

RESUMEN DE INVESTIGACIONES REALIZADAS POR LOS ALUMNOS DEL

PROGRAMA DE MAGISTER EN SALUD PUBLICA 1977

ENCUESTA DE PREVALENCIA DE RINOTRAQUEITIS INFECCIOSA BOVINA EN REPRODUCTORES DE LA ZONA DEL URABÁ ANTIOQUEÑO PARA 1977

*Por: Ismael Zuñiga Arce
Asesor: Juan Luis Londoño*

Se realizó una encuesta de prevalencia en ganado bovino de la zona de Urabá de la enfermedad viral conocida como Rinotraqueitis Infecciosa.

Teniendo como marco muestral los listados elaborados por el Instituto Colombiano Agropecuario, se seleccionó una muestra proporcional al número de animales existentes por municipio en la zona. El cálculo del tamaño de la muestra se hizo teniendo en cuenta a nivel de seguridad del 95o/o, un margen de error del 3o y una proporción de prevalencia de 14.1o/o, valor encontrado en encuestas realizadas en regiones similares.

La encuesta recolectó información acerca del número de síntomas compatibles con la presencia de la enfermedad, observados por finca y por municipio. Al procesar tal información se advirtió que en el 71.15o/o del total de fincas encuestadas se observó la manifestación de un síntoma, en el 21.15o/o la de dos sínto-

mas y en el resto, la manifestación de 3, 4 ó 5 síntomas.

La frecuencia de los diferentes síntomas observados aparece clasificada por municipio. Por otra parte, se presenta la información referente a la proporción de fincas de cada municipio en donde se observaron síntomas. Es notable el hecho de que en Apartadó tal proporción fué del 70o/o cifra que es aproximadamente el doble que la encontrada en Chigorodó, 34.48o/o, frecuencia que sigue en orden descendente a la anterior.

Los resultados sobre las pruebas de laboratorio anunciadas en el proyecto a fin de evaluar la presencia del virus en la zona no figuran en el documento y la ausencia de esta información hace impracticable la estimación de la prevalencia de la enfermedad, objetivo fundamental del estudio.

ESTUDIO SOBRE LA FRECUENCIA DE LESIONES FIBROSAS PARAPROTESICAS DIAGNOSTICADAS EN LA CLINICA ESTOMATOLOGICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA DURANTE LOS AÑOS DE 1975 - 1976.

*Por: William Salas G.
Nora E. Rojas de G.
Asesor: John Flórez.*

Resumen elaborado por el Asesor.

Se efectuó un estudio descriptivo de tipo retrospectivo en base a Historias Clínicas que tuvo por objeto conocer la frecuencia de las lesiones hiperplásicas de origen protésico.

Estas lesiones fueron analizadas de acuerdo a variables de persona, tiempo y lugar en un total de 78 pacientes afectados entre 655 pacientes consultantes que están clasificados dentro de 88 grupos de enfermedades relacionadas con odontología.

El grupo etéreo mas afectado fue el comprendido entre 45 y 59 años, siendo la mayoría de sexo femenino. El 50o/o de los consultantes proceden de la ciudad de Medellín.

La hiperplasia fibrosa paraprotésica se presenta con mayor frecuencia en la región anterior de los maxilares. Las lesiones son de gran tamaño.

FACTIBILIDAD Y MODELO DE REGIONALIZACION DE MATADEROS EN RISARALDA 1977.

Por: Diego Valencia

Asesor: Gustavo Sepúlveda.

Los servicios de salud tienen a su cargo por medio de la División de saneamiento ambiental el desarrollo de diferentes actividades encomendadas a "Protección de Alimentos".

Estas actividades se desarrollan en mataderos, plazas de mercado, expendios, centros de manufacturas e industrialización.

