el perfil de salud y contexto socio económico del país.
- Es necesaria la conformación de un equipo docente, con experiencia en el campo de la salud pública, conocimiento de los programas nacionales de salud, y aspectos psicopedagógicos.
- Para la réplica del Programa de Interacción Comunitaria, se sugiere el abordaje del programa con un enfoque propio, desde el ámbito académico y que tenga un mayor

alcance que lo establecido por los programas o prioridades del MSPAS, para atender la salud como un derecho, enfocado a toda la población.

## **De la organización del Programa de Interacción Comunitaria**

### **Objetivos del Programa de Interacción Comunitaria**

- Los objetivos del Programa de Interacción Comunitaria, permiten desarrollar procesos de aprendizaje contextualizados y acorde al perfil de salud de la población guatemalteca.
- La planificación por competencias, en relación al perfil esperado del estudiante, está mostrando el interés por desarrollar procesos que apoyen aprendizajes más integrales, significativos y de calidad en los estudiantes.
- Los objetivos al desarrollarse mediante niveles de competencia que deben adquirir los estudiantes, requieren de un planteamiento objetivo y coherente con un sistema de evaluación integral que logre vincular el ámbito cognoscitivo, experiencial y actitudinal.
- El planteamiento por competencias, en la medida que diferencia el nivel de dominio que se pretende alcanzar en los estudiantes acorde al ciclo académico que cursa, favorece el cumplimiento de los objetivos del Programa de Interacción Comunitaria.

### **Selección de áreas de práctica**

- La metodología empleada, en base a indicadores, facilita los procesos objetivos y técnicos para la selección de las áreas de práctica.

- En la elección de futuras áreas de práctica tanto para el PIC así como para la Práctica Profesional Supervisada del Programa de Medicina Comunitaria, puede utilizarse la metodología en base a construcción de indicadores de selección de área de práctica.
- Dentro de los requisitos para la selección de áreas de práctica, debe considerarse la disponibilidad y adecuación de las instalaciones físicas para las actividades docentes y de servicio, sobre todo para las actividades clínicas.
- Las escuelas, las familias y los servicios de salud, han sido espacios privilegiados para la integración de docencia-servicio-investigación.
- A nivel comunitario, se han tenido mayores dificultades en cuanto a los tiempos disponibles, que no coinciden con los horarios académicos, de los principales líderes y actores sociales, como los integrantes de los comités comunitarios, COCODES, o pocos grupos organizados de la comunidad.

### **Aspectos metodológicos**

- El Programa de Interacción Comunitaria sigue las orientaciones actuales de la formación médica, propone cambios de enfoque en la formación que van desde la selección de los estudiantes hasta la metodología de la enseñanza, la cual demanda que las prácticas no se realicen exclusiva o mayoritariamente a nivel hospitalario sino en comunidades y servicios de salud de primer y segundo nivel.
- Los contenidos de formación, deben reflejar las prioridades de salud y la disponibilidad del manejo de recursos, integrando las áreas de ciencias básicas, clínicas y sociales con las prácticas.

- El modelo del Programa de Interacción Comunitaria permite la implementación de metodologías de aprendizaje-enseñanza, centradas en el estudiante que promueven aprendizajes funcionales haciéndolos significativos, basados en competencias profesionales y en valores sociales, manejo de pacientes no sólo en el área biomédica sino con énfasis en la promoción de salud y prevención de enfermedades, partiendo de análisis de problemas y casos reales o simulados que facilitan el aprendizaje contextual.
- El Programa de Interacción Comunitaria, define también el perfil del docente, lo que lleva a una selección cuidadosa y formación continua del personal docente, orientada hacia la formación de educadores y no sólo expertos en contenidos o áreas disciplinares.
- En necesario revisar el diseño de la carrera, la disponibilidad de recursos y apoyo estructural, para la implementación de metodologías como planificación y evaluación por competencias, Aprendizaje Basado en Problemas, resolución de problemas, casos clínicos, proyectos de investigación entre otros.
- El PIC es un programa acorde al proyecto educativo de la URL, como parte de su misión y visión académica, ya que cumple con los principios del Paradigma Pedagógico Ignaciano: contextualización, experimentación, reflexión, acción y evaluación.

### **Docencia e Investigación, desde el PIC**

- El PIC ha establecido tres ejes de aprendizaje: docencia, servicio e investigación, lo que ha permitido ordenar los procesos de aprendizaje y docencia, así como la prestación de servicios mejor orientados en las áreas de práctica.

- La investigación y metodologías como el ABP, están permitiendo que los estudiantes también vayan reforzando sus competencias de investigación, y análisis, así como aquellas que les potencien la toma de decisiones basadas en evidencia.
- Los docentes deben jugar un rol de facilitadores en el proceso de formación para un aprendizaje más significativo y protagónico para el estudiante mismo, a través de la utilización de metodologías participativas, centradas en el estudiante, basados en competencias y aprendizaje basado en problemas.
- Los trabajos de ASIS y diagnósticos situacionales, deben de organizarse de manera integrada para los estudiantes de los tres ciclos académicos, a fin de que se les de seguimiento y las intervenciones realizadas sean de impacto comunitario, según el nivel de responsabilidades y competencias esperadas por nivel formativo.
- Las materias y contenidos básicos para la formación teórica requerida, se desarrollan en los cursos de Antropología Médica, Administración de Servicios de Salud, Economía de la Salud, Salud Pública, Epidemiología, Medio Ambiente y Salud, Investigación Epidemiológica, Microbiología, Inmunología, Parasitología, entre otros. Lo que hace falta reforzar es su integración con la práctica comunitaria.
- Es necesario revisar la malla curricular de la carrera de Medicina, para vincular el Programa de Interacción Comunitaria, en un área específica y definir las relaciones con el resto de cursos, según ciclo académico.

## **Estrategias y enfoques del PIC**

- Debe hacerse una reorientación de los servicios, y contenidos de formación para los estudiantes, hacia un enfoque centrado en la familia, atendiendo a toda la población de acuerdo al ciclo de vida.
- El sistema de salud, se enfoca en la atención al daño, y no en la prevención de enfermedades y promoción de salud, lo que aumenta el riesgo de que las intervenciones puedan tener un enfoque biológico, según el modelo médico hegemónico, por lo que las estrategias deben seguir un enfoque holístico con enfoque renovado de APS.
- La formación de futuro médico en los primeros años de la carrera, en los servicios de primer y segundo nivel, favorece la comprensión del uso eficaz y eficiente de los recursos, evita la tendencia a la formación con el uso de alta tecnología, que algunas veces puede no ser necesaria para el paciente.
- El Programa de Interacción Comunitaria permite que el estudiante sea formado con la aplicación de estrategias costo-efectivas de APS, aplicadas en otros contextos similares con evidencia comprobada, como la estrategia del AIEPI y la Promoción de Prácticas Familiares Claves para el crecimiento y desarrollo del niño-a.

## **De la evaluación y monitoreo del PIC**

### **Operativización, monitoreo y evaluación del PIC**

- Continuar la revisión y estructuración de los programas de cada ciclo académico, para que se articule una estructura progresiva, que vaya de lo simple a lo complejo, de acuerdo al nivel de dominio de las competencias requeridas para

cada ciclo, respondiendo a los programas integrales centrados en la familia, con enfoque de ciclo de vida.

- Diseñar los instrumentos de evaluación y monitoreo en base a los objetivos y competencias que se pretende desarrollar en los estudiantes, basados en enfoque formativo.
- Se requiere seguir el abordaje y diseño de indicadores para verificar el cumplimiento de los objetivos del programa, el impacto en la salud de las poblaciones atendidas, la administración y gerencia de los servicios de salud, en donde se instrumenta el programa.
- La integración de aspectos culturales, es un elemento que no se ha trabajado con fortaleza en el Programa de Interacción Comunitaria, pero que puede instrumentarse desde el curso de Salud en las Culturas y Etnias de Guatemala y Antropología Médica, así como la vinculación que se ha realizado con el Modelo Integral de Salud.

## VIII. DESAFÍOS

Siendo la Facultad de Ciencias de la Salud, un espacio de formación en las distintas disciplinas de la salud, como enfermería, nutrición y salud pública, entre otras, podría considerarse la integración de estudiantes de PPS de dichas disciplinas para ampliar el modelo del PIC de la carrera de Medicina, y mejorar el impacto en la salud de la población.

- La alianza estratégica realizada con el MIS, plantea el desafío de su incorporación, al modelo planteado por el PIC, así como la inserción de los estudiantes en PMC/PPS al PIC.
- Queda pendiente el desafío de integrar las acciones por niveles de intervención, según los programas por ciclo de vida, en el ámbito individual, familiar y comunitario, para lograr que los estudiantes no se inclinen a privilegiar las intervenciones en el ámbito individual y clínico.
- Se debe sistematizar los contenidos e instrumentos metodológicos como las historias clínicas, fichas para visitas familiares, instructivos e instrumentos para censos, encuestas, reportes o informes, para que sean estandarizados y puedan ser utilizados por cualquier miembro del equipo, independientemente del nivel de formación.
- Es necesario explorar el uso que puede darse a los puestos de salud en las aldeas, para la integración de los estudiantes así como para la gestión y administración de servicios ambulatorios.
- Podría contemplarse la creación de clínicas familiares integrales, en las que se pueda desarrollar el modelo del IC, que incluya gestión y administración de servicios



de salud, de manera que responda a las demandas de una visión integral de salud, potenciando la integración entre la docencia-servicio-investigación.

- Desarrollar el modelo integrado del PIC, en lugar de programas de cursos de IC del I al VI como está actualmente, para que tenga un mismo enfoque.
- Fomentar las estrategias de APS, atendiendo el enfoque de familia, en el ámbito individual, familiar y comunitario, a través de subprogramas por ciclo de vida.
- Definir las competencias y el nivel de dominio de acuerdo al nivel académico de los estudiantes, de 1° a 3° e inclusive los de último año en PPS.
- Se requiere que el cuerpo docente del PIC sea formado en estrategias de APS, con enfoque de atención a la familia por ciclo de vida, y específicas como salud visual, dental, conocimiento y aplicación del AIEPI, en sus componentes comunitario, clínico y de servicios de salud, entre otros.
- Es necesaria la formación psicopedagógica con los enfoques de la educación médica actual.
- Se espera que la ampliación de tiempo de contratación de docentes pueda favorecer los procesos de planificación, evaluación de procesos, impacto del programa en lo académico como en lo operativo.
- Integrar a los estudiantes de PPS al modelo del PIC, como parte del equipo básico de salud, en Fraijanes o en el área en que se esté desarrollando el PIC.

- Se debería seguir potenciando la integración de las ciencias básicas con las clínicas y humanísticas en todos los ciclos académicos, partiendo de las experiencias desarrolladas en el modelo del PIC.

## XI. PROPUESTA

La sistematización se realiza como producto de una reflexión crítica y participativa que produce un nuevo conocimiento (22). Este proceso que llevó 3 años, conduce a plantear una propuesta operativa y organizada sobre como implementar un modelo de formación médica para el primer y segundo nivel de atención en salud.

La propuesta de operativización del PIC se plantea al departamento de Medicina, para que se considere y complemente su abordaje desde una perspectiva que integre la visión de formación médica integral, atendiendo las necesidades en salud de la sociedad a través de una práctica desde el ámbito académico pero inserta en un contexto real.

Se espera que dicha propuesta de operativización sea una guía de orientación de formación con enfoque de programa integral, que presenta un modelo particular de inserción en los servicios de primer y segundo nivel de atención de salud en el país, el cual pueda readecuarse y adaptarse a los modelos de salud tanto de MSPAS, como del MIS, inclusive otros que en su momento pudieran considerarse dentro de la práctica de los estudiantes de medicina.

Al final del presente trabajo se adjunta en el **Anexo 1** la propuesta para su consideración.

## XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pensum Carrera de Médico y Cirujano, Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rafael Landívar, 2003.
2. FAO, (2004). Guía Metodológica de Sistematización. Programa Especial para la Seguridad Alimentaria, PESA en Centroamérica. Ministerio de Asuntos Exteriores España, Agencia Española de Cooperación Internacional, FAO.
3. Acuerdo sobre aspectos socioeconómicos y situación agraria. Gobierno de Guatemala, URNG. México, 2006  
Secretaría de la Paz, disponible en red:  
[http://www.sepaz.gob.gt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=14&Itemid=28](http://www.sepaz.gob.gt/index.php?option=com_content&task=view&id=14&Itemid=28)
4. Plan Nacional para la Salud de todas y todos los guatemaltecos. Gobierno de Guatemala, MSPAS. Guatemala, agosto 2008.
5. OPS. (2004). Boletín Epidemiológico. Vol. 25, No. 2, junio.  
Disponible en red:  
[http://www.paho.org/spanish/dd/ais/be\\_v25n2-cover.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/ais/be_v25n2-cover.htm)
6. Hernández, Lucrecia (2006). La Reforma de Salud y el Programa de Extensión de Cobertura en Guatemala.
7. Deman, H. (1998). Sistema Integral de Atención en Salud. MSPAS. Guatemala.
8. Organización Panamericana de la Salud. (2003) Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS

9. Starfield, Bárbara (2004). Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Fundación Jordi Goli –gurina, Societat catalana de medicina familiar i comunitaria. Masson. España.
10. OMS (1978). Declaración de Alma Ata. Disponible en red:  
[http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)
11. Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev. Panamá Salud Pública. 2007; 21(2/3):73–84. Disponible en red:  
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/03.pdf>
12. Nebot, Carmen, Dra. Et al (2008) Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud, Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. No. 1. OPS. Perú.
13. Verdugo, JC et al. (2002). Hacia un Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente –bases y lineamientos- INS, Guatemala. Medicus Mundi Navarra. Guatemala.
14. 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.
15. Tejiendo el Huipil de la Salud. Un modelo de salud integral incluyente para la diversidad del pueblo de Guatemala. MÉDICUS Mundi Navarra.

