



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

Revista de la Facultad de Ciencias Médicas

Volumen No. 1, Año 1, No. 2

Julio - Diciembre de 2004





REVISTA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

VOLUMEN No.1, AÑO 1, No. 2 JULIO- DICIEMBRE, 2004.

CONSEJO EDITORIAL

DR. CARLOS ALBERTO MEDINA
(PRESIDENTE COORDINADOR)

DR. RUBEN ELVIR MAIRENA
MSC. ELIA BEATRIZ PINEDA
LICDA. LISSETTE BORJAS
DR. JUAN MANUEL PEREZ G.
DR. JORGE FERNANDEZ
DR. DAGOBERTO ESPINOZA
DRA. IRIS MILAGRO TEJEDA
DRA. CAROLINA RIVERA
DRA. CECILIA GARCÍA
LICDA. AIDA CASTILLO GUIZA
LIC. LUIS ARANDA
LIC. POLA RODRÍGUEZ

CONSEJO DE REDACCION

MSC. ELIA BEATRIZ PINEDA
(COORDINADORA)
LICDA. LISSETE BORJAS
DR. RUBEN ELVIR MAIRENA
LICDA. AIDA CASTILLO GUIZA

CONSEJO DE ADMINISTRACION

DRA. IRIS MILAGRO TEJEDA
LICDA. OLIMPIA CÓRDOVA
LICDA. TERESA DEL CARMEN VIDEA
LICDA. LISSETE BORJAS
SRA. SUSANA ESCOTO, SECRETARIA
SRA. CLAUDIA DIAZ, SECRETARIA

FOTO DE PORTADA: DEPARTAMENTO DE EMET Y ENFERMERIA

UNIDAD EJECUTORA: **UNIDAD DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL EN SALUD (UTES)**

Telefax: (504) 232- 0444 E. mail: utesfcm@yahoo.com

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS (UNAH)





JUNTA DIRECTIVA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS PERIODO 2004-2007

DR. NELSON BALLARDO MONTES ROSALES
PRESIDENTE

DR. RAFAEL PERDOMO VAQUERO
SECRETARIO

DR. JULIO COLINDRES
VOCAL PRIMERO

DR. MANUEL ALFREDO LEIVA
VOCAL, REPRESENTANTE DEL COLEGIO MEDICO HONDURAS

BR. MARIO SANCHEZ
VOCAL

BR. ROMAN MADRID
VOCAL

B.R. CLARA AMAYA
VOCAL

B.R. ALEJANDRA MENDOZA
VOCAL

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS PERIODO 2004-2007

DR. NELSON BALLARDO MONTES ROSALES
DECANO

DR. JORGE ALBERTO SIERRA MARTINEZ
VICE DECANO

DR. RAFAEL PERDOMO VAQUERO
SECRETARIO

DRA. BRENDA MELENDEZ
PRO-SECRETARIA





CONTENIDO

Editorial	7
<i>Carlos Alberto Medina R., Presidente Consejo Editorial</i>	
Tema Central	
Relación entre el currículo de la Facultad de Ciencias Médicas y las necesidades de salud del país	9
<i>Lisette Borjas</i>	
<i>Jorge Alberto Fernández</i>	
Artículos Originales:	
Bosquejo histórico de la enseñanza médica en Honduras (II parte)	21
<i>Enrique Aguilar Paz</i>	
Rasgos históricos de la creación de la carrera de Enfermería a nivel universitario en Honduras	35
<i>María Isabel Rodezno P.</i>	
<i>Juana Carolina Buchanan</i>	
<i>Elia López Aguilar</i>	
Sistematización de la experiencia de formación de formadores y formadoras en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras	43
<i>Rutilia Calderón</i>	
Rendimiento académico de estudiantes de tercer año de Medicina ante distintos tipos de preguntas contenidas en exámenes escritos	49
<i>Rubén Elvir Mairena</i>	
Observaciones e intervenciones en la mortalidad materna en Copán	55
<i>Carlos Medina Rodríguez</i>	
<i>German Bárcenas</i>	
<i>José Ramón Ávila</i>	
Modelos de intervención de Enfermería en el campo de la reducción de la demanda de drogas en Honduras	69
<i>Juana Carolina Buchanan</i>	
<i>Alfonsyna de Abarca</i>	
Actualidad:	
Depresión y enfermedad vascular.- Comorbilidad	79
<i>Américo Reyes Ticas</i>	
Atención obstétrica de emergencia en la prevención de la mortalidad materna.....	79
<i>Juan Manuel Pérez</i>	
Eventos y Publicaciones	85



8



Quien conoce la nación hondureña y en especial sus problemas sociales, llegará a la conclusión que éstos se aumentan y magnifican cada día, y lo más triste es que no existen instrumentos institucionales que ayuden a prevenir el desarrollo de los mismos, y apenas hay algunos que sirven para mitigar las secuelas de nuestras debilidades sociales.

En el campo específico de las Ciencias Médicas, la nación a través de su Universidad Nacional, desarrolló la Escuela de Medicina y de Enfermería como fuente de profesionales, y mitigar de esa manera las consecuencias de nuestras flaquezas sociales.

El esfuerzo no es poca cosa, ya que los nosocomios nacionales han sido fortalecidos con esos recursos humanos que de alguna manera resuelven las consecuencias de los problemas de salud.

No obstante, la pregunta que surge en la mente de muchos hondureños pensantes, es si éstos recursos formados con tanto esfuerzo económico para la nación llenan los requisitos para darle respuesta a las verdaderas necesidades del país.

Estamos formando profesionales para una nación de escasos recursos económicos, o son éstos una élite para satisfacer las necesidades de un 20% de la población que tiene los mejores ingresos y que pertenecen a la clase media y alta.

Son nuestros galenos y enfermeras, formados con el dinero del pueblo hondureño, la respuesta correcta a las necesidades de salud de nuestros habitantes, o son recursos preparados para cuando nuestra nación entre a la categoría de país desarrollado.

Las críticas a los profesionales de la Medicina han ido en aumento, porque los médicos como gremio han luchado para mejorar su nivel de vida, pero una nación pobre resiente que en el proceso, se alejen de las clases más necesitadas.

Podría inferirse que hay alguna responsabilidad en la Facultad de Ciencias Médicas en la formación de sus profesionales, al hacerse énfasis en un curriculum más inclinado a producir médicos y enfermeras para un futuro de nación económicamente privilegiada, y no para nuestro desheredado país.

Un auto-análisis objetivo debe hacerse sin propósitos destructivos, sino más bien correctivos, si ése es el caso, para concluir si el camino tomado hace tres décadas fue el correcto, no sólo en el campo médico propiamente, sino que en el campo de Enfermería.

En resumen, son los médicos y enfermeras que produce el país, lo que la nación necesita, o hay campo para direccionar su entrenamiento a otros puntos que enfoquen nuestros problemas



Relación entre el Currículum de la Facultad de Ciencias Médicas y las Necesidades de Salud del País.

**Lissette Borjas*
***Jorge A. Fernández V.¹*

Una visión histórica de la evolución del currículum de la carrera de medicina en referencia a las políticas de salud.

PALABRAS CLAVE

Currículo en medicina. Políticas de salud. Educación médica.

RESUMEN

La formación profesional del médico que ocurre en la Facultad de Ciencias Médicas, obedece a un plan estructurado para ocho años de estudio y trabajo - que ha evolucionado con elementos constitutivos de dos paradigmas de educación médica, los modelos “biomédico” y “social”, en el afán de adaptar la enseñanza a la situación nacional. Para visualizar si el plan ha evolucionado acorde a las políticas y necesidades públicas en salud, se realizó este trabajo que involucró una búsqueda documental y una encuesta de percepción a informantes clave. Los anales registran que el currículum de la carrera de medicina nació con exclusivismo del modelo biomédico, pero a mediados del siglo XX incorporó importantes contenidos del modelo social, acorde al desarrollo en el país de los sistemas de salud en forma

planificada. Un ensayo de aproximaciones más cercanas con elaboración participante de perfiles de necesidades y de respuestas, propuesto en los años 80's y con intentos de implementación en los 90's, terminó con momentos de crisis superada hasta 2,002 con la puesta a punto de un último plan ahora vigente. Pero, la percepción generalizada es que, a pesar de tener un planteamiento que incorpora fuertes componentes de medicina preventiva y social, privilegia los preceptos biomédicos, abunda en rigideces y desestructuraciones que conducen a la formación de un profesional con conocimientos fragmentados, escasa capacidad de conducción de procesos administrativos y de gerencia y escaso compromiso hacia la comunidad.

* Profesor Titular de la Unidad de Tecnología Educativa en Salud. FCM, UNAH

** Profesor Titular del Departamento de Medicina Interna de la FCM, UNAH.

INTRODUCCIÓN

La Facultad de Ciencias Médicas (FCM), ha hecho importantes aportes al desarrollo de los sistemas de salud del país. Desde su nacimiento en el gobierno reformista de Soto y Rosa (1880), época que fue asociada esencialmente al desarrollo de la medicina asistencial hospitalaria y ambulatoria y las campañas de manejo de epidemias; hasta los replanteamientos de reforma que dominaron la segunda mitad del siglo pasado, han ocurrido momentos en que el modelo de educación médica ha sido replanteado o reformado como una necesidad para estar al día con las ideas del manejo de la salud en el país, más allá de los claustros clínicos y quirófanos, incorporando los enfoques sociales con visión más integral en el manejo de los procesos que determinan y condicionan la salud y la enfermedad. Estas readaptaciones han sido producto de la evolución de la ciencia, el arte y la técnica, puestos a disposición de la formación del recurso humano en función de las mejores prácticas de la medicina y las demandas de la sociedad.

Pero, las preguntas que más reverberan en el curso de la historia son: ¿está cumpliendo la FCM con la misión de formar el médico que el país necesita?, ¿visiona el plan de estudios el objeto de trabajo?, es decir, ¿el egresado está dando respuesta a los problemas de salud en el espacio-población donde se desempeña?, ¿maneja programas o proyectos basados en las necesidades de la población?

Evidentemente los factores más importantes que condicionan la formación del médico provienen del cuerpo académico constituido por docentes, modelo o paradigma de educación en salud, i.e. el currículum, y el entorno subyacente en la academia. Este trabajo intenta dar algunas explicaciones respecto a cómo el currículum de la carrera de medicina, ha evolucionado de la mano de las transformaciones que ha tenido la salud pública del país a lo largo de los últimos cincuenta años.

En el análisis histórico de la educación de las ciencias de la salud, se puede mencionar la existencia de dos paradigmas: uno individual- reduccionista y otro social- ampliado. El primero, fundamentado en el pensamiento científico desde el Renacimiento hasta

finales del siglo XIX (1), ofrece una concepción individualista, somática y biológica de la medicina; más atento a la enfermedad que a la salud, a los aspectos curativos, que a los preventivos y de promoción sanitaria. La formación es predominantemente hospitalaria con escasos contenidos sociológicos, antropológicos, éticos, psicológicos, epidemiológicos, entre otros (2). El segundo paradigma conocido desde mediados del siglo XIX, expresa que “las ciencias médicas son intrínseca y esencialmente sociales y que los factores que afectan el bienestar de las personas se deben fundamentalmente a la relación de las mismas”; formula una serie de principios, donde destaca: “*la salud del pueblo es un problema que concierne a toda la sociedad...las condiciones sociales y económicas tienen un efecto importante en la salud/enfermedad,...el camino lógico es promover la salud a través de medidas de carácter médico y social*”.

De ambos modelos se ha alimentado la FCM en su devenir histórico, pero, ¿cuáles han sido los productos?, ¿es congruente el modelo matizado, híbrido, adoptado, con las condiciones y necesidades de salud del país?

En un intento de dar explicaciones a las interrogantes planteadas, a partir de ideas puestas en la mesa de discusión del Consejo Editorial de la Revista, se ha realizado esta investigación, que persigue la secuencia lógica de disponer información razonable en materia del currículum de formación del médico y políticas públicas de salud de la población.

METODOLOGÍA

Al tratarse de un estudio cualitativo, se contempló hacer dos tipos de abordaje para obtención de la información, i.e., la información documental, y entrevistas semi-estructuradas a informantes claves.

Para la revisión de documentos se utilizó la base de datos de la FCM, ubicada en diferentes instancias, tales como la biblioteca, el decanato, UTES (Unidad de Tecnología Educativa en Salud) y otros departamentos; así como la búsqueda de información electrónica (medline, bireme), en particular para la formulación del marco conceptual de referencia.

finalizado en 1989 y sometido a las autoridades superiores universitarias para su sanción y puesta en vigencia. Pero todo permaneció en latencia, entre otras razones por oposiciones de política vernácula, hasta que en 1993 se continuó el proceso que concluyó con el rediseño y puesta en marcha del Plan 1995, con operaciones que abarcaban desde el primero hasta el 4° año; no obstante, cuando se inició el proceso de cambio para el 5° año, surgió en los estudiantes un movimiento de rechazo que argumentaba la falta de viabilidad del plan fenómeno reiterativo a los esfuerzos de cambios curriculares observados en las décadas previas- que da lugar en el interior de la Facultad a un estado de crisis que obligó al Consejo Universitario a dejar en suspenso el plan de estudios de la Carrera, pero reiterando la aplicación en adelante del plan 95 a los estudiantes del 1° al 4° año (5).

En 1999, a propósito del “II Encuentro por la Facultad de Ciencias Médicas del 3er Milenio”, se logró el desarrollo de un Plan Estratégico que permitió la identificación de la misión/visión y valores de la FCM, la elaboración de los perfiles del médico y la enfermera que Honduras necesita, así como los lineamientos generales del plan de desarrollo de la Facultad y la formulación estratégica para la implementación del plan de estudios (6). Por su relevancia política y académica se presentan a continuación los elementos relevantes:

Misión: *Ser una unidad académica responsable de formar profesionales de las ciencias de la salud con visión integral, creando, promoviendo y desarrollando conocimiento científico, tecnológico, gerencial, humanístico y de los valores éticos, que a través de la participación activa brindamos a la sociedad hondureña, profesionales capaces de ejercer liderazgo, investigar, analizar y resolver problemas de salud, trabajar en equipo y comprometidos a transformar y mejorar la calidad de vida de la población.*

Visión: *Ser una unidad académica de educación superior con liderazgo en la formación de recursos humanos en salud, en la generación y gestión de conocimientos de políticas de desarrollo técnico, metodológico y científico*

en salud. Con capacidad de conducción y gerencia de proyectos y programas educativos innovadores, pertinentes y de calidad en donde se da participación amplia y democrática a los diferentes sectores internos y externos y donde se promueven y practican valores éticos y humanísticos, contribuyendo efectivamente al desarrollo humano sostenible del país.

Valores: *Calidad, responsabilidad, democracia, equidad, liderazgo, creatividad, respeto, disciplina, calidez, solidaridad, éticos, compromiso social y humano.*

Perfil profesional del egresado

Se estima que el médico general que egresa de la Facultad debe:

- *Responder en forma adecuada a las necesidades de salud de los grupos sociales más expuestos al riesgo de enfermar o morir y con capacidad y flexibilidad para ajustar su formación a las transformaciones de la realidad sanitaria del país.*
- *Tener sólida formación en cuanto al proceso histórico social del país, de su realidad sanitaria y la idiosincrasia de sus habitantes.*
- *Tomar en cuenta y participar conciente y responsablemente, durante el ejercicio de su profesión, de las tendencias de cambio de la sociedad hondureña, sus necesidades y recursos (reales y potenciales) de salud, los avances en la ciencia y técnica médica y la modernización y/o transformación de los sistemas de salud.*
- *Ser poseedor de la metodología científica y técnica que le permitan promover y proteger la salud, detectar tempranamente y coadyuvar a recuperar el daño, en comunidades; diagnosticar en forma precoz y tratar adecuadamente las enfermedades de mayor relevancia en Honduras.*
- *Estar en capacidad de dar una atención eficiente, continuada y oportuna al grupo materno-infantil dentro del campo que compete al médico general y referir los problemas especializados oportunamente a los niveles que corresponda.*
- *Ser poseedor de los conocimientos, destrezas*

La capacidad de diseñar y desarrollar planes, programas o proyectos por parte del egresado es vista también con deficiencia:

“...están materializados, lo que les interesa es ganar plata, tener un buen nivel de vida. La población, las comunidades, son contados a los que les interesa, por ende, qué les va a andar importando diseñar un programa o proyecto...y como no les interesa, no se preparan”. (Consultor internacional).

“...creo que sí, la Facultad les da algo de eso...durante el servicio social tienen la oportunidad de aprender a manejar programas, lamentablemente no todos la aprovechan...” (Ex Decano de la FCM).

“...falta formación, capacidad y experiencia en el manejo de programas...es importante no descuidar la visión de la salud pública, una visión integral de la medicina...preparar al estudiante con capacidad crítica y reflexiva, capacidad técnica para desarrollar metodologías creativas que le permitan responder...” (Ex Decano de la FCM).

DISCUSIÓN

El derecho a la salud por mandato constitucional es inmanente a la persona humana, se ha expresado por consenso planetario en los principios relevantes de universalidad y equidad, por lo que el proceso salud / enfermedad se vuelve una responsabilidad primaria del Estado y sus instituciones, quien en estrecha coordinación con las instituciones privadas y la sociedad organizada, lidera la búsqueda de mejores estilos de vida, la prevención y manejo del daño a la salud, con acciones e intervenciones concertadas que surgen del respaldo legal/social y la planificación estratégica global.

Para ello se ha venido organizando a partir de la segunda mitad del siglo XX un sistema nacional de salud pública, cuya estructura fue acrisolada con la creación a principio de los 50's del Ministerio de Salud Pública (MSP). A partir de 1970, se consolida el sistema por el impulso y gran soporte político que

recibió cuando, con mentalidad planificadora, se pudo definir un marco político-estratégico congruente con las necesidades prioritarias de salud, logrando visualizar el abordaje de problemas de enorme magnitud y trascendencia con la instauración de medidas preventivas de bajo costo y alta efectividad, desplazando así el modelo de asistencia médica a partir de la prestación de servicios en instituciones hospitalarias y unos pocos centros de salud. Para ello se concibió el establecimiento de redes de servicios, ampliando la atención preventiva y curativa tanto en el área urbana como en los postergados pueblos del sector rural. Era la época de la política de “desarrollo populista”, en franca apertura a la planificación del Estado y la sociedad, que permitió y apoyó procesos de organización y expresión popular, con fuerte inversión de capital oficial.

A nivel mundial terminaba la guerra de Vietnam y emergía una juventud de pensamiento universalista, identificada con los principios de solidaridad, justicia y equidad social, que recorría los senderos de la lucha revolucionaria por alcanzar tales ideales, lo que posteriormente reavivó la llama anticomunista con la “doctrina de la seguridad nacional” y la guerra declarada en el triangulo norte de la subregión centro-americana en los años 80's.

Este particular tramo de la historia nacional significó una forma de trabajo social “militante” alrededor de la reforma que se planteó desde el gobierno pero con fuerte acogida social, demostrada por la intensa y creciente participación comunitaria, parte misma de la estrategia de trabajo establecida.

La minuta doctrinaria descansó en el concepto de ofrecer mayor cobertura a la población (SPT2000), sobre todo a la más desprotegida-rural y urbano-marginal política que fue Instrumentada a través de la estrategia de atención primaria en salud (APS), aplicando lo que hoy conocemos como reconocimiento sistemático prescriptivo que permite intervenciones oportunas desde el nivel local, ante riesgos médico-sanitarios manifiestos o no (7).

La APS se delimitó como **“una serie de acciones e intervenciones de promoción de la salud, prevención primaria y atención directa a las personas, familia y comunidad”**. Sin embargo,

También es un hecho preocupante que el área clínica de la carrera se desarrolla, en su enorme mayoría, dentro del **hospital**, enfatizando el conocimiento clínico para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, lo cual brinda una visión de la medicina puramente “**asistencialista**”, subestimando los aspectos de promoción, prevención y rehabilitación de la salud. Esto determina un enfoque netamente “**biologicista**”, “**biomédico**”, lo cual es congruente con la visión pragmática que se tiene acerca de lo que se piensa que debe ser el ejercicio profesional utilitario, que no permite o limita el abordaje de otros aspectos vinculados al proceso de salud-enfermedad (14).

El estudiante toma contacto con la patología en sus diversas formas de presentación, pero con frecuencia se prioriza las más complicadas, no habituándose al manejo de los problemas de salud que aquejan a la mayoría de la población (85% de los cuales debieran resolverse en el primer nivel de atención). A pesar de tener un fuerte componente de clases de salud pública, que conllevan trabajo en centros de salud e internado rural, el estudiante muestra mucha indiferencia a los abordajes sociales, pues el modelo clínico absorbe su comportamiento.

Durante los primeros períodos académicos de la carrera, existe una hipertrofia de contenidos, los que, a su vez, muchas veces se repiten de un período a otro. La lógica consecuencia de dejar librada la selección y jerarquización de los temas a los involucrados (docentes) en cada área específica, lleva a una sobreestimación de ciertos contenidos de escasa aplicación clínica, social o gerencial.

De igual manera, se encuentra en el “plan” la **fragmentación** del conocimiento, problema detectado por la Facultad hace ya tiempo, pero que no ha logrado resolver adecuadamente. A nivel clínico, la disparidad de priorización de la información por parte de los diferentes servicios, acentúa aún más la diversidad de criterios que se manejan a la hora de definir cuál es la información relevante para el médico general.

La formación médica que brinda la Facultad adolece de la formación óptima en aspectos importantes como la bioética, la epidemiología y planificación en salud. Esto sumado a una escasa

formación en aspectos sociales y otros aspectos humanistas que hacen el manejo clínico diario.

Adicionalmente, la masificación estudiantil desbordante de la FCM ocurrida a partir de los 80’s, el apareamiento competitivo de las especialidades médicas de postgrado en los mismos recintos hospitalarios del pregrado, sin una justa redistribución de derecho y responsabilidades, junto a la disociación docencia-asistencia que se propició con la implantación del **Estatuto Médico**, han sido factores que han condicionado el todavía magro concierto entre las instituciones públicas que manejan la formación de la mayoría de médicos del país.

“Junto con los problemas financieros y administrativos, una de las principales fuentes de la ineficiencia del sector de la salud está constituido por problemas del mercado laboral. En relación a sus ingresos, Honduras cuenta con un número relativamente alto de médicos, pero posee uno de los índices más bajos de enfermeras profesionales del continente. La Secretaría de Salud Pública sigue siendo la empleadora más importante de profesionales de la salud, un mercado laboral fuertemente influenciado por la presencia de sindicatos y asociaciones profesionales de médicos, así como por una legislación laboral compleja, con rigideces institucionales e influencias políticas, que han contribuido a la concentración de médicos y enfermeras en las ciudades principales, la subutilización de CESAMOs y hospitales en horarios vespertinos, y la selección de personal inadecuado para posiciones directivas clave. El gobierno central y la Universidad necesitan ponerse a trabajar juntos para producir una estrategia para la capacitación de personal del sector salud. Entre los aspectos principales que deben ser enfocados se incluyen la apertura en una especialización en medicina general de familia como base para una atención de alta calidad fuera del medio hospitalario, medidas para reducir el alto índice de abandono de estudios en medicina y enfermería, desarrollo de programas de capacitación gerencial y aumento de la oferta de enfermeras profesionales” (15).

refleja el proyecto académico de la institución hacia la excelencia, el liderazgo educativo y el respeto a los valores éticos y humanistas que deben acompañar al ejercicio de la práctica médica.

Para eso es necesario fortalecer el compromiso social de los estudiantes y su vocación humanística, haciéndoles comprender la importancia de la vida humana y la dignidad de la persona como valores supremos, y que los estudiantes adquieran los conocimientos científicos más avanzados para responder a las necesidades de salud de la sociedad hondureña (19). Pero esta visión dista todavía de ser alcanzada en óptima forma por el “egresado”, pues aunque el currículo y el plan estratégico de la Facultad nos parecieran “adecuados”, lo que ocurre en la práctica docente- estudiantil es una especie de “telaraña”, donde se entremezclan fortalezas y mas debilidades, sometidos a intereses particulares de dirigentes y administradores, mas que a los anhelos de servir con calidad a los pacientes y la población.

El mismo Álvarez Sintés señala que el currículo médico de la mayoría de las universidades resulta inadecuado para responder a los acelerados cambios que se viven en la actualidad, y por tanto, el currículo que se maneja es el oculto, expresado en la contradicción existente entre el discurso educativo y las prácticas universitarias. Los propósitos plasmados en el currículo oficial relativos a la capacidad de los alumnos de conocer y transformar la realidad, participar e integrarse a la comunidad y enfrentar los problemas de manera crítica y creativa, resultan muchas veces incongruentes con el currículo vivido en el aula y en la realidad de los servicios (14).

