

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.
FACULTAD DE HUMANIDADES.
CENTRO UNIVERSITARIO DE OCCIDENTE.
MAESTRIA EN DOCENCIA UNIVERSITARIA.

INFORME FINAL DE TESIS.

"LA FORMACION DEL MEDICO EN LA SOLUCION DE PROBLEMAS DE SALUD DEL GRUPO ESCOLAR"

(Evaluación y análisis del Programa de
Salud Escolar del Centro Universitario
de Occidente, 1993).

Presentado por:

VICTOR AUGUSTO RODRIGUEZ BARRIOS
Carnet Nº 1003884.

Asesor:

Dr. Carlos Raul Alonzo M.

Quetzaltenango, Noviembre de 1993.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

DL
12

T(167)

INDICE:

	pag.
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I: CONTEXTO GUATEMALTECO.....	3
1.1 Aspecto socioeconómico.....	3
1.2 Sistema político.....	7
1.3 Aspectos culturales.....	8
1.4 Situación salud.....	9
1.5 Aspecto educativo.....	11
1.6 Papel de la ciencia para Guatemala.	13
CAPITULO II: LA UNIVERSIDAD.....	15
1.1 Bosquejo Histórico.....	15
1.2 Centro Universitario de Occidente..	16
1.2.1 Organización Académica.....	17
1.3 Objetivos y fines de la Universidad de San Carlos.....	17
1.4 Objetivos y Fines del Centro Universitario de Occidente..	19
1.5 Situación actual.....	20
CAPITULO III:	
ANTECEDENTES DE SALUD ESCOLAR.....	23
1.1 Salud Escolar.....	23
1.2 Atención Escolar a Nivel del Area de Salud de Guatemala.....	23
1.3 El Médico en la Escuela.....	27
1.4 Currículm Actual.....	29
1.5 Investigación.....	39
CAPITULO IV	
1.1 Opinión de las Autoridades.....	44
1.2 Opinión Estudiantil.....	47
ANALISIS.....	54
CONCLUSIONES.....	59
RECOMENDACIONES.....	61
BIBLIOGRAFIA.....	63
ANEXO.....	68

INTRODUCCION:

Es responsabilidad de la Universidad de San Carlos de Guatemala, la formación del recurso profesional en nuestro país; como parte de estos se encuentra el "médico", correspondiéndonos a nosotros como docentes de la Carrera de Medicina del Centro Universitario de Occidente, determinar si ésta formación responde a las necesidades de la población, si se adecúa a los factores de riesgo de cada grupo poblacional y si la actividad práctica que desarrollan contribuye a solucionar los problemas de salud. Razones por las cuales éste trabajo trata sobre la formación del médico en la solución de problemas del grupo escolar.

Según los programas de estudio vigentes en la Carrera de Médico y Cirujano, la atención al grupo Escolar (niños de 6 a 14 años) corresponde al Quinto Año, específicamente al Módulo Ambulatorio.

Se plantea la evaluación del Programa de Salud Escolar que desarrolla el CUNOC.; ya que desde su creación a la fecha, ésta no se había dado y de continuar así no podremos proponer alternativas para mejorar la atención al escolar.

La metodología empleada consistió en la realización de una revisión teórica para sustentar el trabajo de campo, elaborando un análisis documental del pensum de estudios en lo referente al escolar.

Se describen antecedentes de lo que ha sido, es y debe ser un programa de salud escolar, en nuestro país. Planteando lo que durante éste ciclo se ha producido en investigación, sobre la problemática en el amplio campo de la salud escolar por los estudiantes que durante éste año cursan el Módulo Ambulatorio.

El trabajo de campo consistió en conocer la

opinión del estudiante que en 1993 curso el Módulo Ambulatorio durante los bimestres de febrero a septiembre (un total de 29 estudiantes), mediante una boleta que evaluaba: Desarrollo del Programa, Docencia en las unidades Teóricas y Recursos. Tabulando ésta información mediante el Programa de Informática EPI INFO.5.0. Además de incluir la opinión del estudiante se verificó la opinión de las autoridades de la División de Ciencias de la Salud, Coordinación General de la Carrera de Medicina y de grado.

En base a la opinión docente-estudiantil y la propia se plantean alternativas de solución de la problemática del grupo escolar.

Por último, se deja constancia que tanto la parte teórica del capítulo primero, así como del segundo y tercero, fueron desarrollados de manera colectiva por el equipo específico que escogió la Carrera de Medicina como macro-objeto de estudio, lo que al final permitió tener una mayor claridad del contexto en el cual se desarrolla la formación del futuro médico en el Centro Universitario de Occidente. Agrése a esto, como aclaración pertinente, que la redacción de dichos capítulos y en algunas partes su particular interpretación, es responsabilidad exclusiva del autor del presente estudio.

CAPITULO I CONTEXTO GUATEMALTECO

Aspecto Socioeconómico:

Nuestro país padece una crisis severa, en los aspectos socioeconómico, político y cultural; lo cual lo sitúa junto al resto de países latinoamericanos subdesarrollados. Esta crisis a su vez es reflejo de la estructura socioeconómica injusta que ha venido a favorecer a la minoría, en perjuicio de las grandes mayorías de población; situación que con las políticas actuales tiende a acentuarse más.

Todas las estadísticas e información existente, cuantitativa y cualitativamente nos vienen a demostrar y marcar las grandes desigualdades en las que actualmente vivimos los guatemaltecos. Lo anterior obedece a un sistema caótico y obsoleto, que se ha mantenido desde la época colonial, que no ha considerado el asegurar condiciones para un desarrollo integral, basado en principios racionales de justicia social en el cual exista convivencia pacífica y democrática, que garantice el ejercicio de los derechos políticos, culturales y socioeconómicos de los ciudadanos. Por el contrario al instalar un sistema Neoliberal, vemos cómo se acrecientan los problemas sociales; pobreza creciente en las grandes mayorías, delincuencia, robo, mendicidad, prostitución, drogadicción, niños abandonados, analfabetismo, desempleo y subempleo.

Si a grandes razgos hacemos un análisis socioeconómico de Guatemala; encontramos que siempre fué un país con fuertes reminiscencias pre-capitalistas.

En los años de los gobiernos revolucionarios 1944-1954, se trató de modernizar la economía, se

crearon obras de infraestructura física, para favorecer y aumentar la inversión nacional y extranjera, las leyes se hicieron en favor de los inversionistas nacionales; se trató de implementar una reforma agraria que favorecería el abastecimiento y crecimiento del mercado interno. Además se promovió el desarrollo de procesos industriales.

El movimiento revolucionario de 1944 tiene fundamental importancia por ser producto de él la promulgación de leyes de relevancia social que aún hoy son vigentes y de avanzada. Entre las cuales se puede mencionar la Autonomía de la Universidad de San Carlos de Guatemala; con la cual se pretendía promover la ciencia y la técnica para el desarrollo de la industria y la producción nacional.

Se crearon: un Código de Trabajo, en lo relativo a la seguridad social, la institución que actualmente se encarga de normar y vigilar por la salud de los trabajadores (IGSS). También el sistema actual de la Banca Central y se concedió la Autonomía Municipal.

Lamentablemente éste proceso revolucionario no pudo ser consolidado, al ser decapitado por la contrarrevolución pro-estadounidense de 1954; entrando en un proceso de franca regresión en todo sentido, político, social, económico, cultural, etc. Se desvirtuaron todas las políticas progresistas que conducían a la modernización del sistema capitalista, generando un proceso de deterioro que a su vez ha conducido a la actual crisis.

Como parte de los cambios implementados por la contra revolución en 1954, se ponen en práctica políticas que excluyen a las mayorías de la población guatemalteca, se incrementa y favorece al latifundista. Se busca en la exportación la panacea de la solución de los problemas que ellos

mismo generaron; se descuida al pequeño y mediano agricultor, se le imposibilita el crédito y la asistencia técnica.

A partir de los años 1960, se pretende un desarrollo de la industria, planeado y ejecutado por los intereses hegemónicos norteamericanos, apoyados por capitalistas nacionales; fundamentándose en la industria de envasado, mezclas y ensamblaje; esta industria entró en crisis total en 1980, contribuyendo a la devaluación de nuestra moneda en más del 100% frente al dólar. A partir de esa fecha entramos en un proceso de deterioro del desarrollo, que no ha cesado.¹

La carencia de una reforma agraria, la falta de poder de parte del estado en la toma de decisiones económicas, sociales y políticas, ha provocado que en el país se acepten soluciones políticas ajenas al desarrollo nacional; el 72.2 % de la tierra en manos del 2.2 % de la población.²

Ante la crisis de carácter mundial capitalista y la nacional, se radicalizan las políticas neoliberales, se ataca al estado en base a su ineficiencia para que de esta forma se propicie la privatización de las empresas nacionales que sí son rentables. Se fortalece el sistema inflacionario, el que evidencia crueldad a partir de 1972.³ Mostrando sus beneficios al incrementar desproporcionalmente los capitales, en perjuicio de la mayoría de la población, fundamentalmente en

¹ Informe Final Primer Encuentro Regional sobre la Universidad y sus Programas de Docencia. CUNOC. 1993 p 133.

² Arreaga Jerez, Baldomero. El Problema Agrario en Guatemala. CUNOC 1987 p 5

³ Informe Final. Op. Cit. p 133.

los que dependen de un salario fijo e incierto.

La falta de solvencia económica del gobierno lo ha debilitado y por presiones de algunos funcionarios y de capitalistas nacionales y extranjeros, tratan de propiciar la privatización de las empresas del Estado (las rentables). Equivocando la eficiencia del empresario del sector privado tendiente al lucro, con la eficiencia de la empresa estatal orientada hacia el servicio social y bien común.

Se ha tendido a fortalecer aún más la propiedad privada, lo que ha originado y generado el marginamiento de la mayoría de la población de actividad económica productiva común. La población para subsistir se ha involucrado en actividades productivas informales, de servicio y comerciales, sin ninguna protección de parte del Estado o de las mismas leyes vigentes, mucho menos el disponer de un régimen de seguridad social.

Se han desatendido los procesos productivos de desarrollo, lo que repercute en el estancamiento de las fuerzas de trabajo, principalmente en el campo, donde los campesinos al no ser capaces de producir los productos que necesitan para su consumo, por falta de técnica, tierra, crédito, etc. emigran a la ciudad, donde su mano de obra no es absorbida por la industria, cayendo en desempleo, sub-empleo, generando cinturones de miseria alrededor de la gran ciudad.

Según datos estadísticos, SEGEPLAN reporta durante 1980 la pobreza extrema respecto al total de la población en 31.5%, incrementándose en sólo nueve años al 67%; para el año 1991 alcanzó cifras del 75% (6 millones de guatemaltecos)⁴

⁴ Pronunciamento de la USAC, Prensa Libre 1/12/1991. Guatemala, C.A.

Con base en todo lo anterior vemos como el gobierno de por sí es incapaz de resolver los problemas socioeconómicos de las mayorías. Sus ingresos son mínimos, quienes tributan son los trabajadores, no así los grandes empresarios, quienes además de evadir sus impuestos, con una serie de argucias legales y no legales, son favorecidos por exoneraciones, subsidios y toda una serie de facilidades para el sector privado.

También se fomenta la corrupción del sector público, convirtiendo a los funcionarios de turno en millonarios; quienes llegan a ocupar sus cargos con la única mentalidad de ir a hacer grandes fortunas. Ocasionando con ello que el presupuesto nacional mantenga un déficit permanente y en progresivo deterioro, al superar desproporcionadamente los egresos a los ingresos.

Sistema Político:

El deterioro ocasionado a partir de 1954 no fué exclusivamente socioeconómico, en lo político se destaca el descontento social que cobra auge a partir de 1962, favoreciendo la formación de movimientos armados que luchan por la reivindicación de los trabajadores y de los grupos desposeídos.

En el último quinquenio de los 70s, esta situación se torna dramática, se instala una violencia política, como antes nadie podría imaginar. Se agudiza aún más en los años 80s, sin indicios de terminar, no obstante los planes de paz apoyados por instituciones como Naciones Unidas.