16. Benguigui, Yehuda (2004). La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), Estrategia Recomendada por la OPS/OMS en la Niñez, la Familia y la Comunidad. OPS/OMS. Washington, D.C.
17. Pereira, Héctor. (2006). La Salud de la Niñez y la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. Pathfinder International, Junio. PPT.
18. Ferreira Juan Roberto. (1986). Integración Docente-Asistencial y Atención Primaria en Salud. Rev. Educación Médica, Vol. 20 No. 4.
19. OPS/OMS (1988). Informe sobre la Conferencia Mundial de Educación Médica. Declaración de Edimburgo. OPS/OMS , Washington, 1988. Disponible en red: <http://hist.library.paho.org/Spanish/GOV/CD/25066.pdf>
20. Conferencia Mundial de Educación Médica. Declaración de Santa Fé de Bogotá. Bogotá, octubre de 1995.
21. Venturelli, José. (2003). Serie Paltex Salud y Sociedad 2000 No. 8. Educación Médica Nuevos Enfoques, Metas y Métodos. OPS, OMS. Washington, D.C.
22. Jara, Oscar (1994). ¿Qué es sistematizar?, ¿Para qué sirve sistematizar? En Para Sistematizar Experiencias: Una propuesta teórica y práctica (pp. 17-42). México: Alforja. Disponible en red: [http://mail.udgvirtual.udg.mx/biblioteca/bitstream/20050101/1130/2/Que\\_es\\_sistematizar.swf](http://mail.udgvirtual.udg.mx/biblioteca/bitstream/20050101/1130/2/Que_es_sistematizar.swf)
23. Chávez, E. (2005). Documento preliminar del Programa de Interacción Comunitaria. Departamento de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud. URL. Guatemala.

24. MSPAS, URL. 2005. Carta de Entendimiento para Implementar el Programa de Interacción Comunitaria en el Municipio de Fraijanes, entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y la Universidad Rafael Landívar. Firmadas por Ing. Marco Tulio Sosa, Ministro de Salud Pública y Asistencia Social y Licda. Guillermina Herrera, Rectora, Universidad Rafael Landívar. Guatemala.
25. Cruz, Silvia. 2007. Documento borrador de propuesta para la integración del Programa de Interacción Comunitaria, en el Municipio de Fraijanes. Departamento de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, URL. Guatemala.

**ANEXO 1**

**PROPUESTA DE OPERATIVIZACIÓN DEL PIC**



**UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**OPERATIVIZACIÓN DEL  
PROGRAMA DE INTERACCIÓN COMUNITARIA  
PIC**

**Elaborada por: Dra. Silvia María Cruz Pérez**

**GUATEMALA, JUNIO 2011**

## INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
I. ANTECEDENTES .....	3
II. JUSTIFICACIÓN .....	6
III. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PIC.....	8
III.1 OBJETIVOS DEL PIC.....	9
III.2 VALORES DEL PIC.....	10
III.3 PRINCIPIOS DEL PIC .....	10
IV. ELEMENTOS DEL PIC .....	11
V. DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES EN SERVICIO .....	33
VI. PRODUCTOS ESPERADOS .....	43
VII. EVALUACIÓN.....	44
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
ANEXO A. DESARROLLO DE COMPETENCIAS: RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS.....	51
ANEXO B. EVALUACIÓN DEL ÁMBITO AFECTIVO.....	58

## LISTADO DE ABREVIATURAS

URL	Universidad Rafael Landívar
RSU	Responsabilidad Social Universitaria
PIC	Programa de Interacción Comunitaria
PPS	Práctica Profesional Supervisada
PMC	Programa de Medicina Comunitaria
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
MIS	Modelo Incluyente de Salud
PIAS	Programa Individual de Atención en Salud
PFAS	Programa Familiar de Atención en Salud
PCOS	Programa Comunitario de Salud
ABP	Aprendizaje Basado en Problemas
ABC	Aprendizaje Basado en Casos
AIEPI	Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida
ASIS	Análisis de Situación Integral de Salud
APS	Atención Primaria de Salud
COCODES	Consejos de Desarrollo Comunitario
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
COMUDES	Consejos Municipales de Desarrollo
SIGSA	Sistema Gerencial de Salud
PS	Puesto de Salud
TIC	Tecnologías de la Información y Comunicación

## INTRODUCCIÓN

La educación médica que atiende a la realidad de salud de las poblaciones dentro de los contextos locales de la formación, plantea la demanda de la formación de recurso humano capaz de responder de manera humana, ética y profesional a necesidades de salud del país. Para ello, se requiere de nuevos modelos de formación médica que rompan paradigmas tradicionales, que salgan de los muros de salones de clases convencionales y que permitan al alumno estar en contacto desde sus primeras etapas de formación con problemas reales en el ámbito comunitario y de los servicios de salud en todos sus niveles de atención.

Con la apertura de la carrera de medicina, la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Rafael Landívar en el año 2005, se plantea la formación de médicos y médicas con excelencia técnica-científica, y formación en valores, para trabajar con humanismo y ética por la salud de la población guatemalteca, en un marco de principios y valores comprometidos con la equidad, interculturalidad, calidad e integralidad en la atención.

Para el logro del referido propósito, se ha enfatizado en una práctica temprana, al inicio de la carrera, en la cual el estudiante experimenta una inmersión en escenarios de práctica en los contextos individual, familiar, comunitario y de servicios de salud ambulatorios durante los tres primeros años de formación, a partir del cuarto año en los hospitales del sistema y concluye su proceso con la Práctica Profesional Supervisada –PPS- en el ámbito hospitalario y comunitario.

La estrategia definida en el pensum es el Programa de Interacción Comunitaria – PIC- en el cual se abordan los aspectos de promoción de salud, prevención de las enfermedades y clínica básica, atendiendo con particularidad aspectos de salud pública y epidemiológicos así como el reconocimiento de la diversidad social y étnica del país.

La presente propuesta, es el resultado de la sistematización de las experiencias y conocimientos que ha generado el desarrollo del Programa de Interacción Comunitaria durante el período de desarrollo con lo que se pretende contribuir con las bases de un programa académico para una práctica contextualizada en los servicios de salud a nivel nacional, con un enfoque centrado en la familia, atendiendo al individuo en todos los ciclos de vida, de forma pertinente desde las bases de la promoción de salud, prevención de enfermedades, y estrategias psicopedagógicas acordes con la demanda la formación médica actual.

Esta propuesta, se presenta a la facultad de Ciencias de la Salud para su consideración en el desarrollo del programa de práctica comunitaria, en la carrera de Licenciatura en Medicina.

## I. ANTECEDENTES

La Misión de la Universidad Rafael Landívar, establece que ésta "...busca coadyuvar a la transformación de la sociedad guatemalteca y centroamericana hacia estadios cada vez más humanos, más justos y más libres." Para cumplir con esta Misión, la carrera de medicina incorpora valores y enfoques esenciales para el trabajo en salud, a saber:

- Ética,
- Calidad,
- Equidad,
- Efectividad e
- Interculturalidad.

En el marco de las políticas institucionales se establece que la universidad no existe únicamente para sí misma, sino que existe para otros. Desde esta perspectiva se entiende como **Responsabilidad Social Universitaria**<sup>1</sup>: "la habilidad y efectividad para responder a las necesidades urgentes de transformación de la sociedad donde está inmersa, en el ejercicio de las funciones sustantivas de la Universidad: docencia, investigación y extensión, teniendo como eje transversal la promoción de la justicia y la instauración de un mundo justo, solidario y equitativo". (1)

Todos los grupos sociales de Guatemala deben tener los conocimientos, acceso a recursos y libertad de opciones para el desarrollo de su salud, según sus necesidades particulares, en forma oportuna y de calidad, con compromiso ético de obtener los mejores resultados al menor costo social e individual.

---

<sup>1</sup> Políticas Institucionales de RSU. "entramos para aprender, salimos para servir"

Dentro de los objetivos, valores y principios que orientan la carrera de medicina en la URL es importante resaltar, **primero**: se pretende desarrollar en los estudiantes una alta calidad científica y un agudo sentido de la aplicación de los estudios, a fin de lograr una mayor productividad social en la creación de los bienes y servicios que se requieren para mejorar la calidad de vida de nuestras sociedades y **segundo**, se quiere lograr que el incremento de la capacidad científica y tecnológica vaya animado de un humanismo que lo lleve a la efectiva solución de los grandes males que aquejan a la sociedad guatemalteca, particularmente a las mayorías pobres de acuerdo a los desafíos que se presentan. (2)

Lo anterior implica hacer explícito un compromiso ético en toda la carrera (autoridades, docentes y estudiantes), para que los estudiantes se formen en un marco de excelencia académica y de sólidos principios humanísticos. La formación de médicos en la URL promueve e insiste en el compromiso con el desarrollo de la salud en todas las culturas y etnias del país, con prioridad de las más postergadas y necesitadas y ofrece un contexto de aprendizaje donde la consideración de la interculturalidad y las mejores formas de atención de las etnias guatemaltecas son explícitamente consideradas.

El diseño de la carrera de medicina de la URL se sustenta y responde a los perfiles epidemiológicos y condiciones de vida de los diversos grupos sociales y étnicos guatemaltecos, es decir esta en sincronía con el contexto de la comunidad a la cual ha de servir y esto cómo es evidente, responde a los principios y responsabilidades asumidas por la universidad ante la sociedad guatemalteca.

Dado el compromiso social de la universidad, es difícil concebir la enseñanza en ciencias médicas de la URL, sin considerar el componente fundamental que se centra en los espacios y las políticas básicas de los sistemas de salud lo cual permite dar relevancia social, pertinencia y direccionalidad a la formación; y compromete además a la universidad con el crecimiento del sistema local de salud y el de la comunidad misma, colaborando así con el proceso de hacerla partícipe

de su propio desarrollo.

En la carrera de medicina de la URL, desde el primer año, se desarrolla un proceso de inmersión en escenarios reales de práctica, en comunidades, servicios ambulatorios de salud y los contextos familiares. Sin excluir a los hospitales de alta complejidad, cuyas prácticas están programadas a partir del cuarto año de la carrera. La estrategia definida es que los estudiantes de medicina, en el **Programa de Interacción Comunitaria –PIC–**, inicien un contacto temprano con comunidades y pacientes, así como con sistemas de salud de base local de primer y segundo nivel de atención en salud, para facilitar el desarrollo de competencias profesionales, que comprenden entre otras, el aspecto humano de los enfermos, sus familias y comunidades, así como, prepararlos para que aborden la salud como un proceso, en el que confluyen varios determinantes y condicionantes.

El programa se ha implementado durante 6 años en el municipio de Fraijanes del departamento de Guatemala, y producto de la experiencia obtenida, evaluación conjunta entre autoridades del departamento de medicina, autoridades locales de salud del municipio, docentes, y alumnos, se elaboró una sistematización del mismo, que ha permitido el desarrollo de un proceso de análisis y de reflexión crítica, generando el presente documento.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> El documento preliminar del PIC, fue elaborado para la implementación del programa, bajo la dirección del Dr. Enrique Chávez, director del departamento. Sobre esta base, se realizó el proceso de sistematización, con la finalidad de analizar e interpretar de forma integral y crítica la experiencia obtenida y generar un documento oficial que presente la organización del PIC.



## II. JUSTIFICACIÓN

Los futuros médicos (as) deben ser formados en relación a las necesidades de salud de sus sociedades. (3) El programa de formación debe incluir la perspectiva poblacional, así como poner énfasis en los principios y procedimientos que son costo-efectivos en el manejo de los recursos de salud. Las herramientas que nos permiten cumplir con estas premisas son:

1. Aprendizaje de salud comunitaria basado en la experiencia directa.
2. Epidemiología (sociocultural y clínica), estadística y economía como disciplinas básicas.
3. Conocimiento de los sistemas y servicios de salud de niveles primario, secundario y terciario.
4. Desarrollo de métodos de educación autodirigidos que incluyan la evaluación crítica y el uso eficiente de la información para resolver los problemas de salud.
5. El aprendizaje basado en las prioridades de salud
6. Formación de profesionales que conozcan y apliquen las acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, educación comunitaria y desarrollo de programas con impacto preventivo.

Para el aprendizaje relevante de la medicina es fundamental facilitar un proceso que permita conocer los determinantes de la salud: **la realidad biológica** integrada en un contexto coherente, **la realidad emocional y conductual** que afecta, modula y determina las acciones y decisiones que transforman la salud, del ser humano en forma permanente y finalmente **la realidad socioeconómica**, favoreciendo que el profesional se integre y coordine sus acciones con profesionales de otras disciplinas y sectores sociales .

La expectativa social es que el médico (a) debe ser además de médico (a) tratante frente al paciente, un buen miembro del equipo de salud, parte de un equipo de

investigación y análisis que junto con los demás profesionales y la población pueda analizar las formas más eficientes para resolver los problemas de salud. Para ello la educación debe basarse en metodologías que provean la experiencia en el aprendizaje lo cual se consigue a través del análisis de los problemas y de las necesidades de la población, experiencia que ofrece el PIC.

Los proyectos innovadores de formación de recursos humanos que se están consolidando en América Latina indican que su grado de éxito se asocia directamente con la medida en que han logrado quebrar el aislamiento, saltando los muros de la institución para asumir responsabilidades sociales, detectando las necesidades de la comunidad e identificando con ella los problemas y de ese modo, articulando posibles soluciones. En esa tarea se incrementa la importancia de las funciones del estudiante, del docente y de la propia institución que revalidan su misión social a través de una práctica relevante.

### III. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PIC

El PIC se desarrolla como un modelo de formación académica en servicio, para los estudiantes de medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la URL.<sup>3</sup> Se desarrolla con actividades contextuales en servicios de primer y segundo nivel de atención en salud, en los que se realiza una práctica de atención integral en salud, que a su vez es integrada a los servicios de salud, contexto local y comunitario. Se implementa en un espacio geográfico- poblacional establecido para el desarrollo de las intervenciones.

El enfoque del programa está centrado en la familia. Considera la importancia del rol que juegan los individuos, las familias y las comunidades para el autocuidado y mejoramiento de su salud, basado en la amplia experiencia sobre el éxito de la participación comunitaria en salud. (4)

El PIC define las competencias genéricas y específicas que se espera desarrollar en los estudiantes de 1° a 3er año y de la Práctica Profesional Supervisada – PPS-, que rotan por el programa, así como los niveles de instrumentación para el aprendizaje basado en competencias por medio de tres niveles: aprendizaje en docencia, aprendizaje en servicio y aprendizaje en investigación.