El nuevo perfil para los egresados deberá estar basado en el de un medico general capacitado, entre otros puntos, para comprender las necesidades de salud de las personas consideradas no sólo en sus aspectos físicos sino también psicológicos, familiares, laborales y económicos; promover la salud a nivel individual y comunitario; identificar los grupos de riesgo; diagnosticar las enfermedades prevalentes; estar dispuesto a hacer un uso racional de las tecnologías dentro de un contexto ético, moral y legal; desarrollar estrategias de aprendizaje autónomo que le permitan seguir aprendiendo durante toda su vida profesional.

El nuevo currículo busca incorporar aquellos contenidos que estimulen la adquisición de mayores conocimientos, habilidades y valores en el área de la medicina social y comunitaria, de la atención primaria en salud y de la gestión de salud con énfasis en los aspectos preventivos y promocionales, sin descuidar los aspectos profesionales indispensables para realizar un adecuado diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud más prevalentes y un adecuado manejo de referencias para aquellos que sobrepasen las capacidades de resolución de un médico general.

Finalmente los expertos opinaron sobre tendencias a futuro y posibles estrategias que pueden utilizarse en la reconfiguración del currículo de la carrera de medicina, estas son:

- Dar más énfasis a la prevención
- Tomar en cuenta la medicina tradicional
- Incentivar la investigación, sobre todo en problemas nacionales de salud
- Estudiar los nuevos mercados, dentro de la globalización
- Cultivar el humanismo y la comprensión de la realidad nacional
- Impulsar el desarrollo tecnológico y científico, con apoyo en Instruyentación, equipo y recurso humano
- Iniciar procesos de acreditación y calidad
- Coordinar con las instituciones interesadas, el desarrollo de las políticas de atención en salud del país
- Capacitar a los docentes
- Buscar opciones para educación continuada de los egresados
- Propiciar el trabajo en equipos interdisciplinarios
- Reivindicar la integración docencia-asistencia.

En este contexto, es fundamental discutir el papel del estudiante y del docente en la dinámica académica universitaria. Esto permite apoyar el principio de que “toda agenda de cambio universitario debe estar centrada en el estudiante, quien es el actor principal y la razón de ser de la universidad” (20).



20. Organización de Estados Iberoamericanos OEI. Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el siglo XXI, París. UNESCO 1,998.



**Dr. Enrique Aguilar Paz*

Bosquejo Histórico de La Enseñanza Médica en Honduras (Segunda Parte)

En la primera parte de este trabajo, se mencionó las dificultades financieras que a finales del siglo XIX presentó la Escuela de Medicina, no obstante, la Facultad de Ciencias Médicas (FCM) continuó sus actividades a principio del siglo XX (1).

En el año 1900 se matricularon 33 nuevos alumnos, y se abrieron todos los cursos. Entre estos matriculados estaba el Br. Adán Bonilla Contreras, que ulteriormente presentaría sus servicios médicos en Marcala y en Santa Rosa de Copán, con gran dedicación social y humana (2).

Fue electo decano de la Facultad, el Dr. Juan J. Cabrera, quien se había formado como médico en la Universidad de San Carlos de Borromeo, en Guatemala. Cabrera, en sesión especial de la Junta Directiva de la Facultad, propone la fundación de una revista, la cual se denominaría “Revista Médica Hondureña”. Esta genial idea fue aprobada y se hicieron gestiones para publicarla en los Talleres Tipográficos Nacionales. Muy lamentablemente, Cabrera murió en Tegucigalpa, el 12 de septiembre de 1903, y dicho proyecto no se concretó. No fue sino hasta el 15 de agosto de 1919 que se publicó el primer número de la llamada “Revista Médico-Quirúrgica”, la cual fue dirigida por el Dr. Ricardo Aguilar Meza, e integrando el consejo de

redacción los doctores: Julio Aspura España, Alberto Belluci (farmacéutico), Salomón Regalado, Manuel Cáceres Vijil, Miguel A. Sánchez y José María Lobo. Esta revista se publicó por varios años, aunque interrumpida por las lamentables “revoluciones políticas” que tuvo el país. Posteriormente, se fundó la Asociación Médica Hondureña, y por iniciativa del Dr. Salvador Paredes, se publicó la Revista Médica Hondureña, la cual funcionó por tres décadas, habiendo pasado después su redacción y publicación al Colegio Médico de Honduras, institución que hasta el presente ha continuado con la publicación de tan importante rotativo científico, histórico, gremial, académico, social y patriótico (3).

* Ex-decano Facultad de Ciencias Médicas.

General, simultáneamente imparte clases en Clínica Propedéutica, Clínica Quirúrgica, Ginecología y Obstétrica y en Operatoria (6).

En 1927, el Dr. Miguel Paz Barahona, Presidente de la República, quien estaba construyendo el Hospital San Felipe, le ofrece a Paredes una beca para realizar estudios de postgrado en París, con la condición de retribuir el valor gastado en la beca con servicios que prestaría al nuevo Hospital General. Paredes realizó estudios en Cirugía General, con varios grandes maestros, en particular con el profesor Víctor Pauchet; además aprovecha para acudir a los servicios de Ginecología del profesor Faure; al de Ortopedia del profesor Putti; al laboratorio de Parasitología del profesor Brumpt; e igualmente al anfiteatro de París, en donde daba su cátedra el profesor Cuneo. Es importante señalar todas esas enseñanzas, que en la avidez intelectual de Paredes fructificaría con creces en Honduras. Esta amplia formación médica le permitiría posteriormente realizar tan variadas técnicas quirúrgicas. (Cataratas, reducción de fracturas, prostatectomías, descompresiones craneanas en traumatismos, histerectomías y cesáreas, gastrectomía y colecistectomías, apendicetomías, etc.). Sus alumnos relatan sobre su gran habilidad quirúrgica, pudiendo realizar una apendicetomía en solo diez minutos, de “piel a piel”. Fue un extraordinario maestro, le gustaba confirmar sus diagnósticos en el quirófano. Además de catedrático ejerció la Decanatura de la Escuela en 1932. Como docente fue un visionario de la autonomía universitaria en 1934, en un artículo histórico, publicado en la Revista Médica Hondureña, habla con vehemencia de la “Universidad Libre”, como él la llama con plena autonomía, para liviantar la pesada carga económica del Estado. Dice literalmente: **“La Universidad verdadera, en donde no lleguen y no salgan sino individuos capacitados para laborar en un plano superior, ajeno a las mezquindades ruines y personalistas, pensando sólo en los sagrados intereses de la patria”** (7).

Paredes contribuyó sustancialmente a la fundación de la Asociación Médica Hondureña, idea original del Dr. Camilo Figueroa. Consideró necesario esta organización no sólo para la defensa de los derechos gremiales, sino también para el control del buen ejercicio de la profesión médica, y para la elevación científica y académica de los médicos hondureños.

Cinco años después, Paredes escribía sobre esta fundación: *“El 20 de julio de 1929, se reunía en el Paraninfo de la Universidad Central, un pequeño grupo de médicos de la capital sobre la conveniencia de fundar una sociedad.... Pocas fueron las palabras cambiadas, una misma idea, un solo anhelo nos había llevado a todos a aquel recinto venerado: el unírnos! Y como el Fiat Luz, la unión se hizo. Aquella tarde nació la Asociación Médica Hondureña, pequeña, pobre y lamentable al parecer, pero rica de entusiasmo, de ilusiones, de energía..”*

Paredes también fue el organizador de las primeras Jornadas Médicas Hondureñas, que serían las precursoras de los futuros Congresos Médicos Nacionales. Paredes insistía en darle importancia a la Sanidad Nacional. Al respecto, literalmente decía: ... **“Elevemos los espíritus en una comunión sincera de entendimiento y afecto... Allí en abrazo fraterno los obreros de la salud cimentaremos el edificio de una Honduras sana, fuerte, vigorosa; de una Honduras capaz de representar en el concierto universal el rol que le corresponde como República libre y civilizada”**.

Otra gran iniciativa de Paredes fue la fundación y organización de la Revista Médica Hondureña, en 1930. Fue su Director durante siete años consecutivos. En uno de sus escritos, al referirse a sus alumnos dice: **“Una fuerte falange de jóvenes inteligentes y estudiosos por ahora cursan en la Facultad de Medicina... llenarán más tarde las necesidades del país, conscientes de sus deberes con la divisa de servir al prójimo como a sí mismo, en una inspiración unánime de hacer patria”** (9). Paredes en 1931 organizó un Hospital privado, La Policlínica de Comayagüela. Además contribuyó a la fundación de la Cruz Roja Hondureña, de la cual fue directivo. Igualmente organizó y construyó el Country Club de Tegucigalpa, un centro social que ayudó mucho a la capital de la República.

En 1928 se había suscitado un problema fronterizo entre Honduras y Guatemala, esto motivó a que varios estudiantes de medicina hondureños en Guatemala, volvieran a su país natal para concluir sus estudios. El 2 de julio de 1928 llegaron a Tegucigalpa los siguientes estudiantes: Antonio Peraza, Humberto Díaz Banegas, Carlos M. Gálvez, José Martínez Ordóñez,

medio del Nuncio Apostólico Monseñor Agustín Hombach. Sirvieron como enfermeras del Hospital La Policlínica de Comayagüela desde 1932 hasta 1968. Además vinieron de los Estados Unidos, otras Hermanas pertenecientes a la misma congregación. Lo trascendental es que estas hermanas hicieron escuela de medicina en La Policlínica. Personalmente entrenaban a los practicantes internos. Además en dicho Hospital se organizó y funcionó por varios años una Escuela de Auxiliares de Enfermería, cuyas promociones ayudaron a las demandas que tenía el país en este tipo de recursos humanos (6).

Es pertinente dejar constancia de una especial migración de médicos judíos que tuvo Honduras durante la segunda guerra mundial en los años cuarenta. Fritz Stern, Neuropsiquiatra; Erich Hirsch, Internista; Oscar Sprinz, Dermatólogo; Ludwing Jaffé, Otorrinolaringólogo; Hans Goldman, Urólogo; Roberto Eibuschitz, Medicina General.

Honduras fue aliada de los Estados Unidos en la segunda guerra mundial. En los albores de los años cuarenta, muchos jóvenes médicos viajaron a los Estados Unidos para tomar cursos de post-gradó en diferentes especialidades. Entre varios, se recuerda al Dr. Ramón Larios Contreras (Cirugía de Tórax); J. Napoleón Alcerro (Anestesiología y Otorrinolaringología); Ramón Alcerro Castro (Psiquiatría); Ángel D. Vargas (Cirugía General); Sergio Bendaña (Ginecología y Obstetricia); Guillermo Bendaña (Cirugía General); Efraín Ochoa Reina (Oftalmología).

Se ha iniciado en esta década una nueva era, la de las especialidades; recordamos una promoción de estudiantes, la del año 1949, los cuales todos ellos, con la excepción de uno solo, viajaron al exterior para especializarse; entre este grupo están: los hermanos Corrales Padilla, Cornelio (que estudió Radiología) y Hernán (Dermatología), Raúl Durón (Patología), Carlos Antonio Delgado (Pediatria), Ramiro Figueroa Rodezno (Ginecología y Obstetricia), Jorge Rivera (Radiología), Eva Manheim (Neumología). Ya en la década de los 50s, se crearía la costumbre de realizar estudios de post-gradó.

Es interesante señalar para la historia, que el hospital La Policlínica fue la primera institución que organizó un sistema de Educrcédito, para favorecer

estudios de post-gradó en el exterior; con dicho sistema se formaron los siguientes médicos: Cornelio Corrales Padilla en Radiología; Armando Flores Fiallos en Cardiología, Enrique Aguilar Paz en Otorrinolaringología, Rene Valladares Lemaire (Neurocirugía), Jorge Haddad en Gastroenterología. (6).

Reforma Curricular

Ya desde 1949 se inicia una Reforma Curricular en la enseñanza de la medicina en Honduras. Se incorporaron nuevos conceptos en la formación de un médico, que requería componentes de medicina preventiva, ética médica, historia de la medicina y aspectos psicológicos del ser humano. El maestro de varias generaciones, Dr. Ramón Alcerro Castro introduce la Cátedra de Psiquiatría, en el sexto año de la carrera, con cuatro componentes: Psicología General y Médica; Psicopatología; Psiquiatría e Higiene Mental y Clínica Psiquiátrica.

Es justo mencionar el rejuvenecimiento de la Escuela de Medicina impulsado por los decanos Salvador Paredes en 1931 y Ricardo Diego Alduvin en 1932. Se solicitó a Francia nuevo equipo didáctico para facilitar la enseñanza, así como equipo de laboratorios. Esta onda de progreso fue posteriormente apoyada por los decanos Humberto Díaz Banegas y Romualdo Zepeda.

En 1949 el Ministerio de Educación es rectorado por el distinguido médico Carlos M. Gálvez, Pediatra formado en Francia, con gran formación cultural y un profundo valor humanista. La Universidad en ese entonces dependía del Ministerio de Educación. El Dr. Carlos M. Gálvez introduce una serie de reformas, como los exámenes de oposición para optar a las cátedras de enseñanza de la Medicina. Promueve con otro grupo de distinguidos galenos la organización de la Unión Médica de Honduras, así como del Colegio Universitario de Honduras. Posteriormente, se integraría en una sola institución, a la cual se denomina Colegio Médico de Honduras en 1958, habiendo sido su primer presidente el Dr. Ramón Alcerro Castro y el secretario el Dr. J. Adán Cueva (3).

Personalmente inicié mis estudios de Medicina en 1948. Participé en el movimiento de reforma curricular que se propició en 1949. A partir de 1950, se aplicaron 38 clases distribuidas en 7 cursos, en la siguiente forma:



<i>Primer curso</i>	Anatomía y Disección, Física Médica, Biología
<i>Segundo curso</i>	Anatomía y Disección, Fisiología, Histología, Embriología y Química Fisiológica
<i>Tercer curso</i>	Patología Externa, Patología General, Anatomía Patológica, Clínica Quirúrgica, Técnica Operatoria
<i>Cuarto curso</i>	Patología Externa, Clínica Quirúrgica, Técnica Operatoria, Bacteriología y Medicina Interna.
<i>Quinto curso</i>	Higiene y Medicina Preventiva, Obstetricia, Patología Interna, Radiología, Otorrinolaringología y Urología.
<i>Sexto curso</i>	Medicina Tropical y Patología Tropical, Terapéutica, Materia Médica y Farmacología, Clínica Médica, Ginecología y Psiquiatría.
<i>Séptimo curso</i>	Clínica Médica, Terapéutica, Ética Médica e Historia de la Medicina, Oftalmología, Pediatría, Medicina Legal y Toxicología.

En 1955 se elige decano de la Facultad de Medicina al Dr. Gilberto Osorio Contreras, un distinguido Pediatra formado en Burdeos, Francia, y quien ha impartido la cátedra de Terapéutica. Se esforzó en realizar tres proyectos:

- a) La reorganización de la Biblioteca de Ciencias Médicas, unificando las de la misma Escuela de Medicina, de Odontología y de Farmacia. Así como la Biblioteca de la Asociación Médica Hondureña.
- b) La unificación de los laboratorios básicos de las escuelas de Medicina, Odontología y de Farmacia.
- c) La revisión de los programas de estudio de cada clase, un análisis crítico de la enseñanza en la Escuela de Medicina y la preparación de una nueva reforma curricular.

Impulsó el estudio de una eventual autonomía universitaria. Consideró muy necesario una alianza

entre los profesores de la Escuela y el personal médico de los hospitales del Estado.

Doy fe de la alta calidad académica, de su espíritu universitario y de interés patriótico de quien fue un gran docente, el Dr. Gilberto Osorio Contreras, quien participó en el primer Seminario sobre Educación Médica organizado por la Organización Panamericana de la Salud en México, en 1956, así como, en la primera reunión de Facultades Latinoamericanas de Medicina en el mismo año, en la cual Honduras presentó el tema: “El Currículum con consideraciones sobre la Educación de las Ciencias Básicas, la enseñanza de las Clínicas, la Medicina preventiva y la Sociología Médica”.

En el año de 1957 se inicia un movimiento para obtener la autonomía universitaria. Los maestros abnegados de aquel entonces, con el firme apoyo de los estudiantes, lograron esa importante conquista. El decano de la FCM no será designado por el Ministro de Educación Pública, sino electo por el Consejo de la Facultad, integrado por: **cinco delegados del personal docente, cinco representantes del Colegio Médico de Honduras, y diez delegados estudiantiles** (3).

En 1959 se elige al Dr. Ramiro Figueroa Rodezno, quien fomenta el plan de reforma académica en la Escuela de Medicina, colaborando en la redacción de Reglamentos y estableciendo vínculos de relación de la Facultad de Ciencias Médicas (FCM) con otras facultades afines, así como con las restantes autoridades universitarias.

Lamentablemente, por razones personales, el Dr. Figueroa Rodezno renuncia al cargo de decano, asumiendo la responsabilidad de la decanatura el vicedecano, Dr. J. Adán Cueva; quien es originario de las Ruinas de Copán. Podemos asegurar que fue el dirigente que consolidó la reforma antes aludida. Fue electo decano por unanimidad de 1961 a 1964. Organizó modernamente los departamentos de Morfología y de Fisiología. En el departamento de Morfología se destacó el distinguido cirujano Virgilio Banegas Montes, que formó un brillante equipo con los doctores: Oscar Aguiluz y Augusto Rivera Cáceres. El Dr. Banegas había sido además decano de la Facultad a inicios de la década de los cincuenta, así como un ilustre maestro de Cirugía. Su característico

buen humor, conquistó la simpatía de los estudiantes. Ulteriormente fue con muchos méritos, un excelente presidente del Colegio Médico de Honduras, contribuyendo a las buenas relaciones entre ese organismo gremial y la Facultad de Ciencias Médicas. En el departamento de Fisiología se hizo sentir la diligente dirección del Dr. Francisco Alvarado Salgado. Igualmente se organizó el departamento de Farmacología. El Dr. Adán Cueva, quien también se esmeró en la formación de docentes a tiempo completo creó la Biblioteca Médica Nacional. Se aplicó el nuevo plan de estudios, iniciándose los primeros exámenes de admisión, y limitando el cupo a 35 estudiantes, los cuales lo serían a tiempo completo.

El primer comité de exámenes de admisión lo integraron los doctores: Ignacio Midence, Asdrúbal Raudales y Enrique Aguilar Paz.

El Dr. Enrique Aguilar Paz, se había reincorporado al país en 1958, al finalizar sus estudios de post-gradó, en Argentina, en la disciplina de Otorrinolaringología. Ese mismo año se nombra catedrático de Otorrinolaringología. Fue electo de forma unánime para el cargo de decano de la Facultad de Ciencias Médicas, para el período 1964-67. Tal como lo describe el Dr. Ramón Alcerro Castro h., en este período se impulsaron los programas de investigación en la Facultad, habiéndose organizado los departamentos de Fisiología y Farmacología (3). Se contrató al profesor Húngaro, Dr. Antonio Horvath, para que realizara investigaciones de las propiedades farmacológicas de algunos especímenes de la flora nacional, habiéndose logrado aislar el principio activo del helecho, denominado comúnmente "calaguala". Este hecho dejó un sello de la dedicación a la investigación, paralelo al estudio académico, en los estudiantes. Aguilar Paz generó también la dedicación a tiempo exclusivo para la enseñanza. Recibió la escuela con un solo profesor a tiempo exclusivo, el Dr. Francisco Alvarado; al terminar su período, tenía la Facultad diez y seis maestros a tiempo completo. Se iniciaron los trámites para elevar los estudios de Enfermería al grado universitario. Y se apoyó los esfuerzos en curso para llegar a estructuraciones académicas y administrativas en todo el nivel universitario.

Por circunstancias caprichosas del destino, el Dr. Aguilar Paz fue nombrado en 1972 Ministro de Salud Pública. En ese cargo mantuvo siempre una fructífera asociación con la Escuela de Medicina, favoreciendo el nombramiento de médicos en servicio social a los más remotos lugares del territorio nacional

En el Gobierno del Dr. Ramón Villeda Morales, se construyó el moderno Hospital denominado "Materno Infantil", y se trasladaron al mismo los servicios de Pediatría, Ginecología y Obstetricia. Estando todavía en la Decanatura de la Facultad, Aguilar Paz consideró conveniente reunir todos los servicios de enseñanza médica en un solo lugar, con carácter de ser una institución básicamente de enseñanza. Así nació desde 1965 la idea de un Hospital Universitario. Aguilar Paz, solicitó ayuda al entonces Ministro de Salud Pública, el distinguido galeno Dr. Antonio Peraza, quien gestionó un asesoramiento de la Organización Panamericana de la Salud. La OPS envió una delegación de consultores, dirigidos por el Dr. Carlos Dávila, técnico excelente en Educación Médica. Como conclusión se determinó que la idea de volver a reunir todos los servicios, en una sola institución era procedente (10).

La Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) y el Ministerio de Salud Pública (MSP), organizaron en 1968 una Comisión de ambas instituciones, integrada por las siguientes personas; Dr. Jorge Haddad Q., decano de la FCM; Dr. Reinel Fúnez, decano de la Facultad de Odontología; Lic. Rolando López Vásquez, planificador de la UNAH.; y Dr. Enrique Aguilar Paz, ex decano de la FCM, a quien se nombró como Coordinador de la mencionada comisión mixta. Esta comisión estuvo laborando arduamente durante dos años. Después se nombró un Comité Ejecutivo para que continuara con los trabajos de preparación de la obra. Este Comité Ejecutivo estaba integrado por los Dres: Jorge Haddad Q., Carlos Pineda y Enrique Aguilar Paz. El Comité logró que se firmará un acuerdo entre la UNAH, que rectoraba el ingeniero Arturo Quezada y el MSP que conducía el Dr. Antonio Peraza. Este Acuerdo se firmó en 1969. En 1972 el entonces encargado del MSP, el Dr. Carlos Pineda, nombró Gerente del Proyecto al Lic. Lorenzo Cervantes; lamentablemente el proyecto se fue desfasando,



y no se cumplieron los requisitos necesarios que requería el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), que era la institución que financiaría la obra, y que no quiso firmar el Contrato respectivo. En Diciembre de 1972 se nombró Ministro de Salud Pública al Dr. Enrique Aguilar Paz. Inmediatamente se apresuró a cumplir los requisitos requeridos, el plazo de espera vencía en marzo de 1973, los fondos se destinarían a otro país centroamericano que ya tenía preparado un proyecto similar. La tenacidad venció; se obviaron los valladares surgidos para la compra del terreno respectivo, el cual estaba en litigio. Ayudó mucho a esto el Sr. Procurador General de la República, Lic. Serapio Hernández Castellanos.

La obra se inicia en 1974, pero no sólo se construye y equipa el plantel físico, sino que se entrena y adiestra debidamente el “recurso humano” que atendería en el Hospital, tanto las funciones asistenciales, así como las elevadas responsabilidades de la enseñanza. Este concepto, de ejercer ambas funciones predominó en la mente de los organizadores del Hospital Universitario, denominado “Hospital Escuela”. Muy lentamente, años después, se rompió esta sabia disposición, por intereses económicos. Durante el año de 1976, se nombró director del Proyecto, al Dr. Jacobo Santos, especialista en Administración de Hospitales. La enfermera Licda. Beberly Taylor, prestó una valiosa contribución en la selección del equipo médico quirúrgico (10).

Contribuyeron sustancialmente al proyecto, las primeras autoridades hospitalarias que el Dr. Aguilar Paz nombró, los doctores: Fernando Tomé Abarca, Director General del Hospital; Jesús Rivera h., Director de Asistencia Médica; Enrique Samayoa Moncada, Director de Enseñanza Académica; Carlos Medina Rodríguez, Director del Hospital Materno Infantil; Lic. René Núñez, Director Administrativo. La Dra. María Santos de Avilés, quien fungía como Jefe de la Región Metropolitana de Salud, contribuyó en forma excelente con su mística de trabajo y su talento organizativo. El Hospital Escuela era la cúspide de la denominada “pirámide de salud” que se había concebido en ese entonces. En esa misma administración se construyeron diez hospitales más en el resto del país, para darle función al sistema de referencia.

Igualmente se construyeron más de ciento cincuenta Centros de Salud, en un amplio programa de extensión de cobertura en la atención primaria de salud (APS). Como era necesario, formar los recursos humanos necesarios, para darle vigencia a este ambicioso programa, desde el MSP, se gestó la creación de los estudios de Postgrados de la FCM, desde el año de 1975. Contribuyeron a este programa, los brillantes y distinguidos Miembros del Consejo Consultor del Ministro, los doctores: Carlos Godoy Arteaga, Antonio Pinto, Jorge Haddad Q., Anarda Estrada, Jacobo Santos, Hilton Tróchez, Alberto Guzmán. Es histórico resaltar que el programa de estudios de postgrado de nuestra FCM, fue creado durante la gestión del Dr. Enrique Aguilar Paz, como Ministro de Salud Pública. Se crearon las cuatro disciplinas básicas de la medicina: Pediatría, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, así como Cirugía General. Este programa, con el correr de los años ha demostrado lo valioso que es para la atención asistencial de salud, pues sus egresados han ido a ejercer sus conocimientos a los Centros Hospitalarios de Emergencia (CHE), que en esa época se construyeron en remotas regiones del país. Estos egresados, también han ido a cumplir una educación continuada en dichos centros asistenciales (11).