El sistema político actual se fundamenta, económica e ideológicamente en el modelo de

dominación colonial.⁵ Característicamente es oligárquico (minorías dominantes), además es excluyente (la acumulación de la riqueza no se ha generalizado), autoritario y represivo, fundamentalmente con quienes cuestionan la actual situación y transnacionalizado, (sus valores son concepciones externas que tienen poco o nada que ver con la generación de un desarrollo nacional).⁶

Con la apertura en la lucha Este-Oeste, fin de la guerra fría, se ha tratado a nivel nacional de introducir cambios políticos e ideológicos para construir la democracia⁷. Pero nuestra realidad parece negarlo, ya que persisten y aumentan las violaciones a los derechos humanos, disminuyen las posibilidades de desarrollar una sociedad civil organizada (autogolpe de estado 25 de mayo de 1993).

Aspectos Culturales:

En nuestro país la violencia no es un episodio aislado, es una cultura, se ha constituido en un valor que ha impregnado todas las relaciones, hasta las más elementales de convivencia que nutre una cultura de miedo y terror.⁸ El sometimiento de los indígenas siempre ha sido por terror,

⁵ Cueva, Agustín. Desarrollo del Capitalismo en América Latina. Editorial Siglo XXI, México 1977. p 32.

⁶ Lemus Chavez, Jorge. Los Superbloques Económicos. Doc CUNOC. 1990. p 12.

⁷ Alonzo, Carlos. Reforma Universitaria Democrática. Página 31.

⁸ Kaplan, Marcos. Ciencia Sociedad y Desarrollo. Editorial de la UNAM. México 1987. p. 179.

instalándose desde la conquista un régimen jurídico y social, caracterizado por el vasallaje, la explotación, la imposición religiosa, de un idioma, la organización de la población, la indumentaria y el antagonismo racial. Desde esa época vemos como las estrategias empleadas por los conquistadores desde el siglo XVI se replican y mejoran actualmente; como lo constituyen las reducciones y movilizaciones de pueblos enteros, denominados de varias formas: Aldeas Modelo, Polos de Desarrollo, Patrullas de Autodefensa Civil, etc. Todas, como es obvio, violan los más elementales derechos humanos, e imponen modificaciones brutales de los patrones de vida y cultura indígenas, ocasionando en los últimos años de conflicto armado (más de 30,000 muertos), desplazados internos y externos; viudas y huérfanos.

Como otra estrategia, igual de efectiva y despreciable se ha utilizado el racismo, para mantener divididas a las poblaciones guatemaltecas, llevando a enfrentar indígenas y ladinos y últimamente internamente en cada grupo.

Mientras no existan políticas que tomen en cuenta el desarrollo multiétnico en el país (24 etnias diferentes) no será posible despegar y alcanzar un real desarrollo cultural ya que las políticas culturales actuales obedecen a consignas ajenas a los intereses de los grupos marginados indígenas y ladinos.

Situación Salud:

Al estudiar la situación de salud de los guatemaltecos, debemos ser cuidadosos, ya que prácticamente estamos hablando de dos grupos sociales diferentes (los que gozan de una situación socioeconómica óptima y que por lo tanto si comparamos su nivel de salud es muy parecido al de países desarrollados) y la mayoría de la población, los que no tienen acceso a la salud y sus

servicios. Al referirnos a éste último grupo, veremos como los resultados están muy por debajo de los países latinoamericanos e inclusive de algunos africanos. Para ejemplificar lo anterior, en el año 1989 la Tasa de Mortalidad fué de 7.2; la Mortalidad Infantil 41.39 x 1000 y la esperanza de vida al nacer de 63.5 años⁹ Incrementándose esto en determinadas regiones del país como en la región VI (Sur Occidental) donde la Mortalidad es de 9 y la Mortalidad Infantil ocupa un 24% del total de la Región.

La mortalidad es producida fundamentalmente por causas que son prevenibles y que han sido superadas por países desarrollados; como causas nutricionales, infecciosas y del período perinatal (atención del embarazo y del parto), seguidas por causas de violencia (homicidios).

Como todos los problemas, inciden con más impacto en los grupos desposeídos, tal y como lo demuestra la epidemia del Cólera que ingresó a Guatemala en 1991. Por las condiciones socioeconómicas, políticas y culturales, permanecerá muchos años con nosotros,¹⁰ lo que no ha sucedido en otros países (Costa Rica). Para poder resolver esto bastaría con mejorar las condiciones de vida de la población, saneamiento ambiental (el cual tendría un impacto del 60%; las modificaciones del estilo de vida 23%; mejoría de los servicios de salud 12%. Estas medidas toman en cuenta características ambientales más que aspectos de tipo médico.

Todos los indicadores mencionados muestran

⁹ Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. MSPAS. 1987. Guatemala. p 7.

¹⁰ Méndez, Carlos. Proyección Social de la Carrera de Medicina. CUNOC. 1992 p.16.

un empeoramiento notable en los grupos desposeídos, como la población indígena y rural en general, encontrándose en regiones como la sur-occidental 76% como Rural con un ingreso per-cápita anual de Q. 1,744.20 lo que imposibilita el acceso a la canasta básica, vivienda, recreación, educación, salud, etc. ¹¹

Aspecto Educativo:

La educación en nuestro país ha sido clasista y quizá ésta sería la razón por la cual educativamente estamos como a la fecha; existe discriminación social y falta de apoyo para el sector popular.

Los programas de estudios en general, son repetitivos, obsoletos y desarticulados de la realidad nacional, lo que caracteriza a una población en subdesarrollo y dependencia donde no se toman los aspectos económicos, políticos y culturales propios. La misma crisis principalmente económica influye en el proyecto educativo, los movimientos migratorios propios del país, la multicultural, afectan la atención educativa. ¹² Marcándose más en área rural y población indígena donde sólo el 25 % de alumnos inscritos pertenecen a éste grupo. ¹³ Por lo tanto no se permite a la educación ejercer una acción integral, concienti-

¹¹ Análisis de la Situación de Salud de la República de Guatemala MSPAS. 1990 p.17-20.

¹² Análisis de la Situación del Niño y la Mujer, Secretaría General del Consejo Nacional de Planificación Económica, SEGEPLAN UNICEF. Agosto 1991.

¹³ Crisis de Analfabetismo, Fundamento de la Crisis Educativa. Documento Análisis. Diario la Hora 22/10/1993. Guatemala C.A.

zadora y participativa de la población.

En cuanto a la infraestructura educativa, la cobertura es deficiente, en todos los niveles, constituyendo un problema serio en el cual el área rural, en donde las escuelas no son apropiadas, lejos de los núcleos de población, escasas e incompletas, a pesar de que en el área rural sólo se incluye el nivel primario.

La educación superior únicamente brinda atención al 0.6% de la población de 18 a 24 años de edad, de los cuales el 75% son atendidos por la Universidad de San Carlos en 1989, según la Oficina de Registro y Estadística.

El analfabetismo en la región sur-occidental es tan alto como 50% y en algunos departamentos como Totonicapán del 75%. Se considera que para cumplir con las demandas actuales de esa región hacen falta 1,140 aulas para pre-primaria, 532 para primaria. Además sólo el 60% de la población de 7 a 14 años está en la escuela. (urbana).¹⁵

Lo anterior evidencia que la educación está orientada al sector urbano, su cobertura es baja, no se cumplen con las necesidades mínimas educativas de la población. La forma de organización no es flexible, deja fuera a grandes grupos campesinos; pero aún es más grave; la calidad de la misma es mala, no importando el nivel; la superior es dogmática, libresca y repetitiva, no induce en el educando la creatividad y la innovación, lo cual sería imprescindible para transformar nuestra sociedad.

¹⁵ Análisis de la Situación de Salud de la República de Guatemala. Op. Cit. p. 33.

Papel de la Ciencia para Guatemala:

Hemos hecho anteriormente la referencia de que Guatemala es un país dependiente en muchos aspectos, entre los cuales podríamos mencionar el aspecto político, económico, ideológico, social, también científico y tecnológico, de tal manera que aquí no podríamos hablar de una ciencia con características de autenticidad, pues de hecho la ciencia también presenta características de dependencia, mayormente si se considera a la ciencia "como un conjunto de conocimientos y experiencias socialmente acumuladas, formando un cuerpo teórico de la investigación científica, apoyándonos en una serie de operaciones tanto intelectuales como manuales lógicamente sistematizadas y organizadas, lo cual nos permitirá formular leyes, principios, hipótesis, teorías que nos ayuden a conocer, interpretar, establecer o reformular las causas de los fenómenos tanto sociales como naturales, comprobando a través de la práctica social; permitiéndonos validar o invalidar las leyes principios hipótesis y teorías. "¹⁵

De esta manera caracterizamos a la ciencia como cuerpo de teorías, como métodos y como actividad a través de la práctica social, con una característica muy especial, su no neutralidad al estar condicionada por las relaciones sociales de producción".¹⁶

En cuanto al análisis de la definición anterior nos interesa ahora abordar el problema de la aplicación de la ciencia como método de trabajo, como cuerpo de teorías y como práctica social, en

¹⁵ Concepto Metodológico de Trabajo Académico. CUNOC. 1993. Grupo 2. p.10.

¹⁶ Concepto Metodológico de trabajo Académico. Cunoc 1993. Grupo 2. p. 10-11.

el desempeño profesional del médico guatemalteco; éste procede de una formación académica con muchas limitaciones, en cuanto a contenidos científicos generados a partir de las necesidades sociales, toma los conocimientos generados en otras latitudes y los operacionaliza a través de la aplicación de un método científico que la mayoría de veces coincide con las manifestaciones clínicas de la enfermedad; pero no así con las causas sociales que la generaron; de tal manera que el médico se circunscribe al aspecto puramente clínico y anatómofisiológico, olvidando el papel que la ciencia debe jugar como práctica social.

Bajo otras circunstancias ¿Qué espacio de participación le correspondería al médico? cuando ha sido formado bajo esa concepción, pareciera imposible poder definir el papel o la función que debe desarrollar dentro de la problemática de la salud escolar; sin embargo estamos convencidos de que hay muchos espacios recuperables dentro del trabajo que se desarrolla en esta rama de la medicina; por todo lo expuesto nos interesa analizar seguidamente el papel de la Universidad no sólo como formadora de cuadros profesionales, sino como generadora de ciencia y técnica, y aplicarla en beneficio de la sociedad.

CAPITULO II
LA UNIVERSIDAD
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Bosquejo Histórico:

Nuestra Universidad es una la primeras fundadas en el continente americano; el 31 de enero de 1676 por Real Cédula de Carlos II. Se le dió la categoría de Pontificia el 18 de junio de 1687.¹⁷

Con la caída del segundo gobierno revolucionario (Jacobo Arbenz), se abre realmente el período actual, el país recibe la penetración imperialista. Su desarrollo histórico económico y social se consolida como un país capitalista dependiente, perdiendo la visión que anteriormente se venía vislumbrando como un país de corte capitalista nacional; de esta manera se desarrolla la pequeña burguesía y ocupa los espacios más importantes en la economía nacional. La Universidad de San Carlos como parte de la sociedad global, no escapa a todos estos movimientos, su autonomía aunque se mantuvo teóricamente, en la práctica se ve violentada, pues hay ingerencia del gobierno y su objetivo principal, que era el de formar profesionales identificados con su realidad, se pierde y se fomenta en los futuros profesionales una mentalidad centrada en el ascenso y movimiento social.

En los años 60's el estudiante principia a reaccionar, pretendiendo modificar las estructuras, ahora existentes, el papel de éste dentro de la sociedad civil va haciendose relevante y en los años 80's se identifica plenamente con los grupos populares, tratando de promover sus propios fines

¹⁷ Reseña Histórica, Catálogo de Estudios USAC. 1988. p 13.

con la búsqueda del bienestar de la población. Se dá una confrontación plena de la USAC con los gobiernos de turno.

La represión, la intimidación, el secuestro y el asesinato son utilizados por los grupos oligarcas, que al ir perdiendo terreno crean grupos paramilitares y escuadrones de la muerte, pretendiendo destruir a quienes con ideas de vanguardia quieren un mundo mejor. Al ejército se le asigna el rol de la represión para desarticular la organización popular, sindical y estudiantil.

La represión crea una actitud psicológica de terror, desarticulando planes, programas y proyectos universitarios, provocando una indefinición entre sus miembros.