A partir del segundo semestre del 2010 se da inicio a la incorporación de estudiantes de 6º año que se encuentran en el Programa de Medicina Comunitaria –PMC- en su PPS, los cuales se distribuyen en tres grupos, uno de ellos asignado al PIC, en el área de Fraijanes. Lo que requiere que el PIC incorpore al equipo básico a los estudiantes de último año y defina las especificaciones sobre su perfil de desempeño y actividades a desarrollar en el marco de los programas del MSPAS.

---

<sup>3</sup> Actualmente el PIC se está desarrollando en el Distrito Municipal de Salud del Municipio de Fraijanes del departamento de Guatemala, el cual se ha seleccionado en base a indicadores técnicos de manera conjunta entre el MSPAS y el Departamento de Medicina de la URL

Aunado a ello la Facultad de Ciencias de la Salud, a través del Departamento de Medicina, realiza una alianza estratégica con el Instituto de Salud Incluyente para la incorporación de estudiantes de PPS en las áreas de implementación del Modelo Incluyente de Salud –MIS-, en el cual se encuentran bases conceptuales, estrategias programáticas y el fundamento de criterios y perspectivas acordes a los enfoques que se desean incorporar en la formación médica. Por lo que se debe continuar la revisión de incorporación de algunos elementos del Modelo del MIS, dentro del PIC, sobre todo las estrategias programáticas operativas, centradas en la comunidad, familia y el individuo. A través de los Programas:

- Programa Individual de Atención en Salud (PIAS)
- Programa Familiar de Atención en Salud (PFAS)
- Programa Comunitario de Salud (PCOS) (5)

### **III.1 OBJETIVOS DEL PIC**

#### **Objetivo General:**

Desarrollar competencias en la formación del médico egresado de la Universidad Rafael Landívar, que le permitan participar con ética, humanismo y liderazgo en el desarrollo de acciones que contribuyan a modificar los determinantes de la salud, en el contexto socioeconómico y cultural de Guatemala.

#### **Objetivos Específicos:**

A través de las prácticas de Interacción Comunitaria, el estudiante estará en capacidad de:

- Desarrollar un proceso de interacción social de base comunitaria para la integración del aprendizaje con base en la realidad y la atención a las necesidades en salud.

- Planificar e implementar acciones integradas: promoción y prevención en salud, atención clínica básica, tratamiento y rehabilitación de acuerdo al perfil epidemiológico local.
- Aplicar estrategias costo-efectivas, inter y multidisciplinarias, en el ámbito del primero y segundo nivel de atención, para mejorar las condiciones de salud.
- Profundizar en la importancia de la organización y participación social, sus formas de expresión y como sujetos de acciones en salud.
- Favorecer la proyección social universitaria mediante actividades académicas integradas.

### **III.2 VALORES DEL PIC**

- Ética
- Equidad
- Calidad
- Derecho a la salud
- Interculturalidad
- Excelencia académica

### **III.3 PRINCIPIOS DEL PIC**

- Separación de funciones: académicas, servicio e investigación
- Integralidad de las acciones en salud
- Eficiencia
- Promoción de los servicios de salud
- Coordinación con los niveles de atención en salud
- Coordinación y participación interinstitucional y comunitaria

## **IV. ELEMENTOS DEL PIC**

### **IV.1 Estrategias del programa**

- Proceso de inmersión social temprana, gradual, continua y sistemática.
- Enfoque de aprendizaje integrado centrado en el estudiante.
- Desarrollo de habilidades clínicas en la red de servicios de salud del municipio y acorde a los requerimientos epidemiológicos.
- Desarrollo de competencias profesionales para trabajo con el equipo de salud del municipio así como también con los otros actores del sector salud y con los mismos estudiantes.
- Aprovechamiento eficiente del espacio-población para la formación social y biomédica del profesional de la medicina a través de las prácticas clínica y comunitaria.
- Fomentar el pensamiento crítico, creativo y reflexivo a ser aplicado en la búsqueda de modelos explicativos y propuestas de solución a situaciones de salud-enfermedad de la familia y la colectividad.
- Enfoque de intervención centrado en la familia, atendiendo el ciclo de vida.
- Elaboración de sub programas para atención por ciclo de vida, diferenciando el nivel de intervención y docencia, según el ciclo académico de los estudiantes y competencias requeridas.
- Trabajar en un municipio, integrando la aplicación de los contenidos teóricos de las diferentes disciplinas: ciencias básicas, clínicas, biológicas, psicológicas, antropológicas, sociales, en esta unidad espacio-población.
- Trabajar con colectividades, familias e individuos construyendo un proceso de interacción social para el desarrollo de la salud.
- Mantener la vinculación entre el servicio, docencia e investigación en los procesos de enseñanza aprendizaje y proyección social.

## IV.2 Gestión académica

La educación médica, exige actualmente que se formen médicos capaces de contribuir al mejoramiento de la condición humana, de acuerdo a las necesidades de salud de cada país, y el uso racional y oportuno de los recursos con adelantos tecnológicos y científicos, actuando de manera eficaz, eficiente y ética.

Se proponen cambios de enfoque en la formación que van desde la selección de los estudiantes, selección de áreas de práctica más allá del área hospitalaria, enfoque comunitario, hasta la metodología de la enseñanza, (6) los cuales en el modelo del PIC se implementan de la siguiente manera:

- Realización de prácticas: se desarrollan en comunidades y servicios del primero y segundo nivel.
- Contenidos de formación: se desarrollan en el nivel de aprendizaje en docencia, los cuales se definen en base a las prioridades de salud del país, y el perfil epidemiológico del área de práctica. Se integran contenidos de las áreas de ciencias básicas, clínicas y sociales.
- Metodologías de aprendizaje: se centran en el estudiante, se seleccionan para que promuevan aprendizajes funcionales y significativos, basadas en las competencias generales y específicas. Prioriza Aprendizaje Basado en Problemas –ABP-, Aprendizaje Basado en Casos –ABC-, elaboración de proyectos, investigación contextual, trabajo en equipo, elaboración de portafolios de práctica.
- Evaluación formativa, sumativa y afectiva.
- Estimula procesos de autoevaluación, coevaluación y heteroevaluación.
- Promueve los valores éticos y sociales.

- Manejo de pacientes con énfasis en promoción de salud y prevención de enfermedades.
- Selección del personal docente, y formación continua en educación y psicopedagogía, además de expertos en el área disciplinar de la Salud Pública.
- Selección y promoción de estudiantes con valores y alto desempeño no sólo en lo académico, sino lo actitudinal.

### IV.3 Paradigma Pedagógico Ignaciano

La metodología que se propone en el PIC, está acorde también al proyecto educativo de la URL.

#### IV.3.1 Paradigma pedagógico Ignaciano, aplicado al PIC

**Contextualización:** los contenidos teóricos y prácticos son desarrollados en contextos reales lo que facilita el aprendizaje de los estudiantes, así como la sensibilización ante la realidad de salud y sus determinantes, en poblaciones concretas.

**Experimentación:** el programa provee a los estudiantes la facilidad de desarrollar procesos de aprendizaje activo partiendo de necesidades reales, a través de experiencias de prácticas cuidadosamente seleccionadas por el equipo docente, cuidando la integridad y respeto por las personas y comunidades con las que el estudiante tendrá relación.



**Reflexión:** como parte del proceso de humanización y sensibilización del estudiante, se pretende que desarrolle la capacidad de reflexión, entendiendo la salud como un proceso, y las variables que la afectan, analizando no sólo los problemas de salud, sino que también lo que está pasando en él como persona, en sus sentimientos, emociones, sensaciones, para que de ello se vuelva sobre sí mismo para estar en continua búsqueda de un cambio social y personal.

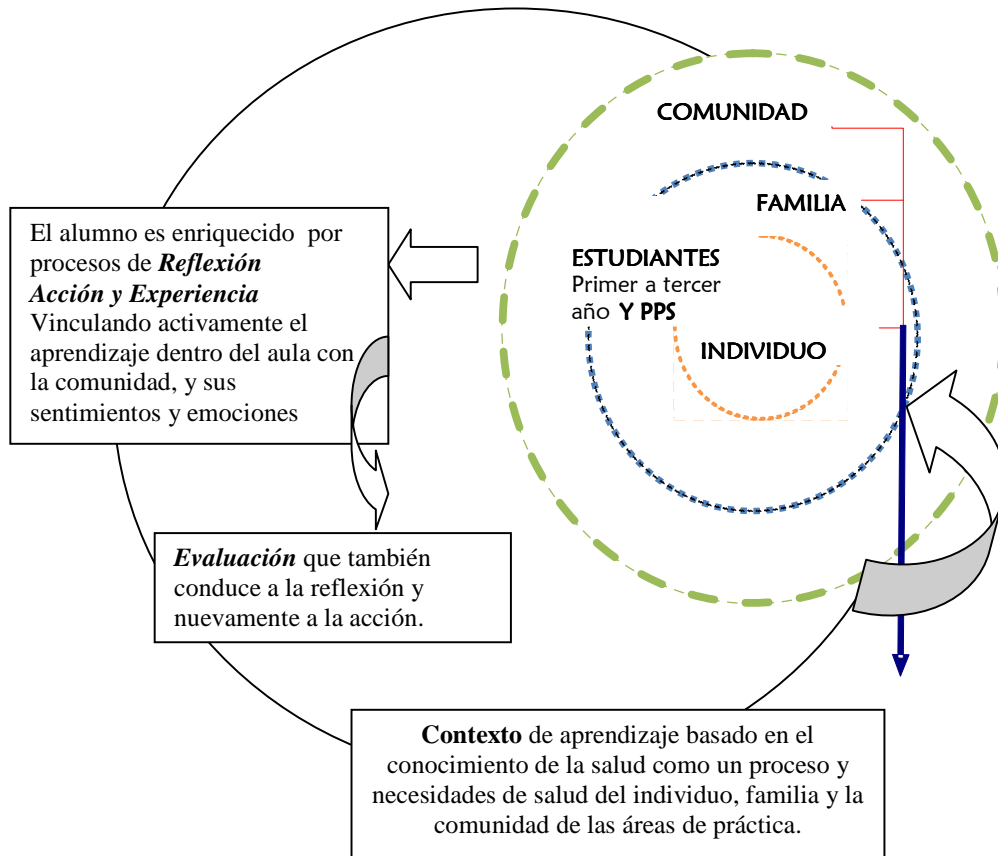
**Acción:** se busca una acción que parte de la reflexión, en la que hay conciencia del porqué accionar, que lleve al actuar con otros, en la que los estudiantes se sientan partícipes, propositivos y críticos. Teniendo en consideración el proceso personal del alumno, los objetivos académicos y las necesidades sociales.

**Evaluación:** se basa en los objetivos académicos, de acuerdo a las competencias requeridas. Se deben tomar en cuenta los procesos de evaluación académica para el estudiante, incluyendo la evaluación formativa y afectiva la cual debe de ser periódica, oportuna y personalizada, así como procesos sumativos, para la acreditación de aprobación de cada curso.

En la *gráfica 1* se muestra el esquema del proceso metodológico orientado en la práctica, centrado en el estudiante, con enfoque de familia, en el nivel individual y comunitario.

**Gráfica. 1**

**Proceso metodológico del paradigma pedagógico del PIC, de acuerdo a los niveles de análisis e intervención del programa**



Elaboración propia.

#### **IV.4 Organización del curso**

El curso se corresponde con el área de práctica comunitaria, diferenciando los créditos académicos de acuerdo al ciclo académico organizado según la *tabla 1*:

**Tabla 1.**  
**Organización general del PIC**

<b>Estructuración</b>	Cursos: IC I a la IV PMC/PPS
<b>Créditos</b>	Totales: 42 créditos prácticos IC I: 2 créditos prácticos en un semestre (Se sugiere que sean 8 como el resto de ciclos) IC II-VI: Cada curso: 8 créditos prácticos. Total: 40 créditos prácticos en 5 semestres. PMC/PPS: 80 créditos prácticos en un semestre
<b>Distribución por ciclo académico</b>	Semestre I-II: IC I-II Semestre III-IV: IC III-IV Semestre V-VI: IC V-VI Semestre XI ó XII: PMC/PPS
<b>Grados</b>	1°, 2°, 3°, 677° ( PPS)
<b>Area de Práctica</b>	Distrito Municipal de Fraijanes
<b>Instituciones</b>	Ministerio de Salud Pública y Asistencia social Incorporación de estrategias programáticas del MIS
<b>Horario</b>	Estudiantes de semestres I al VI: 7:00 a 13:00 1 vez a la semana Estudiantes de semestres XI o XII: 8:00 a 16:00 de lunes a viernes
<b>Organización de estudiantes</b>	4 grupos de cada ciclo académico, distribuidos un día a la semana, de lunes a jueves, en un mismo espacio geográfico-poblacional
<b>Docencia/Supervisión</b>	Docentes de dedicación completa: 1 docente por cada grado académico/ Supervisores de PPS 1 Coordinador-a del programa del PIC

## IV.5 Desarrollo de competencias en los estudiantes<sup>4</sup>

Es necesario que acorde a las competencias específicas requeridas, se vayan desarrollando de manera conceptual, con los respectivos niveles de dominio así como los indicadores que evidencien el logro de los mismos. En la sección 6 de este documento se desarrolla la estructura operativa por ciclo académico en el cual se ha elaborado un perfil de desempeño de los estudiantes, basado en las competencias requeridas según su nivel de formación. En el *anexo A* se coloca la planificación para el desarrollo de la competencia: *Aprendizaje Basado en Problemas*, que ha sido utilizado con estudiantes de primer año, durante el primer ciclo 2009 y 2010 y con estudiantes de PPS, durante el segundo ciclo 2010.