El trabajo en cuestión realiza un diagnóstico de la parte higiénica de los locales donde funcionan los mataderos, estudiar la situación social y económica de las personas que trabajan en dichos centros y estableciendo la demanda y el sacrificio para finalmente hacer un análisis de la viabilidad legal, económica, financiera, política y social de la construcción de un matadero regional, que facilita la labor de protección de las carnes en el Departamento de Risaralda.

El diagnóstico demostró un grado muy bajo de higiene dentro de los mataderos; siendo apenas aceptables en un 15o/o tomando como marco de referencia las normas e instrucciones que sobre la forma de cómo han de funcionar los mataderos tiene el Ministerio, acompañados de una situación económica y social muy baja para sus trabajadores, los cuales tienen bajos

El crecimiento anormal de la encía, por presentar un aspecto alarmante para el paciente que lo hace pensar en una lesión maligna, constituye la causa más frecuente de consulta.

ingresos, bajo nivel educativo, casi ningún servicio o prestación de atención médica, violando por demás los aspectos legales vigentes.

Además los mataderos no representan en ningún momento fuentes de producción o financiamiento por sus bajos rendimientos.

La investigación concluye con la presentación de una serie de indicadores:

- Ubicación
- Integración de servicios
- Tecnificación
- Localización (vías de comunicación)
- Mejoramiento de servicios.

y solución en parte a los problemas laborales y de administración del personal y de los mataderos, los cuales justifican la construcción de un matadero Regional, funcional acorde con la ley y los objetivos de protección de los alimentos.

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE DIABETES EN EL CONSULTORIO DEL COMERCIO DEL ICSS – CAJA SECCIONAL DE ANTIOQUIA

Por: Cecilia Helena Montoya M.

Justina Ahumada Q.

Asesor: Fernando Zambrano U.

Resumen elaborado por: Germán González.

INTRODUCCION;

Se planteó que la diabetes en el mundo es una enfermedad de alta prevalencia, asociada al exceso de alimentación y a la obesidad. Al diagnóstico se llega

frecuentemente a través de patología sobre-agregada sin tenerse en cuenta factores de riesgo determinantes.

Se afirma que comparativamente a otros lugares las cifras de prevalencia en nuestro medio no son confiables conociéndose la prevalencia de diabetes en pacientes del I.S.S. por trabajos anteriores. Se pretende investigar la enfermedad en uno de los consultorios y su patología asociada dándole importancia a la parte nutricional.

MATERIALES Y METODOS

Se estudiaron las 62 historias clínicas de pacientes que consultaron entre abril y agosto de 1977 en el consultorio del Comercio.

Se estudiaron inicialmente las historias clínicas (Fecha de diagnóstico y de última consulta peso, síntomas y patología agregada, laboratorio, tratamiento etc.).

Una segunda fase de la investigación consistió en entrevistar los 62 pacientes de los cuales sólo se logró en 25 (40o/o) y se recolectó información entre otra sobre sexo, edad, peso, talla, categoría salarial, morbilidad, tratamiento nutricional, seguimiento de regímenes, actividad física, número de hijos, abortos, antecedentes diabéticos, hábitos alimenticios.

RESULTADOS:

Historia Clínicas. Se encontró una frecuencia relativa de masculinidad 2/1. Se sugiere sea afecto de la composición por sexo del universo. Se sugiere un aumento en la frecuencia del diagnóstico en el año del estudio.

Se informó como la poliuria, polidipsia y polifagia, mareos y obesidad son los signos ó síntomas más asociados.

La hipertensión y la disminución de la agudeza visual son patología de común ocurrencia.

El diagnóstico se hace básicamente a través de glicemia cifra que mejoró con el tratamiento.

El tratamiento incluye frecuentemente hipoglicemiantes orales, pocos con regimen insulina y algunos sin tratamiento.

Se halló una alta frecuencia de hospitalización (como diabético, cardiopatía, prostactectomía, hemorragias y cirugía oftálmica).

Muy pocos pacientes tenían consignado en su historia antecedentes familiares

ENTREVISTAS

De las entrevistas 60o/o (15) fueron hombres y el resto (10) mujeres.