Centro Universitario de Occidente:

En el occidente del país, específicamente en Quetzaltenango, se crearon los estudios superiores el 20 de noviembre de 1876; mediante el decreto gubernativo 167 con las carreras de Jurisprudencia y Ciencias Políticas, Farmacia y Ciencias Naturales, Medicina y Ciencias Eclesiásticas, luego en 1883 por motivos políticos fueron clausurados.¹⁸

En lo sucesivo funcionaron carreras aisladamente, las que se integraron el 5 de diciembre de 1970 mediante acuerdo del Honorable Consejo Superior Universitario, dando origen al Centro Universitario de Occidente, iniciando actividades con las Divisiones de Ciencia y Tecnología, Ciencias Jurídicas y Sociales, Ciencias Económicas y Humanidades; y en el año de 1982 se creó la División de Ciencias de la Salud, todas funcionan en la

¹⁸ Catálogo de Estudios USAC 1988. p. 102-103.

actualidad, además una sección permanente del CUNOC en San Marcos y Mazatenango.

Organización Académica:

Se encuentra organizado por Divisiones y se integran de la manera siguiente:

- a) Consejo Directivo
- b) Dirección General
- c) Dirección Académica
- d) Divisiones Académicas

Como funciones al Consejo Directivo le corresponden la administración general; es el organismo de más alta jerarquía, cuenta con gobierno paritario (docente-estudiantil).

Objetivos y Fines de la Universidad de San Carlos:

A la Universidad de San Carlos por disposición del estado le corresponde la responsabilidad de atender lo relativo la Educación Superior Estatal. Por medio de la Constitución Política de Guatemala se regula lo relacionado a la Autonomía Universitaria, resaltando que es una institución Autónoma con personería jurídica, dedicada con exclusividad a dirigir, organizar y desarrollar la educación superior del estado, así como la educación profesional universitaria estatal, además a difundir la cultura en todas sus manifestaciones.

La Ley Orgánica de la USAC, contemplada en el Decreto 325 del Congreso de la República menciona que el fin fundamental de la Universidad es elevar el nivel espiritual de los habitantes de la República, conservando, promoviendo y difundiendo la cultura y el saber científico, además deberá colaborar en el estudio de los problemas naciona-

les, sin perder para ello su carácter de centro autónomo de investigación y cultura. Pudiendo solicitar la colaboración y cooperación del estado y éste deberá dársela en la medida de sus posibilidades para el mejoramiento de su personal docente.¹⁹

En los estatutos universitarios se definen las principales atribuciones que le corresponden como Institución Superior Docente del Estado, encargada de impartir la enseñanza profesional, organizar y dirigir estudios de cultura superior, organizar nuevas ramas profesionales y promover la organización de la extensión universitaria.

Como centro de investigación científica, tecnológica y humanística, contribuir al planteamiento, estudio, resolución de los problemas nacionales, además resolver en materia de su competencia las consultas que se le formulen por parte de los organismos del Estado.

Para alcanzar los objetivos trazados, la Universidad desarrolla los siguientes programas:

a) Docencia:

Su propósito fundamental es la formación de recurso humano, idóneo, conformación intelectual y crítica, creadora y con suficiente capacitación humanística, científica y tecnológica, para apoyar el desarrollo social.²⁰

b) Investigación:

¹⁹ La Universidad y sus Fines. Catálogo de Estudios USAC 1988. p.15-16.

²⁰ Estatuto de la Carrera Universitaria, Parte Académica. USAC. 1989. p.5.

Promover el enfoque integral para concebir e interpretar la naturaleza, la sociedad y el pensamiento, debiendo ser su impacto amplio y profundo para resolver los problemas de la sociedad. ²¹

c) Servicio:

Mediante sus programas por medio de los cuales trata de influir en el desarrollo social de las comunidades. ²²

Del Centro Universitario de Occidente:

"Los objetivos y fines del Centro Universitario de Occidente son los mismos que corresponden a la Universidad de San Carlos, por ser éste dependiente de la USAC; a nivel específico podemos mencionar:

- a) Realizar las funciones de docencia, investigación y extensión universitaria en el ámbito occidental del país.
- b) Contribuir a la satisfacción de las necesidades regionales de desarrollo de la educación superior, con proyección nacional,
- c) Integrar los recursos de que se dispone y proceder a la reestructuración de los servicios académico-docentes que ha venido prestando la Universidad en la Ciudad de Quetzaltenango y en la Región Occidental del País.

²¹ Políticas Generales USAC. 1991. p.29-30.

²² Estatuto de la Carrera. Op. Cit. p.6.

- d) Fortalecer la enseñanza profesional actual, mediante la reestructuración académica.
- e) Atraer a la población de educación media de la región, para que realice estudios universitarios.
- f) Servir de centro de investigación, para el estudio de los problemas sociales y económicos de la región occidental del país.
- g) Promover el establecimiento de nuevas carreras profesionales de acuerdo con la política general de la Universidad y las necesidades propias de la región.
- h) Actuar como centro de coordinación de los programas de extensión universitaria en la región occidental del país.
- i) Constituir un centro piloto experimental para ensayar modalidades diferentes en la integración de recursos y en la reestructuración académica docente y administrativa."²³

SITUACION ACTUAL:

En la Universidad como parte de la sociedad, se reproducen todas las formas de vida material, reflejan manifestaciones ideológicas y políticas, así como expresiones de arte y cultura. La ciencia en general se convierte en una fuerza activa que presiona en la búsqueda del desarrollo y de

²³ La Universidad y Sus Fines. Op. Cit. pp. 1102-1113.

los cambios sociales; debemos de aceptar estas oportunidades como un reto, porque las crecientes expectativas de la población deben enfrentarse con el compromiso de todos. Nunca antes en su historia Guatemala ha vivido problemas urgentes que requieren solución inmediata; sin embargo la realidad nos demuestra una crisis franca y lamentable que actualmente vive nuestra casa de estudios.

La crisis universitaria está determinada por los factores: económico, social y político, reflejando los graves problemas en que se desenvuelve la sociedad guatemalteca.

Esta profunda crisis se manifiesta en:

- a) El estancamiento e inclusive retroceso histórico en el proceso de desarrollo universitario. Ej. El Estatuto de la Carrera Universitaria. Parte Académica. 1989.
- b) La detención de los precarios avances logrados con anterioridad en la investigación científica, debido a la falta de planificación e improvisación en la gestión universitaria.²⁴
- c) Acentuación del divorcio ya existente entre la docencia, la investigación y la extensión.
- d) Incapacidad en la dirección, lo cual se manifiesta en la falta de planificación, asignación irracional de recursos financieros, falta de evaluación de la gestión, el descontrol y atraso académico en general. Ej. el hecho que no exista un proyecto de desarrollo universitario general para la USAC., CUNOC. y Centros Regionales.

²⁴ Políticas Generales USAC. 1991.

En resumen, se puede decir que la Universidad está cumpliendo parcialmente con la función de docencia, con una serie de limitaciones y deficiencias; no está cumpliendo con la importantísima misión de investigación para conocer la realidad nacional y en la función de servicio, prácticamente se ha perdido, ya que la proyección social es mínima y no tiene un verdadero impacto.

Es preciso, que la Universidad de San Carlos trascienda la función específica de preparar profesionales, involucrándose activamente en el devenir histórico y comprometiéndose con el desarrollo de Guatemala.

CAPITULO III ANTECEDENTES DE SALUD ESCOLAR:

Salud Escolar:

Es esencialmente un proceso que incluye aquellos procedimientos que se siguen para determinar el estado de salud del niño de 6 a 14 años.²⁵ En un sentido más amplio, es un término que se aplica a una serie de actividades de varias personas de los sectores educativos y de salud. Estas actividades se relacionan ya sea con la prevención de enfermedades y la promoción de salud, o con la minimización de las complicaciones de los problemas de salud en los niños de edad escolar.²⁶

Atención Escolar a Nivel del Area de Salud de Guatemala:

Como antecedentes de salud escolar los primeros se remontan a enero de 1979 cuando por disposiciones emitidas por autoridades de salud pública se desintegra la sección de salud escolar, organismo que desde 1947 fué creado específicamente para cubrir las necesidad de salud de los escolares del área metropolitana, así como normar y coordinar la atención de los escolares de los departamentos de la República; ésto constituye el intento inicial a crear un servicio médico asistencial específico para escolares.

"Como consecuencia de la desintegración de la sección de salud escolar, el personal de la misma,

²⁵ Berstein, Leo. Higiene Escolar. 3a. Edición Edit. Nacional México 1971. p.3.

²⁶ Nader, Philip. Manual del Pediatra en Actividades de Salud Escolar. Pediatrics in Review p. 111.

compuesto por cinco médicos a tiempo completo y cinco auxiliares de enfermería fueron distribuidos en cuatro de seis distritos de salud urbano. Esta desintegración provoca un viraje administrativo en el cual la sección de salud escolar pasó a formar el departamento de salud escolar perteneciendo a la división Materno-Infantil y Familiar, con actividades normativas al desarrollo de las escuelas de la región metropolitana".²¹

Pero las actividades y programas de salud escolar en los centros y los puestos de salud de toda la República quedaron sin conexión con el Departamento de Salud Escolar, y desde esa fecha sus acciones no se han hecho sentir.²²

Este programa de salud a nivel nacional está definido como el conjunto de normas, procedimientos para detectar, preservar, recuperar y conservar la salud del escolar guatemalteco.²³ Su objetivo es participar en el diagnóstico de la situación escolar en toda la república y normar la atención del grupo escolar a nivel nacional, su propósito es lograr la incorporación de las normas y actividades de salud escolar a las áreas de salud.

Podría justificarse que en países como el nuestro, en donde la mortalidad infantil sigue

²¹ Modelo de Atención en Salud para el Grupo Escolar de 7 a 14 años. Centro de estudios Superiores en Nutrición. Guatemala Nov. 1981. p. 3-8.

²² Normas de Atención de Salud Materno Infantil. Servicios Ambulatorios. Plan Nac. de Salud 1992-1996. pp. 113-122.

²³ Normas de Atención de Salud Materno Infantil. Op. Cit. p 118.

causando estragos, la atención de los servicios de salud está primordialmente dirigida hacia la búsqueda de soluciones que permitan la atención médica en los cinco primeros años de vida. Esta tendencia necesariamente obliga a que todo el que se preocupa por los destinos de nuestras poblaciones, enfoque los esfuerzos de su acción médica en las edades que envuelve la perineonatología y la primera infancia. Sin embargo, en raras ocasiones aflora la preocupación de evaluar la calidad de vida de los sobrevivientes de la hecatombe "involuntaria" que la dependencia y el no desarrollo hace presentar a nuestros pueblos.

Es en esta consideración donde el maestro como motivador, orientador y propiciador de conocimientos y con el contacto diario con sus alumnos juega un rol de suma importancia en la detección de problemas que son susceptibles de cambio en el escolar, los que de otra forma no serían detectados.

Sin embargo es importante establecer la forma cómo el programa escolar asegure un vínculo entre la familia y las fuentes usuales de atención primaria de salud en la actualidad.

En cada comunidad se debe diseñar un servicio óptimo de salud escolar, en base a las características de la población, la naturaleza de los problemas locales, los recursos de atención disponibles, y las dificultades para obtener el servicio.³⁰

"El marco para enfocar la estructuración de un servicio escolar debe incluir cuatro niveles:

1. Asegurar el acceso de la población a una

³⁰ Modelo de Atención para el grupo Escolar. Op.Cit. p 20.

fuentes de continua atención primaria en salud.

2. Proporcionar actividades obligatorias para el mantenimiento de salud.
3. Considerar las actividades opcionales para el mantenimiento de salud.
4. Identificar los problemas de salud y las acciones para la solución de los mismos." ³¹

Lo anterior debe y es factible no, importando las características o limitaciones de la población.

Existen dos metas esenciales en el programa de salud en la escuela primaria, uno es que los alumnos sean lo suficientemente saludables para beneficiarse óptimamente del programa educacional. El otro es que los alumnos empiecen a aprender hechos que afecten la salud y basen en ello decisiones acerca del mantenimiento y cuidado de su propia salud.

Debemos tener presente que la salud más que un fin es la base sobre la cual y con la cual podremos obtener un desarrollo real.

En las actividades a cubrir no es la evaluación médica lo más importante; sino únicamente un componente del servicio que globalmente deben ofrecer los servicios escolares de salud en nuestro país.

³¹ Nader, Philip. Op. Cit. p 100.

