

**Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas**

**OPINIÓN DE LOS EGRESADOS DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS EN EL AÑO DE 1982, EN RELACIÓN A
SU FORMACIÓN ACADÉMICA Y DESEMPEÑO
PROFESIONAL**

Pablo Rene Ortiz Flores
Médico y Cirujano

ÍNDICE

	págs
I. Introducción	1
II. Definición de Problema	2
III. Justificación del Problema	3
IV. Objetivos	5
V. Revisión Bibliográfica	
A. LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.....	6
B. SITUACIÓN GENERAL Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE GUATEMALA.....	15
C. PERFIL PROFESIONAL.....	23
D. EDUCACIÓN MÉDICA.....	25
E. REFERENCIAS DE OTROS PAISES.....	26
VI. Material y Método	28
VII. Presentación de Resultados	34
VIII. Análisis y discusión de Resultados	40
IX. Conclusiones	46
X. Recomendaciones	47
XI. Resumen	48
XII. Bibliografía	49
XIII. Anexos	53

I.INTRODUCCIÓN

El perfil profesional es el conjunto de competencias que debe poseer un profesional en términos de conocimientos, habilidades y valores para ejercer adecuadamente sus funciones en el ámbito de su desempeño profesional.(10)

En el presente trabajo se realizó estudio descriptivo, con la finalidad de caracterizar la competencia del egresado en el año de 1982 de Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, basándose en la opinión de los médicos egresados en este año. Para la cual se diseñó una boleta, para la recolección de datos, en la cual se contemplaban los objetivos del estudio; realizándose entrevistas personales a 40 médicos de esta promoción.

Únicamente el 20% de los entrevistados opinó que los conocimientos adquiridos en la Facultad les fueron útiles para satisfacer totalmente las demandas laborales. El 75% expresó que desarrollaron parcialmente habilidades quirúrgicas durante la carrera de Médico y Cirujano. El 67.5% opinó que no desarrollaron ninguna habilidad administrativa, así como tampoco docente en un 50% de los encuestados. El 72.5% y el 57.5% desarrollaron parcialmente las habilidades terapéuticas y diagnósticas, respectivamente.

La totalidad de los médicos contestaron que si es necesario incorporar nuevos elementos teóricos y prácticas al currículo de la Facultad para mejorar la formación del futuro profesional.

II. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El perfil profesional es el conjunto de competencias que debe poseer un profesional en términos de conocimientos, habilidades y valores para ejercer adecuadamente sus funciones en el ámbito de su desempeño profesional.(19)

La medicina como ciencia y profesión, está sujeta a juicios éticos, abarcando temas relacionados con la práctica médica, el ejercicio profesional, la gestión de salud, los avances en la tecnología médica y con la regulación de la vida.(13,18,19)

En los últimos años se ha observado que el médico egresado de la Universidad no estaba teniendo el desenvolvimiento que se esperaba, por ejemplo, el 66.2% de médicos al egresar de la Facultad deseaba realizar estudios de postgrado a pesar que el objetivo de los programas orienta hacia la formación de un médico general, esto podría provocar una sobre producción de médicos especialistas llevando a un desequilibrio en el recurso médico de acuerdo a las necesidades de la población.(4)

A raíz de lo anterior es de suma importancia para la educación médica, responder y reconocer los fenómenos demográficos, epidemiológicos y conductuales que afectan a la población. (7,8) En esta relación enseñanza aprendizaje, que es la educación médica, el currículo es un documento que incluye un conjunto de decisiones fundamentadas, en un proyecto educacional con una conceptualización acerca de la carrera, para el logro de un nuevo profesional, además de incluir el plan de estudios.(5,8,19)

III. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala es la principal formadora de médicos en este país. En 1993 por cada 10,000 guatemaltecos habían 9 médicos, de los cuales el 80% se encontraban en el área metropolitana; la distribución de los recursos humanos es el reflejo de un modelo asistencial centralizado y volcado hacia la atención médica curativa.(3,24)

El médico en Guatemala se dedicaba a diferentes actividades, se menciona que el 94.6% de los galenos encuestados en 1992, se encontraban trabajando en el sector salud, teniendo la categoría de pluriempleado un 43.1%, en segundo lugar el empleado con 29.8% y el sub-empleado un 21.1%. El 4.1% de los médicos se encontraba desempleado, a pesar de la situación de salud del país.(3)

La sociedad y la medicina es cambiante, por lo que las necesidades de la población varían durante el transcurso del tiempo, por ello la universidad médica debe adaptarse a estos cambios, para cumplir con las demandas de la sociedad, creando una cultura de evaluación permanente que permita replantear a mejor evidencia, los cambios curriculares y los correspondientes roles académicos, siendo la elaboración del perfil profesional el primer eslabón del diseño curricular.(7,30,32)

El perfil profesional sirve de referencia para la valoración de la calidad de la formación académica y de base para la elaboración de cambios curriculares que sean necesarios. Por lo tanto, caracterizar la competencia del egresado de la Facultad de Ciencias Médicas, no sólo brindará información sobre ello, también identificará la correspondencia entre la educación médica y las necesidades de la población para crear una satisfacción profesional en el sentido de que lo aprendido es aplicado en la práctica. Teniendo como beneficio para la población, mejor atención médica, que satisfaga las

necesidades totales del individuo, la familia y la comunidad.(8,32)

IV. OBJETIVOS

A. Objetivo General:

Caracterizar la competencia del egresado en el año de 1982 de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

B. Objetivos Específicos:

1. Identificar a través de la opinión de los egresados, si los conocimientos adquiridos durante su formación académica, se aplican a la práctica profesional.
2. Determinar si la formación académica desarrolló las habilidades necesarias para la práctica profesional.
3. Identificar la inserción laboral del médico egresado de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
4. Obtener la opinión del egresado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, sobre la pertinencia del currículo.

V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

A. LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

1.Historía de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala:

a. Antecedentes

La Facultad de medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala inició actividades académicas el 20 de octubre de 1681, siendo el primer catedrático el Dr. Miguel Fernández. Ese mismo año se instituyó La Cátedra Prima de Medicina, la cual debía obtenerse por oposición en la Universidad de México, la cual ganó el bachiller José de Salmerón y Castro, según el acta de cabildo del 22 de Junio de 1,679, persona que no se trasladó a Guatemala, por lo que tomó posesión por “real acuerdo”, el bachiller Nicolás de Souza, mientras se realizaban nuevas oposiciones en la Universidad de Alcalá. El Doctor Miguel Fernández de Lozano primer catedrático propietario de La Cátedra Prima de Medicina, fue un magnífico profesor. Los estudios duraban 4 años, después de 4 años de estudios se otorgaba el título de Bachiller en Medicina. En 1703 se graduó el primer médico, Don Vicente Ferrer González, egresándose en los primeros 100 años 5 médicos doctorados en medicina.(1,7,21)

En 1770 se orientó la reforma de la enseñanza médica, se introdujeran las ciencias básicas. En 1803 Espárragos y Gallardo fundaron el colegio de cirujanos para instruir personas sin educación escolástica universitaria, siendo la mayoría indígena y su objetivo era producir personal médico para mejorar la salud rural. En 1832 se creó la Academia de estudios, encargada de revisar la educación médica, se agregan a la enseñanza los cursos de farmacología, higiene, patología, diagnóstico físico y terapéutica.(7)

En 1840 se formó la sociedad profesional de Medicina y Cirugía y la reglamentación del ejercicio de la profesión médica. En 1856 se crearon nuevas cátedras de obstetricia, farmacología terapéutica y medicina legal. En 1871 fue clausurada la facultad de medicina y reinició actividades 1875. En 1887 se estableció el internado en el Hospital General San Juan de Dios combinando el servicio y la enseñanza. En 1896 se fundó la cátedra de anatomía patológica gracias al doctor Estévez. Luego en 1944 inició la modificación política educativa, se da la participación en el gobierno de estudiantes y egresados profesionales, organizando un plan de estudios modernista planteándose la necesidad de servicio social médico rural pero no se puso en marcha. Posteriormente la facultad se organizó por departamentos en 1953. (7)