Se clasificó el peso como ideal, subnormal, sobrepeso y obesidad. De estos 6 tenían sobrepeso y 8 estaban obesos.

Pocos pacientes tenían conocimientos adecuados sobre alimentación.

SITUACION DE LA TUBERCULOSIS EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA—COLOMBIA (1972-1976).

Resumen elaborado por el Asesor.

*Por: Gustavo A. Ochoa
Asesor: Germán González*

INTRODUCCION:

En la Guajira la T.B.C. ocupa el 8o. lugar entre las causas de hospitalización el programa presenta serias dificultades por lo disperso de la población, grupos étnicos, vías de comunicación, inestabilidad y escasez de personal.

La Guajira se divide topográficamente en alta (90o/o indígena) de característica geográficas desérticas; la Meida Guajira (población indígena, mestiza, negra y blanca) y la baja Guajira (tierras fértiles con amplio cultivo de canavís sativa. (Mestizos y blancos).

OBJETIVO: Caracterizar la T.B.C. según variable de persona, tiempo y lugar en los años de 1972-1976.

HIPOTESIS:

- Grupo étnico más afectado es el indígena.
- El programa ha disminuido en calidad.
- La T.B.C. extrapulmonar es mas frecuente entre indígenas.

METODOLOGIA:

La fuente de información fue el formulario del programa de T.B.C. tomado de cada unidad local. Se usó como población la obtenida por el censo de 1973 con una tasa de crecimiento de 2.2.

Se utilizó como índices: el de positividad para BK de los sintomáticos respiratorios, el de curación, pérdida de control, letalidad, corroboración diagnóstica y duración de la enfermedad.

RESULTADOS:

Se encuentra que en el departamento está incrementándose la incidencia de T.B.C. hasta el año 1975 y en 1976 disminuye. La susceptibilidad a la T.B.C. se incrementa con la edad (El programa está diseñado a la búsqueda de bacilíferos especialmente), no se encuentra relación con sexo, no fue factible hacer cálculo de tasas por grupo étnico debido al desconocimiento del denominador pero hay indicios de que la población más afectada es la indígena.

El municipio de más alta incidencia es Rioacha pero también allí está mejor el programa, como también el área de influencia del centro hospitalario mas amplia.

Se hace evaluación del programa por los índices encontrándose en los últimos años una disminución en las curaciones, la corroboración diagnóstica y el índice de letalidad. Este último explicable por el aumento de la pérdida de control y la duración de la enfermedad.

MODULO DE PROGRAMACION DE SUMINISTROS EN BASE A ESTRUCTURA DE MORBILIDAD, METAS DE PRODUCCION Y NORMAS DE UTILIZACION DE RECURSOS

Resumen elaborado por el asesor.

OBJETIVO DE LA INVESTIGACION:

Establecer los mecanismos de Programación de Suministros de cada Servicio, Departamento o Institución, partiendo de la estructura de morbilidad observada y estableciendo metas de producción y normas de utilización de recursos por actividad.

METODOLOGIA:

Inicialmente se procedió a la selección del área de Trabajo, determinación del universo y tamaño de la

DISCUSION:

Se plantea que el incremento de incidencia en los años 72, 73, 74 y la disminución en los últimos años es producto de la mejoría en un principio y luego el empeoramiento del programa. La prevalencia se incrementa debido a la acumulación de casos.

La razón de casos en el grupo indígena y en otros grupos étnicos en lo referente a localización extrapulmonar es de 6.8 encontrando que la asociación es significativa con una $p < 0.0005$.

Se trabaja la hipótesis de que el consumo de leche caprina en los indígenas menores de 15 años puede ser la fuente del BK. no pudiéndose probar esta asociación; se estudia en cambio los mayores de 15 años encontrándose significancia con una $p < 0.005$. Se formulan hipótesis con otros agentes etiológicos: histoplasmosis, paracoccidioidomicosis y coccidioidomicosis; se sustenta la hipótesis cruzando la información de T.B.C. extrapulmonar con encuestas sobre micosis previamente realizadas por el grupo científico de la Doctora ANGELA RESTREPO.