EL MEDICO EN LA ESCUELA:

Entre las funciones que debe cumplir nuestro médico en la escuela podemos incluir:

1. Implementar y dirigir los programas que necesitan detectar problemas de salud entre los alumnos y personal para evitar su prevalencia.³²
2. Conducir la evaluación médica en los niños que han sido referidos de las clases partiendo de la prioridad que amerite cada caso.
3. Facilitar la obtención del tratamiento en los niños con problemas de salud cuando los padres de familia son incapaces de brindar el mismo.³³
4. Promover la inmunización de los alumnos mediante la coordinación con las jornadas nacionales de vacunación (promoción según grupo de riesgo BCG, DT, Sarampión, Polio).
5. Aplicar medidas de control a enfermedades infecto-contagiosas dentro de la escuela y en la comunidad.
6. Establecer y aplicar medidas de emergencia y primeros auxilios en los centros educativos a su cargo.
7. En cooperación con la autoridad de salud supervisar los aspectos de higiene en las escuelas, preparación y manejo de

³² Nader, Philip. Op. Cit. p.103.

³³ Idem. p.103.

alimentos(tienda, refacción escolar).³⁴

8. Promover una relación de trabajo efectiva con los padres, maestros y alumnos.
9. Asistir y apoyar en la planificación de programas de salud para el personal de la escuela.
10. Servir como intermediario y asistir en la obtención de otros servicios médicos, que beneficien a los niños, tanto a nivel de referencia, como en el desarrollo de contenidos educativos en el programa de estudios.³⁵

En general la participación del médico en la escuela constituye un catalizador de todas las acciones tendientes a favorecer, lograr, recuperar o mantener un nivel de salud óptimo que contribuya a lograr un rendimiento escolar aceptable; partiendo o usando como base de estas acciones a tres elementos claves: el escolar, los maestros y padres de familia; con uno de estos tres elementos que obviemos estaríamos condenando al fracaso cualquiera acción sanitaria.

Tener presente que nuestra labor no es curativa, sino preventiva, lo que por el pensamiento que aún predomina, nuestra labor será a veces discutida o poco apreciada.

³⁴ Modelo de Atención para el grupo Escolar. Op. Cit. p. 33.

³⁵ Mustard, Stebin. Introducción a la Salud Pública. Editorial la Prensa Médica Mexicana 1976. p 137.

Curriculum Actual:

A finales de 1980 los pocos programas de salud que la Universidad de San Carlos destinaba como proyección a las comunidades y que ofrecían servicio de salud a las mismas se vieron afectados por la situación de violencia que prevalecía, exponiendo a los estudiantes, a los mismos usuarios y colaboradores de los servicios de atención. Por lo que fué necesario y coyuntural el rediseño de algunos contenidos. Por lo que se tomó la decisión a nivel de las autoridades de la Facultad Central el suspender la práctica de Medicina Integral (en el quinto año de la carrera), por lo que a partir de esa fecha se creó el Programa Ambulatorio. Tratando de rescatar el servicio que se debía ofrecer al grupo escolar y que en ese momento permanecía olvidado.

En el mes de noviembre de 1981 se adaptaron los contenidos a lo que constituirían dos unidades más en el módulo de pediatría (atención al pre-escolar y atención al escolar). Pero a finales del mismo año debido a que el estudiante a quien se pretendía iniciar en el manejo de los problemas pediátricos tipo ambulatorio, no comprendía ni dimensionaba la importancia de la medicina pediátrica preventiva, descuidando su trabajo práctico y ganando los puntos para promover éste módulo a expensas de las unidades pediátricas básicamente hospitalarias.

En los años sucesivos siempre se rumuró la desaparición del Módulo Ambulatorio, debido a la falta de conciencia de los estudiantes y de los mismo docentes quienes no han concebido una práctica médica sin estar entre los muros de un hospital.

La Carrera de Medicina del Centro Universitario de Occidente; por depender académicamente de

la Facultad de Medicina, debió implementar todos estos cambios con la única gran diferencia de no contar con recursos. En enero de 1982 se inició un modesto Programa de Salud Escolar tipo piloto en una única escuela primaria (Francisco Velarde). Por la forma de trabajo y entrando a conocer el medio escolar, se fueron creando expectativas en los maestros, padres de familia y población en general; llegando en 1989 a cubrir con nuestro Programa de Salud Escolar las 28 escuelas públicas pre y primarias del municipio de Quetzaltenango, a las cuales se les continúa prestando el servicio. (Existen solicitudes de más escuelas a cubrir, principalmente peri-urbanas, pero por la falta de apoyo y políticas definidas de las autoridades del CUNOC y principalmente de la División de Ciencias de la Salud ésto aún no es posible.

La salud escolar forma parte de la salud materno infantil dentro de la pediatría ambulatoria. Sus funciones son cuidar la salud física, mental y social de los educandos para obtener un mayor aprovechamiento de la enseñanza, una mejor adaptación al medio, la creación de hábitos higiénicos y una conciencia sanitaria en los escolares y brindar a los estudiantes del quinto año de la Carrera de Medicina una experiencia educativa y sanitaria; éstos son los postulados que orientan la creación de un espacio para la salud escolar dentro de nuestro pensum de estudios.

Para comprender y mejorar los problemas de salud del niño de 6 a 14 años, se requiere adquirir el concepto de prevención por medio de la educación. También es necesario producir un cambio de conducta en el estudiante de medicina y en la población escolar para la resolución de los principales problemas de este último grupo (40).

Esto es uno de los principales y talvez el más importante reto a vencer, ya que transformar en (únicamente) dos meses de actividad la forma-

ción eminentemente bióloga de nuestro estudiante, incide muchas veces en rechazo inconsciente a algo que según él lo aleja del hospital.

En la población escolar y el personal docente, influye el concepto del médico "estereotipado" y parcial o totalmente son rechazadas las actividades que sean diferentes a éste estereotipo. Son mejor aceptadas actividades curativas y no acciones preventivas.

Mediante los planteamientos anteriores el currículum pretende que el estudiante esté en capacidad de organizar y administrar un Servicio de Salud Escolar, que aplique el concepto de educación para la salud en la enseñanza teórico-práctica para conservar ésta, para mejorar y lograr la salud individual y colectiva. Que comprenda la morbilidad propia del grupo escolar mediante la detección, manejo y referencia oportuna de los casos; que detecte alteraciones emocionales y sociales a través de la observación, la clasificación del riesgo familiar y el seguimiento a familias de alto riesgo.

Los objetivos son nobles, pero posiblemente, por características como las siguientes no es factible alcanzarlas en su totalidad:

- a) Distribución inadecuada de los estudiantes en lugares de práctica, rotaciones muy grandes en número de estudiantes en períodos de tiempo en los que la actividad en la escuela disminuye (período de vacaciones de noviembre y diciembre).
- b) Incorporación temporal de estudiantes que tienen pendiente la aprobación del año inmediato inferior y al no ser aprobada, deja centros de práctica, congestionando al final, el trabajo a desarrollar.

- c) El espacio reducido que se da a los padres de familia en las escuelas y el rechazo de éstos a la escuela por basar su opinión de ella en las experiencias desagradables y a veces aberrantes de lo que fué en ellos cuando escolares.
- d) Falta de insumos mínimos, al crear y establecer un curriculum de estudios.

Realmente se creó un programa para satisfacer necesidades de práctica para el estudiante de medicina. Pero al hacerlo, fue creciendo la expectativa y las demandas de servicio por parte de las autoridades y maestros de las escuelas; lo que en nuestra región constituye el Primer Programa de Salud Escolar a nivel local y por medio del cual se han inspirado otras acciones en beneficio de los escolares de occidente.

Escuelas de Educación Pre y Primarias Urbanas de Quetzaltenango, que Cubre el Programa de Salud Escolar del Centro Universitario de Occidente y Centro de Salud, Quetzaltenango.

Escuelas:

Dirección:

Sector Número 1:

- | | |
|------------------------------|----------------------------|
| 01. San Bartolomé | 3ª Av. El Cenizal, Zona 4 |
| 02. Esteban Figueroa (vesp.) | 10ª Calle 10-13, Zona 1 |
| 03. Antonia Estrada Monzón | 10ª Calle 10-13, Zona 1 |
| 04. 20 de Octubre | Av. Jesús Castillo, Zona 1 |

05. Secundina Arriola Av. Jesús Castillo,
Zona 1

Sector Número 2:

06. Dr. Roberto Molina Col. Dr. Roberto
Molina, Zona 5

07. La Ciénaga 7ª Av. 10-45 Zona 5

08. 15 de Septiembre Col. Rosario, Zona 3

09. Col. San Antonio Col. San Antonio,
Zona 7

Sector Número 3:

10. Antonio José de Irisarri 3ª Calle 13-28,
Zona 3

11. Delfina Mazariegos 3ª Calle 13-28,
Zona 3

12. Francisco Velarde 13 Av. 3-33, Zona 3

13. Manuel Enecon López 12 Av. 1ª Calle,
Zona 3

14. Francisco Muñoz 1ª Calle 12-25,
zona 3

15. Colonia Minerva Col. Minerva,
Zona 3

Sector Número 4:

16. Manfredo L. De León Callejón No 16 "B",
Zona 1

17. Vicente R. Sanchez Plazuela El Calva-
rio, Zona 1

- | | |
|----------------------------|------------------------------|
| 18. Antonio Marure | Plazuela El Calvario, Zona 1 |
| 19. Sr. Sepultado Catedral | Plazuela El Calvario, Zona 1 |
| 20. Carlos A. Velásquez | 14 Av. "A" 1-36, Zona 1 |

Sector Número 5:

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| 21. Manuel Ortega | 1ª Calle 17-02, Zona 1 |
| 22. Manuel C. Figueroa(matuz.) | 4ª Calle y 25 Av., zona 3 |
| 23. Manuel C. Figueroa(vesp.) | 4ª Calle y 25 Av., zona 3 |
| 24. Francisco Capuano | Diag. 2 Barrios Garivaldi, Z.3 |
| 25. Colonia El Maestro | col. El Maestro, Zona 8 |
| 26. Lucas T. Cojulum | Zona 1 (temporalmente) |
| 27. Jesús Rodas | Zona 1 (temporalmente) |
| 28. Guardería Altrusa | Zona 2 |

Actividades Básicas que el Estudiante debe Efectuar:

- a) Efectuar control médico a todos los niños de los Centros bajo su responsabilidad. Para lo

cual considero el estudiante está capacitado, encontrando como limitación el tiempo que se utiliza para desplazarse a los centros de práctica (escuelas primarias), y actividades que surgen sin planificación previa por parte del personal de la escuela.

- b) Determinar las características de crecimiento y desarrollo del escolar (monitoreo). Para esto debe reforzarse sobre la diferencia entre los cambios físicos (crecimiento) y funcionales (desarrollo); requiriendo tiempo del docente, ya que en los años cursados anteriormente por el estudiante no había desarrollado contenidos similares, lo cual de aquí en adelante le servirá para determinar y conocer problemas de patología.
- c) Detectar patología en el crecimiento y desarrollo (problemas en la lectura, escritura y alteraciones emocionales).
- d) Efectuar visitas domiciliares a los niños a su cargo cuando el caso lo requiera. Este componente es muy importante ya que el estudiante, primero conoce el medio en el cual vive el escolar a su cargo, aprende mediante la visita domiciliar que las personas son diferentes en su forma de comportarse en una clínica médica y en su casa, lo que servirá para darle valor a los datos subjetivos referidos en la realización de una historia médica. Tiene como limitante el hecho que las direcciones proporcionadas por los padres de familia al inscribir a sus hijos en la escuela, no siempre son direcciones correctas, además en la primera visita la desconfianza, no obstante la identificación del estudiante, mediante una nota previamente enviada por la dirección del establecimiento.
- e) Manejar un registro permanente de la salud de

los centros a su cargo. Esta actividad favorece la formación del estudiante en responsabilidad, que como médico escolar, debe encargarse del cuidado de la salud de su grupo asignado.