### Competencias Generales:

#### Básicas (Aprender a aprender)

1. Habilidades de comunicación verbal y escrita
2. Habilidades de relación y comunicación interpersonal
3. Destrezas en la toma de decisiones
4. Capacidad para trabajar en equipo
5. Comprensión lectora
6. Pensamiento analítico, crítico, sistémico
7. Curiosidad
8. Observación
9. Pensamiento lógico, reflexivo
10. Dominio idioma Inglés e idiomas locales

---

<sup>4</sup> Se han tomado las competencias propuestas en el documento preliminar del PIC, competencias fundamentales para la vida, tomadas de la revisión de Achaerandio, 2010 (7) y Competencias Médicas, Peinado, 2005 (8)

## **Personales (aprender a ser, aprender a convivir)**

1. Autoeficacia
2. Autoconfianza
3. Dominio de tensiones
4. Flexibilidad
5. Responsabilidad
6. Proactividad
7. Autoestima
8. Automotivación
9. Resolución de problemas
10. Conocimientos generales básicos.
11. Aprecio y respeto por la diversidad e interculturalidad, ecología
12. Solidaridad

## **Competencias específicas (Saberes y saber hacer)**

1. Valores y actitudes éticas en la práctica profesional
2. Capacidad de comunicación eficaz con la familia, paciente, comunidad y equipo de salud.
3. Capacidad para identificar los determinantes en el proceso de salud-enfermedad
4. Razonamiento crítico, epidemiológico y clínico
5. Habilidades clínicas básicas, mediante la oferta integrada de servicios
6. Conocimientos epidemiológicos
7. Conocimientos sociológicos
8. Habilidades docentes, para la educación de adultos
9. Capacidad de liderazgo, gestión y organización (administración)
10. Capacidad de investigación y evaluación
11. Competencias en salud pública
12. Competencias de trabajo efectivo en los sistemas de salud

#### IV.6 Competencias requeridas para los docentes del PIC

1. Valores y actitudes éticas en la práctica profesional
2. Conocimiento de la medicina basada en evidencia
3. Conocimiento y aceptación de la modalidad de educación médica innovadora del PIC, y del enfoque de la carrera de medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la URL.
4. Ser facilitadores de los procesos de aprendizaje de los estudiantes, ayudándoles a definir sus necesidades de aprendizaje, orientándoles para que desarrollen procesos de autonomía en la gestión de su propio aprendizaje
5. Capacidad de trabajo en equipo
6. Habilidades de comunicación interpersonal
7. Habilidades de razonamiento y pensamiento crítico, para promoverlo con sus estudiantes
8. Habilidad para ejercer funciones de “tutores” de aprendizaje
9. Habilidades profesionales, semiológicas, de comunicación, salud pública
10. Habilidad de autoaprendizaje continuo
11. Habilidades en el uso de las TIC
12. Conocer y aplicar diversas modalidades de evaluación: formativas, afectivas y sumativas
13. Promover espacios de autoevaluación y coevaluación con los estudiantes.
14. Conocimientos y habilidades para el abordaje de problemas de salud, de forma integral y multidisciplinar
15. Actitud de respeto y ética en la relación docente-estudiante, docente-paciente, docente-comunidad.

## **IV.7 Niveles de instrumentación para el aprendizaje**

Para el desarrollo metodológico del programa se prioriza el aprendizaje centrado en el estudiante, el cual se ha categorizado en tres niveles de instrumentación, con la finalidad de organizar los procesos y espacios de aprendizaje:

- Aprendizaje en Docencia
- Aprendizaje en Servicio
- Aprendizaje en Investigación

### **IV.7.1 Aprendizaje en Docencia**

Para cada ciclo académico se ha definido en conjunto con los docentes y equipo de coordinación académica, los contenidos mínimos que se deben abordar, a través de distintas metodologías de aprendizaje según la propuesta programática de acuerdo al ciclo académico y estrategias operativas a nivel individual, familiar y comunitario.

El PIC, establece la organización de contenidos diferenciados para el nivel de formación, especificando por separado los contenidos para los estudiantes de PMC/PPS, en quienes el abordaje es esencialmente práctico desarrollado en sesiones de tutoría y resolución de guías de aprendizaje basado en resolución de problemas, casos e investigaciones operativas. Estos contenidos, corresponden a los objetivos de aprendizaje, competencias, saberes e indicadores de logro, para que el desarrollo de intervenciones tenga una base académica.

La *tabla 2* presenta el nivel de aprendizaje en docencia, con sus respectivos contenidos según ciclo académico, para los tres primeros años.

**Tabla 2.**  
**Organización de Contenidos para el Aprendizaje en Docencia, según ciclo académico<sup>5</sup>**

<b>PRIMER AÑO</b>	<b>SEGUNDO AÑO</b>	<b>TERCER AÑO</b>
Introducción a familia y comunidad	Crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente	Crecimiento y desarrollo en todas las etapas
Organización comunitaria	Nutrición del niño y del adolescente	Prácticas familiares clave:
Organización del primer nivel de atención: ámbito institucional y comunitario	Prácticas familiares clave:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmunización</li> <li>• Evaluación nutricional por ciclo de vida</li> <li>• Lactancia materna</li> <li>• Alimentación y suplementación por ciclo de vida</li> </ul>
Participación comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmunizaciones</li> <li>• Micronutrientes</li> <li>• Prevención de accidentes en el hogar y en la escuela</li> <li>• Cuidado del niño enfermo</li> <li>• Búsqueda de atención</li> </ul>	Embarazo, control prenatal, complicaciones, puerperio
Diagnóstico local participativo	AIEPI componente clínico y de servicios de salud	Salud sexual y reproductiva por ciclo de vida
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Censo</li> <li>• Croquis</li> <li>• Encuestas</li> <li>• Grupos Focales</li> </ul>	Agudeza visual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexualidad</li> <li>• Planificación familiar</li> <li>• ITS, VIH/SIDA</li> <li>• Prevención de cáncer de cérvix, mama, próstata, colon</li> </ul>
Introducción al AIEPI, componentes clínico y comunitario	Estilos de vida saludables	Adicciones
Vigilancia del desarrollo del niño, en el contexto del AIEPI, en menores de 5 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentación</li> <li>• Actividad física</li> <li>• Sexualidad humana</li> <li>• ITS/VIH/SIDA</li> <li>• Prevención de adicciones</li> <li>• Habilidades para la vida: enfoque de protección</li> </ul>	Prevención de enfermedades crónicas
Prácticas familiares clave	Familia y comunidad	Historia clínica/familiar orientada a problemas, dispensarización de riesgos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo y crecimiento</li> <li>• Prevención de enfermedades</li> <li>• Asistencia domiciliaria</li> <li>• Buscar ayuda fuera del hogar</li> </ul>	Salud y medio ambiente	
Comunicación en salud	Enfoque de riesgo/enfoque poblacional	
Educación en salud para adultos	Historia clínica Historia familiar del niño y del adolescente	

La tabla 3 muestra los contenidos a reforzar o abordar con los estudiantes de PMC/PPS, en el semestre.

<sup>5</sup> Elaborados en consenso con los docentes del PIC, equipo de coordinación académica y director de Departamento de Medicina, junio de 2009.



**Tabla 3.**  
**Organización de contenidos<sup>6</sup> para el aprendizaje en docencia para los**  
**estudiantes de PMC/PPS<sup>7</sup>**

<i><b>PMC/PPS</b></i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico de la situación de salud de la comunidad/ ASIS</li> <li>• Sistemas de información en salud</li> <li>• Sala situacional</li> <li>• Conceptualización y bases teóricas de la vigilancia epidemiológica y sociocultural.</li> <li>• Protocolos de vigilancia epidemiológica y estudio de brotes</li> <li>• Modelos de gestión de participación comunitaria en salud</li> <li>• Estrategias de promoción de salud</li> <li>• Concepto de salud-enfermedad como proceso multidimensional</li> <li>• Determinantes de la salud</li> <li>• Interculturalidad y salud</li> <li>• APS, estrategias de atención integral por ciclo de vida</li> <li>• Prevención de enfermedades y estilos de vida saludables</li> <li>• Autocuidado de la salud</li> <li>• Comunicación en salud</li> <li>• Metodologías de capacitación con enfoque andragógico.</li> <li>• Elementos de planificación de programas de formación continua</li> <li>• Elementos para elaborar un programa de evaluación permanente.</li> <li>• Prevención y mitigación de desastres</li> <li>• Elaboración diagnóstica de riesgos y vulnerabilidades</li> <li>• Planes de emergencia familiares (MIS)</li> <li>• Planes de emergencia comunitarios (MIS)</li> <li>• La familia</li> <li>• Enfoque de riesgo familiar.</li> <li>• Violencia intrafamiliar.</li> <li>• Violencia basada en género.</li> <li>• Garantía de calidad</li> <li>• Normas de Atención en salud, del primero y segundo nivel de atención, MSPAS</li> </ul>

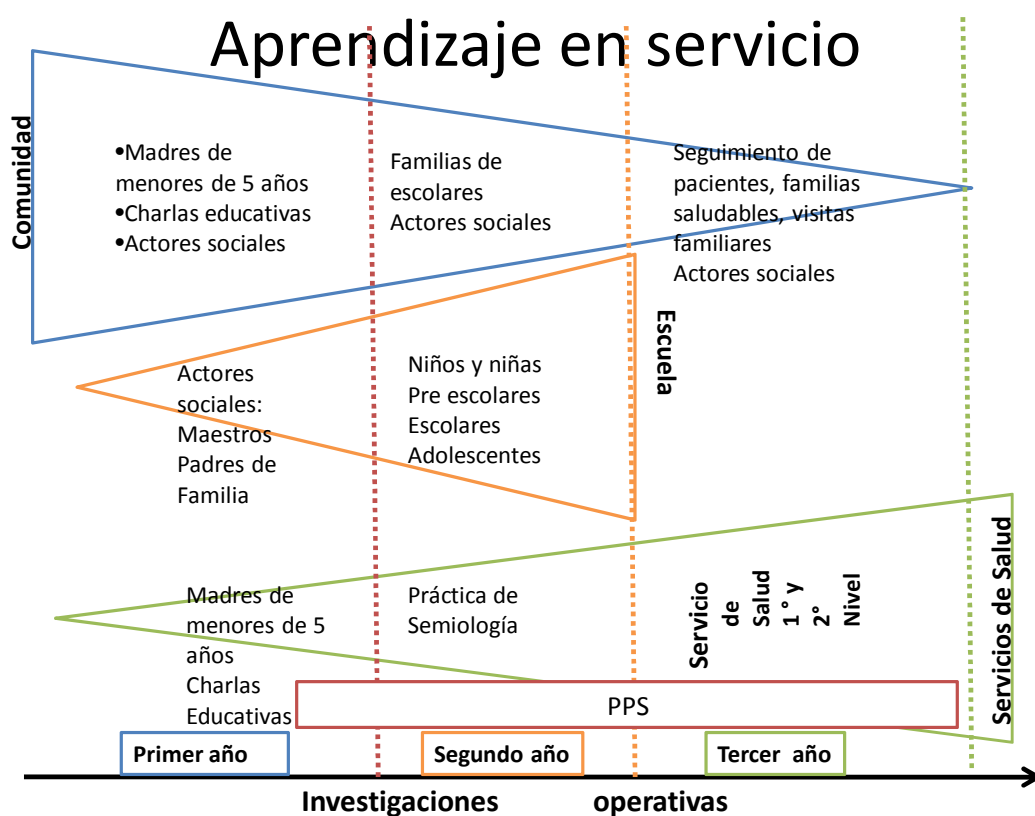
<sup>6</sup> Los contenidos para los estudiantes de PMC/PPS no se desarrollan a través de clases magistrales, se van desarrollando en las actividades de servicio, tutorías y resolución de guías de aprendizaje. Los temas se van adaptando de acuerdo a las demandas y conocimientos previos de los estudiantes.

<sup>7</sup> Elaborados por docentes del PIC. Agosto 2010

## IV.7.2 Aprendizaje en Servicio

Se han definido tres niveles de intervención: comunidad y su entorno, escuelas y servicios de salud. En los tres espacios se atiende al individuo, familia y comunidad, especificando el nivel de competencia requerido para los estudiantes.

**Gráfica 2.**  
**Organización de acciones, según ciclo académico, para el aprendizaje en servicio<sup>8</sup>**



Elaboración Propia

<sup>8</sup> Elaborado en consenso con los docentes del PIC, equipo de coordinación académica y director de Departamento de Medicina, junio de 2009

### IV.7.3 Aprendizaje en Investigación:

Para todo proceso de aprendizaje se requiere que en cada semestre los estudiantes realicen procesos de investigación acorde a sus competencias y proceso educativo, para iniciar la vinculación entre la docencia e investigación, como uno de los ejes fuertes en la educación médica. En la *tabla 4* se muestran los contenidos del aprendizaje en investigación de acuerdo al semestre académico.

**Tabla 4.**  
**Aprendizaje en investigación, según semestre.**

<b>PRIMERO (IC I-II)</b>	<b>SEGUNDO (IC III-IV)</b>	<b>TERCERO (IC V-VI)</b>
Análisis de determinantes de salud, en base a censo poblacional.	Línea de base en escuelas, comunidad o servicios de salud.	Línea de base, sobre principales problemas de salud, morbilidad, mortalidad.
Línea basal de registro de coberturas de micronutrientes, vacunas y desparasitación.	Investigaciones operativas desde otros cursos, aplicadas al contexto social, poblacional o clínico del área de práctica.	Investigaciones operativas desde otros cursos, aplicadas al contexto social, poblacional o clínico del área de práctica.
Encuestas de hogares sobre prácticas familiares clave.	Evaluación y acreditación de escuelas saludables.	Elaboración de registro, estadísticas y análisis epidemiológico de la atención en servicio y familias.
Participación en las Salas de Situación de Salud.	Participación en las Salas de Situación de salud.	Participación en las Salas de Situación de Salud.
Informe descriptivo de las actividades realizadas, resultados y análisis de resultados. Los estudiantes de PPS, participan activamente en los procesos de investigación, según necesidades operativas, ya sea en seguimiento a las investigaciones realizadas por los estudiantes de 1° a 3° o bien nuevas investigaciones. Los estudiantes de PPS, asumen el rol de coordinar y apoyar a los estudiantes de 1° a 3° en la realización de las salas de situación de salud, del PIC.		