En los años sesenta la demanda de servicios y la presión tecnológica en la práctica médica hizo cuestionar el contenido de la educación médica de la época y la formación del médico que egresa, por lo que se realizó el II Seminario de Educación Médica, que dio como resultado la modificación del currículo, como consecuencia la transformación, conocida como REFORMAS GLOBALES, estas reformas trataban de elevar el nivel académico y científico de la Facultad y dentro de estas consideraciones se encontraba la disposición de las autoridades universitarias y del Ministerio de Salud Pública, integrar recursos humanos para lograr la formación de un profesional de la medicina, adecuado a las necesidades crecientes de salud en la población. (1,3,7,8)

A partir de las reformas, el número de estudiantes en la carrera se incrementó notablemente debido a las políticas de puertas abiertas. Dándose un incremento de estudiantes que ingresaron a primer año equivalente a un promedio de 626% entre 1969 a 1991 y el número de egresados aumentó en 1003%. (3,33)

En 1974 se instauró el ejercicio profesional supervisado rural. En 1979 se cambia la enseñanza a módulos. En 1990 se inició la adecuación del currículo y la actualización del pensum de

estudios. En 1993 se planteó la necesidad de una readecuación curricular en forma global, integral y participativa para que en 1995 se iniciara con la reordenación del pensum de estudios y la organización longitudinal y transversal de los contenidos en función del perfil de egreso, las demandas sociales y científicas de la facultad. En 1996 se organizó un equipo para la conformación de la dinámica estructural que oriente las modificaciones del pensum de estudios. (7)

b. Reformas Globales:

En la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos, se efectuaron cambios curriculares importantes en 1,969. Estos cambios han sido seguidos de una serie de readecuaciones de pensum, como las efectuadas en 1,970 a 1,975 en los años 80 y de 1,990 al 94 en donde se pasó de unidades a módulos y cursos, efectuándose acciones de ampliación y reducción según criterio de los docentes de cada área.

El organismo de planificación y Coordinación Académica desde su creación ha producido una serie de documentos en torno a la formación del médico para Guatemala, importantes para el estudio del currículo y su posible implementación y cambios, algunos son: La descripción del desempeño profesional deseado, análisis prospectivo, plan a mediano plazo para el desarrollo de educación médica, perfil profesional del médico en el mercado de trabajo, áreas de trabajo en las que desempeña el médico, desempeños no logrados, perfil médico. En 1,995 este organismo, en el Plan de Trabajo presentó como elementos prioritarios:

- La direccionalidad facultativa
- La integración longitudinal y transversal y la integración administrativa.

En el primer aspecto se planificó explicitar la filosofía institucional, el producto colectivo de estas actividades en la que participarán autoridades, docentes y estudiantes, en la misión y visión de la Facultad. La misión de la Facultad es educar integralmente excelente recurso humano, comprometido con la producción social de la salud y generar y recrear conocimiento que promueva el desarrollo del país. Y una visión de crear una institución modelo que promueva el pensamiento crítico, regido por principios científicos y éticos que interactúen con la sociedad de manera proactiva y propositiva. Educar integralmente recurso humano con capacidad de liderazgo en la producción social de la salud. Generar y aplicar conocimiento útil al desarrollo de la medicina y el país. Seleccionar rigurosamente a su personal, al cual permanentemente educa y estimula. Utiliza todos sus recursos con eficacia y eficiencia. Basa su currículo en la realidad social y en el perfil epidemiológico de Guatemala. (7,9)

En el segundo aspecto se planteó como objetivo organizar longitudinalmente los contenidos de cada una de las áreas correspondientes a los 6 años del plan de estudios, para lo cual se formaron 4 equipos de trabajo con el fin de analizar y dar secuencia y continuidad longitudinal y transversal, a los contenidos de: Ciencias Biológicas, Ciencias Clínicas, Ciencias Sociales, Investigación. Estas cuatro áreas o ejes a estudiar se han analizado desde 1,995 por grupos operativos que partieron del objetivo inicial. En 1,996 se obtuvieron aportes concordantes como son las consideraciones generales para el cambio, algunas de las propuestas son:

- i. Evaluar a los estudiantes que pretenden ingresar a la Facultad con un examen para investigar el nivel de capacitación respecto a conocimientos de química, física, biología, comunicación escrita y métodos de estudio. En base a la evaluación se proponen estudios de nivelación, que podrían implementarse en los meses de octubre, noviembre, diciembre y enero del siguiente año. Al finalizar los estudios se

- determinaría si el estudiante está capacitado para ingresar a la Facultad.
- ii. El estudiante debe aprender a leer textos y revistas en inglés en los primeros años de la carrera.
 - iii. Capacitar a los docentes en las diferentes áreas, para permitir un desarrollo favorable del pensum de estudios propuesto.

2. Objetivos Actuales

Actualmente la facultad de Ciencias Médicas de la universidad de San Carlos cuenta con los siguientes objetivos, basados en las Reformas Globales de 1969.

a. Objetivos Generales:

- i. Formar adecuadamente los recursos humanos que necesita la atención del sector salud del país.
- ii. Investigar problemas de salud de Guatemala para encontrar las soluciones más adecuadas, tomando en consideración la situación general de desarrollo del país.
- iii. Propiciar la adecuada planificación de salud nacional.
- iv. Utilizar óptimamente los recursos de la Universidad de San Carlos y de otras instituciones con el objeto de tener mejor rendimiento de ellos y evitar duplicaciones de esfuerzo. (7)

b. Objetivos para la educación de pregrado

- i. Formar un médico general que este en capacidad de hacer frente a los problemas de salud del país en la forma mas adecuada y con las características siguientes:
 - Que sea consciente de los problemas de salud del individuo, la familia y las comunidades.
 - Que conozca la estructura de la familia y la comunidad guatemaltecas y las fuerzas que sobre ellas actúan para conservar o perder la salud.
 - Que conozca el medio económico social que es sede de su ejercicio profesional.
- ii. Formar un médico general que tenga la habilidad suficiente de encontrar soluciones adecuadas a los problemas que se le presenten durante el ejercicio profesional, con los recursos tecnológicos a su alcance.
- iii. Formar un médico general que pueda actuar como líder o miembro de un grupo multidisciplinario cuyo objetivo es buscarle solución a los problemas de Guatemala en materia de salud.
- iv. Formar un médico general con suficiente preparación científica que le permita comprender la problemática general de la atención de la salud en forma adecuada, investigar sus causas y proponer soluciones.
- v. Formar un médico general que sea capaz de poder autoeducarse después de que obtenga el grado académico y que sea consciente de sus propias limitaciones y las de su conocimiento. (1,7)

La Facultad de Ciencias Médicas de la universidad de San Carlos tiene el propósito de educar recurso humano con una sólida formación científico-tecnológica, humanista y moral: altamente capacitado para prevenir la enfermedad, promover y recuperar la salud y optimar las acciones de rehabilitación; dotado de cualidades de gestión eficaz de la salud; y con liderazgo para fungir como un efectivo agente de cambio social. (7,9,10,27)

3. Nuevas Políticas Generales

Con una demanda de educación superior que se refleje en el desarrollo sociocultural y económico del país con la finalidad de la construcción de un mejor futuro y calidad de vida; la Facultad de Ciencias Médicas realizó modificaciones en sus componentes docentes, administrativos, académicos, estudiantiles y físicos en busca de un mejor currículum, mejorar metodologías de enseñanza –aprendizaje y una nueva orientación de valores e ideales en todos los sectores facultativos. Estos cambios se llaman **Las Políticas Generales de la Facultad de Ciencias Médicas** aprobados en febrero del año 2000, las cuales consisten en:

- a) Políticas generales de desarrollo
- b) Políticas de docencia
- c) Políticas de investigación
- d) Políticas de extensión
- e) Políticas sectorial
- f) Políticas administrativas
- g) Políticas financieras (7,27)

Por fines del trabajo únicamente se mencionaran detenidamente los de docencia.

Políticas de docencia

- Política 1 **Readecuación Curricular**

Mejorar la eficiencia del proceso curricular con el objeto de educar recurso humano en salud altamente calificado y acorde a las necesidades del país.

Estrategia

Readecuar en forma permanente y dinámica el currículo fundamentándolo en el contexto de la realidad de salud del país y en los avances científicos, tecnológicos y humanísticos de la ciencias de la salud.

- Política 2 **Administración Académica**

Optimizar la eficiencia y eficacia de la administración académica de la Facultad para lograr una adecuada integración de las áreas del conocimiento.

Estrategia

Reestructurar la administración académica y mejorar sus procesos, para mejorar su funcionamiento, mediante la adopción y aplicación de un modelo que favorezca el desarrollo del currículo.