- f) Supervisar el programa de alimentación suplementaria en la escuela (refacción escolar).
- g) Desarrollar programas opcionales ³⁵ para beneficio de los escolares (aplicación tópica de fluor, desinfestación, desparasitación, etc.).
- h) Consultoría médica a los maestros. Para el desarrollo de esta actividad se ha tropezado con el hecho de que el maestro acepte el servicio como tal, y no piense que se trata de proveerle de medicamentos para cumplir con un tratamiento médico; desatendiendo el componente educativo en cuanto a cuidar su salud.
- i) Organizar y ejecutar programas de educación sanitaria, contemplando aspectos relevantes, priorizando en aquellos que incidan en la salud de los escolares.
- j) Detectar el estado de inmunización de los escolares e inmunizarlos previa autorización de los padres de familia. Coordinando esta actividad con las autoridades de Salud Pública, coincidiendo con las Jornadas Nacionales de Vacunación, para tratar de aprovechar que el estudiante se familiarise con los esquemas y Técnicas que utiliza el Ministerio de Salud Pública.
- k) Participar en actividades de investigación

³⁵ Se considera como programas opcionales en salud escolar todos aquellos que contribuyan a beneficiar al niño y que no sean la evaluación médica y el programa de inmunización.

sobre problemas de los escolares, durante el tiempo que dure la práctica. Con el fin de relacionar al estudiante con la investigación, que se dé cuenta que a cualquier nivel y en cualquier centro de práctica se puede realizar investigación, y que ésta para ser valadera no necesariamente debe provenir de otros países y que debe aportar soluciones a nuestra problemática local. Para tal fin se utilizan los dos meses que dura la práctica, contando con el apoyo del docente para asesorar el trabajo y los avances que se vayan logrando, en base a un protocolo elaborado durante la primera semana de actividad. Además se lleva un diario de investigación que tendrá un valor del 50 % del total de la investigación; el 50 % restante lo justificará la presentación a los docentes del Quinto año y a sus compañeros de un informe final. Se ha logrado parcialmente la participación de los maestros (mediante brindar información, sugerir temas de investigación, ser parte de algunos estudios específicos), no se ha podido aún incorporar a los padres de familia, posiblemente por lo breve del tiempo destinado a tal fin, la poca relación que mantiene con la escuela.

- l) Orientar a los padres de familia sobre la situación de salud por medio de actividades a nivel individual o de grupos.
- m) Participar junto con el maestro con el apoyo desarrollando los programas de estudio referentes a salud y seguridad, nutrición y temas afines.

En cuanto al docente que actualmente desarrolla y coordina el programa de salud escolar, se debe mencionar, no a manera de justificación, sino porque así ha sido, el hecho de que cuando se creó dicho programa, incluso en la Facultad Central, no se había contemplado ni previsto las característi-

cas que debía tener , por lo que prácticamente se ha tenido que autoformar para cumplir con todas las exigencias que requiere el hecho de dirigir un programa que atiende a 10,000 escolares.

Temática que debe comprender la actividad en la escuela:

- a) Problemas Sociales (drogas, alcoholismo, desintegración familiar).
- b) Educación sexual.
- c) Salud mental (del maestro, del niño, en la casa, la escuela).
- d) Alimentación suplementaria (diseño y evaluación de programas).
- e) Desnutrición.
- f) Problemas de aprendizaje (lenguaje, visión, audición).
- g) Enfermedades infecto-contagiosas.
- h) Caries dental y enfermedad periodontal.
- i) Primeros auxilios.
- j) Enfermedades de la piel.
- k) Saneamiento ambiental (Disposición de excretas, fuentes de agua y desechos).
- l) importancia de las inmunizaciones.

Los temas propuestos a desarrollar por el estudiante con los escolares, maestros y padres de familia, se realizan tomando en cuenta que la información a transmitir debe tener una base cien-

tífica sólida y aplicable a nuestro medio. Ser ex- puesta en términos comprensibles, insistiendo en que el estudiante no influya en su enfoque criterios mágico- religiosos o personales, sino que destaque la responsabilidad que cada uno de los componentes del programa debe jugar. El maestro como propiciador y facilitador del aprendizaje, los padres de familia como directamente responsables del cuidado de la salud de su familia y de la comunidad y el niño como beneficiario del servicio y como transmisor de conocimientos a su familia y comunidad.

Los temas listados anteriormente se proponen por considerar que a nivel local son los que influyen prioritariamente en la salud y el rendimiento escolar.

INVESTIGACION:

Constituye un rubro que se trata de rescatar en el Programa, asignándole un 10% del total de la nota de promoción del estudiante; para con ello estimularlo y que durante el tiempo que dure la práctica (dos meses) realice investigación longitudinal; tratando de iniciarlo en este campo, con el fin de se acerque a una investigación participativa.

Aún el estudiante no dimensiona el valor de la investigación que realiza, posiblemente por considerar, como algunos profesionales creen que para tener valor debe ser importada, o por no creer que su trabajo pueda aportar soluciones a nuestro problemas de salud; o quizás porque el tiempo destinado a ella sería su principal limitante.

Durante el presente ciclo se desarrollaron como parte de este rubro los temas siguientes:

TITULOS	ASPECTOS QUE CUBRE
01. Repitencia Escolar	(Repitencia y deserción durante el ciclo escolar 1992, escuelas primarias públicas de Quetzaltenango). FEBRERO-MARZO 1993.
02. Saneamiento Ambiental del Edificio Escolar	(Condiciones sanitarias del Edificio Escolar) FEBRERO-MARZO 1993.
03. Patología Oral	(Frecuencia en el escolar quetzalteco) ABRIL-MAYO 1993.
04. Problemas Pscológicos	(Manejo y tratamiento, Clínica Psicológica), ABRIL-MAYO 1993.
05. Influencia de la televisión en el pre-escolar	(Estudio prospectivo en una escuela parvularia JUNIO-JULIO 1993)
06. Primero Axilios	(Estudio prospectivo descriptivo de conocimientos en maestros de nivel primario público). JUNIO-JULIO 1993.

- | | |
|--|---|
| 07. Cólera | (Conocimientos, actitudes y prácticas de maestros de educación primaria). AGOSTO-SEPTIEMBRE 1993. |
| 08. Influencia del trabajo en el rendimiento escolar | (Estudio prospectivo descriptivo en el escolar quetzateco que trabaja) AGOSTO-SEPTIEMBRE 1993. |
| 09. Hipertensión arterial | (Estudio de prevalencia en maestros quetzaltecos) AGOSTO-SEPTIEMBRE 1993. |
| 10. Educación Sexual | (Replanteamiento de un programa) OCTUBRE-NOVIEMBRE 1993. |
| 11. Problemas de Salud el escolar quetzalteco (en proceso) | (Informe Final Ciclo 1993, nivel pre y primario público). NOVIEMBRE-DICIEMBRE 1993. |

De los once trabajos anteriores cabe destacar el hecho que todos y cada uno de ellos fué propuesto y defendido en sesiones de trabajo de grupo por los estudiantes que los seleccionaron en base a lo que ellos consideraron problemas prioritarios en el campo de la salud escolar local. Posiblemente el tiempo destinado a ello sea cuestionable (pero parte del aprendizaje es que maneje el tiempo como factor importante en la investigación).

Del apoyo docente, éste se propuso a libre demanda contando con un diario de investigación

para registrar las actividades generadas al seno de cada equipo investigador (con fines de evaluación). El valor asignado a la investigación se distribuyó en 50% sobre el proceso mismo de la investigación y el restante 50% al informe final y su presentación a estudiantes docentes y autoridades.

En los trabajos realizados durante el presente ciclo encontramos:

- a) Que de una u otra manera todos engloban problemas prioritarios y frecuentes en los escolares en nuestro campo de acción, a excepción de tres trabajos en los que se dió prioridad al grupo de maestros como componente educativo; uno de ellos evaluó un programa educativo realizado en año anterior sobre conocimientos, actitudes y prácticas de maestros sobre Cólera, con dicho trabajo comprobamos que es necesario un refrescamiento y actualización constante al componente maestro.
- b) Otro trabajo midió factores de riesgo de hipertensión en maestros, destacando que un 20% de recurso maestro, es hipertenso de los cuales también un 20% no tiene controlada su presión arterial. Lo que nos hace asumir lo discutible de que alguien que no vela por su salud sea en parte responsable de la salud y el aprendizaje de un grupo en formación.
- c) El comprobar que a la mentalidad de nuestro maestro la atrae los tratamientos de primeros auxilios tipo hospital de emergencia de alta tecnología; mostrando desagrado por la prevención de riesgos y accidentes a nivel de la escuela.
- d) Las restantes investigaciones de una u otra forma evalúan la influencia del ambiente en el estado de salud del escolar. Comprobando que

es devastador; como lo demuestra el hecho que nuestros niños vean en promedio cinco horas diarias de televisión; que los problemas psicológicos detectados y manejados por nuestra clínica psicológica son ocasionados principalmente por desconocimiento de los padres de como educar a sus hijos y por situaciones económicas sociales, como desempleo.

- e) Ninguno de los edificios que ocupan las escuelas reúne condiciones mínimas de habitabilidad (falta de espacio físico, hacinamiento, contaminación). Además comprobar lo ineficaz del sistema educativo público a nivel de nuestro Municipio donde 38% de los escolares no aprueban el grado cursado a expensas de un 20% por deserción y un 18% porque fracasan los métodos de enseñanza.

³⁷ Repitencia y Decersión Escolar, ciclo escolar 1993, Programa de Salud Escolar CUNOC. Feb. -Marzo 1993.

CAPITULO IV

OPINION DE LAS AUTORIDADES:

En cuanto a la opinión, apoyo y responsabilidad de las autoridades de la carrera, se encuentra como apreciación global del programa: que cumple con su proyección social hacia la comunidad, que pretende de una u otra forma resolver los problemas de salud del grupo escolar, además que se ha constituido como plan piloto llegando a evolucionar más que a nivel de la Facultad Central.

Es de los primeros intentos que se realizan para extraer al estudiante del ambiente hospitalario que en muchos casos deforma su mentalidad haciéndola curativa esencialmente.

Las investigaciones producidas por el programa, son conocidas la mayoría de ellas, lamentablemente no se han publicado en revistas u otros medio de comunicación y el conocimiento de ellas ha sido por las presentaciones que se han hecho por el docente y los estudiante, fundamentalmente se han tomado los datos aportados para planificar y tomar medidas a nivel local; se cumple con los objetivos señalados por el currículum. Se debe en estas investigaciones crear un espacio de participación comunitaria.

En cuanto a la cantidad y la calidad de la investigación, las autoridades están concientes que es pobre, principalmente por la falta de recursos, apoyo y tiempo destinado al efecto por parte de la Univesidad.

Por la cantidad de datos e información proveniente de ella, son suficientes para tomarlos en consideración y como apoyo en la toma de decisiones.

Sobre la forma en que esta planteado el programa dentro de la carrera. En esencia se opina es buena; pero por falta de infraestructura propia de la Universidad, es difícil cumplir con los objetivos del programa; potencialmente tiene características de integrar la docencia con la asistencia.

El impacto social del programa es bueno, en la medida que se sistematice a nivel local (municipio de Quetzaltenango), pero es pobre y deficiente en relación a la población en edad escolar de la región, es el primer intento de atender a la población escolar en conjunto los servicios de salud y la Universidad.

Durante su práctica el estudiante refuerza sus conocimientos de pediatría, hay cambios de sus conceptos con respecto a ella, se familiariza el médico con la patología del grupo escolar, se le relaciona directamente y en el campo de acción la teoría con la práctica, destaca la importancia del primer nivel de atención.

La relación que las autoridades han mantenido con el Programa, durante su gestión ha creado expectativas a que propongan que éste puede implementarse a nivel comunitario, ampliando la participación del estudiante a nivel de la comunidad, utilizando la escuela para contactar con padres de familia.

Las autoridades sugieren, aunque no proponen cómo, se mejore la calidad de las investigaciones, que se trate que sean del medio local, que integran los rubros docencia, investigación y servicio. Que sean más realistas y participativos, utilizando la experiencia obtenida con los estudiante para cambiar la mentalidad docente.

La limitaciones básicamente visualizadas por las autoridades, son presupuestarias, horas docen-

te, papelería, insumos, readecuación del currículum de la carrera, el sistema de salud debe compartir responsabilidades con la Universidad.

La responsabilidad de la Universidad en torno a la solución de la problemática del grupo escolar, se inicia desde realizar investigación participativa, para que todos los sectores de la población conozcan la realidad nacional, propongan soluciones prácticas. La responsabilidad debe ser compartida con la familia la comunidad, y otras instituciones.

Del funcionamiento que en estos 12 años ha manifestado el Programa, se destaca como positivo el mantener un espacio aunque no lo llena para realizar atención en salud, tanto desde el punto de vista formación para los estudiantes de medicina, como para los beneficiarios (escolares de las 28 escuelas públicas del municipio de Quetzaltenango). Proyecta a la Universidad hacia la población; es una práctica objetiva, realista, dinámica.

Sus deficiencias; no cubre a toda la población susceptible, falta de medidas del impacto real y/o potencial, los lugares de práctica son escasos inadecuados; se carece de recursos docentes.