El financiamiento de la enseñanza de postgrado, la consiguió el Dr. Aguilar Paz con el Patronato Nacional de la Infancia, quien originalmente contribuyó con una partida de Lps.300, 000.

Posteriormente, el Dr. Aguilar Paz, logró con esa misma institución, que se le cediera a la FCM, el actual edificio donde funciona la Facultad. En esas instalaciones se organizó el departamento de Morfología, adjunto al Hospital Escuela, facilitando así, la enseñanza con esta relación geográfica de las instituciones. Un hecho ejemplar de ese entonces, fue la cordial relación de todas las instituciones afines en el campo de la salud y de la enseñanza de la medicina.

1967 es electo unánimemente el Dr. Jorge Haddad Q. como decano de la FCM. Haddad ejerció el cargo por el lapso de dos períodos consecutivos. Doy testimonio que ha sido uno de los mayores impulsores de la enseñanza médica en Honduras. Sobre su gestión administrativa, dice en su obra sobre la enseñanza de la medicina en Honduras el Dr. Ramón Alcerro Castro:

“... parecía respirarse el triunfo del esfuerzo de los años anteriores, del esplendor de la luz que ello había traído, de la satisfacción con la actuación del decanato... se creó el departamento de Medicina Preventiva en forma integral; se inició la enseñanza universitaria en áreas rurales sin hospital; se puso en marcha el departamento de Microbiología, se inició la actividad docente en los hospitales Materno-Infantil, psiquiátrico y del Tórax; se modificó el sistema de exámenes privados y de tesis, y se hicieron cambios en las prácticas de exámenes privados; se creó una División de la Salud en la Universidad; se contribuyó con el MSP para la creación de un nuevo Hospital Escuela”.

Ulteriormente, asumió el decanato de la FCM, el Dr. Juan Almendares Bonilla, un hombre con un concepto bien formado de las obligaciones sociales para con el pueblo. Impulsó nuevas formas de concebir la función del médico en la actividad comunitaria, así como de su contribución a la gran reforma social en Latinoamérica, y en el resto del tercer mundo. Almendares, impulsó el apoyo de la metrópoli hacia el campo; con la creación del internado rural y el apoyo a la docencia de tiempo completo en medicina preventiva.

Después fue electo Decano de nuestra Facultad el distinguido Psiquiatra Dr. Dagoberto Espinoza, quien generó una nueva reforma curricular en la carrera médica. Puso en marcha el trabajo tesonero de varias comisiones para diversos aspectos de dicha reforma; buscó nuevas formas de estructurar y desarrollar la integración entre las áreas básicas, con las áreas clínicas de la enseñanza. El concepto unitario de Espinoza lo concretó en las magníficas relaciones que tuvo con otras instituciones asistenciales de la salud, como el IHSS y el MSP; con esta última institución, colaboró muy sustancialmente con la preparación de los estudios de postgrado, antes mencionado (3).

La conducción de la enseñanza médica fue responsabilidad, en el período de 1979 a 1981, del destacado clínico cardiólogo, Dr. Nelson Velásquez; continuó con ahínco la reforma curricular antes

diseñada. Estableció una estrecha y pragmática vinculación con el MSP, habiendo logrado extender la práctica hospitalaria de los alumnos de la Facultad en varios hospitales estatales: “Leonardo Martínez” en San Pedro Sula; “Santa Teresa” de Comayagua; el Hospital del Sur y Santa Rosa de Copán. Asimismo logró una buena relación con el Hospital “Vicente D’Antoni”, de La Ceiba.

Otro aspecto importante que desarrolló el Dr. Velásquez, fue la perfección en la formación del personal docente, facilitando becas para estudios en el exterior. Apoyó el Programa de Enfermería, propiciando la formación del nivel de Bachillerato en Enfermería en San Pedro Sula. Consideró ampliar la enseñanza médica en nuevas y modernas áreas: salud ocupacional, medicina legal, medicina del deporte, medicina física, etc.

Desde la fundación de la Escuela de Medicina, hasta el año 1981, fueron Decanos de dicha institución los siguientes médicos:

Carlos E. Bernhard	1882
Juan J. Cabrera	1900
Genaro Muñoz Hernández	1903
Alonzo Suazo	1904
Valentín Durón	1906
Carlos Romero	1908
Genaro Muñoz Hernández	1910
Alejo S. Lara h.	1914
Rubén Andino Aguilar	1918
Manuel G Zúñiga	1926
Romualdo B. Zepeda	1930
Salvador Paredes	1931
Ricardo Alduvin	1932
Francisco Sánchez	1935
Romualdo B. Zepeda	1935
Humberto Díaz B.	1935
Juan A. Mejía	1949
Virgilio Banegas Montes	1953

• • • • •

Hospital “Santa Teresa” de Comayagua

Este hospital fue construido en cumplimiento del Decreto No. 199 emitido por el Congreso Nacional el 10 de abril de 1931, siendo Presidente del Congreso don Santiago Meza Cálix. Este Decreto fue refrendado por el Presidente de la República, Dr. Vicente Mejía Colíndres (12).

Durante la gestión administrativa del Dr. Enrique Aguilar Paz, se construyó en 1976, un moderno edificio para este hospital, habiéndosele equipado modernamente. En ese edificio funciona actualmente tan importante hospital regional.

Instituto del Tórax

En el año de 1948, con el apoyo del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, fue inaugurado el denominado **Instituto del Tórax**, un centro asistencial, primeramente dedicado a tratar la tuberculosis pulmonar, muy endémica en el país. Ulteriormente se ha convertido en un hospital para tratar afecciones cardiopulmonares.

Hospital Materno Infantil

El Dr. Ramón Villeda Morales, con toda la determinación política procedió a la construcción, equipamiento y funcionamiento del denominado Hospital Materno Infantil. Esta institución ha prestado muy valiosos servicios al pueblo hondureño.

El Estado también organizó y construyó hospitales públicos en la ciudad de Juticalpa (Hospital “**San Francisco**”); en la ciudad de Danlí (Hospital “**Gabriela Alvarado**”); en la ciudad de La Ceiba (hospital **Atlántida**); y en la ciudad de Trujillo (Hospital “**Salvador Paredes**”).

En los albores de los años treinta, en 1932, principiaron a funcionar en Tegucigalpa, dos hospitales privados: “**Hospital La Policlínica**”, por iniciativa del Dr. Salvador Paredes y un grupo de entusiastas médicos. (El Dr. Aguilar Paz ha publicado la historia de este importante centro asistencial, que ha desarrollado una trascendental obra en educación médica) (6).

El otro hospital contemporáneo es el “**Hospital Viera**”, que fue fundado por el distinguido y capacitado profesional Dr. Ruy Nutter, de Boston.

Originalmente este hospital estuvo ubicado en un lugar elevado, en las estribaciones de El Picacho, con una espléndida vista para la ciudad capital. Ulteriormente, el hospital fue trasladado al centro de la ciudad.

Otro hospital capitalino lo fue “**El Carmen**”, atendido por las Hermanas Carmelitas. En este hospital laboró por muchos años el Dr. Napoleón Bográn, como internista y el Dr. José Durón, como cirujano general.

Un diligente grupo de médicos, que habían regresado de especializarse en los Estados Unidos, organizó en los años 50s el denominado “**Centro Médico Hondureño**”, ubicado originalmente en la primera calle de Comayagüela, posteriormente, se construyó su propio local en el Barrio la Granja de Comayagüela.

En 1924 funcionaron: el Tela Railroad Hospital, en Tela, Atlántida. El Truxillo Railroad Hospital, en Puerto Castilla, Colón. Ulteriormente, la Tela Railroad Company construyó e hizo funcionar el Hospital de La Lima.

Otra empresa bananera, denominada Standard Fruit Company, fundada por los hermanos Baccaro, Joseph y Salvador D’Antoni, construyeron el Hospital “**Vicente D’Antoni**”, en homenaje a quien fue Gerente de dicha compañía por muchos años.

Es justo señalar la construcción del **Hospital Evangélico**, por parte de la Misión Centroamericana de Iglesias Evangélicas, con sede central en Dallas, Texas. Este centro asistencial se construyó en 1949. El Hospital Evangélico de Siguatepeque, contó con un servicio especial de transporte aéreo, para movilizar pacientes de todo el occidente del país. Este sistema fue denominado “Alas del Socorro”.

En la ciudad de San Pedro Sula, un grupo de cuatro hermanos médicos de la familia Bendaña: Arturo; Anestesiólogo, Guillermo; Cirujano General, Sergio; Ginecólogo y Obstetra y René; Urólogo. Organizaron y construyeron un moderno centro hospitalario, denominado “**Clínicas Bendaña**”. Esta institución significó un sustancial avance en la modernización hospitalaria de esa importante ciudad industrial del país.



- Hondureña Año IV. No. 39. Enero, 1934.
9. Paredes, Salvador: "Editorial" Revista Médica Hondureña, Año IV. No. 48. Octubre, 1934.
 10. Aguilar Paz, Enrique. "Historia del Hospital Escuela" Conferencia en el Club Rotario de Tegucigalpa. octubre 1979.
 11. Aguilar Paz, Enrique: "Programa Nacional de Salud (PRONASA)" Editorial de la Revista SALUD, Ministerio de Salud Pública. Marzo de 1976.
 12. Castellanos D. Plutarco E. "Buscando raíces, a través de la Historia de la Medicina". Editorial Iberoamericana. Tegucigalpa, Honduras. 2002.
 13. Larios Córdova, Manuel: "Historia de la Medicina Hondureña" Revista Médica Hondureña, año IV, No. 47. Septiembre, 1934.



Rasgos Históricos de la Creación de la Carrera de Enfermería a Nivel Universitario en Honduras

** María Isabel Rodezno P.
** Juana Carolina Buchanan.
*** Elia López Aguilar.*

Consideramos que enfermería como otras profesiones del área de la salud ha tenido avances en lo que respecta tanto al ejercicio profesional como a la formación, ya que ambos perfiles están estrechamente relacionados, pasando por diferentes etapas que es necesario documentar a fin de que las generaciones actuales y futuras conozcan la evolución histórica de enfermería y su contribución al desarrollo de la salud y educación en el país, valoren los esfuerzos que se han realizado y continúen impulsando el crecimiento de la profesión, vinculada a procesos sociales con una visión clara del papel de la enfermera(o), dentro de un contexto dinámico, complejo, competitivo el cual demanda del profesional mucha capacidad, a fin de que con sus intervenciones responda a las exigencias de una sociedad globalizante.

ANTECEDENTES

Las actividades de enfermería se realizan desde que la humanidad se enferma, es decir, desde tiempos muy remotos, sobresaliendo el hecho que tanto la prestación de cuidados como la formación de recursos tuvo carácter eminentemente religioso, predominando las órdenes y congregaciones religiosas, católicas, entre

ellas Franciscanas, Hermanas de la Merced, San Vicente de Paúl, las Carmelitas, para mencionar algunas, siendo determinantes en la direccionalidad de las instituciones y en la prestación del cuidado, sin embargo, no podemos desconocer que ambos procesos han estado ligados a la estructura económica, los modelos de producción, desarrollo tecnológico y otros factores.

En sus orígenes, el personal de enfermería era un recurso que visitaba los hogares para atender a las familias cuando a éstas se les hacía imposible cuidar a los enfermos. Gradualmente se implantó la práctica de llevar a los enfermos a instituciones en las que se centralizaban los escasos recursos para tratamiento y atención en beneficio de un mayor número de usuarios, con lo que la enfermería se centralizó cada vez más en servicios institucionales.

** Coordinadora Especialidad de Enfermería Perioperatoria
** Jefa Departamento de Educación de Enfermería
*** Coordinadora Programa Educación a Distancia SUED

En los últimos decenios precedentes a la creación de la carrera de enfermería y se le consideraba tanto enfermería como a las demás profesiones del área de la salud asociadas a una función curativa cada vez más interesada por las afecciones poco comunes o complejas.

De esta manera, eran pocos los recursos que quedaban disponibles para atender las necesidades de salud más comunes y generalmente desatendidas de la mayor parte de la comunidad, fuera de esas instituciones, es decir, para la prevención de las enfermedades, el apoyo a las comunidades y los individuos capaces de participar en su propia atención de salud, la promoción y mantenimiento de la salud y la rehabilitación con miras a una calidad de vida óptima.

Nuestro país no es la excepción, y en la década de los sesenta la formación del recurso humano de enfermería estuvo ligada a los cambios sociales, el perfil epidemiológico y los modelos de producción, el desarrollo tecnológico y otros predominantes en el país, época caracterizada principalmente por la producción agrícola, y las exportaciones de banano y café. Los servicios públicos, salud y educación eran centralizados, proporcionados por las municipalidades con poca coordinación intra e intersectorial. Algunos factores condicionantes estuvieron determinados por intereses grupales e individuales, aspectos culturales, actitudinales y habilidades de la población.

En este período se inicia el proceso de reforma agraria, la consolidación del movimiento sindical, avances sociales como la aprobación del Código del Trabajo y del Sistema de Seguridad Social, además la mujer incursiona en la educación superior y empieza a destacarse en diferentes campos vedados para ella, demostrando su capacidad como estudiante universitaria, ejecutiva, política, en el avance económico y otros aspectos que conforman la superestructura social, incorporándose en organismos nacionales de relevancia orientados a la protección de la madre, el niño y a la formación de recursos humanos en salud y educación. La profesión de enfermería, constituida casi eminentemente por mujeres, no ha escapado a la influencia tanto en los aspectos positivos, como negativos del desarrollo y crecimiento sociopolítico.

El perfil epidemiológico de esta época estuvo caracterizado por el predominio de enfermedades prevalentes de la infancia, enfermedades infectocontagiosas tales como tifoidea, tuberculosis y enfermedades transmitidas por vectores cuya respuesta se daba a través de programas verticales como el de tuberculosis, el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM) y otros. La política de salud centrada en una atención individualizada, curativa, biológica, con dominio del modelo hegemónico de la práctica médica.

Igual que en los demás países de Centro América la población de Honduras dependía en gran parte de una cantidad de conocimientos tradicionales para hacer el diagnóstico y para curar las enfermedades. Existían diferentes enfoques relacionados con las enfermedades, y su curación así como personal tradicional desligado del sistema institucional, tales como curanderos, parcheros y parteras cuyas prácticas estaban determinadas por las necesidades de la misma población carente de una atención profesional calificada.

FUNDAMENTACION PARA LA APERTURA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA

Los cambios en la práctica y en el conocimiento no surgen al azar, ni por pura casualidad, sino que obedecen a la proposición de nuevas alternativas que a su vez son el resultado de la experiencia de los individuos, de las relaciones prácticas del hombre con su entorno y de los seres humanos entre si.

Congruente con ésta línea de pensamiento la Organización Panamericana de la Salud (OPS), cuya misión ha sido asesorar a los gobiernos de Latino América en el área de salud, propone el cambio de las políticas, permitiendo la ampliación de la atención médica, éste resultó de la adopción del modelo desarrollista, el cual promovía el incremento en la industrialización y la expansión rápida de los servicios de salud, propuesto por la Organización de los Estados Americanos (OEA) a fines de los años cincuenta (1). Como producto de reuniones de este Organismo y la OPS, realizadas en Bogotá, Colombia y Punta del Este, Brasil (1961), aparecen algunos acuerdos que



expresaban la necesidad de reconocer la atención médica como prioridad, los cuales fueron determinantes en las políticas de la enfermería, generando cambios tanto en la formación de recursos como en la prestación del cuidado, los cuales estuvieron asociados a las tendencias sociales en América Latina.

El Director de OPS afirmó en 1962 que la Organización había tomado las medidas necesarias para tornar la salud en componente del desarrollo, y consideró que ésta sería una tarea inmediata para el desarrollo integrado de recursos humanos y materiales, a fin de que se cumplieran los objetivos de aumentar la esperanza de vida al nacer, y elevar la capacidad de aprender y producir mejorando la capacidad individual y colectiva del personal en salud.

El énfasis en la atención curativa dentro del hospital se refleja en los programas de educación de enfermería. Tradicionalmente, las escuelas de enfermería estaban ubicadas cerca de los hospitales o afiliadas a éstos, y las estudiantes de enfermería prestaban la mayor parte de la atención que se ofrecía a los enfermos en esas instituciones. A medida que los servicios de enfermería en el marco hospitalario fueron en aumento, y que muchas de las actividades del médico se convirtieron en tareas de la enfermera, el contenido teórico y práctico de la educación de la enfermería fue ajustándose a las necesidades propias de los hospitales.

Poco tiempo quedaba en el plan de estudios para otros aspectos igualmente importantes de la atención de la enfermería, como los problemas de salud en el hogar, promoción de la salud, prevención de enfermedades, rehabilitación y difusión de información sobre salud.

En la década de los años 60 en Honduras existían únicamente dos escuelas de carácter privado, la Escuela Privada de Enfermería Hospital Vicente D'Antoni en La Ceiba, Departamento de Atlántida que graduaba un promedio de ocho enfermeras por año y la Escuela de La Misión Evangélica en Siguatepeque, Departamento de Comayagua, que graduaba un promedio de cinco enfermeras por año (2). Ambas escuelas funcionaron anexas a sus respectivos hospitales.

Nuestro país para esa época tenía una población aproximada de 2,163,011 habitantes, 23.2% del área urbana y 76.8% rural y una tasa de crecimiento de 35/1000 habitantes. El promedio de enfermeras era de 0.84/10,000 habitantes, ya que había únicamente 183 enfermeras en total. En el mismo período 1968 – 1969, estaba por inaugurarse el Hospital Materno Infantil, planificado para funcionar con 450 camas (2). Era evidente el déficit de enfermeras para la apertura del mismo, razón por la cual se trasladaron recursos que laboraban en los servicios del área materno infantil del Hospital General San Felipe en su mayoría egresadas de la antigua Escuela Nacional de Enfermeras de Honduras, de Guatemala y Puerto Rico, hecho que agudizó la escasez del personal de enfermería.

Ante la situación anterior y la crisis de salud predominante, las estructuras sociales y económicas y las nuevas tendencias en salud y en la formación del recurso de la enfermera, se crea el Departamento de Enfermería a nivel del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, cuya primera jefe fue la Sra. Norma de Pérez; con carácter técnico normativo, promueve la formación del recurso de enfermería con enfoque hospitalario, congruente con el modelo predominante en esa época; es así como con la participación de organismos e instituciones nacionales e internacionales surge la iniciativa de formar esta profesional a nivel superior.

En 1966, a través de un convenio celebrado entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, se crea el Departamento de Educación de Enfermería, como unidad académica dentro de la Facultad de Ciencias Médicas, siendo el Ministro de Salud Pública el Dr. José Antonio Peraza, el Decano de la Facultad el Dr. Enrique Aguilar Paz y el Rector de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras el Ing. Arturo Quezada, posteriormente, el Decano de la Facultad de Ciencias Médicas fue el Dr. Jorge Haddad Quiñónez. Autoridades que desde los respectivos cargos que desempeñaban no escatimaron esfuerzos para brindar el apoyo necesario a ésta iniciativa que marca un nuevo período en la historia de enfermería.

Para dar cumplimiento al convenio se acordó solicitar al Consejo Universitario el nombramiento de la Directora y Sub-Directora del Departamento definiéndose las funciones específicas de cada una de

ellas en los aspectos administrativos y académicos respectivamente.

ESTRATEGIAS

Se crea un comité integrado por el Doctor Enrique Aguilar Paz, Decano de la Facultad y representante de la UNAH, la Lic. Norma de Pérez por la Secretaría de Salud y Jefe del Departamento de Enfermería, Sor María Ellenice (RSM), Reverent Sister Of Mercy, lo que en español significa Reverenda Hermana de la Merced, Directora del Departamento de Educación de Enfermería, UNAH, y por la OPS/OMS, la consultora Magíster Ernestina Nazario (Q.E.P.D.), de nacionalidad puertorriqueña.

Se estableció como funciones de éste comité las siguientes:

- Elaborar el proyecto de reglamento interno.
- Recomendar el nombramiento del personal administrativo y docente del departamento previa selección del mismo.
- Aprobar la concesión de becas para:
 - Nivelación de estudios de enfermería al grado de Licenciatura
 - Maestría a las enfermeras nacionales, que se desempeñarían como docentes.
- Elaborar el plan de estudio, evaluar el desarrollo del mismo y revisar anualmente el convenio para los ajustes correspondientes (3).

Con el fin de desarrollar la labor docente se crearon algunas **estrategias** como la contratación de personal extranjero. La primera persona contratada fue la Lic. Linda Andrews, estadounidense, quien actualmente mantiene relación con el Departamento de Educación de Enfermería a través de investigaciones realizadas conjuntamente con enfermeras hondureñas.

Por otra parte se presentó solicitud al Cuerpo de Paz de profesionales de la enfermería con la preparación idónea para ejercer la docencia a nivel universitario, fue incorporada a la Universidad la Lic. Carla Lambertson; durante éste período 1966-1968, en diferentes momentos, laboraron ocho enfermeras extranjeras procedentes de Estados Unidos de Norte América.

Además se solicitó apoyo financiero al Patronato Nacional de la Infancia para la creación de becas que serían asignadas a candidatas con la habilidad intelectual para estudiar enfermería y que su situación económica fuera factor limitante para ingresar a la UNAH; este programa se mantuvo hasta aproximadamente el inicio de la década de los ochenta, solicitud que se amplió a la compra de mobiliario y equipo. La UNICEF aportó material, equipos y libros para fortalecer el programa y la OPS/OMS otorgó becas para el estudio de postgrado de las enfermeras nacionales que asumirían la direccionalidad y la función docente.

Así mismo, se firmó un convenio con las Hermanas de la Merced de los Estados Unidos para la asesoría técnica. También se desarrolló un curso para enfermeras que laboraban en los servicios sobre principios y métodos de enseñanza, preparándolas para apoyar la función docente en el área clínica donde las estudiantes de enfermería realizarían su práctica.

Las enfermeras seleccionadas para prepararlas como posibles docentes fueron las MSC. Eva Luz de Alvarado, quien por su constante preocupación por el estudio, compromiso laboral y gremial ha desempeñado varios cargos en la Facultad de Ciencias Médicas, representando a la Institución y a Enfermería a nivel nacional e internacional en múltiples ocasiones, fue la primera directora hondureña del Departamento de Educación de Enfermería, con carácter permanente, por tres períodos consecutivos. La Msc. Francisca Hernández de Canales (Q.E.P.D.), falleció en un trágico accidente aéreo en 1989, su desempeño, su constante estudio, su preocupación por la formación de recursos en enfermería, su participación en diferentes niveles tanto gerenciales, técnicos, de asesoría a nivel nacional e internacional, marcó huellas permanentes en enfermería, fue la segunda directora del Departamento de Educación de Enfermería y las Licenciadas Victoria Núñez y María Luisa Erazo; las dos primeras además del grado de Licenciatura, posteriormente obtuvieron el grado de maestría en Psiquiatría, Administración en Salud y Médico Quirúrgico respectivamente, estudios que cursaron en universidades de Puerto Rico y Colombia.



En 1968 se incorpora la MSC. Elia Beatriz Pineda Escoto, enfermera hondureña graduada en la Universidad de Oregon, Estados Unidos, que después de 36 años continúa laborando en el Departamento de Educación de Enfermería, quien por su capacidad científico-técnico, se ha destacado tanto en el gremio, como en instituciones y organismos a nivel nacional e internacional.

En 1969 ya estaban nombradas las cinco primeras docentes hondureñas con título universitario, durante el segundo semestre de 1970 asumió interinamente la Dirección de la Escuela la Lic. Dolores Núñez, (Q.E.P.D) y en 1971 recibió la Dirección en propiedad la MSC. Eva Luz de Alvarado. A partir de esta fecha continuaron preparándose docentes dentro y fuera del país con cursos a corto y largo plazo.

FILOSOFIA DEL PLAN DE ESTUDIOS

En forma concreta, podemos decir que el primer plan de estudios tuvo una amplia visión futurista, integral en varios aspectos, con una filosofía centrada en el hombre.

El programa educacional del Departamento de Educación de Enfermería, se orientaba a proveer a la estudiante de enfermería la oportunidad para su desarrollo integral, como una persona de cultura, con responsabilidad cívica, con una base que le ayude a transformarse en una enfermera profesional con destreza y capacidad para continuar estudios especializados en enfermería.