- Política 3 **Diversificación de Carrera**

Diversificar la educación de recurso humano de acuerdo a la demanda de la situación de salud del país.

Estrategia

Promover acciones en el sector salud para establecer carreras técnicas,

nuevas licenciaturas y posgrados, en congruencia con las necesidades del país y los requerimientos de las instituciones. La temporalidad de tales carreras dependerá de la vigencia de su utilidad.

- Política 4 **Selección, Desarrollo y Promoción del docente**

Garantizar la selección, desarrollo y promoción de los profesores con el objeto de lograr un alto nivel en su desempeño docente, en lo ético, técnico-científico y en lo humanístico.

Estrategia

Velar por la rigurosa aplicación del Estatuto de la Carrera Universitaria, Parte Académica, reglamentos y demás normas universitarias para seleccionar a los mejores profesores, evaluar y reorientar su rendimiento e impulsar programas de formación y capacitación.

- Política 5 **Ingreso, Evaluación y Promoción del estudiante**

Estimular y orientar apropiadamente al estudiante desde su ingreso, educarlo con excelencia, evaluarlo y promoverlo, a fin de que concluya con éxito sus estudios, fundamentándose en el principio de equidad y con apego a los fines de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Estrategia

Desarrollar planes y programas de evaluación y apoyo del estudiante previo a su ingreso a la Facultad para determinar su ubicación y durante su permanencia en ésta para favorecer su promoción.

- Política 6 **Apoyo a la Docencia**

Fortalecer los organismos, unidades y programas de apoyo a la docencia con los recursos humanos, tecnológicos y científicos necesarios para lograr el desarrollo del currículo y la educación integral de los docentes y estudiantes.

Estrategia

Efectuar una evaluación diagnóstica de los organismos, unidades y programas de apoyo a la docencia para determinar sus necesidades y proveerlos de los recursos indispensables para mejorar su funcionamiento. (27)

B. SITUACIÓN GENERAL Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN GENERAL DE SALUD DE GUATEMALA.

Para comprender las necesidades de salud de la población guatemalteca hay que realizar un análisis de la situación general de salud, con el fin de determinar las prioridades y deficiencias en el sistema de salud.

Guatemala tenía una población estimada en 1995 de 9,98 millones de habitantes, con un crecimiento demográfico anual de 2.8%. Viviendo en la capital el 22% de la población. Se observó una tasa de natalidad de 37.3 por 1000 habitantes en 1995 y una tasa global de fecundidad de 5.1 hijos por mujer (6.2 en zonas rurales y 3.8 en las urbanas.) Contando con una esperanza de vida al nacer de 64.9 años para los varones y de 70.0 para la mujer, con promedio de 67.4 para el conjunto de población. El 45% de la población era menor de 15 años y solo el 3 % arriba de los 60. Los indígenas representan el 43% de la población, cerca del 32% de la población indígena habla únicamente alguna lengua maya. Desde 1,987 época en la que comenzó el proceso de repatriación de manera individual y voluntaria, se intensificó el regreso de poblaciones Guatemaltecas establecidas durante años en países vecinos, principalmente México. Se estimó que entre 1,993 y 1,995 retornaron 20,000 personas y en 1,996, con motivo de la firma de los acuerdos de paz, el retorno se hizo más fluido.(24)

En 1,995 la tasa bruta de mortalidad fue de 7.4 por 1000 habitantes. En el período de 1985-1995 la mortalidad infantil fue de 51 por 1000 nacidos vivos (mortalidad neonatal 26 por 1000; mortalidad postneonatal 25 por 1000.) Las principales causas de muerte fueron la neumonía y la influenza (16.5%), las afecciones originadas en el periodo perinatal (13.8%), las enfermedades infecciosas intestinales (8.9%) y de la deficiencia de nutrición (5.7%.) Las enfermedades infecciosas, las carenciales y las afecciones relacionadas al embarazo y el parto explican aproximadamente el 45% de las defunciones. Con los datos previos nos damos cuenta que la mayoría de las causas de muerte son de tipo prevenibles o con una atención pronta y adecuada estos índices disminuirían considerablemente.

La tasa de mortalidad perinatal fue de 14.2 por 1,000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad infantil fue de 48.3 por 1,000 nacidos vivos siendo las principales causas las afecciones del periodo perinatal (50.5%), la neumonía (17%), las infecciones intestinales (8.8%) y la desnutrición (2.3%.) El porcentaje de

neonatos con bajo peso fue de 7.6%. La mortalidad en niños de 1 a 4 años fue de 2,3 por 1,000, las principales causas de muerte fueron neumonía, las infecciones intestinales y las deficiencias nutricionales.

La salud del adolescente corresponde a una tasa de mortalidad de 88 por 100,000, el primer motivo de defunción fueron las causas externas con una tasa de 20.4 por 100,000; entre estas causas externas se encuentra la muerte por arma de fuego (la principal) con 8.9 por 100,000. Luego la bronconeumonía y las infecciones intestinales. Siendo el sexo masculino el más afectado con el 60.5% de las muertes.(24)

La tasa de mortalidad en adultos fue de 177 por 100,000 en el grupo de edad de 20 a 24 años; las principales causas de muerte fueron externas, la bronconeumonía ocupó el siguiente lugar y el 72% del total de fallecimientos ocurrieron en varones siendo la causa más frecuente las lesiones por arma de fuego. En el período de 1990-1995 la tasa de mortalidad materna fue de 190 por 100,000 nacidos vivos; las cinco principales causas de mortalidad materna fueron las complicaciones del parto, la retención de la placenta, las sepsis puerperal, la eclampsia y el aborto, respectivamente. La cobertura de atención del parto por personal capacitado fue de 37.8% en el ámbito nacional (médicos 34.1% con el 60% de estos en la zona urbana.) El porcentaje de mujeres embarazadas que recibió por lo menos una dosis de toxoide tetánico fue de 55% en el ámbito nacional. Se estima que del total de mujeres que mantienen convivencia sexual el 69% no utiliza ningún método anticonceptivo. Según el censo de 1994, el 0.7% de la población presenta algún tipo de discapacidad. (24)

1. Análisis por tipo de enfermedad

a) Las enfermedades transmisibles

De las de tipo inmunoprevenibles en 1995 se reportaron 64 casos de sarampión y en 1,996 se confirmó un caso. Casos de tos ferina se registraron

66 en 1996. De difteria no se registraron casos en 1994 y hubo 2 en 1995. De tétanos neonatal se registraron 12 casos en 1996. No se han registrado casos de polio desde 1990. Para el año de 1996 la cobertura de vacunación de menores de 1 año fue de 73 % para las tres dosis de vacuna antipoliomelítica oral, 73 % para las tres dosis de DPT, 70% para la antisarampionosa, 77% para la BCG y 8% para toxoide tetánico en mujeres en edad fértil. Las infecciones respiratorias agudas siguen siendo una de las primeras causas de morbo-mortalidad en el país.

Las enfermedades infecciosas intestinales se registraron 83,643 casos y 6,784 defunciones, hubo una disminución a partir de 1992 debido a las medidas de prevención y a las inversiones en recursos para el aumento de la cobertura y vigilancia de la calidad del agua que se iniciaron en 1991 a raíz de la epidemia del cólera. En 1996 se registraron 1572 casos de cólera (106 confirmados) con una tasa de letalidad de 0.9%.

El SIDA hasta el 30 de septiembre de 1996 se ha registrado 1,371 casos desde 1984, teniendo una incidencia anual de 5 por 100,000.(24)

b) Enfermedades no transmisibles

Entre las enfermedades no transmisibles se encontraron las deficiencias de la nutrición. En 1994 la tasa de mortalidad por desnutrición en el ámbito nacional fue de 45 por 100,000. En 1995 la prevalencia de anemia en mujeres en edad fértil fue de 35.4%, en embarazadas de 39.1% y en niños de 1 a 5 años de 26%. La prevalencia de hipovitaminosis A en niños de 1 a 5 años se estimó en 15% en el nivel nacional.

El 3.6% del total de defunciones correspondió a tumores malignos; entre los cánceres más frecuentes

fueron los de origen gástrico, hepatobiliar, y broncopulmonar. En las mujeres los tumores malignos más frecuentes fueron los de cuello uterino, estómago, hígado, mama y bronquios. La tasa de mortalidad del cáncer cervicouterino en las mujeres mayores de 15 años fue en 1994 de 4.4 por 100,000.