## V. GESTIÓN ADMINISTRATIVA

### a. Selección de área de práctica

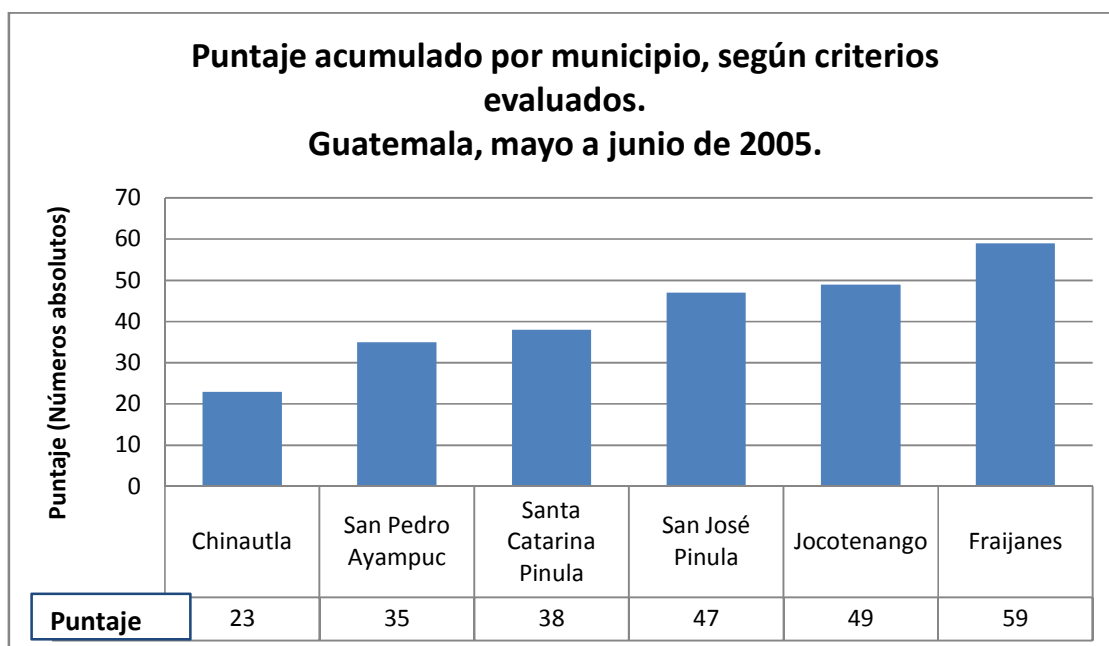
La selección del área de práctica es producto de un análisis basado en una serie de indicadores basados en el perfil de salud, condiciones de factibilidad del desarrollo de la práctica, riesgo social y logística necesaria para continuar con el programa de estudios. Esto con la finalidad de poder establecer criterios objetivos por medio de una metodología que asegure el éxito de la escogencia del área de práctica, la cual debe continuar con el mismo método para la selección de espacios macro y micro para intervenciones.

Los criterios son ponderados en base a prioridades tales como:

- Necesidades de atención de salud basada en indicadores.
- Condiciones para el desarrollo de la práctica clínica básica, comunitaria, docencia e investigación.
- Nivel de riesgo social para el ejercicio la práctica.
- Logística básica y accesibilidad para continuar el pensum general de estudios.

El municipio de Fraijanes del Departamento de Guatemala, fue elegido por reunir las condiciones requeridas, obteniendo el mayor puntaje, entre los 6 municipios previamente seleccionados, como puede verse en la *gráfica 3*.

**Gráfica 3**  
**Selección de Área de Práctica, por puntaje obtenido**  
**según criterios evaluados<sup>9</sup>**



#### **b. Organización de la práctica comunitaria**

Se plantea un reordenamiento y coordinación de la práctica, que abarque los componentes de sectorización, coordinación inter institucional, y reordenamiento de la distribución de los estudiantes y docentes.

El programa propuesto con estas características tendrá que ser dinámico, participativo y pertinente a la realidad socio cultural de cada una de las comunidades seleccionadas.

Deberá contemplarse el avance de acciones en cada año de presencia comunitaria, para evitar el agotamiento de acciones limitadas a cada año de

<sup>9</sup> El detalle de los criterios de selección, de acuerdo a las categorías y los respectivos puntajes se pueden consultar en el documento preliminar de la carrera. (1)

formación. De tal manera, que en la medida que el estudiante avanza en su proceso de aprendizaje, las comunidades mismas se potencian en sus procesos de participación y empoderamiento para la organización y coordinación a nivel institucional y comunitario.

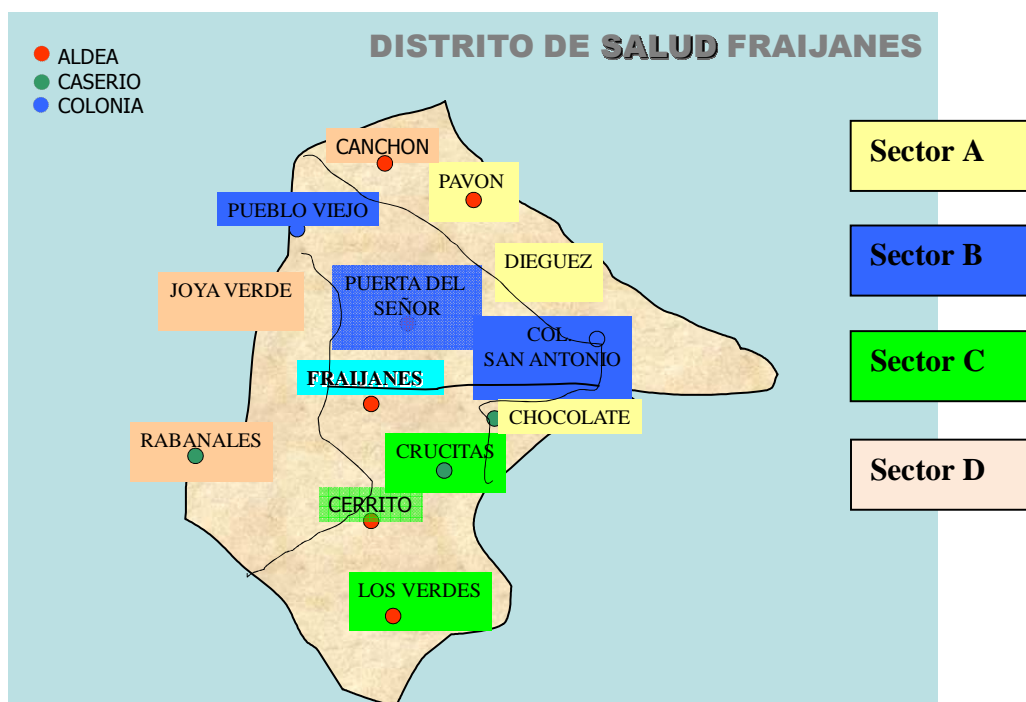
### **c. Sectorización**

Se plantea la sectorización del municipio, de acuerdo a su distribución geográfica, acceso, población, disponibilidad de servicios de salud y presencia de personal local de salud. Cada sector podrá estar conformado por 3 ó 4 comunidades. El número de sectores y de familias por sector no será uniforme sino que dependerá de los factores antes mencionados, con la finalidad de garantizar el acceso y atención de la población atendiendo las capacidades del equipo de salud tanto a nivel universitario como institucional.

El objetivo es definir espacios geográficos y poblacionales para la organización de las intervenciones, que faciliten el monitoreo y evaluación de procesos y resultados. (6)

A partir del segundo ciclo del 2007, en el área de Fraijanes se ha realizado la sectorización con fines académicos, lo que no afecta la distribución de la red de servicios y programas del MSPAS en el área. *Figura 1.*

**Figura 1.**  
**Sectorización para intervenciones en el Municipio de Fraijanes,**  
**Departamento de Guatemala.<sup>10</sup>**



**d. Conformación de Equipos Básicos de Salud**

Cada sector será cubierto por un equipo básico de salud multidisciplinares, conformado por diferentes niveles.

**El nivel universitario,** que estará bajo la responsabilidad directa del Departamento de Medicina de la URL, contemplando la incorporación progresiva

<sup>10</sup> Actualmente en coordinación con el Distrito, se realizan intervenciones con estudiantes de 3 ° año y PPS en la Colonia Puerta del Señor, ubicada en el sector B. Estudiantes de 1°, 2° en la Aldea Los Verdes, ubicada en el sector C, y estudiantes de 1°, 2° y PPS, en las Aldeas de El Cerrito, sector C y Los de Diéguez, sector A. Se espera continuar con el ordenamiento para focalizar las intervenciones de estudiantes de diferentes años en un mismo espacio geográfico-poblacional.

de estudiantes de Práctica Profesional Supervisada de las diversas disciplinas de formación en salud de la Facultad de Ciencias de la Salud.

- Estudiantes de Primer año de medicina
- Estudiantes de Segundo año de medicina
- Estudiantes de Tercer año de medicina
- PPS PMC
- PPS nutrición <sup>11</sup>
- Estudiantes de enfermería<sup>12</sup>
- Docente de PIC, por ciclo académico/ o por áreas programáticas
- Docente supervisor de PPS
- Coordinador de PIC<sup>13</sup>

El número de estudiantes por semestre variará dependiendo del número de estudiantes inscritos. En promedio, se estima por los datos históricos, la conformación de equipos que confluyen en un día de actividad comunitaria, como se muestran en la *tabla 4*.

**Tabla 4.**  
**Distribución de estudiantes de medicina, por sector de intervención en un día de práctica**

<b>Semestre</b>	<b>No. De estudiantes</b>	<b>Total</b>
I Y II	20-25	51
III Y IV	15	
V Y VI	10	
PMC/PPS	1	

---

<sup>11</sup> Con los estudiantes de PPS de la licenciatura de nutrición se realizan actividades puntuales en la práctica comunitaria y de servicio, pero aún no se cuenta con la incorporación sistemática dentro del modelo del PIC.

<sup>12</sup> No se cuenta actualmente con estudiantes de enfermería.

<sup>13</sup> El coordinador del PIC, mantiene las líneas de comunicación y coordinación del PMC/PPS para el área de intervención del PIC, de acuerdo a los lineamientos del coordinador del PMC/PPS.



**Nivel Institucional:** es parte del sistema de salud, bajo la dirección del Distrito Municipal de Fraijanes. Es indispensable la coordinación y participación activa de ambos equipos, para la realización del PIC, cuyo coordinador tomará como base la aplicación de normas de atención del primer y segundo nivel de atención del MSPAS, aunque tendrá la libertad de planificar acciones a nivel comunitario, familiar e individual, que pueden ampliar la focalización de los servicios establecidos por el MSPAS, para brindar una atención más integral y ampliar el contexto de aprendizaje de los estudiantes.

El recurso humano del nivel institucional incluye:

- Director del Distrito Municipal de Salud
- Auxiliares de enfermería de los puestos de salud
- Inspectores de saneamiento ambiental (de acuerdo a requerimiento)
- Equipo del programa extensión de cobertura
- Otros recursos de instituciones municipales o de otros sectores, vinculados al Distrito Municipal de Fraijanes

**Nivel Comunitario:** para el desarrollo exitoso del PIC, se requiere que se promueva y mantenga un buen nivel de coordinación entre los diferentes actores sociales que se encuentran en los sectores de práctica, para promover la participación comunitaria, y empoderamiento en acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades.

En este nivel participan:

- Líderes locales
- Facilitadores institucionales
- Facilitadores comunitarios
- Comadronas
- Terapeutas
- Sector educación
- Grupos religiosos
- Otros

**Nivel Municipal:** la coordinación e involucramiento del sector municipal, será importante para las intervenciones, sobre todo en lo que se refiere a la organización y participación comunitaria, servicios e infraestructura básica, como agua potable, drenajes, manejo adecuado de desechos sólidos, entre otros<sup>14</sup>.

- COCODES
- Alcalde
- Concejal de salud
- Redes y otros actores sociales ya establecidos

**e. Coordinación interinstitucional:**

Se hace necesaria la coordinación continua con el Distrito Municipal de Fraijanes, estableciendo reuniones bimensuales de monitoreo y toma de decisiones para las intervenciones requeridas. Es función como parte de la rectoría del MSPAS, que el Distrito de Salud mantenga la coordinación ampliada con la ONG encargada de extensión de cobertura, específicamente con el personal local, integrado por médico ambulatorio, facilitadores institucionales y comunitarios, así como otros actores sociales.

**f. Recursos: humanos, materiales, físicos**

*Recursos Humanos.* Para el desempeño del PIC, se establece un equipo básico de docentes en el área de práctica quienes a nivel general desempeñan funciones de gestión del aprendizaje, programación de cursos y actividades pedagógicas, implementación de metodologías de aprendizaje innovadores, tutorías y seguimiento académico, producción científica.

---

<sup>14</sup> Los procesos de acciones con la comunidad y otros actores sociales, se ha visto muy limitada por el tiempo de presencia en las áreas de práctica de los estudiantes ya que se espera que con la incorporación de los estudiantes de PMC/PPS, se establezcan mecanismos de coordinación intersectorial más fortalecidos.

Los docentes son contratados como docentes de dedicación completa, por 12 meses, debido a la supervisión de los estudiantes de PPS.

La coordinación del PIC debe encargarse de la gestión administrativa del programa, orientar la gestión académica en consenso con el equipo docente experto en el área de salud pública y psicopedagógica. Mantener la vinculación y coordinación con las autoridades de salud y locales de las áreas de práctica. Establecer los insumos e instrumentos de monitoreo y supervisión de la práctica.

*Recursos materiales.* La gestión del PIC requiere que se cuente con un presupuesto que garantice los insumos para el desarrollo de las intervenciones, tales como papelería, equipo básico de atención, equipo descartable, insumos para laboratorio, fichas clínicas, recetarios, hojas de recordatorio de medicamentos, reproducción de boletas para censos, encuestas, impresiones de material para uso de la docencia, afiches, rotafolios, viáticos para la supervisión, combustible, teléfono, equipo de audiovisuales: cañonera, computadoras, laptop, pantalla, impresoras, entre otros. Esto se hará en función de la programación anual y asignación presupuestaria, la cual debería de responder a las necesidades de la aplicación del modelo en la práctica.

*Recursos físicos.* El MSPAS proveerá los espacios físicos de los servicios de salud locales para el desarrollo de las actividades prácticas. Estos deben tener los requerimientos mínimos para la atención personalizada, espacios en los que puedan converger los estudiantes, pacientes y personal de salud. La municipalidad, deberá garantizar los espacios físicos para la docencia directa, tutorías académicas, y discusión de casos en los sectores de intervención y también facilitar el uso de salones comunitarios, escuelas para las actividades que requieran de participación comunitaria, inclusive facilitar el transporte para aquellas actividades en que no se pueda contar con vehículos de la universidad.