Para dar respuesta a lo anterior se establece con suficiente claridad la existencia de dos tipos de vivencias educacionales:

- Informales
- Formales

Informales; son aquellas que surgen de una manera espontánea, no planificada, sin objetivos pre-establecidos y producto de la interacción del individuo con el medio.

Formales; son las planificadas y desarrolladas a través de una diversidad de métodos, técnicas y

procedimientos, los cuales requieren de una relación directa entre el educando y el educador y otros productos de la invención tecnológica, parte de un programa estructurado de acuerdo a modelos de sistematización de la enseñanza y de la definición de objetivos.

Así mismo se establece que la finalidad de los aspectos filosóficos determinados para la educación depende en gran parte de la calidad docente. El maestro para realizar a cabalidad sus funciones debería ser una persona emocionalmente estable, capaz de comprenderse a si mismo y a los demás, un ciudadano útil y con una preparación de alto nivel.

Por consiguiente los objetivos estarían relacionados a:

- Lograr una apreciación de la cultura, para que la enfermera fuera una persona culta y productiva, capaz de adquirir conocimientos de las ciencias psicobiosociales que le ayudaran a su desarrollo integral personal, profesional y como ciudadana.
- Obtener conocimientos y discernimiento que servirán de base para las actividades profesionales de enfermería planeadas para satisfacer las necesidades de salud presentes y futuras de la sociedad.
- Desarrollar habilidades en la solución de problemas.
- Desarrollar habilidades psicomotoras, mentales y sociales que se requieren en el planeamiento, ejecución y evaluación de los cuidados de enfermería que se presta al individuo, familia y comunidad (4).

Al analizar todos los componentes del plan de estudios a la luz de nuestra formación y vivencias, se da testimonio de las grandes expectativas y esfuerzos con que estas profesionales de la enfermería, que se basaron probablemente en un modelo holístico de formación de la enfermera aplicado en alguna universidad estadounidense quisieron caracterizar a la enfermera hondureña.

ASPECTOS CURRICULARES

En el diseño curricular, de la Carrera de Enfermería se consideró que los planes y programas de estudios debían estar relacionados con la problemática de salud, para contribuir a dar respuesta a la crisis que a través de los diferentes períodos enfrenta la sociedad, enmarcando la política educativa y por tanto el proceso enseñanza aprendizaje, dentro del contexto geográfico y poblacional de los países de la Región, vinculándose al sistema de salud.

Con el fin de que la formación de los recursos se lograra con la mayor eficacia y eficiencia se buscaron algunos mecanismos para lograr un abordaje integral mediante la coordinación docente asistencial y la estrategia estudio trabajo.

El plan de estudios se desarrolló en forma interdisciplinaria, con un grupo de estudiantes regulares, matriculándose todas como grupo en las mismas asignaturas, integrándose en las asignaturas generales y de apoyo con otras carreras como Derecho, Psicología, Odontología y Microbiología.

En su estructura, el primer plan de estudios incluyó asignaturas propedéuticas que comprendían: las generales, las de apoyo y las de formación profesional, con ciento sesenta y cinco unidades valorativas en total. El plan era orientado hacia el cuidado humanizado del paciente, la empatía, la autorrealización, la comunicación, las relaciones interpersonales, con un enfoque de integralidad desde diferentes puntos de vista del individuo, la familia y la comunidad, así mismo la integración teoría - práctica, el trabajo en equipo con otras disciplinas del área de la salud a nivel universitario y técnico, con las cuales se compartían vivencias teóricas y prácticas, estas últimas sobre todo en el área rural.

Se integraron estudiantes y docentes de las carreras de Odontología, Enfermería y Medicina tanto en la planificación como en el desarrollo de las mismas, se hizo también énfasis en las cuatro funciones básicas del desempeño de la enfermera, la docencia, investigación, administración y atención directa.

Estas prácticas se realizaron en la Aldea de Suyapa, se proporcionó atención integral a las familias asignadas, previa elaboración de un plan que era evaluado periódicamente, igual se trabajó en el sector de las Guanchías, municipio de Santa Rita en el Departamento de Yoro, experiencia que se realizó en coordinación con el presidente de las Cooperativas productoras de banano de esa próspera región, se brindó atención a la población en general a través de visitas domiciliarias, cuidado directo a la población demandante y a grupos e instituciones como escuelas, colegios y otros.

La direccionalidad del plan de estudios fue dada por el proceso de desarrollo del individuo y las teorías de enfermería, la planificación del cuidado con un abordaje científico y en forma sistemática, la aplicación del método científico tanto en la solución de problemas clínicos y administrativos, orientado a la toma de decisiones en forma eficiente y oportuna, como también en el proceso de elaboración de tesis de grado, requisito para graduarse.

En el proceso enseñanza aprendizaje se utilizaron diferentes técnicas educativas, en la asignación de pacientes se aplicó el método de caso, análisis y discusión de casos clínicos, visita domiciliaria, seminarios, talleres, sociodramas, visitas de observación, prácticas equivalentes y análogas, sin faltar las clases expositivas, conferencias y otras.

El espacio físico asignado para el funcionamiento del Departamento de Educación de Enfermería fue el tercer piso del actual edificio de la Facultad de Ciencias Médicas, en el cual inicialmente funcionó el Centro Universitario de Estudios Generales (CUEG), se obtuvo el apoyo de otros espacios tales como: el anfiteatro del Hospital General San Felipe para la clase de anatomía macroscópica, la Librería Universitaria que funcionaba en la Calle Real de Comayagüela y las áreas clínicas de instituciones de salud estatales, autónomas y privadas como el hospital General San Felipe, el Instituto Hondureño de Seguridad Social y el hospital La Policlínica Hondureña.

La apertura del programa de enfermería en el nivel de licenciatura en 1966 se realizó con 24 estudiantes,



aprobaron todas las asignaturas únicamente 12 de ellas que conformaron el grupo del segundo año en 1967; en ese mismo año, 1967, se matricularon 25 que constituyó la segunda promoción de la carrera.

Es notoria la deserción del primer grupo que ingresó, la cual se debió a diferentes factores entre ellos la urgencia o necesidad de varias estudiantes de finalizar la carrera en menos tiempo, para obtener ingresos económicos lo más pronto posible, ésto las obligó a matricularse en otras escuelas de enfermería con un plan curricular de menor tiempo ubicadas tanto en el país como en la sub-región centroamericana.

La primera promoción fue de 10 egresadas, la graduación se realizó en una ceremonia especial, presidida por el entonces Rector Lic. Cecilio Zelaya Lozano, (Q.E.P.D), las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas y de la Carrera de Enfermería.

Entre los requisitos de graduación se estableció la elaboración de un trabajo de investigación que debía ser presentado conforme los lineamientos de tesis los cuales fueron asesorados por docentes de enfermería como de otras áreas especialmente las sociales, quienes además integraban las ternas examinadoras. Así mismo la realización del servicio social con duración de diez meses que constituyó el quinto año de la carrera, realizado en diferentes instituciones de salud del estado tanto hospitales, como centros de salud en diferentes regiones geográficas del país.

Las primeras diez enfermeras egresadas ejercieron la profesión con dinamismo y capacidad. En el momento actual una está retirada por enfermedad, dos jubiladas, la mayoría activas en diferentes áreas de desempeño docente y de servicio, algunas con nivel de post grado, satisfechas de su realización como profesionales de la enfermería, con nuevos y grandes retos que impone la ciencia, la tecnología y una sociedad en crisis por múltiples razones sociales, culturales, económicas, entre otras.

Dos de las autoras del artículo son parte de este proceso educativo, participar en su elaboración genera en nosotras una visión retrospectiva e integración de vivencias profesionales, personales, sociales impregnadas de una gran emotividad, sin embargo, no se pierde la objetividad, y ello nos permite reconocer entre otros atributos el dinamismo, la calidad y calidez que se imprimió a nuestra formación.

CITAS Y REFERENCIAS

1. Alina Souza. Desarrollo de los Servicios de Enfermería en la OPS: Impacto en la Educación de Enfermería en la América Latina. 1940-1980. EUA, 1982.
2. Departamento de Educación de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH. Nuevos Horizontes. 1984.
3. Departamento de Educación de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH. Libro de Actas. 1966.
4. Departamento de Educación de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH. Plan de Estudios de la Carrera 1966 – 1969.
5. Análisis de la Práctica de Enfermería en Honduras. 1988. Anónimo.
6. De Alvarado Eva Luz. Universidad y Prácticas de Salud desde la perspectiva de Enfermería. 1990.
7. Los Aspectos Socio – Culturales y Generales del país y su relación con los trabajos de Enfermería en Honduras. 1971. Anónimo
8. Nazario, Ernestina. Los aspectos socioculturales y generales del país y su relación con los trabajos de enfermería en Honduras.
9. Tijerina. L., Carlos Santos C. Hacia la Consolidación del Sistema Nacional de Enseñanza de la Salud Pública. OPS/OMS. 1990.- Págs. 405-418.
10. OPS/OMS. Educación Médica y Salud , Vol. 28, No. 3, 1990





Sistematización de la Experiencia de Formación de Formadores y Formadoras en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras

Rutilia Calderón¹

I. INTRODUCCIÓN

La Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) al igual que el resto de universidades públicas de América Latina enfrenta desafíos ineludibles para llegar a ser agente del desarrollo de la sociedad hondureña, regional y mundial; y para contribuir de forma efectiva a la reducción de las crecientes brechas sociales, económicas, culturales y de género que se presentan a lo interno de cada país y entre países; a la profundización de las democracias, a una solidaridad creciente; y al respeto a la pluralidad ideológica, religiosa y étnica, entre otros.

Una de las estrategias puestas en marcha en la UNAH para desplegar con pertinencia sus potencialidades como agente del desarrollo es la formación de sus docentes.

Dicha formación es entendida como proceso orientado hacia el pleno desarrollo de los docentes en todas sus dimensiones como sujetos, como ciudadanos y ciudadanas lo cual comprende entre otros: la creación, dominio y reproducción de la ciencia al servicio de las personas, de sus necesidades y aspiraciones; el incremento del saber y el hacer conciente, crítico y transformador de la realidad; la

vivencia y modelaje de valores y principios socialmente lícitos; y el pleno ejercicio de los derechos y deberes ciudadanos (1).

El propósito de dicho proceso es desarrollar docentes con una praxis académica, política, y ética que haga posible que las actuales y las futuras generaciones encuentren y construyan una Universidad que sea espacio de encuentro, de tolerancia, de construcción colectiva de una Honduras, de una América y de un mundo auténticamente incluyentes, donde la naturaleza sea asumida como prolongación de lo humano, y donde el presente y el futuro son considerados contingentes porque el pensamiento y la acción son plurales y no únicos

¹ Directora del Instituto de Profesionalización y Superación Docente, UNAH.

como la globalización neoliberal nos quiere hacer creer.

Desde esa concepción del desarrollo docente, se diseñó y se está gestionando un **Programa de Formación de Formadores**; son objetivos de éste artículo sistematizar la experiencia desarrollada con dicho Programa, compartir las enseñanzas surgidas de la experiencia y aportar a la reflexión teórica sobre este campo que muchas universidades han definido como prioritario.

La opción por la metodología de sistematización se hizo basados en que por su naturaleza participativa, autocrítica y comunicativa es una metodología pertinente con el Programa de Formación de Formadores que se propone ser un proceso participativo, progresivamente incluyente, centrado en el desarrollo de las potencialidades individuales y colectivas, y en el desarrollo de valores para el ser y el convivir.

La experiencia del Programa de Formación de Formadores se sistematizó utilizando una metodología producto de la adaptación por parte de la autora, de varias propuestas desarrolladas por diferentes autores del campo de la antropología, la sociología y la administración estratégica.

La sistematización partió de una reflexión colectiva sobre la práctica desarrollada por el equipo docente del Instituto de Profesionalización y Superación Docente de la UNAH, a partir de la cuál se teorizó en cuánto a los diferentes enfoques y metodologías educativas y la construcción de viabilidad para procesos educativos transformadores. Las conclusiones y lecciones aprendidas fueron posteriormente organizadas pensando en los diferentes “públicos” que se deseaba conocieran de la experiencia sistematizada.

II. METODOLOGÍA

La metodología utilizada para elaborar el presente trabajo es la **Sistematización de experiencias**.

Entendemos la sistematización como el ejercicio participativo de comprensión crítica de una experiencia, que, a partir de su ordenamiento, y de la

reconstrucción, reflexión y conceptualización sobre lo experimentado, descubre o explica la lógica del proceso vivido, los actores y como se han relacionado para condicionar las situaciones que se generaron en la experiencia; y su impacto sobre la realidad que se buscaba transformar (2).

Toda sistematización produce un nuevo conocimiento, un primer nivel de conceptualización a partir de reflexionar sobre la práctica concreta. Permite poner en orden conocimientos, ideas, percepciones dispersas que surgieron en el transcurso de la experiencia ya que los sujetos participantes en la misma recuperan y explicitan lo que saben, lo que han acumulado como saber, como hacer y como sentir.

Objetivos:

La sistematización de la experiencia de formación de formadores y formadoras en la UNAH tiene como objetivos:

- Tener una comprensión más profunda de la experiencia realizada, con el fin de mejorar la praxis.
- Compartir con otras personas las enseñanzas surgidas de la experiencia
- Aportar a la reflexión teórica sobre el campo de formación de formadores y formadoras, y a la definición de orientaciones generales en el mismo.

Momentos desarrollados en la sistematización :

A. Delimitación del contexto de la experiencia

Toda experiencia se desarrolla en espacios y en tiempos reales que son condicionados entre otros por las acciones e interacciones de los diferentes actores/ sujetos que intervienen en la experiencia, y por factores culturales e ideológicos propios de los grupos, de las instituciones y de las sociedades que son los escenarios de la experiencia que se sistematiza.

B. Definición de los aspectos centrales de la experiencia que se van a sistematizar.

Una experiencia conjuga diferentes situaciones y hechos cuya relevancia es definida por los sujetos que la sistematizan, por los objetivos que estos se proponen alcanzar con la sistematización, y por los otros grupos que van a conocer de la experiencia.

III.B Aspectos centrales de la experiencia que se sistematizaron

- Actores intervinientes y concepciones sobre la formación de formadores y formadoras
- Participación y relaciones entre los actores
- Metodología de trabajo para el diseño y la gestión del Programa
- Construcción de viabilidad para el Programa
- Aplicación de indicadores de avance hacia los objetivos del Programa

III.C Reconstrucción participativa de la historia de la experiencia

La reconstrucción de la historia de la experiencia se realizó en dos jornadas de trabajo multidisciplinarias con personas que participaron de la experiencia en momentos diferentes del desarrollo de la misma y con las docentes del Instituto de Profesionalización y Superación Docente que han conducido y facilitado el Programa de Formación de Formadores.

En la UNAH, desde la década de los ochenta se han realizado diferentes diagnósticos y análisis de situación sobre la pertinencia y calidad del desempeño docente, pero fue hasta en el año 1999 que por presiones de la Asociación de Docentes Universitarios (que incluso llegó a marchar por las calles y a paralizar la institución) se aprobó el Estatuto del Docente Universitario, el cuál contiene entre otros un amplio capítulo referente a la capacitación y formación de los y las docentes como estrategia prioritaria para mejorar la calidad y pertinencia de su desempeño, y con ello contribuir a que la UNAH cumpla su misión social.

El Estatuto crea el Instituto de Profesionalización y Superación Docente como la unidad organizacional cuya Misión es:

“conducir, coordinar y facilitar el diseño y la gestión de las políticas y del Programa de Formación y Educación Permanente de los docentes de la UNAH a través de una estrecha articulación con las instancias responsables de la gestión de la carrera docente y de los recursos humanos; con miras a elevar la pertinencia y la calidad del proceso educativo en la UNAH” (6).

En un primer momento el Instituto organiza un grupo de trabajo multidisciplinario integrado por docentes, personal de la Dirección de Recursos Humanos y miembros del Consejo General de Carrera Docente para formular las políticas de capacitación y formación docente que posteriormente son aprobadas por las instancias correspondientes, y que comienzan a ser operadas con la capacitación de los miembros de los Consejos locales de Carrera Docente que se organizan en todas las Unidades Académicas de la UNAH en cumplimiento al Estatuto.

La propuesta metodológica de trabajo con los miembros de los Consejos Locales se basó en el enfoque de Educación Permanente desde el cuál los docentes como sujetos de su propio proceso educativo identificarían lo que es o debería de ser el trabajo docente en la UNAH, realizarían un análisis de la situación actual de dicho proceso en su unidad académica ; y a partir de confrontar la visión construida con el presente identificarían las brechas o necesidades de capacitación y formación que posteriormente serían priorizadas y organizadas en un proyecto de capacitación y formación docente para 3 años (7).

Al desarrollar la metodología propuesta se identificaron y priorizaron las necesidades de cada unidad académica pero también se identificaron necesidades colectivas, comunes a todos los docentes y a todas las unidades académicas. Fue sobre estas necesidades que se diseñó el Programa de Formación de Formadores y Formadoras de la UNAH.

El Programa fue diseñado con lógica de proyectos por varias razones :

- Para legitimar la respuesta a las necesidades identificadas, era importante explicitar los resultados a ser obtenidos con el Programa, definir y comunicar los beneficios personales, grupales e institucionales que el Programa produciría.
- Para legitimar la idea de que la capacitación y la formación docente son áreas de inversión prioritaria y no gastos.
- Para contar con indicadores de seguimiento y evaluación, confiables y operables.

- La Cooperación Sueca ha aprobado en primera instancia un apoyo financiero para el Programa de 3 años.

III.D ALGUNAS CONCLUSIONES O LECCIONES APRENDIDAS

1. El Programa de Formación de Formadores y Formadoras ganó mayor viabilidad en un contexto de Reforma Universitaria, en donde logró insertarse como una de las estrategias prioritarias para el cambio necesario, deseado y posible; apoyado en un marco jurídico normativo como el Estatuto del Docente Universitario.
2. El Programa ha ganado progresivamente legitimidad en la medida en que responde a necesidades auténticas identificadas y priorizadas por los docentes a través de procesos participativos y de investigación acción sobre su propio trabajo docente.
3. El Programa es una propuesta académica y técnica, pero está fuertemente condicionado por situaciones políticas, administrativas y financieras, lo que hace necesario un permanente análisis de actores y de situación para generar oportunamente las estrategias para mantener la direccionalidad y construirle viabilidad.
4. El Programa ha mostrado tener potencial para promover la concertación y acuerdos en una comunidad universitaria donde hay altos grados de conflicto e incertidumbre.
5. El Programa es de nivel general para todos y todas las docentes de la UNAH, pero se complementa con los proyectos particulares de capacitación y formación docente de cada Unidad Académica.
6. El enfoque de educación permanente en donde el eje generador del Programa y de los proyectos es el propio trabajo docente (capacitación y

formación en y para el trabajo) está evidenciando ser el más pertinente para las necesidades y expectativas de los docentes y de la institución.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. UNAH, Instituto de Profesionalización y Superación Docente, ¿Cómo abordar el proceso de desarrollo docente en la UNAH?, Tegucigalpa: UNAH; 2000.
2. Noción construida por la autora a partir del análisis de conceptos propuestos por varios autores, entre ellos: Oscar Jara. “Para sistematizar experiencias”. Editorial Alforja. El Salvador; Mario Ardón. “Guía práctica para sistematizar experiencias comunitarias”. Editorial Guaymuras. Honduras
3. Constitución de la República de Honduras. Artículo 160, 1996
4. UNAH. Comisión Técnica de la IV Reforma Universitaria, Tegucigalpa: UNAH , 2003
5. Estatuto del Docente Universitario y sus Reformas, ADUNAH, Megaprinter’s, Tegucigalpa 2002
6. UNAH. Marco estratégico, organizativo y funcional del Instituto de Profesionalización y Superación Docente, Tegucigalpa: UNAH, Febrero, 2000
7. Haddad Jorge y Colaboradores. Educación Permanente de Personal de Salud. Washington:, Serie de Desarrollo de Recursos OPS, Serie de Desarrollo de Recursos Humanos No 100; 1994.
8. Testa , M. Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación. Editorial S.A., Buenos Aires, Argentina: 1995.

.....

Rendimiento Académico de Estudiantes de Tercer Año de Medicina ante Distintos Tipos de Preguntas Contenidas en Exámenes Escritos.

.....

**José Rubén Elvir Mairena*

Resumen. El rendimiento académico y el proceso enseñanza-aprendizaje, en general, dependen de varios factores, algunos de los cuales están relacionados con el sistema de evaluación, donde se incluye el tipo de preguntas contenidas en los exámenes a los que se someten los alumnos. **Objetivo.** Investigar el rendimiento académico de los estudiantes de tercer año de medicina ante diferentes tipos de preguntas: selección múltiple, términos pareados, completación, respuesta corta y explicación. **Materiales y Métodos.** Se calcularon los rendimientos promedios obtenidos en distintas secciones (cada sección correspondiendo a uno de los tipos de preguntas mencionados) de 10 exámenes parciales, realizados a 471 alumnos de la carrera de medicina cuando cursaron la asignatura de Fisiología durante los dos semestres del año 2002. **RESULTADOS.** Los rendimientos promedio fueron: 72% en selección múltiple, 74% en completación, 91% en términos pareados, 43% en respuesta corta y 33% en explicación. **CONCLUSIONES.** El rendimiento fue malo para preguntas de respuesta corta y explicación, bueno para preguntas de selección múltiple y completación, y excelente para preguntas de términos pareados. Los resultados pueden responder a múltiples factores, entre ellos: el modelo de enseñanza

corresponde al enfoque tradicional de la transmisión de la información donde la evaluación muchas veces no corresponde a la forma de cómo se enseña.

Palabras clave: Rendimiento académico, evaluación y proceso enseñanza-aprendizaje.

Abstract. The academic achievement and teaching-learning process are influenced by several factors, some of which are related to the evaluation system; for example, the type of questions included in the tests taken by students.

* Jefe del Departamento de Fisiología de la FCM de la UNAH

Objective. To determine the academic achievement of third year medical students with regard to different types of questions: multiple options, completion, matching terms, short answer and explanation items. Materials and Methods. The results were reviewed in 471 medicine students faced with different types of questions included in 10 midterm tests, in the course of Physiology, during the two semesters in 2002. Results. The academic achievement averages were: 72% in multiple options, 74% in completion, 91% in matching terms, 43% in short answer and 33% in explanation items. Conclusion. The academic achievement was low in short answer and explanation items, good in multiple options and completion, and excellent in matching terms. The results maybe are related with multiple factors, one of them: the teaching's model belongs to the form of information's transmission where many times the evaluation is not with the way how to teach.

INTRODUCCION

En la mayoría de los países, por muchos años, ha predominado un enfoque conductista de la enseñanza, según el cual la esencia del acto educativo consiste en transmitir a los alumnos, casi siempre por medio de la exposición verbal, las verdades científicas, literarias y artísticas que la humanidad ha establecido a lo largo de su historia. Dentro de esta concepción, los programas de estudio contienen las verdades consideradas más fundamentales, y se induce a observar aquello que se considera importante, sin preocuparse mucho por la motivación intrínseca o por la comprensión que el alumno pueda manifestar por esos contenidos. Por otro lado, el constructivismo es un punto de vista sobre el conocimiento, sobre cómo este se adquiere y sus relaciones con el desarrollo general de la persona, en el que se considera una elaboración progresiva del pensamiento, en la que nunca se llega a un conocimiento absoluto, pues siempre se evoluciona hacia conocimientos más elaborados. De acuerdo al constructivismo el conocimiento es el resultado de una construcción mental producto de la asimilación de estímulos y vivencias del aprendiz (1).

Dentro del proceso Enseñanza- Aprendizaje, de acuerdo al modelo constructivista, el rendimiento académico de los alumnos depende de varios factores:

1. Modelo de enseñanza –aprendizaje.

2. Condicionantes propias del docente, como ser su compromiso con la tarea.
3. Condicionantes propias del alumno
4. Ambiente y otros medios que intervienen (1,2,3, 4,5).

Dentro de los factores podemos incluir los relacionados con la evaluación y específicamente el tipo de preguntas que aparecen en los exámenes a los que se someten los alumnos (5,6,7). El tipo de preguntas se debe elegir en función de los siguientes factores: a) el nivel de resultados de aprendizaje que se mide, b) el modo en que se utilizarán los resultados del examen, c) las características de los alumnos que realizan el examen y d) el tiempo disponible para construir, administrar y puntuar el examen (8).

El propósito principal de este estudio fue determinar la influencia en el rendimiento académico de diferentes tipos de preguntas en los exámenes escritos realizados por estudiantes de la asignatura de Fisiología ubicada en el tercer año de la carrera de medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). Aunque el término rendimiento académico es complejo, para fines de este estudio lo definiremos como la calificación obtenida en una escala de 0 a 100% en los exámenes o en distintas secciones de los mismos.