Los accidentes por vehículos de motor presentaron una tasa de mortalidad que fue de 0.92 por 100,000 y la tasa de mortalidad por homicidios en mayores de 15 años fue de 47 por 100,000 habitantes en 1994.
(24)

2. Respuesta del sistema de salud

El gobierno ha formulado las políticas de salud 1996-2000 las cuales incluyen siete aspectos:

- a) Reordenamiento, integración y modernización del sector salud.
- b) Aumento de las coberturas y mejoramiento de la calidad de atención de los servicios básicos de salud, con énfasis en la prevención y control de problemas prioritarios.
- c) Mejoramiento de la gestión hospitalaria.
- d) Promoción de la salud y del ambiente saludable.
- e) Aumento de la cobertura y mejoramiento de la calidad de agua para consumo humano y ampliación de la cobertura de saneamiento ambiental básico en las zonas rurales.
- f) Participación y fiscalización social en la gestión pública de los servicios.
- g) Coordinación de la cooperación técnica internacional para que apoye la ejecución de las acciones prioritarias establecidas en las políticas de salud y en el proceso de reforma sectorial.

La reforma en el sector salud busca satisfacer los siguientes objetivos específicos:

- i. Extender las coberturas de los servicios básicos de salud, focalizándolos a los más pobres.
- ii. Aumentar el gasto público y ampliar las fuentes de financiamiento del sector, asegurando su sostenibilidad.
- iii. Reorientar la asignación de los recursos.
- iv. Aumentar la eficiencia del sector público en el desempeño de sus funciones y la producción de servicios.
- v. Generar una respuesta social organizada, con una amplia base participativa. (24)

3. La organización del sector salud

La cobertura poblacional que brindan las instituciones en el ámbito nacional es la siguiente: Ministerio de Salud Pública y asistencia social 25%, IGSS 17%, Sanidad Militar 2.5%, organizaciones no gubernamentales 4% y sector privado 10%. Menos de 60% de la población tiene algún tipo de cobertura de servicios de salud.

Se diseñó un Sistema Integral de Atención de Salud (SIAS), este se basa en la prestación de servicios de salud definidos, simplificados y permanentes, suministrados por personal voluntario, apoyado y supervisado por personal institucional, brindando como servicios mínimos, la atención de la mujer en edad fértil, planificación familiar, atención infantil y preescolar a menores de 5 años, atención de emergencias y morbilidad y atención del medio ambiente, normas sanitarias y desarrollo y gestión de proyectos.

Teniendo como sistema de información y estadística el Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA), pretendiendo ser un sistema integral de información y en el se integran módulos estadísticos de salud, finanzas, planificación, suministros, recursos humanos y gestión hospitalaria. El SIGSA tiene el propósito de fortalecer la capacidad de análisis del personal de los diferentes niveles para que sus decisiones se basen en información oportuna y pertinente.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social tiene una red de 3861 establecimientos que incluyen 35 hospitales, 32 centros de salud tipo A, 188 centros de salud tipo B, 785 puestos de salud dependientes del ministerio de salud, 24 puestos de salud dependientes de la Sanidad Militar y 2642 establecimientos para la venta de medicamentos.(24)

4. Los insumos para la salud

a) Medicamentos. Los medicamentos se comercializan en 52 farmacias públicas, 80 puestos municipales de venta de medicamentos y 1920 farmacias privadas. En 1995 el gasto de medicamentos fue de US\$ 159 millones, de los que correspondieron al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social US\$ 13 millones (8%), al IGSS US\$ 19 millones (12%) y al sector privado US\$ 127 millones (80%.)

Los grupos terapéuticos más consumidos son los antiinfecciosos, los antiinflamatorios y los medicamentos para la gastritis y la úlcera péptica.

b) Recursos Humanos. En 1993 el sector salud integró unas 51,000 personas, de las cuales 26% son personal comunitario, 17% laboran en el sector

privado y 57 % en el sector público. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social contaba en 1993 con 19,385 empleados de los cuales son profesionales 12.4%, técnicos 8.8%, auxiliares 26.5% y personal administrativo y servicios generales 52.3%. El IGSS cuenta con unos 8,000 empleados de planta y 1,300 supernumerarios.

En 1993 por cada 10,000 guatemaltecos habían 9 médicos, 3 enfermeros profesionales, 11 auxiliares de enfermería, 20 parteras y 1,3 odontólogos. Aproximadamente el 80% de los médicos se encuentran en la región metropolitana; siendo las zonas rurales donde se encuentra los grupos de mayor riesgo. (24)

El médico en Guatemala se dedicaba a diferentes actividades, se menciona que el 94.6% de los médicos encuestados en 1992, se encontraban trabajando en el sector salud, teniendo la categoría de pluriempleado un 43.1%, en segundo lugar el empleado con 29.8% y sub-empleado con un 21.1%. El 4.1% de los médicos se encontraba desempleado a pesar de la situación de salud del país.

La distribución de los recursos humanos es el reflejo de un modelo asistencial centralizado y volcado hacia la atención médica curativa.(3)

- 5. Gasto y financiamiento social.** En 1996 el gasto público en salud fue de 13% del total de gasto público; en 1992 fue de 6.6%. La asignación de presupuesto para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en 1996 fue US\$ 195,98 millones y en 1997 fue de US\$ 203,57 millones. El gasto público en salud se reorientó y, a diferencia de los otros años, se asignó una parte considerable de

43.8% a atención primaria; 24.6% se destinó a la red hospitalaria. (24)

C. PERFIL PROFESIONAL

El perfil profesional es el modelo, las características, conocimientos y habilidades que debe de poseer un egresado, expresado en un documento en forma de objetivos terminales, por consiguiente el perfil profesional debe de servir de referencia para la valoración de la calidad de la formación y ser la base para cambios curriculares para que el profesional cubra las demandas de la población. Así mismo, la Facultad de Ciencias Médicas debe realizar una constante evaluación curricular, desarrollando sistemas de evaluación para medir la contribución de la Facultad con la sociedad, así como para evaluar el cumplimiento de la misión de la Facultad de Ciencias Médicas. (6,8,18,20,23,28,29)

La educación médica debe crear profesionales acorde a la situación de la salud y a las demandas que la sociedad solicita en un momento dado, en esta relación enseñanza – aprendizaje que es la educación médica, las normas éticas deben ser fijadas y exigidas por los participantes de ambos lados del proceso, para que el egresado cumpla con las necesidades de la sociedad, así como con los objetivos facultativos. Por ello la elaboración del perfil profesional es el primer eslabón de diseño curricular. (5,13,14,32)

1. ¿Cómo se evalúa el perfil profesional?

Para ello se proponen 3 etapas, tomando en cuenta que cada unidad académica deberá hacer los ajustes que considere pertinentes.

- a) Diagnóstico interno: Aclara internamente el estado actual de la carrera.

- b) Análisis del profesional actual. Que es lo que hace, como deberá hacerlo, que deberá hacer en el futuro.
- c) Definición del perfil profesional. Como debe ser el profesional, que debe hacer (responsabilidades), que necesita (conocimientos, habilidades, actitudes.)
- d) Definición profesional ideal: esta caracterización del profesional ideal se obtiene de la relación entre la definición ocupacional y la definición profesional real. El profesional real pretende caracterizar que se debe enseñar a los futuros profesionales, en el aspecto afectivo y psicomotor. La definición ocupacional real abarca, el análisis ocupacional, mercado de trabajo, este último determinará que funciones van a ser desempeñadas por el egresado cuando este ejerza su profesión. Los criterios que deben utilizarse para la selección de las características deben ser:
 - i. La opinión de profesionales del área.
 - ii. La opinión de profesionales de áreas afines.
 - iii. Planes de desarrollo institucional.
 - iv. Planes de desarrollo regional.
 - v. Planes de desarrollo nacional
 - vi. Desarrollo científico- social del área.(2)

2. Componentes de un perfil:

La determinación de los perfiles de formación se evaluarán en dos partes.