A manera de comentario y perspectiva de lo planteado por las autoridades; rescatar que en cuanto a la proyección que visualizan del programa podría pensarse que la consideran buena para no justificar la demanda en incrementar el apoyo al programa.

Sobre el conocimiento de las investigaciones planteadas y realizadas; es discutible su apreciación; pues no han asistido a su presentación (a pesar de haberseles invitado para el efecto), aunque reconocen la falta de apoyo.

Visualizan por las características de los contenidos programáticos y su aplicabilidad en la práctica, de ser integradores (docencia y asistencia) aunque no proporcionan los espacios para consolidarlo.

Sobre el impacto y la medición del mismo, el tiempo para hacerlo no es el adecuado, ya que como se mencionó en el capítulo siete, el programa fue diseñado para cumplir un objetivo de docencia a estudiantes y no como un programa de servicio a la comunidad; aunque fehacientemente creo tiene mayor trascendencia como proyección social, sin restarle importancia al componente docencia.

En cuanto a la consolidación y reforzamiento de la práctica pediátrica a los estudiantes; siempre y cuando al grupo escolar se le considere como perteneciente al grupo pediátrico cualquiera actividad en ese grupo la mejorará; independientemente que el estudiante o las autoridades no lo visualicen así.

Sobre si el programa se proyecta a la población considero si lo hace; pero aún no es representativo su accionar y debiera ampliarse no sólo a nivel local sino regional; siempre y cuando se den las condiciones apropiadas para ello; justificando su presencia por su efecto en la comunidad escolar y no constituirse en él mismo como la razón de ser.

OPINION ESTUDIANTIL:

Para determinar la opinión estudiantil, se realizó en base a una entrevista cerrada, de 28 preguntas, considerando la respuesta en 5 posibles opciones: Excelente, Muy Bueno, Bueno, Regular y Deficiente sobre el Programa de Salud Escolar del CUNOC. Evaluando en tres aspectos:

- a) Desarrollo del Programa, mediante 14 preguntas.
- b) Docencia en las Unidades Teóricas, mediante 7 preguntas.
- c) Recursos del Programa, 7 preguntas.

La entrevista en mención fué pasada a todos los estudiantes que durante los 4 bimestres (de Febrero a Septiembre de 1993) cursaron el Módulo Ambulatorio. Siendo un total de 29 estudiantes lo que constituyó la muestra.

Posteriormente fué tabulada la información utilizando el Programa de Informática EPI INFO. versión 5.0 para su análisis estadístico; en base a lo cual se presentan los siguientes resultados:

En cuanto al desarrollo del programa se refiere, el cumplimiento en el horario para la realización de las actividades. El 38 % de los estudiantes indican fué bueno, 13 % excelente y muy bueno 45 %; lo que destaca que el 97 % considera el tiempo que se tiene, debe ser aprovechado y por la forma en que está planteado haga que él tenga presente el compromiso que representa su responsabilidad para con los niños en control.

Debe tenerse en cuenta el hecho que el estudiante al opinar puede verse influido a que el tiempo que tiene para cumplir con los compromisos de servicio en las escuelas, exige cierta presión por parte del docente y del mismo estudiante, para que al final de la misma cumpla con los requisitos planteados al inicio en el programa.

La calendarización y cumplimiento de las actividades es considerada por el recurso en formación, similar a lo que fué cumplimiento en el horario, lo que nos demuestra el grado de responsabilidad que cada estudiante manifiesta como

"médico escolar"; también debemos considerar en el grupo estudiantil la importancia que tiene una nota de evaluación, y por la forma de hacerlo en el programa, donde a cada actividad corresponde un porcentaje en la evaluación.

Si el estudiante considera a los objetivos planteados como alcanzados, opinaron en orden prioritario, 48 %, 41 %, como muy bueno y bueno; únicamente el 7 % considera que fué regular el logro de los mismos. Tomar en cuenta que al estudiante es poca la participación que se le da en proponer los objetivos, y en algunos casos por la falta de motivación de que es objeto, difícilmente pueda considerarse como valedera su opinión, o identifica que está fallando la comunicación docente-alumno.

La relación que guarda la teoría con la práctica se considera muy buena por el 34 % de los estudiantes, buena por el 24 %, validando esta aseveración con el hecho de que fué considerado en 65 % como adecuado el tiempo destinado a la práctica. Difiriendo en opinión el 34 % que considera como excesivo el tiempo destinado a trabajar, posiblemente influido por el sentirse fuera del hospital. Por lo que considerarían como tiempo mal invertido cualquiera otra práctica fuera de él; agregándole que es poco probable considerar como excesivo el tiempo cuando la cantidad de centros de práctica del programa lo constituyen 28 escuelas, 1 guardería, y 1 clínica para padres de familia, a cargo de grupos de aproximadamente 8 estudiantes.

En relación al logro del apoyo de parte de los maestros y personal de las escuelas; el estudiante considera que le favoreció en muy bueno 31 %, excelente 20 % y bueno 13 %; en forma regular 24 % y no lo logró en 10 %. Debemos tomar en cuenta ésto, ya que nos refleja el interés que cada uno puso de manifiesto, la motivación perso-

nal en lograrlo, y la receptividad y disponibilidad del maestro como colaborador. Sin que necesariamente sea responsable el estudiante si no lo logró, ya que pueden influir características propias del maestro.

El estudiante considera beneficiosa la práctica que realiza para las escuelas en 97 %.

Al solicitar la opinión del estudiante sobre si considera que los contenidos del currículum influyen en su formación para tratar de resolver la problemática nacional, consideró que sí en 96 %. Debemos observarlo con cautela, ya que resulta peligroso el suponer que en dos meses se logre esto, lo que pudo suceder, fué que se facilitó el acercamiento con el agrupo escolar, el cual como ya mencionamos necesita atención.

Después de desarrollar los contenidos con el estudiante, ya consideró y encontró la relación del agrupo escolar con la práctica pediátrica en 93 %, restando únicamente el 7 % que se resiste a no aceptar como pediátrica la que se realice fuera de un centro hospitalario.

En relación al contenido de los temas que abarca el programa consideró como: primera vez su desarrollo en la carrera el 70 % de estudiantes de la muestra; el 20 % los consideraron repetitivos. Aunque esto último, hay que considerarlo que si bien, dicha temática ya había sido desarrollada antes, la misma varió en cuenta al enfoque, siendo básicamente preventivo en esta oportunidad.

En relación a lo que el estudiante consideraba sería su práctica antes de cursarla, el 62 % coincidían con lo que resultó ser después de cursarla; el 38 % no coincidieron, pudiendo ser en estos últimos la causa; la falta de interés del estudiante de revisar previamente sus contenidos

curriculares.

Por medio de la encuesta, se detectaron problemas, principalmente en la aceptación del estudiante en relación a actividades con niños pequeños (guardería) donde se reporta entre 45 % regular a deficiente, encontrando como justificación la limitante de tiempo en la supervisión por los docentes, la falta de colaboración del personal encargado del cuidado de los pequeños, la falta de visión al no dimensionar que el objetivo de la relación del estudiante con ellos, no es la evaluación médica, sino la convivencia en un centro de cuidado diurno, la puesta en práctica de sus conocimientos con niños "sanos" y no enfermos, como lo que caracterizaría a un centro hospitalario.

La relación del recurso docente a cargo del programa y el estudiante, fué considerada de buena a excelente en 97 %. lo mismo sucedió con la evaluación de los métodos de enseñanza utilizados durante el desarrollo del programa; y con el tipo de relaciones interpersonales. Encontrando como posible justificación el hecho de que por el tipo de de trabajo a desarrollar, la dinámica utilizada da responsabilidad a cada uno y a todos los estudiantes, se repetan y apoyan las decisiones que éste toma como médico escolar, y posiblemente se relaje del estres que ha venido manejando durante toda su carrera, principalmente en el hospital, según lo manifesstaron los mismos estudiantes.

La supervisión durante la práctica se consideró de muy buena y excelente en 62 % y de regular y buena en 33 %. Observar lo diferente de cada apreciación lo que dificulta el unificar criterios de lo que debería ser ésta a propuesta del grupo estudiantil.

Los recursos del programa se consideraron: El área física de la sede (Centro de Salud Quetzalte-

nango), entre bueno y muy bueno 65 % y regular a deficiente en 25 %. A nivel de los centros de práctica coinciden en que las condiciones físicas que reúnen las escuelas no son las más apropiadas (regular 24 % y deficiente 52 %); factor que predispone al estudiante a no hacerle agradable su estancia en estos centros de práctica.

El equipo médico y de laboratorio, al que tiene acceso el estudiante durante su práctica, es generalmente deficiente, y en la mayoría de los casos, éste contribuiría a mejorar y facilitar el trabajo que el estudiante desarrolla en beneficio de los escolares.

Se visualiza por parte del estudiante la falta de medicamentos, lo cual fué avalado por el 65 % de la muestra. Tomar con cautela ésto ya que no es fin del programa el distribuir medicamentos, pero en determinados casos se hace necesaria su disposición, porque la carencia de ellos contribuirá a agudizar los problemas de salud de los escolares. (también no debemos concebir un enfoque preventivo, sin componente de atención médica escalonada). Influye la concepción de la medicina que aún persiste en nuestro medio, en el cual se da más importancia al efecto que a las causas que originaron los problemas de salud.

otra limitante encontrada por los estudiantes, es el acceso a la bibliografía, 31 %, compartimos parcialmente ésta opinión, sin quitarle su parte de responsabilidad al estudiante, de buscar personalmente las fuentes de consulta. Discutir algún tipo de conducta paternalista nuestra como docentes, en la que se ha acostumbrado al estudiante de apertrecharlo de documentos que muchas veces no consulta o no se adecúan a nuestras características de salud. Para compensar la limitante de la bibliografía, en el programa de salud escolar, se ha optado por poner a disposición del estudiante fotocopias del material adecuado a los

contenidos, para consulta en las instalaciones sede del programa, o para poder reproducirlas de la misma manera por parte de él. La actividad docente no se limita la discusión de los temas estipulados en el currículum, si no se que se tiene la oportunidad de poner en práctica los contenidos mediante la evaluación directa, manejo y seguimiento de pacientes, y fundamentalmente con el diseño de programas de prevención a los problemas inherentes al grupo escolar.

ANALISIS:

Las características a evaluar en el Programa de Salud Escolar (Docencia, investigación y servicio), vemos se hallan estrechamente relacionadas, quizá más de lo que plantea el currículum de estudios vigente.

En lo correspondiente a la docencia trascien- de del enfoque hospitalario puro, al ser uno de los primeros intentos de sacar al estudiante del nivel hospitalario e introducirlo en la práctica comunitaria con grupos ambulatorios, que quiérase o no; constituirán la mayoría de los pacientes que como profesional, nuestro futuro médico evaluará, a nivel de consulta privada o institucional, lo que comprobamos al ver que de cada mil personas únicamente dos son hospitalizados,³⁵ y si vemos que la solución a nuestros problemaas de salud no es mediante viejas estructuras hospitalarias que en más de 150 años no han mejorado el nivel de salud de los guatemaltecos, por el contrario estas instituciones han afectado la asignación presupuestaria a los niveles de atención primaria en salud, lo que podemos comprobar al ver que los hospitales nacionales se encuentran en quiebra, y que otros sin estrenar no sería posible mantenerlos con los recursos actuales. Ej. el Hospital Regional de Occidente.

Debemos adoptar las soluciones propias a nuestros problemas de salud, basándonos en grupos de riesgo, en éste caso considerar al grupo escolar; desde crear las condiciones de docencia en el recurso en formación (estudiante de medicina) adaptando y capacitándolo para que sea él quien propicie alternativas que solucionen los problemas sanitarios de nuestro país.

³⁵ Programa de Atención Materno Infantil, Módulo Ambulatorio, USAC. 1993. p 102.

La selección apropiada de los contenidos en un programa de salud destinado a escolares, es importante, ya que en gran parte garantizará que el recurso que se capacita, aprenda a solucionar los problemas de éste grupo, Introspectivamente en el nuestro, la docencia que comprende el currículum de estudios, es adecuada; debiendo rescatar contenidos en nutrición, aplicada a la realidad de la región. Proceso de aprendizaje en el escolar. Rescatar medicina del adolescente (embarazo juvenil, enfermedades de transmisión sexual, morbimortalidad en éste grupo, crisis de la adolescencia. Niños de la calle y en la calle, delincuencia juvenil. Niño especial principalmente mejorar el manejo y detección del niño zurdo.