## VI. DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES EN SERVICIO

### VI.1 Estructura operativa por ciclo académico de acuerdo a las estrategias programáticas de intervención a nivel individual, familiar y comunitario

**Tabla 4.**  
**Perfil de desempeño de los estudiantes de primer año de acuerdo a las estrategias programáticas**

Nivel Individual/ PIAS	Nivel Familiar/PFAS	Nivel Comunitario/PCOS
<p>Apoya y colabora en actividades puntuales<sup>15</sup> de acuerdo a demanda, en coordinación con estudiantes de los años más avanzados, bajo la supervisión docente.</p> <p>Aplica estrategias de APS en atención al Programa de Atención Integral al Niño y a la Madre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AIEPI</li> <li>• Educación sobre Prácticas Familiares Clave.</li> </ul>	<p>Desarrolla acciones puntuales del Programa de Atención Integral al Niño y a la Madre.</p> <p>Realiza visita familiar integral de acuerdo a riesgos.</p> <p>Visita a familias para plan educacional de acuerdo a nivel de intervención.</p> <p>Educación sobre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prácticas familiares clave</li> <li>• Cuidados prenatales</li> <li>• Signos de peligro durante el embarazo</li> </ul>	<p>Se introduce en la Comunidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estructura social y poblacional: censo</li> <li>• Estructura geográfica, croquis</li> <li>• Participación comunitaria y poder local</li> <li>• Identificación de líderes comunitarios</li> <li>• Fortalecimiento de organizaciones comunitarias</li> <li>• Gestiones comunitarias</li> </ul> <p>Integra los aspectos socio culturales en la atención de primer nivel</p> <p>Analiza de forma integral la situación de salud, para la priorización de problemas y propuestas de intervención</p> <p>Aplica estrategias de información y comunicación en salud</p> <p>Identifica el primer nivel de atención en el Municipio de Fraijanes</p>
<p>Apoya y participa en la preparación de sala situacional de salud, toma de decisiones y planes de acción (enfatisa indicadores de resultado), equipo de salud, COCODES, COMUDES y representantes comunitarios de sectores</p>		

<sup>15</sup> Campañas de vacunación, jornadas de detección de Cáncer de cérvix, jornadas oftalmológicas, y otras.

**Tabla 5.  
Perfil de desempeño de los estudiantes de segundo año de acuerdo a las estrategias programáticas**

<b>Nivel Individual/ PIAS</b>	<b>Nivel Familiar/PFAS</b>	<b>Nivel Comunitario/PCOS</b>
<p>Aplica estrategias de información y comunicación en salud Historia clínica individual Examen físico</p> <p>Participa en intervenciones de promoción de salud y prevención al pre escolar, escolar y adolescente.</p> <p>Intervenciones puntuales de acuerdo al Programa de Atención Integral al escolar y adolescente.</p> <p>Instrumenta desde el curso de semiología el examen físico y la elaboración de historia clínica.</p>	<p>Aplica estrategias de información y comunicación en salud.</p> <p>Se le asignan familias de acuerdo a riesgos identificados.</p> <p>Llena ficha de atención familiar</p> <p>Identifica las necesidades en salud a nivel familiar por ciclo vital</p> <p>Visita a familias para plan educacional e intervención de acuerdo a nivel de intervención</p>	<p>Participa en saneamiento ambiental Identificar determinantes, factores y grupos de riesgo en la comunidad escolar.</p> <p>Identifica el camino del enfermo en la comunidad escolar.</p> <p>Identifica el perfil de morbimortalidad desde el nivel institucional y comunitario.</p> <p>Analiza los riesgos y propuestas de planes de prevención, mitigación y atención ante desastres, coordinado con los grupos organizados y autoridades locales.</p> <p>Participa en la acreditación de escuelas saludables.</p> <p>Realiza charlas de prevención y promoción en salud de acuerdo a prioridades o según necesidades de la comunidad escolar.</p> <p>Inicia actividades de vigilancia epidemiológica e investigación epidemiológica de campo</p>
<p>Apoya y participa en la preparación de sala situacional de salud, toma de decisiones y planes de acción (enfatisa indicadores de resultado), equipo de salud y COCODES, COMUDES, representantes comunitarios de sectores Desarrolla actividades de administración y gerencia e investigación.</p>		

**Tabla 6.**  
**Perfil de desempeño de los estudiantes de tercer año de acuerdo a las estrategias programáticas**

<b>Nivel Individual/ PIAS</b>	<b>Nivel Familiar/PFAS</b>	<b>Nivel Comunitario/PCOS</b>
<p>Implementa intervenciones de los Programas de Atención Integral, según el ciclo de vida.</p> <p>Continúa realizando historias clínicas y examen físico.</p> <p>Continúa estrategias de atención integral al binomio madre niño.</p> <p>Evalúa integralmente a los miembros de la familia o los pacientes de los servicios de salud, en todos los ciclos de vida.</p> <p>Inicia abordaje integral de casos clínicos prevalentes <sup>16</sup>:</p> <p>Conoce y aplica el uso racional de medicamentos, bajo la supervisión docente.</p>	<p>Participa en la oferta de servicios de acuerdo a necesidades identificadas por ciclo vital.</p> <p>Realiza intervenciones de los Programas de Atención Integral según el ciclo de vida.</p> <p>Registra información de servicios proveídos.</p> <p>Participa en acciones de educación en salud fomentando prácticas y mensajes familiares claves en salud.</p>	<p>Prepara y analiza sala situacional mensual, toma de decisiones y planes de acción (enfatisa indicadores de resultado), con el equipo de salud y la comunidad (COCODE, COMUDES)</p> <p>Analiza a profundidad los determinantes de morbilidad y/o mortalidad prevalentes (con participación comunitaria)</p> <p>Identifica factores y grupos de riesgo en la comunidad.</p> <p>Identifica y describe los caminos del enfermo en la comunidad.</p> <p>Participa en las eestrategias de municipios saludables.</p> <p>Continua actividades de vigilancia epidemiológica e investigación epidemiológica de campo</p>
<p>Prepara y coordina con el apoyo de los estudiantes de 1º, 2º y PPS la sala situacional de salud, participa en la toma de decisiones y planes de acción (enfatisa indicadores de resultado), equipo de salud y COCODES, COMUDES, representantes comunitarios de sectores</p> <p>Desarrolla actividades de administración y gerencia en los servicios de salud.</p> <p>Desarrolla actividades de vigilancia epidemiológica.</p> <p>Desarrolla actividades de investigación.</p>		

<sup>16</sup> Abordaje integral de casos clínicos prevalentes: examen físico, pruebas básicas de laboratorio, epidemiología, causalidad, diagnóstico diferencial, tratamiento, referencia y respuesta

**Tabla 7.**

**Perfil de desempeño de los estudiantes de PPS de acuerdo a las estrategias programáticas**

**a) Programas Individual, Familiar y Comunitario**

<b>Nivel Individual/ PIAS</b>	<b>Nivel Familiar/PFAS</b>	<b>Nivel Comunitario/PCOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participa en la atención directa en clínicas de PS</li> <li>• Brinda atención por ciclo de vida, de acuerdo a subprogramas de atención integral.</li> <li>• Aplica las normas de atención en salud para el primero y segundo nivel de atención de salud.</li> <li>• Clasifica a individuos en riesgo.</li> <li>• Desarrolla intervenciones de acuerdo a la clasificación.</li> <li>• Realiza acciones de prevención, curación y rehabilitación.</li> <li>• Aplica la referencia y contrareferencia de casos.</li> <li>• Brinda seguimiento a casos puntuales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realiza la ddetección de familias: censo, escuela o servicios de salud.</li> <li>• Hace visitas familiares</li> <li>• Clasifica familias en riesgo.</li> <li>• Realiza intervenciones según clasificación de riesgos familiares.</li> <li>• Da seguimiento de casos puntuales de atención en servicios.</li> <li>• Da seguimiento de casos puntuales de atención escolar.</li> <li>• Realiza vigilancia epidemiológica.</li> <li>• Desarrolla acciones de promoción de salud.</li> <li>• Aplica la prevención de enfermedades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica actores sociales</li> <li>• Participa en la realización del Diagnóstico de Salud, ASIS, o líneas basales, para la elaboración del perfil epidemiológico local.</li> <li>• Promueve la coordinación local, municipal y con servicios de salud.</li> <li>• Promueve la organización y participación comunitaria en salud.</li> <li>• Promueve actividades de educación en salud a nivel comunitario.</li> <li>• Verifica la realización y/o actualización de croquis por estudiantes de otros ciclos.</li> <li>• Verificar que en los PS cuenten con los listados de jefes de familia para las intervenciones.</li> <li>• Verifica la realización y/o actualización de censo, el manejo de los datos y la interpretación de los resultados</li> <li>• Clasifica comunidades en riesgo.</li> <li>• Participa en intervenciones según la clasificación de riesgos comunitarios.</li> <li>• Participa en la elaboración de planes de emergencia, junto con otros actores sociales.</li> </ul>

**Tabla 8.**  
**Perfil de desempeño de los estudiantes de PPS de acuerdo a las estrategias programáticas**  
**b) Vigilancia Epidemiológica**

<b>Vigilancia Epidemiológica</b>
<p><b>Vigilancia Epidemiológica socio-cultural:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es responsable de la vigilancia epidemiológica del sector asignado, utilizando información de los tres programas: PCOS, PFAS, PIAS</li> <li>• Reporta y notifica las enfermedades obligatorias, semanalmente, utilizando los formatos del SIGSA 18</li> <li>• Realiza vigilancia activa y pasiva de las enfermedades priorizadas según perfil epidemiológico, del área de práctica</li> <li>• Se apoya en el análisis de los datos obtenidos del censo comunitario y la línea basal, para el conocimiento de los determinantes de la salud, en el área de práctica</li> </ul> <p><b>Investigación Epidemiológica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordina la investigación participativa con grupos sobre las concepciones de salud locales, modelos de atención de salud locales y manejo de brotes, con el apoyo de las brigadas de emergencia de alumnos del PIC.</li> <li>• Investiga y maneja los factores de riesgo-protectores de la población.</li> <li>• Realiza informes de todas las actividades de investigación epidemiológica, los cuales deben ser entregados al Distrito de Salud, a la enfermera del PS y al Tutor de PPS.</li> <li>• Revisa, construye, e interpreta corredores endémicos, desde el Distrito Municipal, para su área de práctica</li> </ul> <p><b>Análisis de situación de salud socio-cultural</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoya a la auxiliar de enfermería en el registro de la información, elaboración de informes mensuales</li> <li>• Verifica o construye los indicadores para la Sala de Situación de Salud, con componentes de los programas PCOS, PFAS, PIAS</li> <li>• Actualiza la Sala de Situación de Salud, junto con la AE</li> <li>• Participa en las Salas de Situación de Salud, en el Distrito quincenalmente, según calendario.</li> <li>• Organiza la Sala de situación de Salud, del PS con la participación de actores sociales comunitarios, estudiantes de 1° a 3°, en las semanas programadas por el PIC</li> <li>• Realiza sus informes y reportes mensuales sobre los datos, indicadores y análisis de la situación de salud, en los programas: PCOS, PFAS Y PIAS</li> </ul>



**Tabla 9.**  
**Perfil de desempeño de los estudiantes de PPS de acuerdo a las estrategias programáticas**  
**c) Gestión de Servicios de Salud**

<b>Gestión de Servicios de Salud</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realiza una caracterización de los servicios del primer nivel de atención de salud, en el ámbito institucional</li> <li>• Planifica las acciones del PIAS, con la enfermera del PS</li> <li>• Organiza junto con la enfermera del PS la asistencia clínica, referencia y contrareferencia, incluyendo los casos atendidos por estudiantes de tercer año.</li> <li>• Fortalece las competencias clínicas de la enfermera en el PS</li> <li>• Orienta a los estudiantes de 1º, 2º y/o 3º, en las acciones básicas de planificación de intervenciones que demanden uso de recursos del PS</li> <li>• Verifica la existencia de insumos básicos para el trabajo en el PS, como papelería, material descartable.</li> <li>• Apoya a la enfermera del PS, en acciones de gestión de servicios, de acuerdo a necesidades</li> </ul>

## **VI.2 Estructura por sub programas de acuerdo a estrategias programáticas**

Para la organización de las intervenciones en cada nivel de intervención según las áreas programáticas, comunidad, familia e individuo, se han organizado las intervenciones según ciclo de vida<sup>17</sup>, de acuerdo a la *tabla 10*.

---

<sup>17</sup> Se realizó una revisión de los contenidos de intervenciones de acuerdo a los niveles de análisis-acción del PIC, individuo, familia y comunidad, y de acuerdo al modelo del MIS, se han tomado algunas acciones o nombre de las mismas, con la finalidad de homologar los términos e implementar las acciones que puedan ser exitosas y de mayor impacto en las áreas de intervención del PIC. Revisión realizada por docentes del PIC y coordinación del PIC, agosto de 2010.

**Tabla 10.**

**Definición de intervenciones por sub programas para cada estrategia programática<sup>18</sup>**

SUBPROGRAMA	PCOS	PFAS	PIAS
SALUD INFANTIL	Diagnóstico local participativo: salud infantil Educación a grupos: madres y/o cuidadoras sobre signos de peligro en el/la infante Prácticas Familiares Clave	Consejería sobre alimentación y nutrición del/la infante.  Consejería sobre desarrollo del/la infante	Control de crecimiento y desarrollo Inmunizaciones Suplementación Referencia en casos indicados
SALUD PREESCOLAR/ ESCOLAR	Escuelas promotoras de la salud : Diagnóstico y plan con participación de maestros, padres, estudiantes. Actividades educativas sobre: Medio Ambiente Equidad de género Educación sexual Higiene personal	Visitas familiares para establecer riesgos específicos	Examen físico anual Antropometría Desparasitación interna y externa Suplementación con hierro y ácido fólico Examen de agudeza visual y auditiva. Fluorización Jornadas escolares de inmunización
SALUD DE LOS Y LAS ADOLESCENTES	Actividades con grupos organizados de adolescentes sobre temas de: Salud sexual y reproductiva Adicciones	Establecer factores de riesgo específicos del adolescente  Reconocer hábitos individuales y familiares preventivos y curativos.	Atención clínica integral Atención materna a adolescentes Consejería individual sobre salud sexual y reproductiva.
SALUD DE LAS MUJERES	Actividades con grupos organizados sobre temas de género y derecho a la salud. Fortalecimiento del plan de emergencia comunitario	Visitas domiciliarias según necesidades.	Consulta y atención clínica general Atención materna Planificación familiar Papanicolaou
SALUD DE LOS HOMBRES	Diagnostico participativo comunitario. Se crean, gestionan y ejecutan proyectos de desarrollo comunitario.	Visitas domiciliarias	Consulta y atención clínica integral
SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES	Diagnóstico participativo comunitario. Se crean, gestionan y ejecutan proyectos para el adulto mayor	Visitas domiciliarias	Consulta y atención clínica
ATENCIÓN AL AMBIENTE	Jornadas de deschatarrización <sup>19</sup> . Proyectos de saneamiento	Visitas domiciliarias para identificación de factores de riesgo ambiental	Inmunización contra la rabia.