- a) Un perfil general en el que se especifican las funciones del educando, los marcos de vida en que esta, se han de ejercer y los campos a los que han de afectar.
- b) Un nivel preciso en el que se determinan los tipos de operaciones y de actitudes que el estudiante debe dominar en distintas situaciones. (2)

D. EDUCACIÓN MÉDICA

La Facultad de medicina debe crear nuevas disposiciones políticas institucionales que garanticen una correspondencia entre, la educación y las necesidades y patrones de la práctica y satisfacción profesional, en el sentido de que lo aprendido pueda ser aplicado de forma útil. También se debe de realizar una planificación nacional de los recursos humanos para la salud, para crear un equilibrio de la fuerza de trabajo de la salud; fundaciones seguras para el desarrollo educacional y para la utilización eficiente de los graduados.(14,28,31,32)

Las Facultades de medicina deben participar activamente en el desarrollo del sistema de salud así como en el adiestramiento del personal para formar médicos altamente preparados, un público mejor atendido y un mejor uso de los recursos. Creando planes de estudio que tengan en cuenta los elementos sociales, biológicos y psicológicos con su correspondencia en la teoría, como en la práctica, que puedan producir un médico capaz de satisfacer sin dificultad las necesidades de salud individuales y colectivas. La educación médica debe de estudiar y enseñar aspectos pertinentes a la transición de la salud como la violencia, drogadicción, desintegración familiar entre otras, con el fin de crear graduados que puedan anticipar, reconocer y responder a importantes fenómenos demográficos, epidemiológicos y conductuales que afectan a la población.(8,13,16,28,31,32)

La Facultad de Medicina debe de instituir programas para elevar la experiencia docente y las capacidades de comunicación de sus profesores, con el fin de un mejor desarrollo del profesor de medicina y del estudiante. El estudiante debe de participar en la planificación de los programas de estudio y en el proceso de enseñanza, por lo tanto es de suma importancia tener la opinión del egresado, así mismo, la opinión del estudiante en la búsqueda de las metas de la educación médica. (8,16,17,20)

En el funcionamiento ético de la educación médica existen valores fundamentales y principios morales que caracterizan e impregnan la práctica médica, por lo tanto las tres obligaciones de la ética médica son: estudiar, enseñar e investigar, la ética siempre debe recibir una total atención en las escuelas de medicina, todo con el fin de dar médicos más humanos, compasivos y pacientes para que puedan haber comunidades mejor atendidas. (8,13,16,18,19,29)

La educación médica continuada, es esencial para mantener la competencia de los egresados más recientes, para influir sobre la práctica de los graduados más viejos, para superar las insuficiencias en la práctica médica y para permitir que todos los médicos respondan a los retos del medio profesional. (8)

E. REFERENCIA DE OTROS PAISES

En América Latina, para lograr mayor eficiencia y equidad en la prestación de servicios de salud, cada acto ejecutado debe poseer características inobjtables de que corresponde a lo más indicado, a lo mejor efectuado y con la mayor propiedad en el contexto en que se aplica, a lo que se preveé de mayor eficacia y menor riesgo, estas condiciones forman parte de la connotación global de calidad en que debe revestirse la medicina. A la par de lo anterior, la Educación superior ha desarrollado progresiva y expansivamente, similares dinámicas para justificar un creciente ánimo regulatorio que prevenga

desviaciones hacia una reducción de la calidad educacional y garantice el cumplimiento de las expectativas de formación sustentadas. (6,7,14,28,30,31,32)

El egresado de la Universidad médica, actualmente no posee todas las habilidades en el manejo de una situación de salud a nivel primario, con la consiguiente incompreensión de la atención primaria y de su perfil profesional. Se necesita un profesional amplio, comprometido, preparado científicamente para tratar de forma integral los problemas del individuo, la familia y la comunidad, capaz de actuar en múltiples escenarios. (5,13)

Las diversas Facultades de Medicina tienen como objetivo en la carrera, formar médicos generales con preparación humanística y científica, principios éticos bien cimentados y sensibilidad social que les ayude a comprender y reconocer que los factores biológicos junto a los sociales, económicos, políticos y culturales intervienen en las patologías. Todo ello con el afán de permitirles realizar adecuadamente sus labores de promoción de la salud, prevención de las enfermedades, tratamiento y rehabilitación de los enfermos. (15,30,31,32)

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

1. Tipo de estudio:

Trabajo descriptivo .

2. Sujeto a estudio:

Médico graduado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el año de 1982.

3. Muestra:

Muestra representativa de médicos graduados del año 1,982.

Se seleccionó por método aleatorio simple sin reemplazo, 40 profesionales representativos de los graduados en el año 1,982 que fue de 485 médicos.

Calculo de Muestra

$$n = \frac{Z(p)(q)}{e} \quad (\text{Muestra con margen de error del 15\%})$$

$$n = 43$$

$$nf = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}} = \frac{43}{1 + \frac{43}{485}}$$

$$Nf = 39$$

4. Ejecución:

Se solicitó la lista de profesionales del año 1982 al Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala. Se seleccionó la

muestra por método aleatorio simple sin reemplazo. Luego se realizó la localización de los médicos que se encontraron dentro de la muestra, buscando su dirección, teléfono o cualquier dato para poder localizarlo. Posterior a esto, se concertó una cita para la realización de la entrevista (a los médicos que se cuente con datos de teléfono se realizó la cita por esta vía y los que no contaron con este se hizo una visita previa para efectuar la cita) para que el profesional contara con tiempo para la realización de la entrevista. Después se trasladó al sitio donde se encontraba el profesional por medio de vehículo para hacer la entrevista (se efectuó prueba piloto previo a la realización del cuestionario con la ayuda de médicos colaboradores, como entrenamiento). La entrevista se realizó en el lugar en donde el profesional desempeñaba sus labores y fue personalmente. Para la realización de la entrevista se uso la boleta de recolección de datos,(ver anexo), la cual a sido previamente estandarizada. Para la tabulación de los resultados se elaboró una base de datos epi info.

En el caso que fue imposible localizar al médico elegido en la muestra,(por fallecimiento, que se encuentre en el extranjero, que el médico no desee colaborar a pesar de realizar todos los esfuerzos posibles, o que sea imposible localizarlo) se tomó el siguiente médico en la lista de números aleatoria.

5. Aspectos Éticos

Los datos recolectados fueron exclusivamente para uso del estudio. Se cuidará el respeto de la identidad de los entrevistados y toda la información se manejará con discreción.

6. Variables:

VARIABLES

Variable	Definición	Operacionalización	Escala de Medición	Tipo de variable
Conocimiento	Conocimientos: Información requerida para la ejecución de las responsabilidades.	Se preguntará si al desempeñar por primera vez sus responsabilidades profesionales, los conocimientos que adquirió durante su formación le permitieron satisfacer la exigencia laboral. SI: en que área identificó su mayor fortaleza. NO: en que área identificó mayor debilidad En su desempeño profesional, que actividades no realizó porque no se las enseñaron.	Total Parcial No le sirvieron Actividades que el entrevistado identifique Las que el entrevistado identifique.	Nominal
Habilidades	Habilidades: Capacidades motoras y/o cognitivas necesarias para realizar la actividad descrita por una responsabilidad. Quirúrgicas: Diagnósticas: Terapéuticas: Docentes:	Se preguntará si la formación académica, desarrollo las habilidades.	Total Parcial Ninguna	Nominal

Variable	Definición	Operacionalización	Escala de Medición	Tipo de Variable
Identificar la inserción laboral	Inserción del sujeto al trabajo.	Inserción laboral: se preguntará: 1. Cual fue el primer trabajo. 2. Cual fue su primer cargo. 3. Cuanto tiempo después de graduado empezó a trabajar.	1.Privada, nacional o particular. 2. Dirección, coordinación, jefatura o residencia. 3. < de 1 año. 1 a 5 años. 5 a 10 años. 10 o más nunca.	Nominal
Pertinencia del currículum	Adecuación de los componentes del currículo al entorno laboral del profesional.	1. Prácticas realizadas - Obsoletas -Vigentes -Necesario incorporar 2. La formación que obtuvo en la Facultad, satisface las demandas laborales. -Hospitales -Servicios de salud pública -Práctica privada -Docencia -ONG'S -Otros. 3. Cree usted que se deben incorporar otros elementos, para mejorar la formación del estudiante de medicina.	1. Prácticas que el entrevistado identifique. 2. Si o No 3. Si o No y las que el entrevistado identifique.	Nominal

C. Recursos:

1. Materiales:
 - a) Hojas bond
 - b) Lápices
 - c) Computadora
 - d) Impresora
 - e) Vehículo
 - f) Documentos bibliográficos

2. Humanos:
 - a) Médicos encuestados
 - b) Encuestador

3. Económicos:
 - a) Pago de Servicio Internet Q. 600.00
 - b) Pago para desplazarse, donde se encuentran los médicos Encuestados. Q. 3,000.00
 - c) Pago de impresión Q. 1500.00
 - d) Pago de listado de médicos a Colegio de médicos. Q. 25.00

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

**OPINIÓN DE LOS EGRESADOS DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS EN EL AÑO DE 1982 DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, EN
RELACIÓN A SU FORMACIÓN ACADÉMICA Y
DESEMPEÑO PROFESIONAL**

CUADRO 1

**DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO DE LOS MÉDICOS
EGRESADOS**

Edad	Masculino	Femenino	Total	Porcentaje
40 – 44 años	12	4	16	40%
45 – 49 años	19	5	24	60%
Total	31(78%)	9(22%)	40	100%

Promedio de Edad: 45 años.