CONCLUSIONES:

Se concluye que el programa de TBC requiere ser mejorado, se sugiere un riesgo alto de TBC extrapulmonar en indígenas y se impone la necesidad de estudiar otras hipótesis etiológicas.

*Por: Maira I. Chang
Asesor: Alvaro Olaya Peláez*

muestra; definiéndose el Servicio de hospitalización del Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín.

Se tomó una muestra representativa de sus egresos agrupándolos por diagnóstico de egreso de donde se demostró estadísticamente la invariabilidad de la estructura de morbilidad en el período 1973-1976.

Una vez demostrada esta hipótesis, se procedió al estudio de la estructura de morbilidad del Departamento de Gineco-Obstetricia del mismo Hospital durante

el año de 1976, observándose que las 20 primeras causas cubren el 82.47o/o de la totalidad de los casos atendidos, pudiéndose aplicar el módulo a un número reducido de causas que alcance una alta cobertura de los servicios prestados.

La precaria información histórica y las dificultades presentadas en la cooperación por parte de personal

del citado Hospital, dificultaron la prueba del módulo de programación de suministros, siendo necesario recurrir a un análisis comparativo de lo realmente utilizado de algunos suministros seleccionados y un modelo teórico de aplicación del módulo, dando como resultado un consumo mucho menor del teóricamente aceptable.

ALGUNAS INTERACCIONES DE DROGAS HALLADAS EN LAS RECETAS MEDICAS DEL I.S.S. CONSULTORIO CENTRAL, MEDELLIN

*Por: Lucía E. Guzman P.
Luis J. Galvis Q.
Lucila Elsa Cortés.*

Asesor: Carlos Moreno Rojas

Resumen elaborado por el Asesor.

Se realizó un estudio de las recetas médicas despachadas durante el primer semestre de 1977 en la Farmacia del Consultorio Central del I.S.S., Medellín-Colombia, con el fin de identificar las posibles interacciones medicamentosas en las cuales estuviera incurriendo el médico en la prescripción.

Las interacciones de drogas fueron clasificadas en benéficas y adversas, y estas últimas se subdividieron en cinco clases, de acuerdo a su significado clínico.

Un 28o/o de las recetas presentaban interacciones; la relación interacciones adversas: interacciones benéficas fue 3.1.

Se observó que a medida que aumentaba el número de medicamentos por receta, aumentaba la proporción de recetas con interacciones.

Se dan recomendaciones tendientes a lograr un uso más racional de los medicamentos y se establece la necesidad de continuar investigando en esta área.

EVALUACION DE LA REGIONALIZACION EN LA REGIONAL DE ORIENTE ANTIOQUIA – 1977

*Por: Francisco J. Parra
Martha E. Salamanca
Hernando Escobar A.
Aníbal Castillo
Edgar Lozano*

Resumen elaborado por el Asesor.

Asesor: Hernán López

INTRODUCCION:

En Colombia desde hace más de una década se ha venido implementando la regionalización de los servicios de salud, en 1975 con el Decreto Ley 056 y 350 se determinó la organización y funcionamiento de los Servicios Seccionales de Salud y de las Unidades Regionales, lo que hace necesario evaluar los logros y alcances prácticos obtenidos.

Por ser el Nivel Regional el elemento operativo de toda una política nacional de regionalización, se pretende evaluar el funcionamiento y estructura en sus recursos y servicios.

Se decidió hacer el estudio en la Regional de Oriente (Rionegro) por ser ésta la de mayor tiempo de funcionamiento como tal.