<sup>18</sup> Estructura y contenidos elaborados por docentes y coordinador del PIC, agosto 2010, tomando la base de la experiencia desarrollada por el PIC en Fraijanes, durante los años 2007 a 2010 y bases del MIS.

<sup>19</sup> Medida de control físico, consistente en la eliminación de chatarra que puede ser criadero de zancudo.

### VI.3 Clasificación de riesgos por niveles de intervención

Para el desarrollo de acciones ordenadas en los tres niveles de intervención, se realiza una clasificación de riesgos a nivel comunitario, familiar e individual. Estos riesgos se clasifican en los diferentes momentos de intervenciones realizadas en cada área programática.

En las *tablas 11, 12 y 13* se establecen las intervenciones básicas que deben realizarse según el riesgo y el estudiante responsable. Cada una de ellas se reporta diaria, semanal o mensualmente, o semestralmente.

**Tabla 11.**

#### **Clasificación de comunidades en riesgo, intervenciones y responsables, según nivel académico y coordinación interinstitucional**

<b>Clasificación Riesgo</b>	<b>Intervención</b>	<b>Responsable</b>
Comunidad con difícil acceso a servicios de salud <sup>20</sup> .	Evaluar recursos locales: comadronas, curanderos, otros. Capacitar y coordinar la participación del recurso local para la promoción.	Estudiantes de Primer y Tercer año. PPS Servicios de salud ONG
Comunidad con baja participación en salud <sup>21</sup> .	Promover la participación de la comunidad y grupos organizados, Involucrarlos en las Salas Situacionales y la toma de decisiones.	Estudiantes de primero a tercer año.
Comunidad con riesgo a desastres epidémicos <sup>22</sup>	Apoyo para la elaboración de plan comunitario de emergencias. Mejoramiento de servicios básicos.	Estudiantes de segundo y tercer año. PPS Coordinación interinstitucional
Comunidad con riesgo a desastres naturales <sup>23</sup>	Apoyo para la elaboración de plan comunitario de emergencias.	Estudiantes de segundo año. PPS Coordinación interinstitucional
Comunidad con riesgo social <sup>24</sup>	Fortalecimiento de la organización local, empoderamiento e intervenciones específicas de acuerdo a necesidades.	Estudiantes de los tres años de acuerdo a necesidades. PPS Coordinación Municipal

<sup>20</sup> Comunidad sin servicios de puesto de salud, centro de convergencia y o extensión de cobertura que le cubre con más del tiempo requerido.

<sup>21</sup> Comunidad con baja participación: no tienen grupos organizados para los temas de salud. Los comités o grupos existentes no priorizan el tema de la salud. Los habitantes participan únicamente en actividades programadas externamente, no toman parte de las decisiones de la comunidad.

<sup>22</sup> Comunidad con riesgo de desastres epidémicos: no tienen agua potable, carencia de drenajes, inadecuada disposición de basuras y excretas, agua acumulada en recipientes no adecuados.

<sup>23</sup> Vulnerabilidad física por tipo de construcción de viviendas, caminos comunales, pendientes, riesgo por derrumbes, inundaciones.

<sup>24</sup> Riesgo social: bajo nivel de escolaridad, poca organización o escasa participación comunitaria, presencia de maras o niños o jóvenes en colerización. Evaluar procesos de producción, consumo y socio-culturales.

**Tabla 12.**  
**Clasificación de riesgos a nivel familias, intervenciones y responsables según nivel académico**

<b>Clasificación/Riesgo</b>	<b>Intervención</b>	<b>Responsable</b>
Familia sin menores de 5 años sin otros riesgos asociados	Actualización de datos, censo Visita anual	Estudiantes de primer año
Familia con menores de 5 años	Controles generales <sup>25</sup> de niños y niñas menores de 1 año Dos visitas anuales Controles generales de niños y niñas de 1 a 2 años de 2 a 5 años 1 visita semestral	Estudiante de segundo año Estudiante de primer año
Familias en riesgo por características del medio de la vivienda <sup>26</sup>	Plan educacional Visitas trimestrales	Estudiantes de segundo año Estudiantes de primer año
Familias con embarazadas controles prenatales pendientes	Plan educacional Controles generales <sup>27</sup>	Estudiantes de segundo/tercer año Servicio de salud
Familias con muerte infantil en los últimos 12 meses	Acompañamiento Controles generales como a familia con menores de 5 años	Estudiantes de tercer año PPS
Plan de emergencia familiar	Apoya a la familia a establecer un plan para emergencias materno infantiles y ante desastres	Estudiantes de tercer año PPS Actores sociales
Visita familiar puntual <sup>28</sup>	Plan educacional Seguimiento Evaluación de acuerdo a necesidades	Estudiantes de segundo/tercer año, PPS
Familias con problemas nutricionales <sup>29</sup>	Referencia al servicio de salud correspondiente. Visitas de seguimiento	Estudiantes de segundo/tercer año. PPS

<sup>25</sup> Se contempla dentro de los controles generales: peso/talla, prevención de enfermedades comunes: prevenibles por vacuna, diarrea, infecciones respiratorias, deficiencias nutricionales, suplementación desparasitación y otras. De acuerdo a normas del Primer Nivel.

<sup>26</sup> Se considera en riesgo por características del medio de la vivienda: problemas con abastecimiento de agua, no tienen agua potable, no siempre hierven el agua, riesgo de zoonosis, inadecuada disposición de basuras, riesgos de deslaves o derrumbes, criaderos de zancudos.

<sup>27</sup> Se contempla dentro de los controles generales a las mujeres con controles prenatales pendientes: Peso, P/A, verificación suplementación, ácido fólico y sulfato ferroso

<sup>28</sup> Visita familiar puntual pendientes de vacunación, renuentes de vacunación, seguimiento a resultados de papanicolaou positivos y negativos, suplementación, desparasitación, otros.

<sup>29</sup> Familia con problemas nutricionales: niños o miembros de la familia con bajo peso, sobre peso, obesidad. Problemas relacionados con la calidad y cantidad de alimentos consumidos.

**Tabla 13.****Clasificación de individuos en riesgo, intervenciones según normas de atención del MSPAS y responsables según nivel académico<sup>30</sup>**

<b>Clasificación Riesgo</b>	<b>Intervención</b>	<b>Responsable</b>
Crecimiento y desarrollo	AIEPI Vigilancia del desarrollo en el contexto del AIEPI Normas de atención para el primer nivel MSPAS	Estudiantes de primero, segundo y tercer año PPS refiere casos especiales
Alimentación y nutrición	AIEPI Normas de atención para el primer nivel MSPAS	Estudiantes de tercer año EPS Nutrición
Enfermedades prevalentes de la infancia	AIEPI Normas de atención para el primer nivel MSPAS	Estudiantes de tercer año
Enfermedades infecciosas	AIEPI Normas de atención para el primer nivel MSPAS	Estudiantes de tercer año
Enfermedades carenciales	AIEPI Normas de atención para el primer nivel MSPAS	Estudiantes de tercer año EPS nutrición
Riesgos salud oral	Protocolo de evaluación salud oral Normas de atención para el primer nivel MSPAS	Estudiantes de tercer año Estudiantes de segundo año
Riesgos en salud visual	Protocolo de evaluación de salud visual Normas de atención para el primer nivel MSPAS	Estudiantes de tercer año Estudiantes de segundo año
Detección temprana de enfermedades crónicas	AIEPI Normas de atención para el primer nivel MSPAS	Estudiantes de tercer año Estudiantes de segundo año
Detección temprana de enfermedades degenerativas	AIEPI Normas de atención para el primer nivel MSPAS	Estudiantes de tercer año
Enfermedades diferenciadas por género	AIEPI Normas de atención para el primer nivel MSPAS	Estudiantes de tercer año
Enfermedades de la tercera edad	AIEPI Normas de atención para el primer nivel MSPAS	Estudiantes de tercer año

<sup>30</sup> Por tratarse de riesgos específicos, se propone la participación activa del estudiante de PPS, para la atención y referencia y seguimiento. Todos los casos son evaluados por los docentes del PIC.

## VII. PRODUCTOS ESPERADOS

**A nivel de estudiantes, se espera el desarrollo de competencias para:**

- Gerencia y administración de servicios (liderazgo y organización)
- Manejo de sistema de información, análisis y toma de decisiones
- Conocimiento de los determinantes de la salud
- Liderazgo y comunicación social
- Oferta integrada de servicios al individuo, la familia y la comunidad (habilidades clínicas básicas, comunicación en salud, razonamiento clínico, atención integral: prevención, curación, rehabilitación)
- Aplicaciones epidemiológicas y sociológicas en salud, razonamiento epidemiológico
- Prevención de enfermedades
- Promoción de salud
- Trabajar en equipo
- Ética y humanismo

**A nivel de las áreas de práctica, se espera el mejoramiento de condiciones de salud en base a:**

- Indicadores básicos
- Aumento de coberturas (poblacional y servicios)
- Oferta de servicios con equidad, calidad y efectividad
- Respuesta interdisciplinaria a las necesidades en salud
- Participación comunitaria en salud
- Acciones intersectoriales en promoción de la salud
- Mejora en la utilización de los servicios de salud, por parte de la población
- Mejora en la coordinación para la prestación de servicios

## **VIII. EVALUACIÓN**

Para el buen desarrollo del programa enfocado en el aprendizaje basado en competencias, se hace necesario que el PIC incorpore estrategias de evaluación integral, como parte de un proceso que debe ser activo, permanente y que involucre a los estudiantes en el mismo.

El aprendizaje que se promueve en el PIC, está centrado en el estudiante como sujeto activo, responsable y propositivo de su propio proceso de aprendizaje, por lo que la evaluación debe estar en coherencia con estos aspectos.

Para ello, se requiere que se implementen diversas formas de evaluación: diagnóstica, formativa y sumativa, así, como propiciar espacios y actividades de autoevaluación, coevaluación y heteroevaluación.

El programa contempla la evaluación como un proceso en el cual se sugiere que debe ser evaluado el programa mismo y el nivel de aprendizaje alcanzado, a través de la evaluación de competencias, por último, evaluar el desempeño del equipo académico que incluye docentes y coordinación académica.

### **Del Programa**

El programa en sí mismo, por sus características dinámicas y adaptadas a la realidad local de las áreas de intervención, la disponibilidad de recursos y apertura de las autoridades locales y nacionales, requiere de una evaluación en las siguientes dimensiones:

- i. Administrativa
- ii. Administrativa-académica
- iii. Gestión local
- iv. Resultados propios del programa en los productos esperados en las áreas de intervención comunitaria, familiar e individual, partiendo de



evaluaciones diagnósticas participativas de las áreas de prácticas, para medir avances y resultados.

Debe contemplarse en algún momento la evaluación de la coordinación efectiva a nivel local con las autoridades de salud, y líderes sociales, sobre todo en acciones de coordinación y atención en el primer y segundo nivel de atención en salud.

### **Desempeño del equipo docente y coordinación**

El equipo docente al cual se integra la figura de un o una coordinadora del PIC, debe asumir una postura en la cual se establezca un verdadero trabajo en equipo, con vínculos de funciones integrales y complementarias. Como trabajo en equipo, se debe mantener un nivel de comunicación, formación y evaluación permanente y continua en la cual se construyan procesos de mejora académica, mejora en los resultados de aprendizaje en los estudiantes y mejora en los indicadores de salud de las áreas de intervención. Con un claro compromiso, por el desempeño de lo programado, para la mejora continua del programa.

### **Académica**

El programa establece las competencias básicas, personales y profesionales, que son requeridas para el perfil del profesional médico que se espera del estudiante de la Licenciatura de Medicina, de la URL, por lo que el esfuerzo debe de enfocarse en establecer un sistema de evaluación basado en competencias.

La evaluación debe ser continua, cotidiana y aplicada en el contexto de práctica, incluyendo las tareas o trabajos a nivel individual, grupal y las horas que los estudiantes dediquen a su formación y al cumplimiento de tareas requerida, ya sea presenciales en el servicio o bien virtuales.

El estudiante debe saber desde el inicio de su programa académico sobre qué y cómo se evaluará, en relación a las competencias esperadas, definiendo con claridad los indicadores para cada competencia, así como las técnicas o instrumentos que se utilizarán.

Se evaluarán conocimientos, habilidades y actitudes. Para la evaluación de actitudes, se ha establecido un instrumento con una escala en el ámbito afectivo, que evalúa 20 indicadores, los cuales son aplicados para cada estudiante, durante dos momentos a lo largo de un ciclo académico. *(Ver anexo B)*

Establecer diversas formas de evaluación:

1. Que se impliquen activamente los estudiantes
2. Diagnóstica: para identificar los conocimientos previos o presaberes que tienen los estudiantes al inicio del programa, o de cada sesión de aprendizaje.
3. Formativa: para retroalimentar oportunamente al estudiante, sobre sus logros o dificultades, y buscar rutas de mejora.
4. Sumativa: al final de cada proceso de aprendizaje, evidenciado en docencia, servicio o investigación. Se evalúa el dominio de las competencias alcanzadas por los estudiantes.
5. Autoevaluación: para que los estudiantes reflexionen, sobre sus propios procesos, resultado de aprendizaje, implicación en el trabajo en equipo, desarrollo de intervenciones en servicio, docencia e investigación.
6. Coevaluación: necesaria para los trabajos o intervenciones en la práctica que se realicen de forma grupal, para diferenciar la evaluación de acuerdo al grado de implicación y responsabilidad manifestada por cada estudiante.
7. Heteroevaluación: evaluación asignada por el docente, según criterios establecidos.
8. En la gestión académico-administrativa es necesario contar con la estructura y apoyo para la realización de éstas nuevas formas de

evaluación que van más allá de las estructuras tradicionales con días y horarios específicos para evaluación puntual de contenidos.

## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chávez, E. (2005) Programa de Interacción Comunitaria. Documento Preliminar. Departamento de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud. URL, Guatemala.
2. AUSJAL, “Desafíos de América Latina y propuesta educativa”, AUSJAL-UCAB, 1996.
3. Veras, H. 2005, Conferencia Internacional de Salud de Bellagio, Italia 1988, Cumbres Mundiales de Educación Médica.
4. OPS/OMS, 2010. Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal.
5. 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.
6. Informe sobre la conferencia mundial de educación médica. Sobre la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XL Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud. Edimburgo, 1988.
7. Achaerandio, Luis (2010). Competencias Fundamentales para la Vida. Centro de Actualización Psicopedagógica, “Luis Achaerandio, S.J.”, Universidad Rafael Landívar. Guatemala.
8. Peinado, José María. (2005). Competencias Médicas. EDUC MED 2005; 8 (Supl. 2): 04-06

**ANEXO A.**  
**DESARROLLO DE COMPETENCIA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS**

## **Definición de la competencia: Resolución de Problemas**

Para los cursos de Interacción Comunitaria I y II, se les asignará un problema basado en una situación de salud de su área de práctica, en el cual deberá de identificar, analizar y seleccionar los elementos constitutivos más importantes del problema presentado, para poder abordarlo de manera crítica y técnica.

El estudiante, podrá participar activamente en su propio proceso de aprendizaje, evidenciando su capacidad de extraer los principios básicos de los temas implicados en el análisis del problema. Lo esencial no es la solución matemática del problema, sino el desarrollo de su proceso de investigación, autoestudio, análisis y planteamientos críticos y propositivos, para su solución y abordaje.

### **Niveles de dominio**

1. Identificar, describir y analizar los aspectos más relevantes de un problema a resolver o analizar, para desarrollar un plan a desarrollar en el área de práctica, con alternativas viables de prevención de enfermedad y promoción de salud, aplicando los conocimientos, procedimientos y habilidades aprendidas.
2. Identificar y analizar determinantes de la salud, causas, factores de riesgo, gravedad y frecuencia del problema, para el análisis y solución integral.
3. Identificar y seleccionar en base a sus conocimientos previos, adquiridos en cursos, como Salud Pública, Epidemiología, Salud en las culturas y etnias de Guatemala, Antropología Médica, Bioestadística, Metodologías de la Investigación y experiencia personal y de práctica comunitaria, las estrategias de salud pública que pueden contribuir a la solución del problema, identificando los beneficios de su intervención.

NIVELES DE DOMINIO	INDICADORES	DESCRPTORES			
		1	2	3	4
<b>Primer Nivel de dominio:</b>  <i>Identificar, describir y analizar los aspectos más relevantes de un problema a resolver o analizar, para desarrollar un plan a desarrollar en el área de práctica, con alternativas viables de prevención de enfermedad y promoción de salud, aplicando los conocimientos, procedimientos y habilidades aprendidas.</i>	Clarifica términos y conceptos relacionados con lo que es un problema, el planteamiento del mismo.	No distingue entre un problema, situación de salud, o conflicto.	Tiene dificultades para distinguir entre un problema, una situación de salud, de un conflicto.	Identificada el problema, las situaciones de salud, lo diferencia de conflictos.	Establece claramente las diferencias entre un problema, situación de salud y conflicto.
	Lee y analiza el escenario del problema, discute con el equipo para verificar su comprensión.	No define el escenario del problema.	Discute con sus compañeros, cuestionando sin mucha claridad, aspectos que le ayuden a comprender el escenario del problema.	Se muestra interesado y aporta con preguntas y datos para entender el problema.	Aporta con preguntas más claras y orientadoras para la comprensión del problema y orientación para definirlo.
	Define o caracteriza el problema, planteando los aspectos esenciales que desea abordar del mismo.	Carece de datos objetivos para plantear o definir el problema, emite juicios o suposiciones.	Parcialmente describe aspectos de la situación presentada.	Describe los problemas más relevantes y se apega a la situación presentada.	Se plantea concretamente el problema, delimitando con claridad los objetivos de aprendizaje que quiere alcanzar.
	Elabora una lista de lo que conoce, desconoce y necesita para abordar el problema.	No identifica claramente lo que se conoce o debería de conocer para abordar el problema. No evidencia conocimientos previos que le ayuden a abordar el tema.	Plantea ideas confusas para la investigación. Evidencia algunos conocimientos que pueden ayudarlo, pero no los integra para el análisis o búsqueda de información nueva.	Selecciona algunas ideas o temas de investigación. Tiene agilidad en la integración de algunos conocimientos previos.	Se plantea estrategias de investigación, a través de preguntas adecuadas sobre lo que desean o necesitan para abordar el problema. Integra y selecciona conocimientos previos.
	Obtención de la información: se organiza para identificar las fuentes de información, datos, entrevistas, experiencias, para analizar e interpretar la información de diversas fuentes.	No evidencia estudio independiente ni búsqueda de información.	Obtiene información, pero no muy significativa. No hay análisis de los datos investigados. Información incompleta.	Recoge información, la analiza.	Recoge, analiza y propone nuevos datos o líneas de investigación, de acuerdo a las reflexiones y análisis personales y/o grupales.
	Sigue el método del círculo exploratorio de problemas, orientado a la comunidad.	Desconoce el círculo exploratorio o no lo está siguiendo ordenadamente.	Sigue el círculo exploratorio, pero no ha logrado identificar los componentes de cada paso.	Sigue los pasos del círculo exploratorio, de acuerdo a lo sugerido.	Sigue el proceso del círculo exploratorio, identifica nuevas necesidades de investigación y aprendizaje,

NIVELES DE DOMINIO	INDICADORES	DESCRPTORES			
		1	2	3	4
<b>Segundo Nivel de dominio:</b>  <i>Identificar y analizar determinantes de la salud, causas, factores de riesgo, gravedad y frecuencia del problema, para el análisis y solución integral.</i>	Definición clara de los problemas que va a explorar, en relación a la situación presentada.	No se formula un problema concreto a explorar en relación a la situación presentada. No define objetivos de aprendizaje.	No se explica la situación presentada, para definir los problemas que va a explorar. Formula de manera muy general los problemas a explorar.	Aclara los aspectos a abordar de los problemas a investigar. Va acorde a sus objetivos de aprendizaje.	Se formula manera concreta los problemas que va a explorar. Delimita claramente los objetivos de aprendizaje, en relación a los problemas que va a explorar.
	Fundamenta los factores asociados y causales, determina los factores determinantes	No hay fundamento, no relaciona ni integra conocimientos previos. No es capaz de encontrar las causas u determinantes del problema.	Argumentación confusa, presenta ideas y datos aislados sin integración. No evidencia claridad en la relación entre los factores asociados y causales relacionados al problema.	Argumenta correctamente. Evidencia integración de conocimientos previos con los nuevos y los datos del problema.	Argumento impecable para explicar el problema. Evidencia una clara relación entre los factores asociados y los determinantes, integrando la información previa con la nueva. Se le facilita una visión más global del problema.
	Delimita y fundamenta la gravedad y frecuencia del problema	No describe la gravedad y/o la frecuencia del problema. No ha logrado recabar información útil.	Su fundamentación es muy vaga e inconclusa. No evidencia fuentes válidas de información. Poca integración y análisis de la información.	Describe aspectos más específicos sobre la gravedad y frecuencia del problema. Aporta nuevos datos, e integra con datos del problema o información previa.	Tiene claridad de la gravedad y frecuencia del problema, el impacto y la frecuencia con que se presenta el problema. La información y datos que presenta le sirven para tener una visión más global del problema y de sus probables estrategias de intervención.
	Revisa la información que se necesita saber para analizar el problema.	No define con claridad los temas e información que necesita. No tiene fuentes claras para la búsqueda de información.	Elige temas e información, acorde a sus objetivos de aprendizaje, pero no son suficientes.	Delimita con más claridad los temas e información que necesita, de acuerdo a la información nueva que va adquiriendo.	Tiene estrategias y metodologías claras y definidas para analizar y contrastar la información nueva con los datos aportados en el problema, aporta nuevos datos e información relevante.
	Cumple con los objetivos de aprendizaje planteados por el grupo	No ha asumido o desconoce el planteamiento de los objetivos de aprendizaje planteados por el grupo.	No hay fundamentación de ideas o la información recabada, no cumple con los objetivos de aprendizaje.	Información y análisis fundamentados, acorde a los objetivos de aprendizaje.	La información, estrategias y metodologías utilizadas, le ayudan a cumplir los objetivos de aprendizaje. Se autoevalúa en sus procesos e información obtenida, para plantear nuevas necesidades para ir acorde a los objetivos.



NIVELES DE DOMINIO	INDICADORES	DESCRIPTORES			
		1	2	3	4
	Sigue la metodología para el análisis y abordaje del problema.	No completa los pasos para el análisis del problema, siguiendo el círculo exploratorio.	Los pasos dados para la metodología, contribuyen parcialmente para el análisis del problema. Presenta dificultad para la comprensión de los mismos.	Aplica los pasos del círculo exploratorio para un análisis más completo del problema.	Tiene una visión más completa e integral del problema, siguiendo los pasos del círculo exploratorio y autoevaluando constantemente los resultados obtenidos.

NIVELES DE DOMINIO	INDICADORES	DESCRPTORES			
		1	2	3	4
<b>Tercer Nivel de dominio:</b>  <i>Identificar y seleccionar en base a sus conocimientos previos, adquiridos en cursos, como Salud Pública, Epidemiología, Salud en las culturas y etnias de Guatemala, Antropología Médica, Bioestadística, Metodologías de la Investigación y experiencia personal y de práctica comunitaria, las estrategias de salud pública que pueden contribuir a la solución del problema, identificando los beneficios de su intervención.</i>	Identificar los problemas anticipadamente, para plantear intervenciones con enfoque de prevención.	No tiene elementos para anticipar el aparecimiento de problemas.	Tiene dificultad para anticipar el problema, cuando no hay un efecto evidente o no integra la información previa o relevante.	Identifica anticipadamente los problemas, pudiendo analizarlos y seleccionando los prioritarios.	Previene los problemas o situaciones derivadas de acciones causales o determinantes, ya que cuenta con la capacidad de identificación de problemas.
	Analiza las causas, determinantes, gravedad y frecuencia del problema de manera integral.	Evidencia el problema, pero carece de fundamentos para enfrentarlo.	Tiene elementos que le ayudan a analizar el problema, pero se queda en un plano superficial.	Analiza con más profundidad el problema y sus causas, ya se anticipa con algunas acciones preventivas.	De manera global analiza el problema, buscando soluciones integrales.
	Desarrollo un proceso de aprendizaje colaborativo, con el trabajo de equipo.	No participó ni aportó un trabajo significativo para el proceso.	Se evidencia aporte parcial, desordenado y con poco fundamento en investigaciones y metodologías desarrolladas.	Participó más organizadamente, sus aportes fueron consistentes y bien fundamentados.	Sus aportes fueron sobresalientes, en relación al resto del grupo. Manifestó orden y disciplina en el proceso de autoestudio, si visión fue más integradora.
	Transfiere e integra aprendizajes previos con información nueva.	No logró integrar los conocimientos previos con los nuevos. Su enfoque fue más en los datos del problema.	Necesita más apoyo para encontrar los puntos de integración y transferencia de aprendizaje.	Se enfrenta a situaciones reales, utiliza conocimientos previos.	Evidencia una mayor capacidad para abordar de manera integral el problema, integrando y transfiriendo la información previa, con los datos del problema y la información nueva.
	Establece medidas de prevención y atención al problema, orientadas a la Salud Pública del área de práctica.	Presenta medidas de prevención, paliativas, no estructuradas, sin base científica, con muy poco o nulo impacto para la Salud Pública.	Las medidas o estrategias de intervención y prevención son muy generales o ambiguas, no evidencian mucho fundamento en sus planteamientos.	Presenta con más claridad las medidas planteadas en base a fundamentos que tienen base científica, pero no se enfoca completamente en el campo de la Salud Pública.	Fundamenta con criterio y pertinencia en base a la investigación y análisis realizado, las medidas de prevención, basadas en estrategias costo efectivas, acorde a la realidad del país, que contribuyen con mayor impacto a la Salud Pública, específicamente a su área de práctica.

## **ANEXO B. EVALUACIÓN DEL ÁMBITO AFECTIVO**

## Formato de Evaluación en el Ámbito Afectivo

EVALUACION COMPETENCIAS AREA AFECTIVA													
DOCENTE:							CURSO:						
ALUMNO:							CARNET:				SEMESTRE:		
N°	COMPETENCIAS	FECHA: Agosto 2007						FECHA: octubre					
		inferior		medio		superior		inferior		medio		superior	
		1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
1	Participación y aporte en las clases												
2	Cumplimiento de instrucciones												
3	Preparación para evaluaciones												
4	Integración, aplicación y manejo de conocimientos												
5	Cumplimiento de trabajos y tareas												
6	Aporte e integración al trabajo en equipo												
7	Hábitos para el trabajo												
8	Comunicación verbal												
9	Comunicación escrita												
10	Respeto hacia el profesor y compañeros												
11	Integración con compañeros												
12	Actitud positiva/entusiasta/autocontrol												
13	Actitud de servicio/colaboración/solidaridad												
14	Proactividad/iniciativa												
15	Autonomía/disposición para asumir riesgos												
16	Flexibilidad/tolerancia												
17	Cuidado de mobiliario y equipo												
18	Arreglo personal (Laboratorios, prácticas, otros especiales)												
19	Integración, orden y aprovechamiento en actividades extraaula												
20	Disciplina/Puntualidad												
<b>Subtotales de cada nivel</b>													
<b>Total puntos</b>				0		Puntos/120*100			0		Puntos/120*100		
<b>Total puntos sobre 5</b>				0					0				
Compromisos y comentarios de la primera evaluación							Resultado:	NM	Fecha: Agosto 2007				
Nombre y firma del evaluador							Nombre y firma del evaluado						
Compromisos y comentarios de la primera evaluación							Resultado:		Fecha:				
Nombre y firma del evaluador							Nombre y firma del evaluado						
<b>Rangos</b>		<b>Categorías</b>											
81 - 100%		Sobresale (S)											
60 - 80%		Promedio (P)											
< 60%		Necesita Mejorar (NM)											