Fuente: Entrevista personal.

CUADRO 2

**OPINIÓN DE LOS MÉDICOS SOBRE SI LOS
CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS, LE PERMITIERON
SATISFACER LAS EXIGENCIAS LABORALES**

Conocimientos	Total	Porcentaje
En forma total	8	20%
En forma Parcial	32	80%
No le fueron útiles	---	---
Total	40	100%

Fuente: Entrevista personal.

CUADRO 3

ACTIVIDADES QUE NO REALIZARON LOS MÉDICOS EN SU PROFESIÓN PORQUE NO SE LAS ENSEÑARON EN LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Actividades no realizadas	Total	Porcentaje
Ninguna	12/40	30%
Administración	6/40	15%
Cirugías Mayores	5/40	12%
Docencia	4/40	10%
No contestó	4/40	10%
Computación	3/40	7%
Investigación	2/40	5%
Traumatología	2/40	5%
Salud Pública	2/40	5%
Otras especialidades*	5/40	12%
Total	40	100%

*Se refiere a especialidades como anestesiología, salud ocupacional, psiquiatría, obstetricia y dermatología.

Fuente: Entrevista personal.

CUADRO 4

OPINIÓN DE LOS MÉDICOS SOBRE LAS HABILIDADES QUE DESARROLLARON DURANTE LA CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO

Habilidades	Total	%	Parcial	%	Ninguna	%	Total en %
Quirúrgicas	5	12%	30	75%	5	12%	100%
Diagnosticas	17	42%	23	57%	---	---	100%
Terapéuticas	11	27%	29	72%	---	---	100%
Docentes	2	5%	18	45%	20	50%	100%
Administrativa	2	5%	11	27%	27	67%	100%

Fuente: Entrevista personal.

CUADRO 5

TIEMPO QUE TOMO EL MÉDICO DESPUÉS DE GRADUARSE PARA COMENZAR A TRABAJAR

Tiempo	Total	Porcentaje
Inmediatamente	22	55%
De 1 – 6 meses	10	25%
De 7 – 12 meses	---	---
De 13 –24 meses	8	20%
Total	40	100%

Fuente: Entrevista personal.

CUADRO 6

PRIMER TRABAJO QUE DESEMPEÑO EL MÉDICO DESPUÉS DE GRADUARSE

Trabajo	Total	Porcentaje
Médico General	25	62%
Médico Residente	12	30%
Docencia	1	2%
Médico Residente Supernumerario	1	2%
Otros(ayudante de bodega)	1	2%
Total	40	100%

Fuente: Entrevista personal.

CUADRO 7

PRIMER CARGO QUE OCUPÓ EL MÉDICO EN SU PROFESIÓN

Cargo	Total	Porcentaje
Médico General	18	45%
Médico Residente	12	30%
Dirección	5	12%
Docencia	1	2%
Jefatura	2	5%
Residente supernumerario.	1	2%
Otros (Jefe de bodega)	1	2%
Total	40	100%

Fuente: Entrevista personal.

CUADRO 8

OPINIÓN DE LOS MÉDICOS SOBRE LAS PRÁCTICAS REALIZADAS DURANTE LA CARRERA DE MEDICINA CONSIDERADAS OBSOLETAS Y VIGENTES

OBSOLETAS	TOTAL	%	VIGENTES	TOTAL	%
Medicina integral	12/40	30%	Rotaciones hospitalarias	40	100%
Ambulatorio	3/40	7%	Ciencias Clínicas	40	100%
Conducta Colectiva	2/40	5%	Electivo	40	100%
Estadística	1/40	2%	EPS rural	40	100%
			EPS hospitalario	40	100%

Fuente: Entrevista personal.

CUADRO 9

OPINIÓN DE LOS EGRESADOS SOBRE SI EL CURRÍCULO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ES ADECUADO PARA SATISFACER LAS DEMANDAS LABORALES

Institución	Si		No		Total en %
	Total	%	Total	%	
Hospital	27	67%	13	32%	100%
Práctica Privada	18	45%	22	55%	100%
Servicios de Salud Pública	24	60%	16	40%	100%
ONG'S	14	35%	26	65%	100%
Docencia	7	17%	33	82%	100%

Fuente: Entrevista personal

CUADRO 10

OPINIÓN DE LOS MÉDICOS SOBRE LOS ELEMENTOS TEÓRICOS Y PRÁCTICOS QUE SE SUGIERE INCORPORAR AL CURRÍCULO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Asignaciones	Total	Porcentaje
Rotación por especialidades*	24/40	60%
Computación	12/40	30%
Ética médica	11/40	27%
Idioma Ingles	9/40	22%
Administración Médica	8/40	20%
Docencia	3/40	7%
Investigación	3/40	7%
Medicina Legal	3/40	7%

*Especialidades como Oftalmología, Dermatología, Anestesia, Traumatología, Radiología, Psiquiatría y anestesiología.

Fuente: Entrevista personal

VIII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Se encuestaron 40 médicos egresados de la Facultad de Ciencias Médicas, los cuales se entrevistaron en su clínica, domicilio, hospitales u oficinas en las diferentes regiones del país (oriente, occidente, sur y norte); de los cuales se reemplazaron seis ya que algunos de éstos se rehusaron a la entrevista por falta de tiempo o rechazo, otros se encontraban fuera del país. De los galenos entrevistados 52% eran especialistas en las diferentes ramas de la medicina, el resto eran médicos generales y otros que no ejercían la medicina.

Cuadro 1

El 60% de los médicos corresponde al grupo de 45 a 49 años, siendo el promedio de edad de 45 años, evidenciando que la mayoría concluyeron el plan de estudio en el tiempo establecido por la Facultad de Ciencias Médicas. El sexo predominante fue el masculino con 78% con respecto al femenino, que fue de 22.5%. Esto se debe a que la mujer en esa época aun no tenía la facilidad de acceso a la educación superior como los tiene en éstos años.

Cuadro 2

El 80% de los médicos entrevistados opinó, que los conocimientos que adquirió durante la carrera de medicina le permitieron satisfacer en forma parcial las exigencias laborales. Esto se puede deber a las expectativas del médico a seguir estudios de posgrado, como se mencionó 54% eran especialistas, a pesar que las políticas de la Facultad de Ciencias Médicas orientan hacia la formación de un médico general. Así también los médicos opinaron que se le debe dar un enfoque a la carrera más acorde a la realidad de Guatemala, ya que en su momento ellos consideraban que no lo tenía.

Cuadro 3

Muchos de los médicos mencionaron que la pregunta, en su desempeño profesional después de graduarse, enumere las

actividades que no realizó porque no se las enseñaron en la Facultad, era muy abierta, que no se comprendía, el 9% no respondió a la interrogante. El 15% de los médicos opinó que dejó de realizar actividades administrativas. El 12% opinó que dejaron de hacer cirugías mayores, probablemente porque éstos son procedimientos de especialistas. Otros mencionaron que las actividades que no realizaron fueron docencia, computación, investigación, traumatología, Salud Pública, salud ocupacional, anestesiología, psiquiatría, obstetricia y dermatología, siendo algunas de éstas demandas de nuestros tiempos y no de aquellos años. Se concluye que esto se debe a que el currículo de la Facultad de Ciencias Médicas no están estipulados ciertos cursos, como los que se mencionan en el cuadro; ya que en esos tiempos la computación no tenía la demanda como en nuestros días. Así mismo la Facultad de Ciencias Médicas debe incorporar nuevos elementos al currículo para mantenerlo actualizado con los avances de la ciencia.