OBJETIVO GENERAL

Analizar el cumplimiento de los objetivos y requisitos de regionalización en la Regional de Oriente, según normas establecidas por el Sistema Nacional de Salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Analizar el nivel de organización de la Regional a través de la implementación existente según manuales de organización del Sistema Nacional de Salud.
2. Analizar los recursos físicos, humanos, materiales y económicos de las instituciones de la Regional de acuerdo a los niveles de organización del Sistema Nacional de Salud.
3. Verificar la coordinación de servicios médicos de la Regional en la remisión de pacientes y docencia, a fin de evaluar la utilización de recursos de los niveles de atención médica.

METODOLOGIA:

Se apoya en el marco teórico de regionalización (en sus requisitos y objetivos) y en los documentos del Sistema Nacional de Salud, de donde se definen las siguientes áreas de estudio con los elementos más significativos que los caracteriza:

1. Estructura organizativa:
 - Constitución periódico legal
 - Jefaturas de mando
 - Grupos y Comités asesores
 - Funciones
 - Normalización, métodos e implementación de los sub-sistemas.
2. Centralización Normativa:
 - Conocimiento, interpretación y unificación de criterios sobre políticas, objetivos, normas y procedimientos del Sistema Nacional de Salud.
 - Implementación de normas, métodos, procedimientos y estrategia de los aspectos técnico-administrativos que faciliten y aseguren el cumplimiento, de los objetivos de regionalización.
3. Descentralización administrativa:
 - Delegación de funciones

- Autonomía en el manejo de personal
 - Autonomía en el manejo financiero
 - Adecuación e implementación de funciones, normas y procedimientos.
 - Planeación y programación.
4. Recursos:
 - Humanos: Existencia, cantidad y calidad.
 - Equipo y Materiales: Suficiencia y existencia.
 - Planta física: funcionabilidad y proyección
 - Recursos económicos.
 5. Remisión de pacientes:
 - Existencia (Normas) tabla, flujo y docencia.

Estas áreas de estudio se confrontan con la situación y estructura actual de la Unidad Regional y las Unidades Locales, por medio de encuestas de interrogatorio directo a los niveles de dirección, secciones, servicios y departamentos de acuerdo a las funciones de cada uno, permitiendo el cruce y confrontación entre niveles.

Además se interrogó al Coordinador Técnico y al Jefe del Servicio Seccional y una encuesta de remisión de pacientes realizada a nivel de Consulta Externa, Urgencias y Servicios de Hospitalización en el Hospital Sede.

El montaje de la recolección se diseñó para cubrir todas las unidades locales y regionales. El procesamiento y análisis se elaboró en forma manual y en la comparación de juicios y conceptos de y entre niveles.

CONCLUSIONES:

1. En la Regional de Oriente no se ha dado el elemento Jurídico de adscripción y vinculación de las Unidades que la conforman, solo el Hospital Sede cumple con el requisito, las Unidades Locales se encuentran en el proceso de formulación y presentación de los Estatutos.

2. La Estructura Orgánica de la Unidad Regional está incompleta y no es funcional ya que existe una Centralización de Autoridad, Funciones y Decisiones en la Jefatura de la Unidad; faltan los Jefes de; Coordinación técnica, Atención Médica, Saneamiento Ambiental y los Jefes de los respectivos Servicios. Los grupos y comités asesores no se han conformado, unos por falta de decisión y otros por no existir todos sus integrantes.

A nivel de las Unidades Locales solamente en tres existen el Comité de Participación de la Comunidad y no se dan la Departamentalización de la Estructura Orgánica.

3. Los manuales de funciones, no se han implementado en los diferentes Niveles de la Estructura Organizativa Regional y Local, el personal carece de ellos, con excepción de Enfermería en cuatro Unidades Locales.

4. La instrumentación a Nivel Regional de los Sub-Sistemas de Planeación, Investigación, Inversión y Personal no se han implementado. En los de Suministros e Información su desarrollo ha sido limitado por razones tales como:

a. No existir una infraestructura adecuada que permita su desarrollo.

b. A nivel Nacional y Seccional no se han diseñado y ofrecido los elementos suficientes para el manejo de éstos Sub-Sistemas.