Las preguntas de un examen se pueden clasificar en objetivas y subjetivas. Las preguntas objetivas incluyen: espacio libre o completación (respuesta breve), verdadero-falso, jerarquización, emparejamiento o términos pareados y opción o selección múltiple; las preguntas subjetivas incluyen: respuesta corta, ensayo de respuesta restringida y ensayo de respuesta extensa o explicación (8).

Los exámenes revisados en el presente estudio incluyeron los siguientes tipos de preguntas: completación, es decir, hacer un enunciado y dejar una palabra o frase fuera, reemplazándola por una línea y pedirle al estudiante que rellene ese espacio con una palabra o frase apropiada; términos pareados, en la que se le pide al alumno que asocie la información contenida en una columna con la información contenida en otra columna; selección múltiple, en la



Rendimiento Académico de Estudiantes de Tercer Año de Medicina ante Distintos Tipos de Preguntas Contenidas en Exámenes Escritos.



que se hace un enunciado y se le pide al alumno que escoja la afirmación o negación asociada correctamente con el enunciado dentro de cinco opciones; respuesta corta, en la que se le pide al alumno contestar una pregunta con pocas palabras; y explicación, en la que se pide al estudiante generalmente una respuesta amplia y elaborada, buscando que analice y construya ideas en sus contestaciones.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal cuyos objetivos fueron:

1. describir la forma de evaluación de la asignatura de Fisiología para Medicina.
2. determinar el tipo de preguntas o reactivos utilizados en los exámenes escritos de la asignatura mencionada.
3. determinar el rendimiento académico logrado por los estudiantes frente a distintos tipos de preguntas contenidas en los exámenes escritos.

Para ello, se estudiaron todos los exámenes, distribuidos en 10 parciales, efectuados por 471 alumnos que cursaron la asignatura de Fisiología para Medicina, FO-101, en la sección número 1, durante los dos semestres del año 2002.

Los alumnos fueron distribuidos en 3 secciones en forma equitativa y por orden de llegada a la inscripción de la asignatura, por lo que la muestra estudiada corresponde a una tercera parte del total. Además a los mismos alumnos se les pasó una breve encuesta conteniendo preguntas cerradas y abiertas, para investigar si tenían o no mayor dificultad para responder preguntas expositivas y determinar que factores influyen según los estudiantes.

Los datos son expresados como los promedios \pm la desviación estándar. Las diferencias entre los resultados fueron analizadas de acuerdo a la prueba t de Student. La significancia estadística fue aceptada a una $p < 0.05$.

RESULTADOS

La evaluación de la asignatura de Fisiología para Medicina incluye la realización de cinco exámenes parciales (teóricos) con un valor de 75%, además de

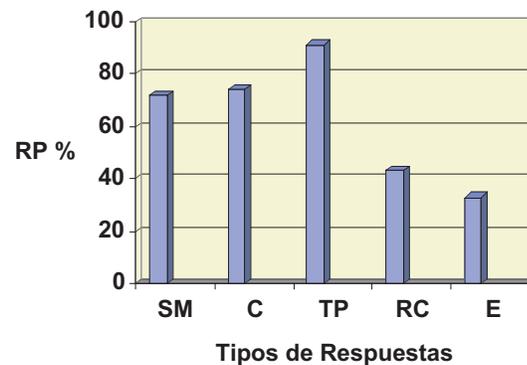
un trabajo de revisión bibliográfica con un valor de 15% y de varios exámenes cortos y sorpresivos con un valor de 10%.

La distribución por sexo, como el rendimiento global de los alumnos incluidos en este estudio puede observarse en la siguiente tabla:

	M	F
Sexo	172 (36%)	299 (64%)
*RG	61.98% \pm 18.8%	57.99% \pm 17.12%
n = 471		

* RG= rendimiento global

Los 10 exámenes parciales analizados contenían diferentes tipos de preguntas: 66% de selección múltiple, 15% de respuesta corta, 11% de completación, 7% de términos pareados y 1% de explicación



La grafica anterior muestra los rendimientos promedio (RP) para los diferentes tipos de preguntas: 72% \pm 17.96 para selección múltiple (SM), 74% \pm 18.8 para completación (C), 91% \pm 16.5 para términos pareados (TP), 43% \pm 29.6 para respuesta corta (RC) y 33% \pm 25.7 para explicación (E). No hubo diferencia estadísticamente significativa en el rendimiento por sexo, para diferentes tipos de preguntas (datos no mostrados).

De una breve encuesta que se hizo para completar el estudio se derivaron los siguientes resultados: 85%



de los alumnos expresaron tener mayor dificultad para responder preguntas expositivas que para contestar otro tipo de preguntas; en cuanto a las causas aducidas por los estudiantes para tener mayor dificultad para responder preguntas expositivas, 37% manifestaron tener problemas para redactar, 30% manifestaron tener problemas para expresarse, 4% manifestaron tener problemas para pensar y 55% manifestaron tener otros problemas, como: “dificultad para concentrarse”, “no escribir las palabras exactas que el docente quiere”, “por no tener suficiente tiempo para contestar”, “impuntualidad o poca asistencia a clases”, “malos hábitos de estudio” y “malos docentes”.

DISCUSION.

Como pudo observarse en los resultados, la mayor parte de estudiantes fueron del sexo femenino (dos veces más, aproximadamente, que el sexo masculino) lo que va de acuerdo con el hecho de que las mujeres, nacional como internacionalmente, han incursionado más, en los últimos años, en las áreas académico-científicas, tal como se ha señalado en otras publicaciones (9,10,11,12). Por otro lado, no existió diferencia estadísticamente significativa en el rendimiento académico obtenido según sexo.

Los 10 exámenes parciales analizados contenían distintos tipos de preguntas, sin embargo la mayor parte de las mismas fueron de selección múltiple y los porcentajes de preguntas de respuesta corta, completación y de explicación fueron bajos, así, por ejemplo, hubo 4.5 veces más preguntas de selección múltiple que de respuesta breve, y 115 (ciento quince) veces más preguntas de selección múltiple que de explicación. Pocos años atrás, los exámenes de la asignatura de Fisiología para medicina eran exclusivamente de selección múltiple. En otras asignaturas del departamento de Fisiología y de otros departamentos se realizan exámenes con preguntas de selección múltiple exclusivamente; esto es promovido por: a) la visión positivista de la Evaluación que considera a las preguntas cerradas como objetivas, y b) el hecho de que existen secciones masivas con cerca de 100 o más alumnos por sección, y la corrección de exámenes con este tipo de preguntas y otras similares, como términos pareados, es más fácil y rápida.

Mientras hubo un excelente rendimiento para preguntas de términos pareados (91% en promedio) y

un buen rendimiento para preguntas de selección múltiple (72%) y de completación (74%), por el contrario, hubo un mal rendimiento para preguntas de respuesta corta (43% en promedio) y para preguntas de explicación (33%), es decir, el rendimiento bajó para preguntas en las que el alumno tiene que escribir o elaborar la respuesta, y no sólo seleccionarla de las opciones ya presentes. Los altos porcentajes en los ítems de selección múltiple y términos pareados pudieron haber sido influidos por el factor azar o por la habilidad del estudiante para reconocer algunos indicadores que hacen la respuesta correcta en la construcción de los ítems.

Además, la mayor parte de los alumnos manifestaron tener problemas para contestar preguntas expositivas, por distintas razones como problemas para redactar, para expresarse, para pensar y otros (impuntualidad, poca asistencia a clases, malos hábitos de estudio y algunos docentes malos).

Los resultados de este estudio indican que existen problemas serios con los alumnos, y en general, en el proceso enseñanza-aprendizaje. En parte, los resultados pueden explicarse por factores muy específicos tales como la poca asistencia a clases (en la población estudiada el promedio de asistencia a clases fue del 40%), el estudiar en fotocopias de los apuntes de las clases obtenidos por alumnos que si asisten regularmente a las mismas, malos hábitos de estudios y otros atribuibles a los alumnos, así como de otros atinentes a los docentes, por ejemplo: falta de preparación pedagógica o científica de los docentes. Sin embargo, es claro que el proceso enseñanza-aprendizaje es de tipo social, y que Honduras es un país con una educación en crisis con altos porcentajes de repitencia, altos porcentajes de deserción, etc. También existen opiniones de que esta crisis de la educación es parte de la crisis global de la sociedad hondureña y que está profundamente ligada a la pérdida de valores, a la pérdida de la identidad nacional y fundamentalmente a la falta de un proyecto político nacional que conduzca a respuestas para los principales problemas que aquejan a la sociedad (3,5,7,13). También a pesar de que en discursos y en documentos se da cabida a un enfoque constructivista de la enseñanza, en la práctica, es decir, en el aula de clase, consideramos que prevalece aún, una enseñanza enmarcada en el modelo de la transmisión de la

la asignatura de Fisiología durante el año 2002:

- 1) Fueron más del sexo femenino que masculino.
- 2) Tuvieron igual rendimiento (tanto global o según el tipo de preguntas) por sexo.
- 3) Hubo un excelente rendimiento en preguntas de términos pareados y un buen rendimiento en preguntas de selección múltiple y de completación.
- 4) Presentaron mal rendimiento en preguntas de respuesta breve y de explicación.
- 5) Expresaron, en su mayor parte, tener dificultades para contestar preguntas expositivas, a su vez, por tener problemas para redactar, para expresarse y otros.

Asimismo, se puede concluir que la evaluación de la asignatura en mención, se centra más en exámenes escritos cuantitativos, los cuales tienen un porcentaje muy alto de preguntas de selección múltiple, y bajos porcentajes de preguntas expositivas.

Se recomienda realizar estudios más amplios acerca de los varios factores que pueden influir en el rendimiento de los estudiantes de medicina en general, y en las distintas asignaturas, así como del sistema de evaluación, de manera que responda a la forma de enseñar y no se centre sólo en los exámenes, y que aún éstos sirvan para que el estudiante aprenda a aprender y a pensar de forma crítica.

AGRADECIMIENTO

A la Dra. Ana Lina Lizardo, Ex-jefa del Depto. de Fisiología y al personal de la Biblioteca Médica Nacional por su apoyo.

BIBLIOGRAFIA

1. Méndez S., Z.: Aprendizaje y cognición. Convenio BID- FOD- UNED, San José Costa Rica. 1993
2. Velez, E.; Schiefelbein, E. y Valenzuela, J.: Factores que afectan el rendimiento académico en la educación primaria: Revisión de la literatura de América Latina y el Caribe. Revista Latinoamericana de Innovaciones Educativas. 1994; 17: 29-53
3. Bautista A., J.; Bernal, J.B.; Doijens, A. y cols.: Calidad de la educación en el istmo centroamericano. UNESCO, San José, Costa Rica. 1996
4. Alvarez de Zayas, R.M.: Hacia un curriculum integral y contextualizado. Monografía. Tegucigalpa, Honduras. 1997
5. Padgett M, D.; Borjas, L.; Chinchilla, W.o, C. y cols.: Estudio de repitencia facultad de ciencias médicas. Memoria de la VI jornada científica de las ciencias biológicas y de la salud. Facultad de ciencias médicas. 1999; 4: 9-12
6. Haddad Q, J.; Pineda, E.B. y Dávila, A.M.: Sistematización conceptual e implicaciones metodológicas. En: Jorge Haddad y Elia Pineda, editores: Educación permanente de personal de salud. La gestión del trabajo-aprendizaje en los servicios de salud, serie de publicaciones científico técnicas No.17, OPS, Tegucigalpa, 1997, pags: 162-179
7. Barahona, J.C.; Melara, X. M.; Castellanos S., L. y cols.: Causas de reprobación masiva en la clase de bioquímica médica en el II semestre en relación al I semestre de 1999. UNAH. Facultad de Ciencias Médicas. Departamento de Medicina Preventiva y Social. Tegucigalpa, Honduras. 2000
8. Canudas G., M.: Evaluación del rendimiento escolar. Monografía. Universidad Autónoma "Benito Juárez". Oaxaca, México. 2002
9. Abbott, A.: Plea for female academics in Germany. Nature. 1998; 393: 402
10. Loder, N.: British drive for more women in science. Nature. 1999; 398: 4
11. Schmollinger, J.: Equal opportunities. Nature. 2002; 417: 5
12. Elvir Mairena, J. R.: Rendimiento académico de estudiantes de tercer año de medicina ante distintas metodologías. Rev. Med. Hond. 2004; 72: 10-13
13. Turcios O, R.; Pineda, M.L.; Maradiaga, E.J. y Padgett, D.: Calidad de la educación en Honduras. Investigación cualitativa. Consejo Nacional de Educación. UNAH. Dirección de educación superior, Tegucigalpa, Honduras. 1997

Observaciones e Intervenciones en la Mortalidad Materna de Copán

**Carlos Medina Rodriguez
**German Barcenas
***José Ramón Ávila*

RESUMEN

Objetivos: Estudiar las causas de muerte materna en el departamento de Copán. Efectuar intervenciones médicas sociales, de capacitación y de educación para disminuir su frecuencia en una observación de cinco años en mujeres de 12 a 49 años de edad en el período, de enero de 1999 a diciembre del 2003.

Método: se realizó un estudio descriptivo de las causas principales de mortalidad materna y se hizo hincapié en tres ejes fundamentales: 1. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA de la mortalidad materna. 2. EDUCACIÓN, con dos componentes: a) Capacitación del personal de salud para consensuar causas de mortalidad e intervenciones médicas y sociales necesarias para su disminución. b) Capacitación comunitaria a líderes comunales de la mayoría de aldeas y municipios con el objetivo de ayudar a identificar pacientes en peligro y elevar el nivel de conciencia de la población rural sobre el problema. 3. APOYO A LOS SERVICIOS DE SALUD, con intervenciones en el manejo de emergencia obstétrica, medicamentos básicos para esas emergencias y mejoramiento en la red de servicios creando una nueva clínica de atención materna en la zona rural.

Resultados: La obtención de datos nos demuestra que hubo mejoría en la razón de la mortalidad materna, especialmente en el renglón de hemorragias, infecciones y pre-clampsia-eclampsia, con el uso adecuado de antibióticos y el manejo activo del tercer periodo del parto (aplicando oxitocina con la salida del hombro anterior en el momento del parto).

La mejoría fue más obvia en el Hospital de Occidente y la declinación de la razón de mortalidad es menos notoria en la zona rural, aunque en esta última es más evidente en donde hay facilidad de acceso a servicios de salud.

* Profesor Titular del Departamento de Gineco-Obstetricia
** Ginecobotetra
*** Br. T.S

Conclusión: el estudio demuestra que el buen manejo de la emergencia obstétrica y el fácil acceso a los servicios de salud, más el ingrediente de educación popular y la capacitación del personal de los servicios de salud, producen un impacto al mejorar la razón de mortalidad materna

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es y sigue siendo un problema de salud pública de primer orden en los países pobres, la misma es el reflejo del escaso desarrollo de los servicios de salud y de las precarias condiciones de vida en que sobrevive la mayor parte de la población.

Honduras como uno de los cuatro países centro americanos del norte del istmo (Nicaragua, El Salvador, Guatemala y Honduras), sufre de una alta tasa de mortalidad materna como lo reveló el primer estudio hecho en 1989 por De Jesús et al que reveló una tasa de 221/100,000. n.v.(1) Más recientemente en 1997 la "Investigación sobre Mortalidad Materna y de mujeres en edad reproductiva en Honduras", por Meléndez y Col., reportó una tasa de mortalidad materna en este grupo de 108/100,000 nacidos vivos. En la década del 90 la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) estimuló a los gobiernos, Instituciones Internacionales de Salud y a las Sociedades de Ginecología a tomar conciencia del problema. Bajo los auspicios de FIGO se desarrolló en Centro América un proyecto denominado "Salvemos las Madres" cuyo propósito fundamental era reducir la Mortalidad Materna, en nuestra nación; el coordinador nacional del proyecto escogió el departamento de Copán, como área de estudio; en Guatemala se escogió el departamento de Sololá, Sonsonate en el Salvador y Matagalpa en Nicaragua. (2)

Las cuatro áreas geográficas mostraron las mismas características poblacionales, y el retraso en el nivel socioeconómico y cultural. El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia financió los tres primeros años de estudio e intervención, el último año fue financiado por los autores de este trabajo.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó una investigación de la Mortalidad Materna en Copán, para conocer las características clínico

epidemiológicas de la misma y su relación con el sistema de salud. El periodo del estudio comprendió desde enero 1999 a diciembre del 2003, la población objetivo incluyó las mujeres en edad reproductiva del departamento de Copán; también se estudiaron las muertes maternas producidas en las mujeres que ingresaron al hospital regional procedentes de los departamentos vecinos ya que el hospital de Occidente es un hospital de referencia, sin embargo para el cálculo de la razón de mortalidad su análisis se hace por separado.

Luego del diagnóstico base, se intervino de acuerdo a los siguientes ejes:

- 1.- **Vigilancia Epidemiológica** de la mortalidad materna, que analiza las particularidades de la misma en la región. La búsqueda de los casos de mortalidad se hizo en forma activa investigando cada caso de muerte en mujeres en edad fértil ocurrido en todas las unidades de salud como las ocurridas en el hogar, las cuales se detectaron bajo visita mensual en el Registro Nacional de las Personas, cementerios, cabildos, y en los hogares donde ocurrió el deceso. A toda muerte se aplicó el formulario de autopsia verbal, en caso de que se tratara de muerte materna se aplicó un formulario especial. Para este trabajo se contrató un investigador de campo quien viajó por todo el departamento.
- 2.- **Educación.** Este tiene dos componentes; uno dirigido al personal institucional de salud, para sensibilizarlo sobre el problema de la mortalidad materna y revisar los conceptos actuales sobre el manejo de las emergencias obstétricas incluyendo el uso profiláctico de oxitocina con la salida del hombro anterior y el sulfato de magnesio en la preclampsia-eclampsia. También uso adecuado de antibióticos para el tratamiento de infecciones intra y post parto. El otro componente dirigido a la comunidad, mediante la capacitación de líderes comunitarios para la detección y manejo de mujeres con riesgo obstétrico.

La intervención educativa se desarrolló en talleres dirigidos por obstetras para revisar con todo el personal institucional el manejo actualizado de las emergencias obstétricas, como ser: Hemorragia



obstétrica, Sepsis en obstetricia, Preclampsia-eclampsia y traslado de las pacientes obstétricas. La educación a la comunidad fue dirigida por un promotor de salud comunitario que desarrolló los mismos temas pero adaptados al nivel de conocimiento de la población.

3.- **Apoyo a los Servicios de Salud.** En este componente, se dotó de algunos medicamentos básicos y equipos al Ministerio de Salud para el manejo de emergencias obstétricas, también se contribuyó al mejoramiento de la red de servicios, creando una nueva clínica de atención materna y el albergue Madre Canguro para mejorar el acceso y la calidad de la atención.

Todas las muertes maternas que ocurrieron en mujeres comprendidas entre los 12 y 49 años de edad, fueron registradas ya sea que sucedieran dentro o fuera de los establecimientos de salud, para lo cual el investigador visitó permanentemente hospitales, centros de salud, cementerios, Registro Nacional de las Personas y entrevistó a familiares y personas relacionadas con estas muertes aplicando varios protocolos de investigación según el caso: autopsia verbal, registro de muertes de mujeres en edad fértil y registro de muerte materna.

RESULTADOS

En el período del estudio se registraron 84 muertes maternas, de las cuales 67 son de mujeres que residían en el departamento de Copán, esto correspondió a un 79.8% de los casos; 9 fueron del departamento de Lempira, 5 de Santa Bárbara, 2 de Cortés y una de Ocotepeque.

La Razón inicial de mortalidad materna en el departamento de Copán en 1999 fue de 221.7/100,000 nacidos vivos. Si solamente consideramos las mujeres que residían en el departamento del proyecto, la razón de mortalidad materna en el Hospital de Occidente en ese mismo año fue de 187.6/100,000. Estos valores son similares a los reportados en otros departamentos postergados de Honduras.

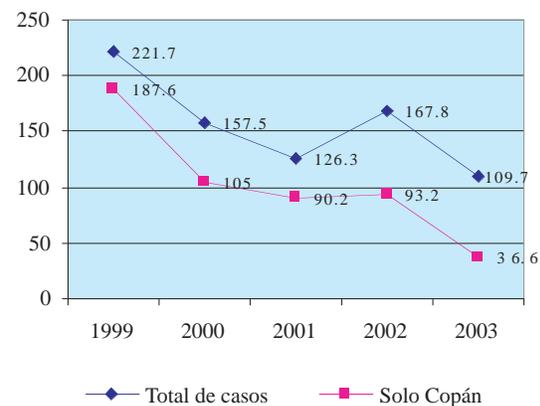
Las intervenciones de educación en la zona rural y la capacitación de servidores de salud en la atención de la emergencia obstétrica, más una ligera mejoría en las dos maternidades de los centros de salud rurales y el mismo Hospital regional, contribuyeron a un

declinamiento en la mortalidad materna más elocuente en el Hospital de Occidente que en las zonas rurales (que comprenden 23 municipios y aproximadamente 650 aldeas y múltiples caseríos).

La gráfica No. 1 muestra el decremento de la Razón de mortalidad materna en el Hospital de Occidente en los cuatro años de intervención de 187/100,000 a 36.6/100,000. Aunque todavía es una razón alarmante, demuestra un resultado positivo y altamente satisfactorio y estadísticamente significativo.

Gráfica No 1

RAZON DE MORTALIDAD MATERNA
HOSPITALARIA
HOSPITAL DE OCCIDENTE 1999 A 2003

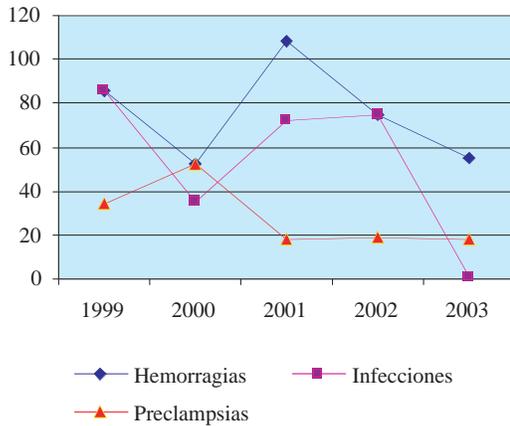


Como puede observarse en la gráfica No. 2 la disminución intrahospitalaria observada es más pronunciada en las muertes debidas a infecciones, debido al uso de antibióticos y la práctica del parto limpio; las muertes por hemorragias y la Hipertensión Inducida por Embarazo (HIE) también tuvieron una reducción menos elocuente.



Gráfica No 2

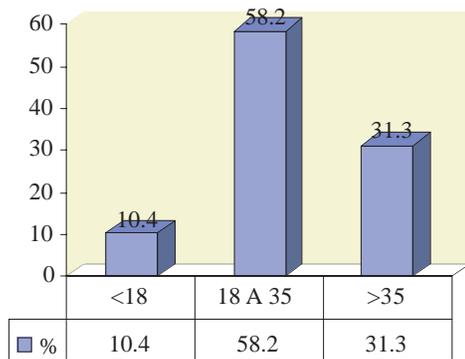
RAZON DE MORTALIDAD MATERNA POR CAUSA EN RESIDENTES DEL DEPARTAMENTO DE COPAN REPORTADOS EN EL HOSPITAL DE OCCIDENTE 1999 A 2003



Como era de esperarse el mayor número de casos de muertes maternas se observó en el grupo de mujeres de 18 a 35 años de edad, ya que este es el grupo más amplio de mujeres parturientas, seguida del segmento de mujeres de 35 años o más (ver gráfica No. 3).

Gráfica No 3

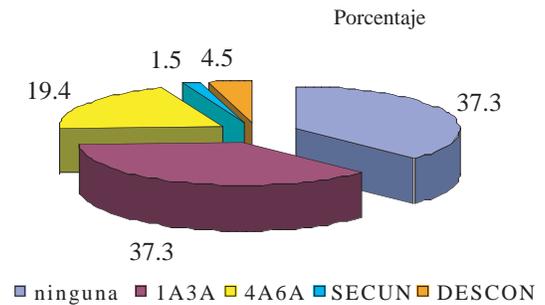
DISTRIBUCION DE CASOS DE MORTALIDAD MATERNA SEGÚN EDAD DEPARTAMENTO DE COPAN



Otra observación derivada del estudio es el porcentaje de muertes maternas de acuerdo a la escolaridad, siendo mayor en las analfabetas y de bajo nivel de instrucción y casi nula en el grupo con educación secundaria como puede apreciarse en la gráfica siguiente:

Gráfica No 4

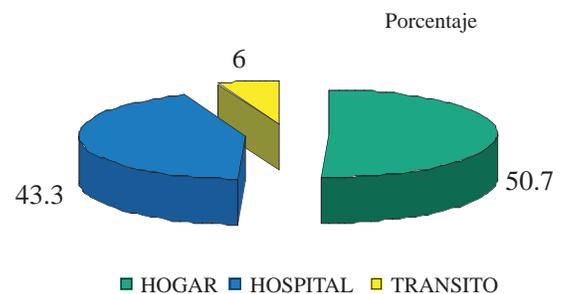
DISTRIBUCION DE CASOS DE MORTALIDAD MATERNA SEGÚN NIVEL EDUCACIONAL DEPARTAMENTO DE COPAN 1999 A 2003



El lugar de muerte más común es el hogar, con 44 casos debido a la falta de atención del parto por manos expertas. El segundo lugar lo ocupa el hospital con 35 casos debido a que las pacientes son referidas en estado agónico y a deficiencias en el hospital mismo que van siendo corregidas en este estudio (ver gráfica No. 5).