Cuadro 4

Sobre las habilidades que desarrollaron durante la carrera de médico y cirujano el 75% opinó que las habilidades quirúrgicas las desarrollaron en forma parcial, la mayoría mencionó que fue debido al poco tiempo que se le dedica a la práctica quirúrgica. El 57% mencionó que las habilidades diagnósticas las desarrollaron en forma parcial y un 42% opinó que las desarrolló totalmente; el 72% opinó que desarrolló parcialmente las habilidades terapéuticas y el 27% las desarrolló totalmente, esto nos orienta a que esta promoción tuvo una orientación más clínica-curativa y no preventiva. Así mismo el 50% de los encuestados opinaron que no desarrollaron ninguna habilidad docente, a pesar de esto hubo un médico que trabajó como docente recién graduado, sin tener ninguna preparación especial. El 67% opinó que no desarrollaron ninguna habilidad administrativa durante la carrera, mencionando la mayoría de los médicos que no tuvieron ninguna enseñanza administrativa durante la carrera.

En general, la mayoría de profesionales adquirieron conocimientos parcialmente debido al poco tiempo de prácticas

y a la basta información que deben incorporar a sus conocimientos para desarrollar estas habilidades.

Cuadro 5

El 55% de los médicos entrevistados inició a trabajar en la profesión inmediatamente después de graduarse, pues iniciaron con estudios de postgrado en donde continuaron su formación profesional además de desempeñar un trabajo, además muchos se dedicaron a la práctica privada después de graduados por cuestiones personales. Así también la oferta laboral era mayor debido a la falta de personal médico de esa época. El 20% empezó a trabajar hasta los 13 meses después de graduados esto se debe a que varias de las médicas egresadas eran casadas, las cuales se dedicaron a atender sus hogares, recordando que el 40% de los entrevistados son de sexo femenino.

Cuadro 6

El primer trabajo desempeñado por los encuestados fue el de Médico General con 62% de los entrevistados y con 30% el de Médico Residente. Esto refleja que la mayoría de médicos de esta promoción se desempeñó en la práctica privada, centros de salud o dispensarios en sus primeros años de práctica profesional, probablemente también debido a sus habilidades, ya que todos contaban con poca experiencia ejerciendo como profesionales. El resto se dedicó a realizar estudios de posgrado para complementar conocimientos y habilidades en alguna rama de la medicina. Llama la atención el caso del médico que se dedicó a ayudante de bodega, mencionando el galeno que fue por causas económicas ya que tenía un mejor salario en este trabajo que como médico.

Cuadro 7

El primer cargo ocupado fue el de médico general con 45% de los encuestados, ya que como se mencionó con anterioridad los médicos de esta promoción se dedicaron a la práctica privada, a médicos de dispensario o de centros de

salud, así mismo las demandas de ese entonces eran de médicos generales para la atención de éstos centros. Otros desempeñaron cargos en dirección(12%) y jefatura (5%) a pesar que el 67% opinó que no desarrollaron ninguna habilidad administrativa. El 30% tuvieron el cargo de médico residente por continuar con sus estudios superiores, en el cual desempeña también papel como docente para los estudiantes de cuarto año de la carrera, hay que tomar en cuenta que el 50% de los entrevistados opinó que no desarrolló ninguna habilidad docente, sin embargo hay que recordar que los residentes se convierten obligadamente en docentes que deben ayudar a formar a los nuevos médicos durante sus cursos hospitalarios.

Cuadro 8

Igualmente que la pregunta del cuadro 3, la mayoría de médicos tuvo problemas para contestar a la pregunta, cuáles de las prácticas que realizó durante la carrera de medicina las consideraban obsoletas y vigentes, una explicación podría ser a que era una pregunta abierta y al largo tiempo transcurrido desde su época de estudiantes, esto dio que no recordaban algunos cursos llevados en esos tiempos. El 30% de los entrevistados opinó que la Medicina Integral “ruralito” era obsoleta debido a la poca preparación académica que se tenía, las deficiencias de mobiliario y equipo para la realización de la práctica, así mismo a la poca información que se deba para el desempeño de este curso; este curso fue retirado ya del pensum de la carrera de medicina. Otros mencionaron el ambulatorio, conducta colectiva, estadística, decían que no se aprendía nada relacionado a la carrera, que era una pérdida de tiempo o que habían tenido malas experiencias durante éstos cursos, todavía todos éstos cursos están contemplados en el pensum actual, casi 20 años después.

Cuadro 9

El 67.5% de los entrevistados opinó que el currículo de la Facultad de aquella época era adecuado para satisfacer las demandas laborales en Hospital, ya que el número de

estudiantes era menor , había mayor oportunidad para realizar procedimientos y se realizaban práctica en el interior del país; así también el 60% de los entrevistados opinó que el currículo de ese entonces era acorde para satisfacer las demandas en servicios de Salud Pública, ya que algunos de los entrevistados se desempeñaron profesionalmente en este ámbito de la medicina sin ninguna dificultad; además que la mayoría considera el currículo de la época satisfacía las demandas laborales ya que eran los lugares donde se realizaban las prácticas médicas. El 65% mencionó que el currículo no era acorde para satisfacer demandas de ONG's; muchos de los médicos entrevistados desconocían el sistema de trabajo de las ONG's ya que estas instituciones se han convertido en centros laborales , en épocas posteriores al año 1982. El 82.5% opinó que el currículo no era adecuado para satisfacer las demandas laborales en docencia, mencionando que el currículo de la época no le enseñaban al médico como dar clases, eso se aprendía por interés propio o no se desarrollaba ninguna habilidad docente. Relacionado a la práctica privada el 55% opinó que el currículo no es adecuado para satisfacer las demandas ya que en la clínica propia se debían de tener conocimientos de administración, de cómo cobrar honorarios médicos, el mobiliario y equipo que se debe de tener para la clínica, todos éstos conocimientos no estaban contemplados en el currículo de aquellos tiempos, opinaron los galenos.

Cuadro 10

El total de médicos encuestados opinó que se deben incorporar al currículo nuevos elementos teóricos y prácticos para mejorar la formación del futuro profesional. Opinando el 32.8% que se debe incluir contenidos de las diferentes especialidades, estipulando cierto tiempo para ello, así mismo mencionó la necesidad de tutoría personalizada. Así mismo, el 15% de los entrevistados opinaron que se debe de incorporar el curso la ética médica, ya que se deben de regir las conductas médicas y los avances tecnológicos, mencionaron principalmente la genética humana. Opinaron también que se

deben de incorporar cursos de computación, ingles, medicina legal, administración médica, investigación y docencia, ya que ellos durante su práctica médica se han dado cuenta que éstos cursos son necesarios para un mejor desempeño del profesional en éstos días y por ende mejores oportunidades de trabajo.

IX. CONCLUSIONES

1. Sólo el 20% de los médicos encuestados egresados en 1982, opinó que los conocimientos que adquirieron durante su formación le permitieron satisfacer las demandas laborales en forma total.
2. El 72.5% de los médicos entrevistados de la promoción de 1982 opinó que las habilidades terapéuticas fueron desarrolladas parcialmente. En relación con las habilidades administrativas el 67.5% opinó que no desarrolló ninguna. El 50% opinó que no desarrolló ninguna habilidad docente durante la carrera de Médico y Cirujano.
3. El 55% de los médicos entrevistados comenzó a trabajar inmediatamente después de graduarse. El 62.5% su primer trabajo fue como médico general.
4. El total de los médicos entrevistados del año 1982 opinó que es necesario incorporar al currículo de la Facultad elementos teóricos y prácticos para mejorar la formación del profesional de la Medicina.
5. El 52% de los médicos entrevistados eran especialistas.

X. RECOMENDACIONES

1. Tomar en cuenta la opinión de los médicos egresados de la Facultad de Ciencias Médicas, para realizar una reestructuración periódica del currículo de la Facultad.
2. Incorporar al currículo de la Facultad de Ciencias Médicas nuevos conocimientos teóricos y prácticos que contribuyan a formar un profesional capaz de satisfacer las demandas laborales en nuestro país.
3. Que exista una correlación Ministerio de Salud Pública y Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala para la mejor utilización del recurso humano en salud.
4. Incorporar al currículo de la Facultad de Ciencias Médicas las áreas de docencia, administración médica, ética médica, así mismo el tiempo de las prácticas realizadas en la carrera de medicina para la formación integral del futuro profesional.