Si como ya hemos mencionado antes, la atención hospitalaria no es la solución a nuestros problemas de salud, principalmente en el grupo escolar, para quien ni siquiera existen salas apropiadas en éstas instituciones; reforzando en la administración de centros de cuidado diurno.

Considerando ésta propuesta, vendría a ser necesario la ampliación del tiempo en que el estudiante desarrolle su práctica. Además, propiciar a nivel de autoridades y principalmente de docentes el cambio de actitud hacia la medicina preventiva, recordándoles que con ésta, los costos para el país y el individuo, son menores; que corresponde a los fines y objetivos de la carrera de médico y cirujano, de formar un recurso capaz de resolver los problemas de salud de la población.

La responsabilidad de los programas de salud destinados a escolares debe ser compartida por los servicios de salud y educación estataled, así como grupos de apoyo de la población, ya que al no hacerlo así, las acciones que independientemente realicen no impactarán en la población. Compartiendo con los servicios de salud locales la

como lo demuestran los 11 trabajos realizados durante el presente ciclo.

Cobra importancia los aportes a nivel local que la información que genera la investigación sea utilizada por los servicios de salud locales y docentes (materno-infantil). En la toma de decisiones. Demostrando con ello que el estudiante de medicina es capaz de crear investigación de calidad; aunque siempre habrá que considerar que tendrá limitaciones de tiempo y recursos; pero es parte de lo que debe aprender en el proceso.

La Universidad no ha dimensionado su responsabilidad para con la población escolar; lo que se manifiesta en actitudes de sus autoridades en cuanto a asignación de recursos para con éste programa, demostrado en el hecho que durante dos años no se le han asignado recursos para su funcionamiento. Se limitan o creen que la responsabilidad de la Universidad es únicamente la docencia directa con los estudiantes

Los recursos asignados al programa posiblemente constituyen lo más deficiente, sólo se cuenta para atender a la población estudiantil con un docente de tiempo completo y un pre-titular con dos horas contratadas para supervisión de actividades prácticas. Teniendo que controlar a una población aproximada de 10,000 niños, utilizando el tiempo en supervisión, administración, coordinación, docencia, investigación, actividades educativas con escolares y padres de familia, lo que no sucede en la Facultad Central, donde son 12 docentes (64 horas docentes diarias) ³³ con menor número de usuarios del servicio.

Las instalaciones de práctica en las escuela

³³ Programa de Salud Materno Infantil, Op.
Cit. p. 147.

como lo demuestran los 11 trabajos realizados durante el presente ciclo.

Cobra importancia los aportes a nivel local que la información que genera la investigación sea utilizada por los servicios de salud locales y docentes (materno-infantil). En la toma de decisiones. Demostrando con ello que el estudiante de medicina es capaz de crear investigación de calidad; aunque siempre habrá que considerar que tendrá limitaciones de tiempo y recursos; pero es parte de lo que debe aprender en el proceso.

La Universidad no ha dimensionado su responsabilidad para con la población escolar; lo que se manifiesta en actitudes de sus autoridades en cuanto a asignación de recursos para con éste programa, demostrado en el hecho que durante dos años no se le han asignado recursos para su funcionamiento. Se limitan o creen que la responsabilidad de la Universidad es únicamente la docencia directa con los estudiantes

Los recursos asignados al programa posiblemente constituyen lo más deficiente, sólo se cuenta para atender a la población estudiantil con un docente de tiempo completo y un pre-titular con dos horas contratadas para supervisión de actividades prácticas. Teniendo que controlar a una población aproximada de 10,000 niños, utilizando el tiempo en supervisión, administración, coordinación, docencia, investigación, actividades educativas con escolares y padres de familia, lo que no sucede en la Facultad Central, donde son 12 docentes (64 horas docentes diarias) ³³ con menor número de usuarios del servicio.

Las instalaciones de práctica en las escuela

³³ Programa de Salud Materno Infantil, Op.
Cit. p. 147.

primarias en su mayoría son deficientes, lo que confirma lo inapropiado del ambiente escolar que se manifiesta en carencia de locales apropiados, porque la población supera la cantidad de alumnos que idealmente se debiera ubicar en esos centros educativos, lo que a su vez dificulta el trabajo que realiza el médico escolar, disminuyendo las coberturas en salud.

CONCLUSIONES:

- a) El cuidado de la salud del escolar, plantea acciones que van mucho más allá de la atención médica tradicional.
- b) Los recursos financieros que actualmente se destinan al Programa de Salud Escolar del CUNOC, son insignificantes respecto a las necesidades de salud de la población a la cual se pretende dar el servicio.
- c) Se ha sub-utilizado a la escuela primaria en los programas de salud destinados a promover el desarrollo de la comunidad y la familia.
- d) El Programa de Salud Escolar del CUNOC cumple con prestar el servicio de atención médica al escolar únicamente a nivel local, pero dicha actividad por sí sólo no impacta a nivel de nuestra región.
- e) Las autoridades de la División de Ciencias de la Salud del CUNOC no están concientes de la responsabilidad que implica el mantenimiento de un programa de servicio a la comunidad, sino únicamente cree que su responsabilidad se limita a un centro de práctica en el que se desarrolla docencia al recurso en formación.
- f) El estudiante en el Programa de Salud Escolar del CUNOC comprende las limitaciones de su quehacer y trata de resolver individualmente esas limitantes. La Universidad debe estimular las motivaciones de los estudiantes; haciéndolos partícipes y co-responsables desde la planificación hasta la evaluación de los mismos.
- g) Por la forma en que está calendarizado el desarrollo del programa (2 meses) limita funciones y tiempo de los estudiantes, para poder

cumplir con las actividades estipuladas.

- h) El contenido curricular asignado al Programa de Salud Escolar en general se adecúa a los objetivos propuestos, ampliándose únicamente en su carga de atención al adolescente y niños especiales.
- i) Se hace necesario una reestructuración de la práctica en la cuál se considere , secuencia, conciencia crítica del estudiante, capacitación docente , supervisión y talleres sobre el quehacer de la salud escolar.

RECOMENDACIONES:

- a) La Universidad no debe limitarse a definir planes de estudio académicos, a formar personal, sino debe buscar la forma de cumplir con funciones más importantes, como sería definir las políticas sanitarias y evaluar la eficacia de los sistemas de salud.
- b) La Universidad debe cumplir con el compromiso hacia su pueblo de ajustar sus actividades de docencia, investigación y servicio, tendientes a favorecer el desarrollo nacional.
- c) Cualquiera acción a emprender por la Universidad en atención médica, debe priorizarse en base a las necesidades de salud de los grupos de riesgo en la población.
- d) La carrera de medicina del CUNOC, como responsable de la salud de la región debe ordenar sus prioridades académicas, de servicio y docencia a fin de favorecer la participación comunitaria y de los grupos desposeídos.
- e) La carrera de medicina del CUNOC debe ampliar su campo en investigación; ocupandose en tratar de aportar soluciones a los problemas regionales de salud. Incorporando en todos sus componentes curriculares la investigación, a nivel de cada ciclo; compartiendo con la planta docente, estudiantil y autoridades de salud, ésta producción mediante seminarios o talleres, para realmente aportar soluciones a nuestros problemas.
- f) Los recursos financieros destinados al Programa de Salud Escolar deben urgentemente ser ampliados para que pueda haber impacto en el grupo al cual brinda servicio.

- g) Se debe buscar la forma de hacer autogestionario al Programa de Salud Escolar con la participación de la Universidad, los servicios de salud y la población en general como responsables en conjunto.
- h) Crear condiciones apropiadas para ofrecer el servicio a la población escolar (equipo médico y de laboratorio, unidad móvil, equipo audiovisual), en general mejorar su infraestructura; teniendo presente que su principal función no es la evaluación médica sino el componente educativo en escolares, maestros y padres de familia.

BIBLIOGRAFIA:

1. Alonzo, Carlos Raúl. Protocolo del curso: Investigación para la docencia universitaria. CUNOC, Quetzaltenango, 1992.
2. Alonzo, Carlos Raúl. Reforma Universitaria Democrática. Tesis de Maestría en Docencia Universitaria, USAC, 1993.
3. Aldana Mendoza, Carlos. Ciencia y Conocimiento. IIME, USAC, 1a. edición, Guatemala, 1991.
4. Arriaga Jerez, Baldomero. Sociología de la Educación Guatemalteca, DIES, CUNOC, 1993.
5. Baró, Ignacio Martín. Psicología Social de la Guerra, UCA, Editores, El Salvador 1990.
6. Baró Ignacio Martín. Violencia y Agresión Social. Acción e Ideología. UCA. El Salvador.
7. Basaglia, franco. Basaglia Ongaro et al. Los Crímenes de la Paz. Editorial Siglo XXI, México.
8. Carlevaro, Pablo. Salud, Enseñanza y Desarrollo Nacional. Documento CLAEH.
9. CADESCA, La Seguridad Alimentaria en Centro América. Nº 3, Panamá.
10. Castañeda, Roberto. Estudio sobre Salud Escolar, Tesis, USAC, Facultad de Ciencias Médicas, Octubre de 1983.
11. Constitución Política de la República de Guatemala, Asamblea Nacional Constituyente. Editorial José de Pineda Ibarra, 1989.

12. Cromwell, Gertrude E. La Salud del Niño y su Relación con la Educación. Segunda Edición, Editorial Kapeluz, Buenos Aires, Argentina. 1959.
13. Cueva, Agustín. Desarrollo del Capitalismo en América Latina. Quinta Edición, Siglo XXI Editores, México, 1981.
14. CUNOC, USAC. Informe Final Primer Encuentro Regional sobre la Universidad y sus Programas y su Vínculo con el Desarrollo del País. Quetzaltenango, Mayo 1992.
15. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. 1987. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, INCAP. Guatemala, 1989.
16. Ferrante, Adela, Galli Amanda. Evaluación de Programas y Evaluación Institucional. Organización Panamericana de la Salud, Washington 1990.
17. Fuentes Soria, Alfonso. Metodología y Conceptos para la Salud y Nutrición. Editorial Universitaria. Guatemala, Febrero 1989.
18. González Orellana, Carlos. Historia de la Educación en Guatemala. Colección Científico Pedagógica. México 1960.
19. González Orellana, Carlos. La Higiene Mental y la Escuela. Documento USAC, 1979.
20. Hurtado de León, Leticia, Galindo Marlene, et al. Crisis Social y Universidad. Maestría en Docencia Universitaria, CUNOC 1991.
21. Kaplan, Marcos. Ciencia, Sociedad y Desarrollo. Editorial de la UNAM, México 1987.

22. Lartigue, María Teresa. Biopsicología Social. Editorial Alhambra, México 1980.
23. Leo, Bergerstein, Higiene Escolar, Tercera Edición. Editorial Nacional. México 1971.
24. Loarca, Andrés. Protocolo para un Programa de Salud Escolar, Modelo de Atención Ambulatoria, CUNOC, 1984.
25. Martínez Benitez, Matilde. Sociología de una Profesión. Editorial Nuavomari. México 1985.
26. Mauricio, Mayra. et al. Educación, Democracia y Reforma Educativa. Maestría en Docencia Universitaria. CUNOC 1991.
27. Méndez, Carlos Romeo. et al. Proyección Social de la Carrera de Medicina. CUNOC. Quetzaltenango 1992.
28. Menendez, Luis Antonio. Educación en Guatemala. 1954-1982. Editorial Piedra Santa, Guatemala 1985.
29. Modelo de Atención en Salud para el Grupo Escolar de 7 a 14 años, utilizando el Binomio Médico Maestro, para el Area Guatemala Norte. Centro de Estudios Superiores en Nutrición y Ciencias de Alimentos. Guatemala, Noviembre 1991.
30. Mustard, H.S., Stebbins, E.L. Introducción a la Salud Pública. Primera Edición, Editorial la Prensa Médica Mexicana, México 1976.
31. Nader, Philip. Manual del Pediatra en Actividades de Salud Escolar. Pediatrics in Review, Academia Americana de Pediatría, Vol 2,43, Año 2 pp 100-112, CUNOC 1985.
32. Normas de Atención de Salud Materno Infantil.

Servicios Ambulatorios. Plan Nacional de Salud Materno Infantil, 1992-1996. Guatemala, Agosto de 1992. MSPAS.