Gráfica No 5

DISTRIBUCION DE CASOS DE MORTALIDAD MATERNA SEGÚN LUGAR DE MUERTE DEPARTAMENTO DE COPAN

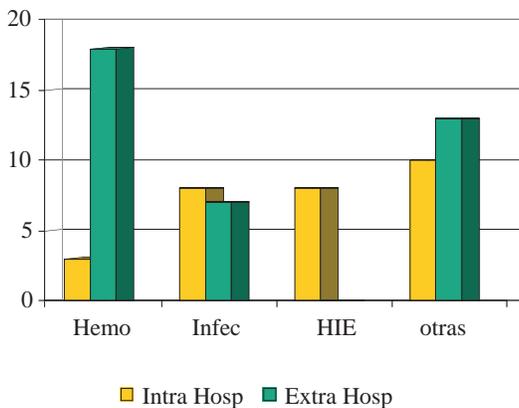




Comparando el sitio de defunción en las tres causas principales de muerte materna, se observa que estas fueron más frecuentes en el hogar, denotando el fenómeno nacional, de menor asistencia a los servicios hospitalarios y la persistencia del parto domiciliario. La principal causa de muerte extrahospitalaria es la hemorragia y a nivel hospitalario la HIE y las infecciones; estas últimas constituyen una importante causa de muerte en ambos lugares (ver gráfica No. 6).

Gráfica No 6

CAUSAS DE MORTALIDAD SEGÚN SITIO DE MUERTE DEPARTAMENTO DE COPAN 1999 A 2003



DISCUSIÓN

Los datos obtenidos en el estudio en pacientes oriundas y residentes en el departamento de Copán, demuestra que es posible producir una disminución apreciable de mortalidad materna si se realizan pocos pero importantes cambios a nivel de vigilancia, educación y apoyo a los servicios.

El eje primordial en el buen resultado obtenido en este estudio de cinco años, es el énfasis dado a la educación del personal de salud y de la población en general, no solo para enseñarles las causas de muerte, sino para levantar el nivel de conciencia de la importancia de la mujer en el núcleo familiar.

La capacitación del personal médico y de enfermería llenó las expectativas deseadas, lo mismo

que el resultado obtenido por supervisor de vigilancia de la mortalidad materna en las zonas rurales, en donde el “inteligente” de la aldea sea este predicador de la palabra, maestro, político o partera, contribuyó para ir haciendo conciencia del problema y se le capacitó para reconocer las complicaciones de las principales causas de muerte, para que fueran referidas al centro de salud más cercano o el hospital regional.

El decaimiento estadísticamente significativo observado en el Hospital de Occidente es una respuesta clara de cómo el manejo de parto limpio, el uso adecuado de antibióticos, son armas poderosas para disminuir las sepsis puerperal (3,4,5,13).

La hemorragia posparto se reduce con el uso de oxitocina, 10U I.M. con la salida del hombro anterior o la expulsión del feto. Esto aligera la salida de la placenta subsecuentemente a su rápido desprendimiento y la contracción posterior del útero (6 y 7), disminuyendo así el sangrado y la hemorragia post parto. No se observan secuestros de placenta ni retenciones; por el contrario una ligera tensión del cordón y el masaje abdominal fue suficiente (8).

En el caso de la preclampsia-eclampsia los resultados no fueron tan satisfactorios pues solo se aplicó sulfato de magnesio por vía intravenosa en las pacientes con preclampsia severa y eclampsia. Posiblemente si se hubiese aplicado el régimen de Suspan desde la preclampsia leve los resultados hubieran sido diferentes (9,10,11).

Desafortunadamente la aplicación de sulfato de magnesio, requiere de una observación intrahospitalaria cercana y esto en nuestros hospitales que carecen de unidades de manejo de embarazo de alto riesgo, hay que hacerlo en las salas de parto lo que complica su cuidado (12).

En ningún lado del país, ni la región centro americana se sigue el método anterior pero en próximas investigaciones se puede demostrar que empezando el régimen de sulfato de magnesio en la preclampsia leve (140/90 mas proteinuria) el proceso se puede detener junto al reposo en cama.

La falta de salas de maternidad y de acceso rápido a las existentes son la causa de las muertes en tránsito



y estas disminuirán solamente cuando se aumenten centros maternos en los cuatro puntos cardinales, con buenos caminos y ambulancias bien equipadas.

No cabe duda que el factor educacional de la mujer podría ser un factor preponderante como causal de muerte materna y el hecho lo demuestra en la gráfica No. 4, en donde la mayor parte de muertes se presentó en el grupo de mujeres analfabetas o de menos escolaridad.

Es importante recalcar que el parto domiciliario en manos inexpertas, trae más complicaciones y muertes que el intrahospitalario, en donde ya hay una toma de conciencia sobre la mortalidad materna.

CONCLUSIONES

Existen después de cuatro años de intervenciones y uno de análisis, altas tasas de mortalidad materna en el departamento de Copán que posiblemente bajarán si se continúa con el presente estudio y manejo de la emergencia obstétrica.

Las altas tasas de mortalidad materna, tienen mucho que ver con el acceso a los servicios de salud, que al finalizar el presente trabajo contaba con un hospital y dos maternidades pequeñas y tres clínicas privadas de pequeña dimensión en la cabecera departamental.

La extensión de cobertura y la calidad de servicio, son dos áreas que hay que incrementar y mejorar respectivamente, pues inciden enormemente si se desea reducir la razón de mortalidad materna.

El desarrollo humano a través de la educación de la población y la toma de conciencia en el tema abordado, es imperativo para producir un decremento en la mortalidad materna.

El marginamiento de los grupos poblacionales y la pobreza rural son factores que impactan al producir una razón de mortalidad materna elevada.

Es preciso hacer hincapié en la vigilancia constante de la mortalidad materna. Hacer una toma de conciencia en el facultativo, enfermera profesional y el auxiliar, la partera, el líder comunal y la población en general.

Es necesario hacer otros estudios que ayuden a identificar otras variables que influyen en la mortalidad materna.

BIBLIOGRAFIA

1. De Jesus, et al. **Mortalidad materna en mujeres en edad reproductiva**. Resumen Congreso Latinoamericano en Uruguay de FLASOG (Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología)
2. Tracy Erin E., Tomich Paul G. **Maternal Mortality : An International Crisis**. ACOG Clinical Review May 2002, Vol. 7, Issue 4, pp. 14-16.
3. Iffy, L. Kaminetsky, H.A. and Maidman, J.E. (1979) **control of perinatal infection by traditional preventive measures**. *Obstet Gynecol* 54:403-411.
4. **Enkin, M. Enkin, E. Chalmers, I. et al. (1989) Antibiotics and Caesarean section. In Effective Care in Prgnancy and Childbirth**, Chalmers, I. Enkin, M. and Keirse, M.J.N. (eds). Oxford, Oxford University Press, pp. 1246-1269.
5. Mugford M. Kingston, J. and Chalmers, I. (1989) **Reducing the incidencie of infection after Caesarean section: implications of prophylaxis with antibiotics for hospital resources**. *BMJ* 299: 1003-1006.
6. Prendiville W.J, Harding JE, Elbbourne DR, Stirrat GM. **The Bristol third stage trial: active vs physiological management of the trird stage of labour**. *Br Med J* 1988; 297: 1295-1300. (3190).
7. Harding JE, Elbourne DR, Prenville WJ. **Views of mothers and midwives participating in the Bristol randomized controlled trial of active management of the third satage of labour**. *Birth* 1989; 16:1-6. (4741).
8. Begley cm. **A Comparison of “active” and**



- “physiological” management of the third stage of labour** *Midwifery* 1990; 6:3-17. (3163).
9. Hutton JD, James DK, Stirrat GM, Douglas KA, Redman CWG. **Management of severe pre-eclampsia and eclampsia by UK consultants.** *Br. J Obstet Gynaecol* 1992; 99:554-556.
 10. Roberts JM. **Magnesium for pre-eclampsia and eclampsia.** *N Engl. Med* 1995; 333:250-251.
 11. Saunders N. **Magnesium for eclampsia.** *Lancet* 1995; 346:788-789.
 12. Hasbun Jorge. Carta. **Mortalidad Materna en Chile 1990-1999.** *rev Chil Obstet Ginecol* 2002; 67(4): 332-333.
 13. Hussein J, Fortney J.A. **Puerperal sepsis and maternal mortality: what role can new technologies Play?** *International Journal of Gynecology and Obstetrics Suppl.* 1 (2004) S52-S61).





Modelo de Intervención de Enfermería en el Campo de la Reducción de la Demanda de Drogas en Honduras

**Juana Carolina Buchanan*
***Alfonsyna de Abarca*



INTRODUCCION

El uso de las drogas ha sido y es uno de los problemas cruciales y prioritarios de la humanidad, sin importar la clase social o la etnia, variando apenas por el tipo de drogas y su propagación. El conocimiento sobre el consumo de drogas en América se remonta a la época de su descubrimiento en 1492 (1), estando relacionada a la cultura de los pueblos y posteriormente

incorporada por la colonización. En tiempos modernos se ha intensificado, violentando tradiciones y costumbres, asociándose a la violencia, corrupción, tráfico y uso ilegal de armas y otros problemas sociales.

El problema de las drogas en Honduras constituye un flagelo que crece aceleradamente, reflejándose

* Jefa, Departamento de Educación de Enfermería UNAH.

** Profesor Titular, Departamento de Educación de Enfermería, UNAH



diariamente a través de los medios de comunicación situaciones como: casos de violencia, secuestros, accidentes automovilísticos y muertes relacionadas con el tráfico y consumo de drogas ilícitas; pese a los grandes esfuerzos y extensas campañas para evitarlo, sobre todo en grupos vulnerables de niños (as) y jóvenes que son el futuro del país.

Según la Comisión Nacional Contra el Narcotráfico, el problema se está agudizando por el desplazamiento de la marihuana, droga que ha sido de mayor uso en el país, por nuevas sustancias de mayor toxicidad, que están provocando daños de alcances todavía no estudiados a profundidad en nuestro país. (2)

Ante esta situación, los Gobiernos de los países de América Latina y bajo los auspicios de la Organización de los Estados Americanos, OEA, a través de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, CICAD, pusieron énfasis creciente en las medidas de reducción de la demanda de drogas lícitas e ilícitas desde 1996, con especial atención en la formación de profesionales de las diferentes disciplinas (3). Es así que la Carrera de Enfermería de Honduras es invitada en Agosto del 2003 a una reunión regional en Lima, Perú, para participar por parte de la CICAD-OEA en este esfuerzo, junto con 15 Escuelas de Enfermería de 10 países de América Latina.

Congruente con lo anterior, la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) orienta su misión a una formación integral del ciudadano, a fin de optimizar la calidad académica conjugando el dominio del saber, el hacer y el ser, el cultivo de las más puras cualidades éticas y el incremento del sentido de responsabilidad frente a su quehacer profesional.

Ante el fuerte compromiso de promover la transformación de la sociedad hondureña se enfrentan diversos factores que inciden poderosamente, desacelerando los procesos, lo que hace evidente entre otros el problema de las drogas, alcoholismo y tabaquismo. Estos constituyen tres de los principales retos para la salud pública por sus alcances y por la magnitud de los daños al individuo, la familia y la sociedad en general.

La responsabilidad de la Universidad ha de concretarse con el esfuerzo de todos (Pueblo y Gobierno), en una meta común; el desarrollo humano. Paradójicamente, se nos sitúa en la posición 114 de 174 países analizados, esta dura realidad nos indica que los hondureños no hemos estado por muchos años en el centro de las políticas estatales. Es claro, pues, que debemos asumir desde nuestras posiciones el compromiso de contribuir a superar las deficiencias en el sistema educativo, el rezago en el nivel de escolaridad, las carencias en materia de salud, las limitaciones del ingreso de la gran mayoría del pueblo hondureño y en general las múltiples necesidades insatisfechas.

Es así que uno de los retos más importantes que Honduras debe enfrentar en los próximos 20 años es el fortalecimiento del desarrollo del capital humano. Según informe de la Secretaría de Educación del 2004, hemos entrado al siglo XXI con más de la cuarta parte de los hondureños sin saber leer ni escribir, y de la población económicamente activa únicamente el 15% ha concluido sus estudios a nivel de educación secundaria y apenas el 3% a nivel de educación universitaria. La escolaridad promedio de los hondureños es de sólo 4.5 años (4).

Tomando en consideración lo anterior, el personal de enfermería de Honduras, independientemente del lugar donde se desempeñe, debe hacer de su práctica diaria un constante vehículo educativo, tratando entre otros el componente programático referente a las drogas de una manera interdisciplinaria y de ser posible, transdisciplinaria. Esta práctica no debe ser aislada sino que ha de dársele un enfoque desde la promoción de la salud, tratándose en conjunto con otros problemas generales como la educación, la salud y el ambiente.

En lo que concierne a la promoción de la salud, los procesos educativos han de actualizarse constantemente, no sin antes considerar la incorporación en el currículo del componente de drogas, alcoholismo y tabaquismo, de manera que los mensajes educativos sean aprendidos efectivamente por los niños (as) y los adolescentes. En tal sentido la formación de las (los) enfermeras (os) como facilitadoras (es) que lideren y desarrollen los procesos es indispensable.



Modelo de Intervención de Enfermería en el Campo de la Reducción de la Demanda de Drogas en Honduras



Visto así se fortalecería la práctica en pos de darle coherencia a todos los elementos que la conforman, ordenando y organizando lo que ha sido el proceso, los resultados obtenidos y el significado que ha tenido para los actores participantes.

Con lo planteado previamente se ha permitido la sistematización de algunas experiencias de investigación, capacitación y otros proyectos que la Carrera de Enfermería ha desarrollado, contribuyendo al diseño de una propuesta metodológica que posteriormente se presenta, la cual se basa en el estudio que a continuación se resume.

Conocimientos y Prácticas que Poseen los Niños (as) y Adolescentes de 5to. y 6to. grados de Educación Primaria sobre Drogadicción y Alcoholismo.

Los resultados corresponden a un estudio de tipo descriptivo, analítico, transversal; asesorado por docentes del Departamento de Educación de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas; y realizado por estudiantes de la Carrera de Enfermería de la UNAH, que cursan las asignaturas de Metodología de la Investigación, Pedagogía Aplicada a la Salud y de Ética y Legislación en Salud durante el año 2004. Sus resultados han servido como punto de

partida para la presente propuesta de intervención que posteriormente se detalla.

El estudio se llevó a cabo con alumnos (as) del quinto y sexto grado del nivel primario, tomándose como unidad muestra diez centros educativos, ubicados en el área # 2 de la Región de Salud Metropolitana, del Distrito Central situada en Tegucigalpa, ciudad capital y en dos escuelas rurales en la comunidad de Santa Ana Francisco Morazán. El universo lo constituyó un total de 670 alumnos del área urbana y 391 del área rural, siendo la población muestra 356 (urbana y rural), que corresponde a 232 (34.6%) de niños/as de las escuelas urbanas y 124 (31.7%) del área rural.

El propósito fue:

- Caracterizar la población sujeto del estudio.
- Identificar sus conocimientos, actitudes y prácticas sobre drogas, alcoholismo y tabaquismo.
- Identificar los contenidos educativos que sobre drogas, alcoholismo y tabaquismo se incluyen en los planes de estudios.
- Determinar el grado de desarrollo de los contenidos alcanzados en la práctica.
- Conocer las actividades educativas que sobre la temática realiza el personal docente con el alumno (as) y





- Elaborar una propuesta de intervención denominada Escuelas Saludables Libres de Drogas con base a los resultados del estudio.

La recolección de la información se realizó mediante la aplicación de técnicas; tales como: la entrevista, el grupo focal, la revisión documental, así mismo la aplicación de instrumentos: cuestionarios, guías de preguntas y lista de cotejo.

La entrevista fue dirigida a los alumnos (as), con el propósito de determinar los conocimientos y practicas con preguntas abiertas y cerradas. El segundo, lo constituyó una guía de siete preguntas abiertas, aplicada a 12 alumnos (as), en cada una de las secciones del quinto y sexto grado incluidos en el estudio, de grupos focales.

Un tercer instrumento estuvo dirigido a las (os) docentes, con el propósito de determinar los conocimientos y orientaciones ofrecidas a los alumnos (as), sobre drogas y alcohol, en relación a conceptos, clasificación, situación en el país, factores influyentes, identificación del problema, efectos o daños, actividades de promoción y medidas preventivas como parte del desarrollo curricular en la formación del alumno (a).

El cuarto instrumento permitió constatar la inclusión o no de éste componente de drogas en el plan de estudios mediante la lista de cotejo.

Entre los **resultados** más sobresalientes se encuentran (5,6):

La población en estudio del área urbana (232), comprendió un rango de edades entre 10 a 14 años, el 70% se ubica entre 11 y 12 años, 21 % entre 13 y 14 y un 9 % son menores de 11 años. Este rango de edad es igual tanto para el área rural como para la urbana.

En cuanto al sexo, en el área urbana el 50.1% corresponde al sexo masculino y el 49.9% al sexo femenino, en contraste con el 56.5 % para el sexo masculino y 43.5% para el sexo femenino en el área rural.

De los 20 alumnos (as) (8.6%) del área urbana que dijeron haber consumido drogas / alcohol alguna vez, dentro de los rangos de edad estudiados. (16 de ellos alcohol y 4 drogas como la marihuana y la cocaína). Los

20 niños que han consumido drogas y alcohol, lo iniciaron por influencia de amigos; siendo los factores influyentes los problemas familiares y la curiosidad (5,6).

La mayoría de los niños que utilizaron drogas dicen que lo hicieron ocasionalmente y el tipo que más consumen son el alcohol en forma de cerveza, ron, guaro, alcohol etílico y la marihuana. Las drogas que menos consumen son la heroína, tinner, y la tacha.

La mayoría de los niños(as) estudiados, desconocen aspectos relevantes de las drogas y alcoholismo, por lo cual se infiere mayor vulnerabilidad a este flagelo.

Dentro del plan de estudios en los programas que desarrollan las escuelas de educación primaria no se incluyen contenidos sobre drogas, alcoholismo y tabaquismo tanto en el área urbana como en el área rural.

En relación a como evitar el consumo de drogas y alcohol el 36% refiere que no sabe, seguido del 20% que dice alejarse de las malas amistades, ponerse en tratamiento un 10%, alejarse de las drogas un 10% y un 24% no respondió.

Los niños y niñas del área urbana reflejan mayor conocimiento sobre los diferentes tipos de drogas y los daños que causan, a diferencia de los niños y niñas del área rural quienes tienen escasos conocimientos sobre este mismo aspecto.

La información ofrecida por los grupos focales sobre conocimientos y prácticas en relación a las drogas y el alcohol, fue que el alcoholismo y la drogadicción dañan la salud y pueden provocar la muerte.

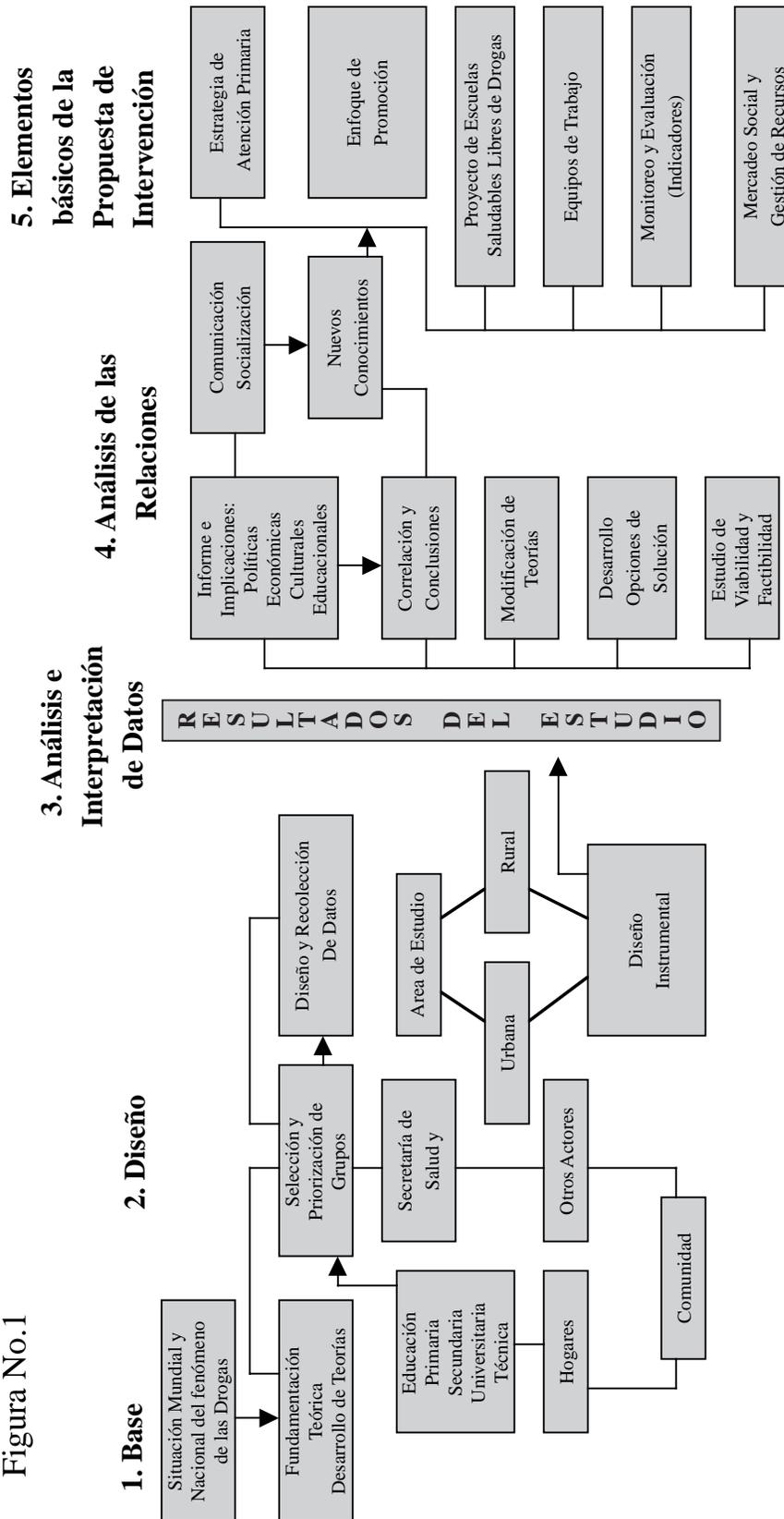
Según opinión de los niños(as) los signos y síntomas que identificaron en las personas que consumen drogas y alcohol, son de tipo físico (mirada divagada, ojos enrojecidos, mareados, olor a alcohol, “desaliñados” y caminado torpe) y manifestaciones en la conducta (agresividad, irritabilidad, lesiones físicas, insultos, palabras soeces).

En conclusión la prevalencia de los consumidores de drogas y alcohol en las diferentes escuelas es congruente con lo que está sucediendo a nivel nacional, según la literatura de cada 100 niños, 2 consumen drogas o alcohol en el área urbana. En este estudio en el área rural ningún niño presenta este problema.



MODELO DE UNA PROPUESTA METODOLÓGICA DE INVESTIGACION E INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN EL CAMPO DE LAS DROGAS

Figura No.1



Diseño de esquema: JCB; AMA, Honduras, 2004

La Figura No. 1: muestra el modelo de una propuesta metodológica la cual se presenta en cinco etapas, sin embargo en el mismo se puede identificar dos grandes fases : la fase investigativa y la de intervención. Para una mejor comprensión de la propuesta se presentara los detalles de la misma.

Una primera tarea es la de rescatar y recolectar el máximo de información posible, estableciendo las fuentes principales y secundarias para tal fin, a la vez que se socializa con las y los principales actores involucrados en el proyecto.

La aplicación del proceso científico permite la valoración de los siguientes indicadores.

- Análisis situacional / Investigación de campo/ árbol de problemas y objetivos.
- Identificación de necesidades y problemas.
- generar espacios de reflexión y análisis.
- Socialización de los resultados del estudio y la
- Sensibilización y adquisición de compromisos de todos los actores involucrados en el problema.