XI. RESUMEN

Estudio descriptivo, el cual consistió en caracterizar la competencia del egresado en el año de 1982 de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala; para el cual se diseñó una boleta, para la recolección de datos, en donde se contemplaron los objetivos del trabajo. La población fue de 40 profesionales (muestra representativa de la promoción), a los que se les realizó una entrevista personal.

Únicamente el 20% de los galenos entrevistados opinó que los conocimientos adquiridos durante su formación le permitieron satisfacer las exigencias laborales totalmente, el resto expresó que fueron de forma parcial.

Con respecto a las habilidades desarrolladas durante la carrera de Médico y Cirujano, los entrevistados opinaron, que las habilidades quirúrgicas (75%) y diagnósticas (57.5%) las desarrollaron parcialmente. Relacionado con habilidades administrativas y docentes los médicos opinaron en 67.5% y 50% en este orden que no desarrollaron ninguna de estas habilidades.

La totalidad de los profesionales entrevistados, opinó que se debiera incorporar al currículo nuevos elementos teóricos y prácticos para mejorar la formación del futuro médico.

Por lo antes mencionado se debe de tomar el perfil profesional de egresado como la base para la realización de cambios y una reestructuración periódica del currículo, con la finalidad de crear médicos acordes a las demandas de la población, formando profesionales exitosos.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Amaya, W. Historia y Recopilación, Facultad de Ciencias Médicas. 1ra. Edición. Guatemala: Oscar de León Palacios, 1,996; 19 – 115 pp.
2. Arreaga, H. Perfil Profesional. Guatemala. OPCA. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de San Carlos de Guatemala, 2,001.
3. Barrios, L. C et al. Características de la Situación Ocupacional del Médico en Guatemala. Centro de Investigación de las Ciencias de la Salud. Universidad de San Carlos de Guatemala, 1,993; 4 (1): 24 – 31 pp.
4. Barrios, L. C y F de Mata. Intereses y Expectativas del Futuro Médico. Centro de Investigación de las Ciencias de la Salud. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de San Carlos de Guatemala, 1,991; 2 (1): 27 – 30 pp.
5. Caballero, J. E. Análisis del Perfil del Egresado de la Carrera de Medicina en la Universidad Médica Cubana. Revista Cubana, Educación Médica Superior. 2,000; 14 (1): 10 – 16 pp.
6. Carole, J et al. Curricular Change in Medical Schools. How to Succeed. Academic Medicine; 75 (6) June 2,000; 144- 150 pp.
7. Congreso de Estructura Curricular. Primero : 1,996, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Primer Congreso de Reestructura Curricular. Guatemala 1 y 2 de Agosto de 1,996. 106 p.
8. Cumbre Mundial de Educación Médica. 1era. 1,993; Edimburgo, Escocia. Cumbre Mundial de Educación Medica, Declaración de Edimburgo. 1,993. Edimburgo 12 de Agosto de 1,993. 10 p.

9. De León E, R. Análisis del Proceso Histórico de los Cambios Curriculares y de las Prácticas de la Salud en Guatemala. Centro de Investigaciones de la Salud. Facultad de Ciencias Médicas. USAC. 1,994; 13 – 26 pp.
10. De León J et al. La Adaptación de la Facultad de Medicina a su Medio: El Médico que Forma. Informe del Segundo Seminario de Educación Médica. USAC. 1,994; 21 p.
11. D'Hainaut, L. El Establecimiento de un Perfil de Formación. Programas de Estudio y Educación. UNESCO. 1,980; 129 – 147 pp.
12. García K,A. Ética Médica a través de la Historia. Origen y Evolución de las Ciencias Médicas en Guatemala. Tipografía Nacional, Segunda Edición. 1,945; 11 – 14 pp.
13. Grundstein Amado, R. Values Education: A New Direction For Medical Education. Journal Med Ethics. 1,995; 21 (3): 174 – 178 pp.
14. Hamilton J, D. International Standars of Medical Education: a Global Responsibility. Medical Teacher; November 2,000; 22 (6): 547 – 549 pp.
15. Irvine, D. The Performance of Doctors: The New Professionalism. Lancet. 4 de Marzo de 1,999; 353 (9159): 1174 – 1178 pp.
16. Kamien, M. Measuring the Social Responsiveness of Medical Schools. Education for Health: Change in Training & Practice. Marzo 1,999; 12 (1): 9 – 20 pp.
17. Kassebaum D, G. Determinats of Generalist. Career Intentions of 1,995 Graduating Medical Students. Academic Medicine Journal. 1,996; 71 (1): 198 – 209 pp.

- 18.Llorens J,A. El Juicio Ético, un componente ético obligado en la atención Médica. Ateneo. 2,000; 1 (1): 9 –43 pp.
- 19.Macias Sánchez, Rogelio. Ciencia y Tecnología: La Ética de la Educación Médica.
<http://www.umich.mx/univ/publica/contacto/sep97artículo2.html>.
- 20.Makoul, G et al. Gauging the outcomes of change in new medical curriculum: Students perceptions of progress toward education goals. Academic Medicine Journal. October 2,000; 75 (10): 102 – 105 pp.
- 21.Martínez Duran, C. La Cátedra Prima de Medicina en la Real y Pontificia Universidad de San Carlos de Goathemala. Segunda Edición. Tipografía Nacional. 1,945; 154 – 160 pp.
- 22.Nova J, G. Comentarios Sobre la Duración de las Prácticas Clínicas en la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Centro de Investigación de la Salud. 1,992; 3 (1): 7 – 12 pp.
- 23.Nutter D, O et al. Measuring Faculty Effort and Contribution in Medical Education. Academic Medicine Journal. February 2,000; 75 (2): 200 – 207 pp.
- 24.Organización Panamericana de la Salud. La Salud de las Américas. Edición 1,998; Volumen II. 289 – 297 pp.
- 25.Palacios A, E. Educación Médica. A Propósito de Readequación Curricular. Revista Conmemorativa LXV Aniversario de Cátedra Prima de Medicina de Guatemala. 1,996; 8 (9): 22 – 24 pp.
- 26.Pérez Tamayo, Ruy. Ética Médica.

<http://www.rodpas.Com.mx/medicina/messages/4324.html>.

27. Políticas Generales de la Facultad de Ciencias Medicas. 1ro. 2,000. Universidad de San Carlos de Guatemala. Políticas Generales de la Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, Mayo 2,000.
28. Prideaux, D et al. Changing Face of Medical Curricular. Lancet. 3 of March 2,001; Vol. 357: 699 – 704 pp.
29. Report of The Council on Medical Education CME. Report 3-1-2000- Progressing Medical Education. Evaluation of Medical Teharios Council on Medical Education. 2,000; 5 p.
30. Rosselot, E. Aseguramiento de la Calidad Profesional. Un Nuevo Marco Ético Para el Ejercicio de la Medicina. Revista Médica de Chile. 1,999; 125 (11): 2 – 14 pp.
31. Rosselot, E. Cantidad, Perfil y Calidad en la Formación de Profesionales Para Salud En Chile. La Adecuación de las Aptitudes A los Objetivos. Cuaderno Médico Social XL. 1,999; 3 – 4: 5 – 15 pp.
32. Salas R, S. Sistema de Monitoreo y Control de Calidad de la Competencia y el desempeño Profesional. Educación Médica Superior. 1,997; 11(1): 17 – 30 pp.
33. Velásquez M, F y M A, Castillo. Datos Sobre Crecimiento de la Población Estudiantil, Rendimiento Académico y Ubicación de Trabajo, para el Médico. Centro de Investigación de las Ciencias de la Salud. Universidad de San Carlos de Guatemala. 1,991; 2 (1): 31 – 38 pp.

XIII.ANEXOS

GLOSARIO

1. **¿Qué es perfil?** Constituye el conjunto de características que debe de poseer una persona (físicas, intelectuales, emocionales, sociales, espirituales), para un propósito determinado. El establecimiento de un perfil equivale pues a determinar los tipos de operaciones y actitudes que deberían adoptarse en todos los tipos de situaciones en que pueda encontrarse el profesional. (2,11)

a) Perfil vocacional: conjunto de habilidades, destrezas, actitudes e intereses que muestra la persona evaluada.

b) Perfil profesional: conjunto de competencias que debe poseer un profesional en términos de conocimientos, habilidades y valores para ejercer adecuadamente sus funciones en el ámbito de su especialidad (desempeño profesional.)

C) Perfil ocupacional: características que reúne la persona de acuerdo a los puestos que existen en el mercado de trabajo. (2)