33. Novoa Nonreal, Eduardo. Derecho a la Vida Privada y la Libertad de Información. 3ra. Edición. Editorial Siglo XXI. México 1987.
34. Organización Mundial de la Salud. Orientación, Estrategias y Prioridades Programáticas 1991-1994. Washington D.C. 1991.
35. Organización Mundial de la Salud. Preparación de Programas para la Enseñanza de las Profesiones Sanitarias. Ginebra, 19974.
36. Salud...Crisis y Realidad. Diario La Hora, 17 de Julio de 1992. Suplemento Análisis.
37. Solá Mendoza, Juan. Higiene Escolar, Editorial Trillas. México 1982.
38. Schmulles Cofina, Colección Textos Universitarios en Ciencias Sociales, Editorial Harla. México 1981.
39. Tunnerman, Carlos. Ensayo sobre la Universidad Latinoamericana, Educa., Costa Rica 1981.
40. USAC. Pronunciamientos. Diario Prensa Libre, Guatemala 1 de Diciembre de 1991 y 1 de Septiembre de 1991.
41. USAC. Leyes, Estatutos, Reglamentos y otras Disposiciones legales de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Editorial Universitaria, Guatemala 1989.
42. USAC. Facultad de Ciencias Médicas. Fase III, Programa de Atención Materno-Infantil. Quinto Año de la Carrera de Médico y Cirujano, 1993.

43. USAC. Catálogo de Estudios. Departamento de Registro y Estadística. Guatemala 1988.

ANEXO:

CUADRO NUMERO 1

CUMPLIMIENTO DEL HORARIO EN EL DESARROLLO DEL PROGRAMA, SEGUN OPINION ESTUDIANTIL

CUMPLIMIENTO HORARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENO	11	37.9
EXCELENTE	4	13.8
MUY BUENO	13	44.8
REGULAR	1	3.4
DEFICIENTE	0	0.0
TOTAL	29	100.0

FUENTE: Investigación de Campo CUNOC 93.

CUADRO NUMERO 2

CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES CALENDARIZADAS, SEGUN OPINION ESTUDIANTIL

CUMPLIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENO	7	24.1
EXCELENTE	5	17.2
MUY BUENO	16	55.2
REGULAR	1	3.4
DEFICIENTE	0	0.0
TOTAL	29	100.0

FUENTE: Investigación de Campo CUNOC 1993.

CUADRO NUMERO 3

LOGRO DE LOS OBJETIVOS PROPUESTOS
SEGUN OPINION ESTUDIANTIL

LOGRO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENO	12	41.4
EXCELENTE	1	3.4
MUY BUENO	14	48.3
REGULAR	2	6.9
DEFICIENTE	0	0.0
TOTAL	29	100.0

FUENTE: Investigación de Campo CUNOC 1993.

CUADRO NUMERO 4

RELACION DE LA TEORIA CON LA PRACTICA
SEGUN OPINION ESTUDIANTIL

RELACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENO	8	27.6
EXCELENTE	7	24.1
MUY BUENO	10	34.5
REGULAR	4	13.8
DEFICIENTE	0	0.0
TOTAL	29	100.0

FUENTE: Investigación de Campo CUNOC 1993.

CUADRO NUMERO 5

ADECUACION DEL TIEMPO A LAS ACTIVIDADES TEORICO PRACTICAS.
SEGUN OPINION ESTUDIANTIL

ADECUACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ADECUADO	19	65.5
ESCASO	10	34.5
EXCESIVO	0	0.0
TOTAL	29	100.0

FUENTE: Investigacion de Campo CUNOC 1993.

CUADRO NUMERO 6

ADECUACION DE LOS CENTROS DE PRACTICA EN EL
DESARROLLO DE ACTIVIDADES, SEGUN OPINION
ESTUDIANTIL

ADECUACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENO	7	24.1
EXCELENTE	4	13.8
MUY BUENO	9	31.0
REGULAR	8	27.6
DEFICIENTE	1	3.4
TOTAL	29	100.0

FUENTE: Investigacion de Campo CUNOC 1993.

CUADRO NUMERO 7

RELACION, COOPERACION Y APOYO DEL PERSONAL HACIA EL MEDICOESCOLAR,
SEGUN OPINION ESTUDIANTIL

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENO	4	13.8
EXCELENTE	6	20.7
MUY BUENO	9	31.0
REGULAR	7	24.1
DEFICIENTE	3	10.3
TOTAL	29	100.0

FUENTE: Investigación de Campo CUNOC 1993.

CUADRO NUMERO 8

BENEFICIO QUE PROPORCIONA LA PRACTICA PARA
ESCOLARES, PERSONALDOCENTE Y PADRES DE FAMILIA, SEGUN OPINION
ESTUDIANTIL

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENO	7	24.1
EXCELENTE	7	24.1
MUY BUENO	14	48.3
REGULAR	0	0.0
NO CONTESTO	1	3.4
TOTAL	29	100.0

FUENTE: Investigación de Campo CUNOC 1993.

CUADRO NUMERO 9

INFLUENCIA DE LOS CONTENIDOS PROGRAMATICOS PARA ENFRENTAR LA PROBLE-
MATICA DE SALUD DEL ESCOLAR, SEGUN OPINION ESTUDIANTIL

INFLUENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENO	9	31.0
EXCELENTE	9	31.0
MUY BUENO	10	34.5
REGULAR	1	3.4
DEFICIENTE	0	0.0
TOTAL	29	100.0

FUENTE: Investigación de Campo CUNOC 1993.

CUADRO NUMERO 10

PERTENENCIA DE LAS ACTIVIDADES DE SALUD ESCOLAR AL CAMPO DE LA
PEDIATRIA, SEGUN OPINION
ESTUDIANTIL

PERTENECE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO PERTENECE	2	6.9
SI PERTENECE	27	93.1
TOTAL	29	100.0

FUENTE: Investigación de Campo CUNOC 1993.

CUADRO NUMERO 11

LAS ACTIVIDADES PRACTICAS FUERON LO QUE EL ESTUDIANTE ESPERABA
ANTES DE INGRESAR AL PROGRAMA, SEGUN OPINION ESTUDIANTIL

ACTIVIDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	10	34.5
SI	18	62.1
TOTAL	28	100.0

FUENTE: Investigación de Campo CUNOC 1993.

CUADRO NUMERO 12

CALIFICACION ASIGNADA POR EL
ESTUDIANTE AL PROGRAMA

CALIFICACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENO	10	34.5
EXCELENTE	6	20.7
MUY BUENO	13	44.8
REGULAR	0	0.0
DEFICIENTE	0	0.0
TOTAL	29	100.0

FUENTE: Investigación de Campo CUNOC 1993.

CUADRO NUMERO 13

PREPARACION ACADEMICA DEL DOCENTE.
SEGUN OPINION ESTUDIANTIL

CALIFICACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENO	5	17.2
EXCELENTE	9	31.0
MUY BUENO	14	48.3
REGULAR	1	3.4
DEFICIENTE	0	0.0
TOTAL	29	100.0

FUENTE: Investigación de Campo CUNOC 1993.

CUADRO NUMERO 14

CAPACIDAD DIDÁCTICA DEL DOCENTE.
SEGUN OPINION ESTUDIANTIL

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENO	3	10.3
EXCELENTE	9	31.0
MUY BUENO	16	55.2
REGULAR	1	3.4
DEFICIENTE	0	0.0
TOTAL	29	100.0

FUENTE: Investigación de Campo CUNOC 1993.

CUADRO NUMERO 15

RELACION INTERPERSONAL DOCENTE-ESTUDIANTES.
SEGUN OPINION ESTUDIANTIL

RELACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENO	5	17.2
EXCELENTE	10	34.5
MUY BUENO	13	44.8
REGULAR	1	3.4
DEFICIENTE	0	0.0
TOTAL	29	100.0

FUENTE: Investigacion de Campo CUNOC 1993.

CUADRO NUMERO 16

ACLARACIONES POR PARTE DEL DOCENTE.
SEGUN OPINION ESTUDIANTIL

ACLARACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENO	7	24.1
EXCELENTE	11	37.9
MUY BUENO	9	31.0
REGULAR	1	3.4
DEFICIENTE	1	3.4
TOTAL	29	100.0

FUENTE: Investigacion de Campo CUNOC 1993.

CUADRO NUMERO 17

ASISTENCIA Y PUNTUALIDAD DEL DOCENTE,
SEGUN OPINION ESTUDIANTIL

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENO	5	17.2
EXCELENTE	10	34.5
MUY BUENO	9	31.0
REGULAR	3	10.3
DEFICIENTE	2	6.9
TOTAL	29	100.0

FUENTE: Investigación de Campo CUNOC 1993.

CUADRO NUMERO 18

SUPERVISION DURANTE LA PRACTICA,
SEGUN OPINION ESTUDIANTIL

SUPERVISION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENO	7	24.1
EXCELENTE	5	17.2
MUY BUENO	13	44.8
REGULAR	2	6.9
DEFICIENTE	1	3.4
TOTAL	28	100.0

FUENTE: Investigación de Campo CUNOC 1993.

CUADRO NUMERO 19

DOCENCIA EN GUARDERIA, SEGUN OPINION ESTUDIANTIL

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENO	2	6.9
EXCELENTE	1	3.4
MUY BUENO	3	10.3
REGULAR	6	20.7
DEFICIENTE	6	20.7
NO CONTESTARON	11	37.9
TOTAL	29	100.0

FUENTE: Investigacion de Campo CUNOC 1993.

CUADRO NUMERO 20

**CONDICIONES DEL AREA FISICA PARA DOCENCIA
(CENTRO DE SALUD), SEGUN OPINION ESTUDIANTIL**

CONDICIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENO	9	31.0
EXCELENTE	2	6.9
MUY BUENO	10	34.5
REGULAR	7	24.1
DEFICIENTE	1	3.4
TOTAL	29	100.0

FUENTE: Investigacion de Campo CUNOC 1993.

CUADRO 21

ADECUACION DEL AREA FISICA EN LOS CENTROS DE PRACTICA, SEGUN OPINION ESTUDIANTIL

ADECUACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENO	4	13.8
EXCELENTE	0	0.0
MUY BUENO	3	10.3
REGULAR	7	24.1
DEFICIENTE	15	51.7
TOTAL	29	100.0

FUENTE: Investigación de Campo CUNOC 1993.

CUADRO 22

EQUIPO MEDICO CON QUE CUENTA EL PROGRAMA, SEGUN OPINION ESTUDIANTIL

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENO	8	27.6
EXCELENTE	3	10.3
MUY BUENO	5	17.2
REGULAR	9	31.0
DEFICIENTE	4	13.8
TOTAL	29	100.0

FUENTE: Investigación de Campo CUNOC 1993.

CUADRO NUMERO 23

**RECURSOS DE LABORATORIO CON QUE CUENTA
EL PROGRAMA, SEGUN OPINION ESTUDIANTIL**

ACLARACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENO	5	17.2
EXCELENTE	0	0.0
MUY BUENO	1	3.4
REGULAR	9	31.0
DEFICIENTE	14	48.3
TOTAL	29	100.0

FUENTE: Investigación de Campo CUNOC 1993.

CUADRO NUMERO 24

**EXISTENCIA DE MEDICAMENTOS EN EL PROGRAMA,
SEGUN OPINION ESTUDIANTIL**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENO	4	13.8
EXCELENTE	1	3.4
MUY BUENO	5	17.2
REGULAR	10	34.5
DEFICIENTE	9	31.0
TOTAL	29	100.0

FUENTE: Investigación de Campo CUNOC 1993.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

CUADRO NUMERO 25

ADECUACION DEL AREA FISICA PARA DESARROLLO DE CONTENIDOS TEORICOS.
SEGUN OPINION ESTUDIANTIL

ACLARACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENO	11	37.9
EXCELENTE	3	10.3
MUY BUENO	9	31.0
REGULAR	4	13.8
DEFICIENTE	2	6.9
TOTAL	29	100.0

FUENTE: Investigación de Campo CUNOC 1993.

CUADRO NUMERO 26

ACCESO A LA BIBLIOGRAFIA POR PARTE
DEL ESTUDIANTE, OPINION ESTUDIANTIL

ACCESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENO	8	27.6
EXCELENTE	5	17.2
MUY BUENO	7	24.1
REGULAR	7	24.1
DEFICIENTE	2	6.9
TOTAL	29	100.0

FUENTE: Investigación de Campo CUNOC 1993.

6 JUN 2 1993 10 10 AM 1993
27 28 29 30 31