5. Con excepción del Jefe de la Regional el personal Directivo no conoce las políticas, objetivos, normas y procedimientos del Sistema Nacional de Salud; por lo tanto no se estudia, interpreta y unifican criterios de acción.

6. La situación de descentralización administrativa se plantea a dos niveles: el primero, a Nivel de la Seccional a la Regional, en el que no se ha dado la adecuada decisión Técnico-Política en los aspectos de: delegación de Funciones, Autonomía en el manejo de personal, Manejo Financiero.

En el segundo de la Regional al Local, se presenta una situación similar a la anterior, faltando Delegación de Funciones, Autonomía en el manejo de Personal y Manejo Financiero.

7. No existe un Diagnóstico y Pronóstico de la situación de salud que parta de las necesidades reales de la comunidad, por tanto no se puede lograr una programación de actividades que responda a la racional utilización de recursos y servicios.

8. Los recursos de equipos y materiales son insuficientes en cuanto a cantidad y/o funcionalidad por lo que no existen una política de suministros y mantenimiento que permita un adecuado equilibrio para la prestación de los servicios.

9. Los recursos humanos son insuficientes y no cuentan con la capacitación adecuada para la implementación de la regionalización acorde con los delineamientos del Sistema Nacional de Salud.

10. Las plantas físicas de las Unidades Locales en un alto porcentaje son inadecuadas y poco funcionales (Algunas de ellas se encuentran en remodelación).

11. El recurso financiero, como elemento significativo en toda tarea a emprender para el caso es insuficiente, lo cual hace que se adecue la prestación de servicios al Recurso Económico disponible, lo cual dificulta y entorpece el desarrollo del Sistema de Regionalización, a más de no existir la normalización adecuada que garantice la distribución y gasto del presupuesto en ejecución.

12. La remisión de pacientes no se ha institucionalizado en la Regional ya que de las Unidades Locales a la Regional se realiza en un bajo porcentaje no existiendo del Regional al Local con el doble flujo de docencia.

13. La organización e implementación del Sistema de Regionalización, implica a la vez un desarrollo coordinado de los demás sectores económicos y sociales para asegurar los objetivos propuestos.

14. No cumpliéndose el elemento jurídico de adscripción y vinculación de las Unidades, la Centralización Normativa, la Descentralización Administrativa una prestación integrada de servicios y un doble flujo de servicios y docencia, consideramos que no existe un Sistema Racional de Administración de Salud. Por lo tanto la Regionalización en la Regional de Oriente solo se ha dado en el aspecto geográfico.

"SAN CRISTOBAL UN PROGRAMA DE SALUD EN LA COMUNIDAD"

Por: Raquel Franco
Judith Cárdenas

Asesor: Doctor Alfredo Turizo C.

Resumen elaborado por el Asesor.

En marzo de 1975 se inició un programa en el Departamento de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, auspiciado por la Fundación Josiah Macy Jr. de New York y el Municipio de Medellín. La entidad ejecutora sería la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, a través del Centro de Salud del corregimiento de San Cristóbal.

Las entidades que participaban cada una tenía sus propios objetivos; los docentes por el lado de la Facultad de Medicina, los de asistencia pública por parte del Municipio, y un modelo reproducible para América Latina por parte de la Fundación Macy. Sin embargo, en todos ellos la idea de la participación de la comunidad, aparecía también como objetivo.

El programa se interrumpió en noviembre de 1976. El trabajo intenta hacer un análisis de objetivos, una evaluación cuantitativa de actividades y un intento de medir la promoción que se pudo haber dado en dicha comunidad, a través del programa, por medio de la variable educación en salud.

OBJETIVOS GENERALES:

Hacer un análisis de los propósitos y objetivos de los programas de participación de la comunidad en salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Encontrar elementos para realizar un análisis en cuanto a objetivos, actividades y promoción, que nos sirva para medir el programa del estudio.