A continuación se escribe cada uno de los aspectos considerados en la propuesta.

1. Base Teórica

La sustentación teórica del estudio inició con el análisis de la situación mundial y nacional del fenómeno de las drogas, la revisión de la literatura disponible sobre el tema objeto de investigación, en busca de elementos teóricos o antecedentes que aporten información pertinente. Esta base sirvió para la adopción de teorías y por consiguiente para la consiguiente construcción de una perspectiva teórica sobre el tema.

2. Diseño Metodológico

Una vez que se ha concluido con la preparación de la Base Teórica, el siguiente paso consiste en seleccionar los métodos y técnicas de recolección y análisis de datos y diseño de instrumentos. En esta etapa deberá considerarse desde la formulación del problema, los objetivos, las variables e hipótesis y el resto de las etapas de diseño de la investigación:

- Tipo de estudio
- Universo y muestra
- Area de estudio
- Plan de tabulación y análisis
- Procesamiento de datos

El procesamiento de los datos recogidos debe apegarse al diseño de análisis previamente planteado, aplicando las pruebas estadísticas pertinentes, lo que ayudará a mantener la objetividad y validez de los resultados del estudio.

En ésta etapa se han de considerar los objetivos, las variables y el diseño de la investigación antes de seleccionar los casos específicos que serán estudiados; es decir, los casos deben apegarse en ciertos aspectos a la investigación ya diseñada.

Se debe describir específicamente los grupos que serán beneficiados directa e indirectamente de acuerdo con los factores de interés (edad, sexo, área de residencia, etc.) Es necesario también que se clasifique el grado y la forma de participación de los grupos meta y de las organizaciones locales que serán involucradas.

3. Análisis e Interpretación de Datos

Una vez concluido el desarrollo de la investigación debe ser preparado un reporte con toda la información recolectada y los resultados obtenidos, así como sus conclusiones y recomendaciones.

4. Análisis de las Relaciones

Es importante hacer un análisis de las relaciones de la información obtenida, con una descripción de las condiciones políticas, económicas, culturales y sociales que inciden en los casos seleccionados. En este reporte también deben ser consideradas las implicaciones políticas, económicas, culturales y sociales de la ejecución del estudio en el lugar y el momento seleccionados.

Una vez preparados ambos reportes, se debe realizar un estudio comparativo para determinar si existen factores comunes entre el caso rural y el caso urbano, lo que debe conducir a la revisión de la teoría



originalmente considerada y a la generación de nuevos conocimientos sobre el tema de investigación. Las implicaciones del estudio deben, a su vez, generar una retroalimentación que ayude a enriquecer el planteamiento teórico, a mejorar los métodos de selección de casos y a perfeccionar los métodos, técnicas e instrumentos de investigación.

El paso final en esta etapa es la redacción de un reporte unificado con los resultados obtenidos del análisis de relaciones y toda la nueva información generada con base en estos resultados.

5. Elementos Básicos de la Propuesta de Intervención

Consiste en la puesta en marcha del proyecto con el acompañamiento simultáneo de un proceso de monitoria y evaluación. En tal sentido las acciones a seguir son las siguientes:

- Desarrollo de contenidos curriculares sobre drogas
- Implementación de guías pedagógicas para el docente / enfermera de servicios de salud y estudiante universitario, maestros de educación primaria, alumnos y padres de familia.
- Mecanismos para la institucionalización del proyecto y la permanencia de recursos de la universidad.
- Diseño y aplicación de un plan de monitoria y evaluación

Una vez que se conoce las necesidades y problemas e identificado los objetivos y metas y verificado el logro en el proyecto, se procede a la preparación de los instrumentos para la operacionalización de la propuesta, para ello es necesario realizar las actividades siguientes:

- Identificación de facilitadores
- Desarrollo de metodologías educativas
- Capacitación de facilitadores y coordinadores del proyecto en aspectos metodológicos y contenidos sobre drogas
- Diseño de guías metodológicas/Instrumentación
- Educación preventiva integral, terapia famil-

- iar, conserjería, comunicación, orientación
- Mecanismos de coordinación y de apoyo con otros actores
- Programación y diseño curricular

Esta última etapa determina acciones concretas del modelo planteado orientándose la propuesta a la aplicación de la estrategia de atención primaria, enfocada hacia la promoción en salud, que consiste en trabajar con las posibilidades positivas de la vida cotidiana de las personas, de las comunidades para que puedan ejercer mayor control sobre los factores que influyen en su salud, con lo cual se logre para elevar el nivel de vida de los beneficios del proyecto.

Con esta estrategia, además, se debe hacer énfasis en los hábitos y estilos de vida saludables; que consiste en ir introduciendo en la manera de vivir de las personas, pautas de conductas, tanto individual como colectivas, las cuales pueden ser modificables a lo largo de la vida. En tal sentido se cree que las mismas pueden ser desarrolladas a través del mecanismo del proyecto Escuela Saludable Libre de Drogas.

Esta propuesta se basa en cuatro requisitos indispensables:

- Sustentabilidad
- Sostenibilidad
- Integralidad
- Secuencia

Estos requisitos favorecen la consolidación de los equipos de trabajo propuestos en el proyecto, los cuales han de estar integrados con la participación de los



diversos sectores e instituciones que seguidamente se enuncian, así se debe contar con las políticas de Estado encaminadas a viabilizar éstos proyectos permitiendo con ello la reducción de la demanda y el consumo de drogas entre niños (as) y adolescentes y de la población en general involucrando entre otros a:

- Secretaría de Seguridad
- Sector salud
- Sector educación (todos los niveles)
- Municipalidades
- ONG's
- Organismos Internacionales
- Países amigos
- Otros actores sociales

Entre los resultados esperados se encuentran la reducción del consumo de drogas por niños (as) y adolescentes, la concientización sobre la magnitud de este problema entre los actores involucrados y la potenciación del perfil profesional de la (el) enfermera (o).

Toda propuesta de intervención requiere de un acompañamiento del proceso, por lo que es necesario definir los mecanismos de monitoreo y evaluación que permitan la incorporación de ajustes en forma oportuna.

En este sentido, se ha definido lo siguiente:

a) Estrategias de Atención Primaria:

- Comunicación/Educación
- Capacidad de los recursos para involucrar a otros
- Rescate y uso de tecnologías
- Capacidad de respuesta en el afrontamiento de necesidades y problemas
- Movilización de recursos

b) Enfoque de: Promoción de Hábitos y Estilos de vida Saludables

- Actitudes, comportamientos y prácticas en la prevención del uso y abuso de drogas.
- Compromiso y responsabilidad en la enseñanza y el auto-cuidado.
- Desarrollo de la personalidad y el autoestima.
- Existencia de condiciones que propicien la igualdad de género
- Creación de escenarios que propicien la cultura de la armonía en la interacción de grupos (entornos saludables)

c) Contenidos e Innovaciones Educativas/potencialización del Perfil Profesional de Enfermería

- Docentes de enfermería identificando, creando y aplicando estrategias educativas metodológicas en el desarrollo de procesos educativos y desarrollo social.
- Docentes desarrollando en sus estudiantes habilidades en la investigación de campo.
- Promoción de nuevas evidencias en la práctica de enfermería.
- Desarrollo de habilidades y liderazgo en enfermería.
- Contribución en el desarrollo humano de la niñez.
- Apertura de espacios y procesos de enfermería.
- Documentación y sistematización de experiencias.
- Gestión de recursos comunitarios e institucionales.
- Diseño de materiales educativos innovadores.
- Involucramiento de otros actores sociales en el proceso.
- Movilización de otros recursos.
- Generación de nuevos conocimientos.

Un aspecto fundamental de la propuesta es la sistematización, que se entiende como “un proceso permanente y acumulativo de creación de conocimientos a partir de una experiencia de intervención en una realidad social como un primer nivel de teorización sobre la práctica”,

Con base en lo anterior, de la sistematización puede decirse lo siguiente:

- Representa una articulación entre teoría y práctica.
- Apunta a mejorar la práctica de intervención.
- Aspira a enriquecer, confrontar y modificar el conocimiento teórico actualmente existente, contribuyendo a convertirlo en una herramienta realmente útil para entender y transformar nuestra realidad.
- Pretende conceptualizar la práctica para darle coherencia a todos los elementos” (7)



Depresión y Enfermedad Vascular.- Comorbilidad

**J. Américo Reyes Ticas*

La depresión en los adultos mayores es un trastorno escasamente diagnosticado aun cuando su prevalencia llega a un 15% en la comunidad (1) y a un 36% en los hospitalizados (2). La mayoría de las depresiones en este grupo etario constituyen el primer episodio por lo que se ha desarrollado el concepto de “depresión de inicio tardío”. Este tipo de depresión presenta más anormalidades cognitivas y neuroradiológicas; así como mayor inhabilidad, morbilidad, mortalidad y menor prevalencia familiar de trastornos afectivos que la depresión de inicio temprano. Alexopoulos ha planteado que la “depresión de inicio tardío” es un síndrome heterogéneo, que entre sus causas más frecuentes se encuentra la enfermedad cerebrovascular que puede o no ser clínicamente evidente. Como la enfermedad cerebrovascular predispone, precipita o perpetúa el síndrome depresivo en algunos ancianos, se ha acuñado el término de “depresión vascular”, identificando así un grupo homogéneo de depresión geriátrica en la que existe una comorbilidad entre depresión y enfermedad vascular (3).

ESTUDIOS CLINICOS DE DEPRESION EN ENFERMEDAD VASCULAR EN GENERAL

La correlación entre depresión y enfermedad vascular ha quedado evidenciado en un estudio de Luber,

Alexopoulos y col., quienes en una muestra de 15,186 pacientes tratados en atención primaria observaron que aquellos que tenían sintomatología depresiva significativa presentaba una mayor frecuencia de enfermedad vascular que los pacientes no depresivos. Aproximadamente 8% de los pacientes deprimidos tenían hipertensión, 9% enfermedad isquémica cardíaca, 13% enfermedad vascular periférica, 7% infarto cerebral y 9% insuficiencia cardíaca, versus 4%, 4%, 4%, 5% y 4% respectivamente en pacientes no deprimidos (4).

* Profesor Titular del Departamento de Psiquiatría de la FCM de la UNAH

En estudio realizado en pacientes candidatos a bypass de arterias coronarias éstos presentaban sintomatología depresiva significativa en un 43% (5). Otros estudios indican que pacientes con hipertensión, enfermedad de arterias coronarias y demencia vascular frecuentemente desarrolla depresión(6,7,8) Post y Schullman reportaron mayor incidencia de enfermedad cerebrovascular en pacientes geriátricos con depresión (9).

ESTUDIOS CLINICOS DE DEPRESION EN ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

Se debe aclarar que los pacientes con enfermedad cerebrovascular pueden sufrir labilidad emocional y tendencia al llanto lo que no necesariamente implica una enfermedad depresiva. Andersen y House (citado Allman) hacen hincapié en la relativa frecuencia (20%) de tendencia al llanto en las víctimas de la enfermedad cerebrovascular (10 y 11)

Varios estudios revelan la estrecha relación entre depresión y enfermedad cerebrovascular: Folstein y col. compararon pacientes con accidente cerebrovascular agudo y enfermos con enfermedad ortopédica con el mismo nivel de incapacidad y reportaron tasas de depresión del 45% en el primer grupo y 10% en el grupo de pacientes ortopédicos (12). Starkstein y Robinson demostraron que la depresión es una frecuente complicación del infarto cerebral (13). Se ha informado que cerca del 50% de los pacientes en el período post-accidente cerebrovascular agudo sufrían una depresión, de los cuales el 27% tenían depresión mayor y el 20% distimia. Sharpe y col. en un estudio a largo plazo encontraron que la frecuencia de depresión post-accidente cerebrovascular disminuye con el tiempo, exceptuando aquellos casos con lesiones más graves (14).

Como señalábamos arriba la depresión es una frecuente complicación del infarto cerebral, y en el caso de pacientes mayores de 65 años con su primer episodio depresivo se ha observado hasta un 94% de “infartos cerebrales silentes” (15).

CARACTERISTICAS NEUROPSICOLOGICAS DE LA DEPRESION VASCULAR

Pacientes con depresión mayor de inicio tardío con factores de riesgo vascular o de lesiones isquémicas cerebrales producen mayor retardo psicomotor, apatía, pérdida de “insight”, así como, menos agitación y sentimientos de culpabilidad que aquellos pacientes geriátricos con depresión de inicio tardío sin factores de riesgo vascular. Además, los pacientes con depresión vascular tienen mayor alteración de las funciones frontales y mayor inhabilidad (3). Estas observaciones son similares a las encontradas en la demencia vascular, en la que frecuentemente se presenta afecto depresivo, retardo motor, aislamiento emocional y baja motivación (16).

Las alteraciones cognitivas, el retardo, la pérdida del “insight” y la inhabilidad que se encuentra en la depresión vascular puede ser resultados de lesiones no relacionadas con la depresión. Estos síntomas que semejan al síndrome del lóbulo frontal puede ser el resultado de interrupciones en la vía cortico-tálamo-pálido-estriado-cortical (16).

HALLAZGOS NEUROPATOLOGICOS ASOCIADOS CON LA DEPRESION VASCULAR

Las lesiones cerebrovasculares usualmente ocurren en las áreas que irrigan las arterias perforantes que suplen a los ganglios basales o a los territorios vasculares colindantes (15). Daños de los ganglios basales y de sus conexiones con las estructuras prefrontales han sido asociados con depresión así como con un síndrome del lóbulo frontal que incluye retardo psicomotor, pérdida de “insight”, e inhabilidad (17).

Lesiones en las estructuras subcorticales y sus conexiones prefrontales contribuyen a la patofisiología de la depresión vascular. Así tenemos que las demencias subcorticales que incluyen a la demencia vascular, enfermedad de Parkinson y enfermedad de Huntington son más proclives a desarrollar depresión que las demencias corticales (18). Los pacientes con la enfermedad de Alzheimer, que afecta las áreas corticales, desarrollan menos frecuentemente depresión y si ésta ocurre se asocia con atrofia subcortical (19).

Infartos en la cabeza del núcleo caudado se acompañan más frecuentemente de depresión comparados con infartos talámicos (20). Muchos



pacientes deprimidos con “infartos cerebrales silentes” tienen lesiones en los territorios de las arterias perforantes(15).

Folstein y col. encontraron que la depresión era más común en pacientes con lesiones en el hemisferio derecho (70% frente a un 0%). Por otro lado Robinson y col. informaron que la depresión era más común después de un accidente cerebrovascular del hemisferio izquierdo, especialmente cuando afecta el lóbulo frontal. Starkestein y col. reportaron hallazgos similares pero no encontraron diferencias en la vulnerabilidad a la depresión entre los pacientes con ictus corticales y subcorticales. Eastwood y col. y Agrell y Dehlin que reportaron depresión en los adultos mayores post-accidente cerebrovascular en un 50% y 46%, respectivamente, no encontraron diferencias por la lateralidad de la lesión (14).

Los estudios de resonancia magnética nuclear en pacientes geriátricos con depresión tardía realizados por Coffey revelan hiperintensidad de la sustancia blanca (leucoaraiosis) que corresponde a dilataciones arteriolares, agrandamiento de los espacios perivasculares y palidez de la mielina asociado con cambios arterioscleróticos de las arterias perforantes (3).

Los Infartos cerebrales de los territorios irrigados por la arteria cerebral media se asocian mas a depresiones que los sucedidos en zonas con circulación posterior (21).

MECANISMOS NEUROFISIOLOGICOS INVOLUCRADOS EN LA DEPRESION VASCULAR

Alexopoulos ha planteado que para que se produzca la depresión vascular debe haber una interrupción del circuito cortico-tálamo-pálido-estriado-cortical provocada por lesiones agudas y por la acumulación de lesiones tipo “infartos cerebrales silentes” o infartos cerebrales antiguos. En el primer caso se establece una relación directa entre lesión y depresión y en el segundo caso la acumulación de lesiones afectando los sistemas moduladores excederían un nivel crítico haciendo aparecer los síntomas depresivos. La disfunción cortico-talámico- palido-estriatal podría conducir a la depresión por uno o más de los siguientes mecanismos:

1. Lesión directa del cíngulo y de las regiones orbitofrontal y dorsolateral.
2. Daño de las fibras ascendentes monoaminérgicas del tallo cerebral que interrumpe la regulación del circuito córtico-tálamo, pálido-estriado-cortical.
3. Daño a las fibras glutamatérgicas de las áreas corticales al striatum o daño a las neuronas GABAérgicas de los circuitos ganglio basales-sistema límbico que alterarían la entrada de información a la corteza.
4. Daño de las neuronas catecolaminérgicas por lesiones en la sustancia blanca del puente, resultando en una reducción de la respuesta al estrés.
5. Interrupción del control prefrontal sobre los núcleos serotoninérgicos del rañé (3,16).

TRATAMIENTO DE LA DEPRESION VASCULAR

La depresión vascular plantea un reto para las neurociencias y en este momento se acumula información valiosa para determinar los mecanismos neurológicos involucrados y con base en ellos se han empezado a definir algunas líneas terapéuticas.

Estudios en animales sugieren que los antidepresivos pueden influenciar la recuperación neurológica después de lesiones isquémicas y que el haloperidol, la fenitoina y las benzodiacepinas inhiben la recuperación (22, 23). La presencia de afectación cardiovascular en los pacientes con depresión vascular hace escoger antidepresivos con bajo riesgo a este nivel. Los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina serían los más indicados (3, 14, 16, 24).

Medicamentos que reducen el daño después de un infarto cerebral pueden ser relevantes en la depresión vascular. Estos incluyen agentes trombolíticos, antagonistas de los canales de sodio y de calcio, antagonistas de los receptores N-Metil-D-Aspartato (NMDA), inhibidores de las síntesis de glutamato, inhibidores de la liberación de glutamato, antagonistas del GABA y los antioxidantes (3,16). La terapia cognitivo conductual y la rehabilitación ayudan a reducir la depresión y a mejorar la calidad de vida (3).

BIBLIOGRAFIA

1. National Institutes of Health (NIH) Consensus Development Conference. Diagnosis and treatment of depression in late life. *JAMA*. 1992; 268:1018-1024.
2. Asociación Mundial de Psiquiatría. Programa Educativo de la WPA/PTD sobre Trastornos Depresivos. Modulo I. Visión de Conjunto y Aspectos Fundamentales. New York, Comisión Internacional PID, 1997
3. Alexopoulos G, Bruce M, Silberswieg D, Kalayamam B, Stern E. Vascular depression: a new view of lateonset depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 1999; 1(2).
4. Lubner MP, Alexopoulos GS, Hollenberg J, Charlson ME, Callahan M. Recognition, treatment, comorbidity and resource utilization of depressed patients in a general medical practice. Annual Meeting of society of General Internal Medicine. 1996.
5. Peterson JC, Williams-Russo PG, Charlson ME, Meyers BS. Longitudinal course of new-onset depression after cardiac bypass surgery. Tenth Annual International Conference on Mental Health Problems in the General Health Care Sector. USA: NIMH. 1996.
6. Rabklin J G, Charles E, Kass F. Hypertension and DSM-III depression in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*. 1983;140:1072-1074.
7. Carney RM, Rich WM, Tevelde A, Saini J, Clark K, Jaffe AS. Major depressive disorder in coronary artery disease. *Am J Cardiol*. 1987; 60:1273-1275.
8. Sulzer DL, Levin HS, Mahler ME, High WM, Cummings JL. A comparison of psychiatric symptoms in vascular dementia and Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*. 1993;150: 1806-1812.
9. Post F, Schullman K. New views on old age affective disorder, in: Aire T, ed. *Recent Advances in Psychogeriatrics*. New York, NY: Churchill Livingstone. 1985; 119-140.
10. Andersen G, Vestergaard K, Riis J. Citalopran for post-stroke pathological crying. *Lancet*. 1993; 342:837-839.
11. Allman P. Depressive disorders and emotionality following stroke. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1991; 6:377-383.
12. Folstein MF, Maiberger R, McHugh P. Mood disorder as a specific complication of stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1977; 40:1018-1020.
13. Starkstein SE, Robinson RG. Depression in cerebrovascular disease. In: Starkstein SE, Robinson RG, eds. *Depression in Neurological Disease*. Baltimore Md: The Johns Hopkins University Press. 1993; 28-49.
14. Katona C, Livingston G. *Depression Comorbida en Ancianos*. Martin Dunitz. Version española por Jerónimo Saiz Ruíz, Reino Unido, 1998.
15. Fujikawa T, Yamawaki S, Touhouda Y. Incidence of silent cerebral infarction in patients with major depression. *Stroke*. 1993; 24:1631-1634.
16. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Kakuma T, Silberswieg D, Charlson M. Clinically Defined Vascular Depression. *Am J Psychiatry*. 1997; 154:4.
17. George MS, Ketter TA, Post RM: Prefrontal cortex dysfunction in clinical depression. *Depression*. 1994; 2:59-72.
18. Sobin C, Sackheim HA. Psychomotor symptoms of depression. *Am J psychiatry*. 1997; 154:4-17.
19. Starkstein SE, Migliorelli R, Teson A, et al. Prevalence and clinical correlates of pathological affective display in Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1995; 59:55-60.
20. Starkstein SE, Robinson RG, Berthier ML, Parikh RM, Price TR. Differential mood changes following basal ganglia vs thalamic lesions. *Arch Neurol*. 1988; 45:725-730.
21. Dennis M, O'Rourke S, Lewis S, Sharpe M, Warlow Ch. Emotional outcomes after stroke: factors associated with poor outcome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2000; 68:47-52.
22. Goldstein LB: Pharmacologic modulation of recovery after stroke: clinical data. *J Neurol Rehab*. 1991;51:129-140.
23. Boyerson MG, Jones JL, Harmon RI: Sparing of motor function alter cortical injury: a new perspective on underlying mechanisms. *Arch Neurol*. 1994; 54: 405-414.
24. Machale S. Depression and its relation to lesion location after stroke. Correspondence. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1998; 65(3): 410.

Atención Obstétrica de Emergencia en la Prevención de la Mortalidad Materna

**Juan Manuel Pérez G*

La mortalidad materna afecta mujeres de todos los estratos socioeconómicos, pero mayormente a aquellas que viven en la pobreza, tienen poca educación, viven en áreas rurales, son indígenas, trabajan en casa y tienen más de dos niños/as. (1) En este marco, la Red de Prevención de Mortalidad Materna y Discapacidad con la colaboración Internacional de profesionales de diferentes áreas y experiencia aplicando la estrategia de Atención Obstétrica de Emergencia de calidad, realiza esfuerzos para inducir cambios en los centros que brindan atención en salud, para que a través de indicadores de proceso, técnicas de monitoreo y evaluación permitan a sus gerentes movilizar a la comunidad para enfocar sus recursos y fuentes locales y lograr la reducción de la mortalidad materna (2). En este artículo se presenta los resultados del estudio realizado en Honduras por la Dra. Mirna Yanira Villanueva y la Licda. Regina Fonseca Discua en el año 2003 para determinar la Disponibilidad y el Uso de Cuidados Obstétricos de Emergencia (3)

INTRODUCCION

En 1,985 Allan Rosenfield y Debora Maine escribieron en *The Lancet* un artículo en el que censuraron el descuido sobre mortalidad materna a nivel internacional en los programas de salud.

En 1,987 la Corporación Carnegie de Nueva York dió al Centro para la Población y Salud Familiar de la Escuela de Salud Publica de la Universidad de Columbia una donación para la formación en África de equipos de investigación multidisciplinarios en mortalidad materna. La Iniciativa de Maternidad Segura surgió en Nairobi en 1987 (Kenia) en la Primera Conferencia Internacional de Maternidad Segura, y se centró en detectar embarazos de alto riesgo y en capacitar parteras tradicionales asumiéndose que la efectividad de los programas debía medirse con indicadores de impacto como las tasas de mortalidad materna, pero se encontró que estos indicadores son difíciles de recolectar y que el número de muertes es tan poco numeroso en proyectos pequeños que no se podrían evaluar cambios. Esta experiencia de éxito limitado en dichos programas ha sido instructiva, pues dio lugar a un renovado énfasis en la importancia de la atención de la emergencia obstétrica.

*Profesor Titular, Departamento de Gineco Obstetricia de la FCM de la UNAH

La Corporación Carnegie fue el principal patrocinador del primer taller de la Red para la prevención de mortalidad materna que realizó en 1,988. En América Latina en 1,990 se aprobó un Plan de Acción Regional para la reducción de la mortalidad materna y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) asumió la responsabilidad de apoyar de manera técnica el desarrollo de las acciones de este plan, entre cuyas acciones tenemos:

1. Promoción de la salud,
2. Aumento y mejoría de la cobertura de los servicios de salud
3. Vinculación de la población a la identificación y resolución del problema (2).