METODOLOGIA:

Es un trabajo descriptivo en gran parte. La información se obtuvo:

A. A través de encuestas aplicadas directamente a una muestra de la población seleccionada. Previa una prueba piloto (cuestionario anexo).

— A través de las actividades de la unidad de salud, de la población en estudio.

— Del análisis teórico de los objetivos del programa de Pediatría Social de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y del Municipio de Medellín.

A. Definición del Universo:

Como universo se tomaron 21.711 personas, atendidas por primera vez en el año 1976. De las cuales 1.817 (67.02o/o) pertenecen al área rural y 894 (32.97o/o) a la cabecera del corregimiento que llamaremos urbana.

Debemos anotar que no consideramos las personas provenientes de otras áreas, como Boquerón, Ebéjico, Robledo y algunos del centro de Medellín.

B. Muestra y Selección:

La muestra de los usuarios del Centro, se tomó en base al muestreo sistemático. El tamaño se escogió en una tabla para la cual se hizo una aproximación de la población a 3.000 correspondiendo a un n de 353, fracción de muestreo = $2711/353=8$. Se hizo una numeración de 1 al 353 y se escogió una Historia Clínica cada ocho números.

C. Cruce de Variables:

Hay una variable general que es promoción en salud y hay una variable específica que es crecimiento educativo.

Las variables independientes tales como: sexo, edad, estado civil, profesión y aún procedencia, solo nos sirven como datos generales y de control y que no vamos a relacionar con otras variables.

Las variables a relacionar entre sí son:

- Conocimiento educativo en salud;
- Asistencia y conocimiento del programa

- Prácticas relacionadas con dichos conocimientos.
- Conocimientos y prácticas en salud adquiridos a través del programa educativo en 1976.

CONCLUSIONES

Este programa especial de la Facultad de Medicina no logró cumplir con sus objetivos en cuanto a participación de la comunidad, a través de las actividades ésta fué un elemento pasivo, a quien no se le consultó ni al principio ni al final, sobre el mismo.

Como no hay una investigación previa, desconocemos los conocimientos que hubiese tenido la comunidad en salud para establecer su crecimiento.

Sin embargo, podemos afirmar que cualitativamente la comunidad si mejoró algunos de sus conocimientos, ya que el 83o/o de las 211 personas que conocieron el programa, asociaron desmejoramiento de las actividades del Centro por terminarse dicho programa.

Sabemos que los objetivos de las instituciones que allí tenían su función se frustraron, el programa tuvo una corta vida de año y medio, sin que se cumpliera lo propuesto.

Las instituciones del sector salud trabajan con el mismo concepto de comunidad de los demás organismos estatales. La orientación de la actividad en los progra-

mas de comunidad tiene como filosofía el simple consentimiento de la gente y como orientación importante: "elevar los niveles de protección de la salud", "elevar el nivel de vida", como un supuesto teórico, en el cual no se sabe exactamente que es "elevar". Parte es, del discurso racionalista de las instituciones públicas.

Diremos que en cuanto a los objetivos de las instituciones analizadas, a través de los documentos nos muestran que ellas tienen propósitos diferentes en el programa de San Cristóbal. Aunque implícito está en todas, el mejoramiento de la vida a través de la producción de servicios. Queda planteado:

- Si la producción de servicios es la variable independiente dentro de esa tácita formulación de una mejor calidad de vida.
- Si la producción de servicios es la variable independiente dentro de una formulación de participación de la comunidad y si el propósito de ésta es simplemente lograr un "mejoramiento".

Terminamos pensando que la participación de la comunidad, solo puede llevarse a cabo a partir de la creación de actitudes concientes y críticas, que al percibir los problemas de salud identifique sus causas estructurales y decida en forma solidaria las acciones, conociendo las consecuencias de las mismas. Esos cambios están en la comunidad y no sobrepuestos a ella. Cada tarea tiene su época y cada quehacer su circunstancia social diferente. No basta la técnica, son las comunidades conocedoras de la realidad en que viven quienes saben de la época y de la circunstancia de cada tarea o actividad.