Muchos países han reconocido la reducción de la mortalidad materna como un factor clave del desarrollo, contemplándose en documentos de consensos emanados de conferencias internacionales como la Cumbre Mundial de la Infancia en 1990 y La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo, Egipto en 1,994 en la cual 179 países destacaron el carácter apremiante de la mortalidad materna y consideraron como imperativo adoptar un plan de acción para trabajar a favor de la sobre vivencia de las madres como un **derecho humano** que tiene ramificaciones socioeconómicas y que es una prioridad crucial para el desarrollo a escala internacional (4). En la misma orientación destacan la IV Conferencia Mundial de la Mujer en 1995 y su Evaluación en 1999 y 2000.

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y la OPS iniciaron en 1996 acciones conjuntas para apoyar un proyecto dirigido a los 11 países de América Latina con más altas tasas de mortalidad materna entre ellas Honduras. (3)

En Junio de 1,996 los equipos africanos presentaron sus resultados en Accra, Ghana y fueron publicados en un suplemento especial del International Journal of Gynecology and Obstetric en 1,997. (2)

El Programa “Evitando la Muerte y la Discapacidad Materna” (“Averting Maternal Death and Disability, AMDD) fue establecido en la Universidad de Columbia en el año de 1999 financiado por la Fundación Bill y Melinda Gates con el fin de apoyar las iniciativas

nacionales para aumentar el acceso, la utilización y la calidad de los cuidados obstétricos de emergencia. Hoy en día, AMDD trabaja conjuntamente con los gobiernos, y organizaciones internacionales y no gubernamentales en casi 50 países con el propósito de evitar la muerte y la discapacidad materna. (5)

En el año 2000 representantes de 189 países congregados en las Naciones Unidas en la histórica Cumbre del Milenio, aprobaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio exhortando a reducir en un 75% antes del 2,015 la mortalidad derivada de la maternidad, el indicador más importante de salud reproductiva. (6)

En Honduras, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en colaboración con la Secretaría de Salud, la OPS y la Universidad de Columbia desarrollaron en el 2002 un estudio para el cálculo de indicadores de proceso que miden la disponibilidad y uso de los Centros para el cuidado Obstétricos de Emergencia (COEm), que debe constituir una línea de base y una herramienta administrativa para apoyar el diseño de políticas y estrategias que mejoren el acceso y la calidad de los COEm (3).

La mayoría de las defunciones maternas son derivadas de problemas que no siempre se pueden predecir, pero que son casi siempre susceptibles al tratamiento, por lo que el modelo de estrategia de COEm y el adecuado cuidado de las complicaciones obstétricas aseguran la supervivencia de la mujer. Se han identificado los factores que retrasan la atención de emergencia:

- a) Demora en la búsqueda del servicio por falta de conocimientos para identificar señales de peligro.
- b) Demora en alcanzar los centros de servicio (transporte, distancias, vías de comunicación, costos) .
- c) Retraso en recibir los cuidados después de arribar al centro obstétrico de emergencia (calidad de la atención).

Se ha señalado como el más importante al último de ellos, pues las limitaciones de los servicios no permiten un tratamiento inmediato y adecuado de las complicaciones, y en tanto no se mejoren, no tiene



sentido responsabilizar a las barreras comunitarias. (la falta de información, desconfianza de la población a los servicios de salud), de las deficiencias en la atención. (2) El entrenamiento asegura que los profesionales (obstetras, enfermeras, parteras, trabajador social, medico comunitario) tengan la oportunidad de actualizar sus conocimientos, habilidades y competencias con la última información y prácticas estandarizadas para la atención de emergencias obstétricas. (7).

La estrategia de atención obstétrica de emergencia ha desarrollado “Indicadores de Procesos” que evalúan la disponibilidad y uso de los COEm para reducir la mortalidad materna e informan sobre el tipo de acción que se necesita realizar para solucionar éste problema. (8, 9,10).

Centros Obstétricos de Emergencia

El designar a un establecimiento como COEm depende de que sus servicios no solo estén disponibles sino que se lleven a cabo por lo menos cada trimestre. Los COEm pueden clasificarse en: básico y ampliado.

Los COEm básicos son los que ofrecen los siguientes servicios:

- Administración de antibióticos parenterales.
- Administración de medicamentos oxitócicos parenterales.
- Administración de medicamentos anticonvulsivos parenterales.
- Extracción manual de la placenta.
- Extracción de productos del embarazo retenidos después de aborto incompleto (legrado y Ameu).
- Realizar aplicación de forceps (para el caso de Honduras esta función no se tomará en cuenta para la clasificación ya que no es un procedimiento que se realiza rutinariamente en los hospitales).

Los servicios que los **COEm ampliados** brindan son:

- Todos los servicios de los COEm básicos.
- Realizar cirugías (cesáreas)
- Realizar transfusión de sangre segura.

Los servicios brindados en un establecimiento COEm básico pueden salvar muchas vidas ya que pueden estabilizar a la mujer para que ella no muera

en el camino o evitar que llegue casi moribunda al establecimiento COEm completo (ampliado) (3).

Indicadores de Proceso

Una de las estrategias que permiten identificar la disponibilidad y calidad de los servicios de cuidados obstétricos son los indicadores de procesos. Estos indicadores, propuestos por UNFPA / OPS / UNICEF, proporcionan información sobre las medidas que necesitan tomarse para mejorar la situación de los cuidados obstétricos de emergencia en un país. Estos indicadores se concibieron como una serie y cada indicador necesita interpretarse en el concepto de la información recabada; los indicadores dan respuesta a una serie de preguntas acerca de la disponibilidad, la utilización y la calidad de la atención por las mujeres con complicaciones obstetricas y básicamente nos orientan a responder las siguientes preguntas:

- ¿Son suficientes los establecimientos que proporcionan atención obstétrica de emergencia en relación a la población del país?
- ¿Están bien distribuidos en el país?
- ¿El número de mujeres que utiliza estos establecimientos para la atención del parto es proporcional al total de nacimientos?
- ¿Utilizan en efecto estos establecimientos las mujeres que deben hacerlo, es decir aquellas con complicaciones obstétricas?
- ¿Se prestan servicios críticos (Cirugías) en cantidades suficientes?
- ¿Es adecuada la calidad de los servicios? (tasa de Letalidad).

Los indicadores incluyen el número de establecimientos que brindan atención obstétrica de emergencia y su distribución geográfica, el porcentaje de partos de esos establecimientos, el porcentaje de mujeres con complicaciones que reciben esos servicios, la tasa de operaciones cesáreas y la tasa de letalidad por complicaciones obstétricas. Durante el periodo de recopilación y análisis de los Indicadores de Procesos, los directores de programas pueden

evaluar los progresos realizados, detectar problemas y poner en práctica soluciones con rapidez y eficacia. (3)(11)

Los indicadores de proceso pueden ser usados tanto para hacer un diagnóstico de necesidades con el propósito de diseñar un programa, como para

monitorear el progreso de la implementación de dichos programas. En conjunto los seis indicadores suministran indicaciones sobre si la vida de las mujeres se salva como resultado de implementar los programas.

Los indicadores propuestos por el UNFPA se observan en el siguiente cuadro: (3)

Indicadores de Proceso

Para la Vigilancia de los Cuidados Obstétricos de Emergencia

N	Indicador	Nivel Admisible	Fórmula para calcular el indicador
1	Cantidad disponible de servicios COEm <ul style="list-style-type: none"> ▪ COEm básico ▪ COEm ampliado 	Por cada 500,000 habitantes <ul style="list-style-type: none"> ▪ Al menos 4 establecimientos COEm básicos ▪ Al menos un establecimiento COEm ampliado 	$\frac{\text{Población Total}}{500,000} \times \frac{\text{total de unidades con COEm}}{\text{ampliados requeridos}}$ El resultado multiplicado por 4 indica las cantidades de servicios COEm básicos requeridos
2	Distribución Geográfica	Nivel mínimo: 100% las zonas subnacionales tienen el número mínimo aceptable de establecimientos COEm básico y completo	Indicador 2 , para calcular este indicador es necesario ubicar en un mapa la distribución geográfica de los establecimientos COEm, esperando que halla cobertura en todo el país, y considerando el tiempo de viaje promedio al establecimiento
3	Porcentaje de nacimientos en establecimientos COEm	Al menos 15% de los nacimientos en la población tienen lugar en establecimientos de COEm	$\frac{\text{Total de partos en unidades con COEm}}{\text{Total de nacimientos anuales}} \times 100$
4	Necesidad satisfecha de COEm	Todas las mujeres con complicaciones obstétricas (aproximadamente 15% de los nacimientos) reciben tratamiento en establecimientos COEm	$\frac{\text{Total de casos complicados en las unidades con COEm}}{\text{Nacimientos totales}} \times 100 \times 0.15$
5	Cantidad de Servicios Críticos <ul style="list-style-type: none"> • Cesáreas como porcentaje de todos los nacimientos 	Como proporción de todos los nacimientos en la población, no menos de 5% y no más de 15% son por cesáreas	$\frac{\text{Total de cesáreas en unidades con COEm}}{\text{Total de nacimientos anuales}} \times 100$
6	Calidad de la Atención	Fallece menos de 1% de las mujeres con complicaciones obstétricas que ingresan a establecimientos para la atención obstétrica esencial integral	$\frac{\text{Total de muertes obstétricas directas en unidades COEm}}{\text{Total de casos complicados}} \times 100$

- 2003.
4. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Salud, morbilidad y mortalidad. El Cairo, Egipto. Septiembre, 1994.
 5. AMDD. Improving Emergency Obstetric Care Through Criterion-Based Audit. Columbia University, New York, N.Y. 2002
 6. UNFPA. Población, salud reproductiva y Objetivos de desarrollo del milenio. Naciones Unidas, Cumbre del Milenio, 2000.
 7. JHPIEGO Corporation C.D. Brouser. Reproductive health. Maternal and neonatal health. Repro line online. www.reproline/hvedu july 2003.
 8. AMDD. Working group on indicators. Program note: Using UN Process indicators in emergency obstetric services: Pakistan, Perú, and Vietnan. International journal of gynecology & obstetrics, 2002.
 9. AMDD. Working group on indicators. Program note: Using UN Process indicators in emergency obstetric services: Bhutan, Cameroon and Rajasthan. International journal of gynecology & obstetrics, 2002; 77 (3): 277-284.
 10. Bailey P. E, A. Paxton. Program note: Using UN Process indicators in emergency obstetric services (Mozambique, Nepal and Senegal). International journal of gynecology & obstetrics, 2002; 76: 299- 305
 11. UNFPA. Folleto informativo, Salvar vidas de madres: el reto continúa.
 12. WHO, UNICEF, UNFPA. Maternal Mortality in 2000 Estimatos developed

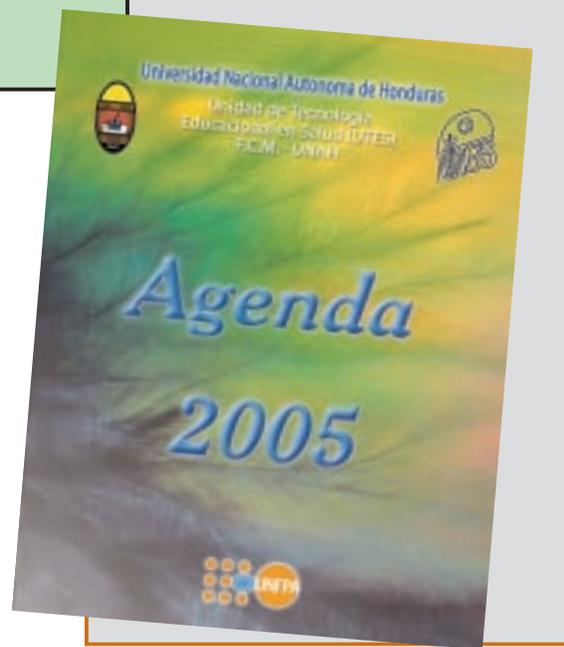


Eventos y Publicaciones

Agenda 2005

Una vez UTES en colaboración con el Fondo de Población de la Naciones Unidas (UNFPA) hace entrega a los docentes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Agenda 2005, que contiene temas actualización como: Avances del Informe del Estado de la Población a 10 años del Censo de El Cairo, Salud Reproductiva, Medicina Familiar, Proceso de Autoevaluación F.C.M., Glosario referente a Curriculum Educación Superior y Otros.

UNIDAD DE TECNOLOGIA
EDUCACIONAL EN SALUD



INSTITUTO DE PROFESIONALIZACION Y SUPERACION DOCENTE ACTIVIDADES DE FORMACION Y CAPACITACION DOCENTE DE LA UNAH I PERIODO 2005

- **Marzo 2005**
Inicio de la Segunda Promoción de la Especialidad en Diseño, Gestión y Evaluación Curricular.
- **Abril 2005**
Segunda Promoción Diplomado "Educación Universitaria en Ciencias de la Salud".
- **Abril 2005**
Capacitación en Didáctica Universitaria para grupos Docentes por Carreras.

PROGRAMA DE EVENTOS CENEMERC CONGRESOS 2005

- 17-18 de Febrero II Congreso Nacional de Epilepsia y Neurología
- 14-15 de Marzo II Curso Nacional de Genética Humana y de Endocrinología Pediátrica
- 21-23 de Marzo II Congreso Nacional de Ciencia, Fundación "Salvador Moncada"
- 08-11 de Junio V Congreso Nacional de Medicina del Trabajo
- 16-18 de Junio XI Curso Internacional de Ginecología y Obstetricia
- 17-18 de Junio XI Congreso Internacional
- 30 de Julio VII Congreso Nacional de Oftalmología
- 04-06 de Agosto VII Jornada Internacional de Gastroenterología
- 04-05 de Agosto II Congreso Nacional de Nutrición y Alimentación
- 03-08 de Octubre XXVIII Congreso Latinoamericano de Anestesiología y Congreso Nacional
- 13-14 de Octubre XI Congreso de Psiquiatría
- 14-15 de Octubre XII Congreso Nacional de Cirugía
- 17-19 de Noviembre Congreso de Postgrado en Medicina
- 30 Noviembre 1-2 de Diciembre Congreso Nacional de Medicina Interna.







Presentación del Libro “CLINICA SEMIOLOGICA”

El acto de presentación fué encabezado por el Decano de la Facultad de Ciencias Médicas, Dr. Nelson Montes, el Vice-Decano, Dr. Jorge Sierra y la Dra. Iris Tejeda, Directora de la Unidad de Tecnología Educación en Salud (UTES), fué realizado el 1 de Diciembre de 2004, en el Auditorium “Jorge Haddad Q.” de la F.C.M.

El Dr. Gustavo Vallejo, fue el responsable de resaltar la hoja de vida del Dr. Jorge A. Pacheco, ex-docente de la Facultad de Ciencias Médicas, autor de tan importante obra, que según sus palabras no es fácil escribir sobre Semiología, y que esta obra construirá un excelente apoyo para docentes y estudiantes de la Cátedra Semiología.



La representación del libro fue motivo de anécdotas y reflexiones en torno a su larga vida profesional. El libro Clínica Semiológica, el nuevo enfoque, según el prólogo, es el fruto de la entrevista entre el paciente enfermo y el médico, es la elaboración de una impresión clínica o hipótesis diagnóstica cercana al diagnóstico definitivo o simplemente llegar a él a través de un interrogatorio completo y un examen físico total, hecho técnicamente a conciencia.

La facultad de Ciencias Médicas se honra con el trabajo de tan excelentísimo Doctor.

Revista Oficial de la Facultad de Ciencias Médicas

Consejo Editorial
de Izquierda a Derecha:
Lic. Luis Aranda
Dr. Rubén Mairena
Licda. Aída Castillo
Dr. Jorge Fernández
Licda. Elia Pineda
Dr. Carlos Medina
Licda. Teresa Videa
Dr. Octavio Sánchez
Dra. Iris Tejeda
Licda. Olimpia Córdova
Dr. Juan Manuel Pérez



El lanzamiento del Primer Número de la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas fué celebrado en el Auditorium “Dr. Jorge Hddad Q.” de esta casa de estudios, el 25 de Agosto de 2004.

Esta publicación semestral servirá para estimular el espíritu de la Investigación en el área de la Salud, elevando la Calidad Técnica, Científica y Metodológica.

El Consejo Editorial invita a todos y todas a participar enviando sus aportaciones y sugerencias a las oficinas Dirección de la Unidad de Tecnología Educacional en Salud (UTES).







TEMAS DE DESASTRES SE FORTALECE EN LA
BIBLIOTECA MEDICA NACIONAL

A partir de la alianza al Proyecto NLM/CRID/OPS La Biblioteca Médica Nacional amplía la cobertura temática al incluir la información sobre desastres entre sus colecciones, en vista de la vulnerabilidad de nuestro País, esta era una necesidad latente que no se había cubierto de manera organizada.

Actualmente se cuenta con una extensa colección de documentos impresos y electrónicos en el tema de desastres y salud que pueden ser consultados vía Internet y en CD-ROM a través de Bases de datos referenciales y texto completo.

Productos

Con el apoyo del Centro Nacional de Información sobre desastres CRID, la Biblioteca Médica Nacional y la Biblioteca del CURN; se desarrollo uno de los productos nacionales más relevantes en este tema: es el CD-ROM “**Recursos de Información sobre Desastres en Honduras**”.

En el CD se pueden consultar documentos en textos completos, directorio de contactos institucionales hondureños que trabajan en el área, una compilación de sitios de red en internet sobre este tema. Este producto ha generado mucha aceptación en los sectores involucrados y constituye un gran apoyo para la maestría en Gestión de Riesgos que imparte la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y el Comité Permanente de Contingencias (COPECO) y para los Docentes de la Facultad de Ciencias Médicas que han incluido el tema en sus asignaturas.

Está disponible vía web en la página de la Biblioteca (<http://cidbimena.desastres.hn>) y en CD-ROM para aquellas instituciones que no tengan acceso al internet [*Filter does not support this file format / Inline.TIF *] Esta primera experiencia en el Desarrollo de productos de Información que pueden llegar a las mayorías excluidas de un acceso equitativo a la información y la transmisión de estos conocimientos a otras bibliotecas y centros del país.

Con la capacidad instalada y a través de las capacitaciones recibidas por el proyecto, en el 2004 la Biblioteca Médica Nacional preparó un segundo CD-ROM sobre este tema, que ya está siendo incorporado a la colección.

Lo novedoso de esta iniciativa es que fué un esfuerzo total del personal de la biblioteca y una incursión directa en la digitalización de documentos que está siendo aprovechada para el desarrollo de otros productos.

Red Centroamericana de Información sobre Desastres y Salud. (CANDHI)

Actualmente la Biblioteca Médica forma parte de la Red Centroamericana de Información sobre Desastres y Salud (CANDHI) junto con 6 centros de los otros países centroamericanos, a través de la cual se han desarrollado varios programas de capacitación que nos permita el desarrollo de otras capacidades en el centro.

Dr. Cecilia García
Jefe Biblioteca Médica Nacional

POSAP/UNAH POSAP/UNAH

El Postgrado en Salud Pública de la UNAH dirigido a profesionales que se desempeñan en las áreas de salud y políticas públicas convoca al **proceso de selección 2005 de la VI promoción** a desarrollarse en Tegucigalpa.

Información:

Postgrado en Salud Pública. Telf. (5004) 239-19-17
E-mail: posap@unah.edu.hn





BIBLIOTECA MEDICA NACIONAL

LA BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD DE HONDURAS ESTA EN MARCHA....

ANTECEDENTES

Desde 1998 Honduras realiza esfuerzos para implementar su Biblioteca Virtual en Salud (BVS) con el fin de romper con las restricciones de espacio y tiempo y lograr mayor accesibilidad a la información científico-técnica en salud a la población Hondureña. Los avances son muy buenos ya que se ha logrado establecer un Comité Consultivo de BVS al cual se han sumado representantes de instituciones claves del sector salud Nacional.

CONCEPTO

La Biblioteca Virtual en Salud es un conjunto de Recursos de Información sistemáticamente organizados que contiene y promueve colecciones de documentos electrónicos en el área de la salud a través de Internet.

Es un esfuerzo cooperativo de diversas instituciones nacionales, con el apoyo de organismos internacionales interesados en ofrecer una amplia colección de fuentes de información científico-técnica en Salud operadas y distribuidas a través de Internet.

JUSTIFICACION

La Biblioteca Virtual en Salud de Honduras-BVS-HN responde a la necesidad de contribuir al mejoramiento de la salud del pueblo hondureño a través de un servicio que opere en forma integrada las fuentes de información y que sea accesible, independientemente de la localización geográfica donde se encuentre la información o el usuario de la misma

INTEGRANTES DEL COMITÉ DE LA BVS

Biblioteca Médica Nacional y Sistema Bibliotecario, UNAH
Departamento de Fisiología, Facultad de Ciencias Médicas
Departamento de Microbiología; UNAH
Dirección de Docencia, Hospital Escuela
Instituto Hondureño de Seguridad Social
Colegio Médico de Honduras
Centro de Documentación OPS/OMS
UNITEC (Universidad Tecnológica de Honduras)
UNICAH (Universidad Católica de Honduras)

Instituto de Enfermedades Tropicales y Parasitología “Antonio Vidal”
CDM(Centro de Derechos de la Mujer)
INAM (Instituto Nacional de la Mujer)

RECURSOS DE INFORMACION

Bases de datos nacionales e internacionales.
Directorios de instituciones, profesionales, proyectos y eventos en el área de salud.
Estadísticas vitales, censos demográficos, vigilancia epidemiológica, etc.
Documentos electrónicos (texto completo)
Oferta académica en el país para la formación de especialistas en los diferentes campos de la salud.
Eventos nacionales en el área de la salud.
Publicaciones periódicas nacionales en formato electrónico.
Motores de búsqueda para localización de información sobre salud en INTERNET.
Servicio de acceso al documento.
Indicadores de salud de Honduras.

VENTAJAS

Acceso a fuentes de información electrónicas disponibles en Internet sin limitaciones de horario e independientemente de la localización geográfica del usuario.

Multiusuario: permite compartir e intercambiar información

Control de calidad de la información

Integración de diferentes disciplinas, especialidades, sistemas e iniciativas de información en salud

- Desarrollo de áreas temáticas:
- Adolescencia, ambiente, género, desastres, etc.

Actualización permanente de la información.

COMO CONSULTAR

Desde cualquier computador conectado a Internet, ingresando a la página principal de la BVS en la siguiente dirección:

<http://www.bvs.hn>
Información en el Centro Coordinador:
Biblioteca Médica Nacional
Tel/Fax 232 5804



INAUGURACION UNIMAI EN EL HOSPITAL MATERNO - INFANTIL

En marzo del 2004, fue inaugurada la unidad de Internet del Hospital Materno-Infantil (UNIMAI), que funciona en el Departamento de Pediatría de este Hospital, a la cual asistieron autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Representación de la OPS en Honduras, del Sistema Bibliotecario de la UNAH, y Representantes del Departamento de Pediatría del Hospital Materno Infantil.

Qué es UNIMAI?

Es una unidad electrónica especializada para apoyar el proceso de enseñanza-aprendizaje de las ciencias de la salud en general y de la Pediatría y Gineco-Obstetricia en Especial. Se ha concebido como una extensión de los servicios de la Biblioteca Médica Nacional.

Antecedentes

UNIMAI fue creada con el apoyo del proyecto “Mejorando el acceso a HINARI” (InterRed Salud Iniciativa de Acceso a la Información para la Investigación) del PNUD/Banco Mundial/TDR/OMS. Esta red brinda acceso a más de 2000 títulos de revistas científicas de reconocidas casas editoras.

Usuarios

Los médicos, enfermeras, estudiantes de pre y postgrado, personal técnico y administrativo del Hospital tendrán la oportunidad de mantenerse actualizados por medio de estos y otros recursos de información usando terminales con acceso a Internet.

Funcionamiento

Este servicio será autosostenible y contará con el apoyo y colaboración de la Biblioteca Médica Nacional, la Facultad de Ciencias Médicas, Asociación de Pediatría y otras organizaciones.

LOS INVITAMOS A VISITARLA Y HACER USO DE SUS SERVICIOS



.....

EVENTOS

EVENTOS DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACION DE ENFERMERIA / 2005

- **Taller de Revisión Curricular**
16 y 17 de Febrero del 2005, Depto. de Educación de Enfermería F.C.M.
Horario 8:00 am - 1:00 pm.

- **II Taller Nacional Sobre Transversalización del Enfoque de Equidad de Género en la Currícula de Enfermería**
14 al 16 de Marzo, 2005 y 25 al 27 de Mayo 2005

- **Seminario Sobre el Desarrollo de Contenidos sobre las Drogas, el Alcohol y Tabaco en la Currícula de Enfermería en los Centros Regionales Universitarios**
Lugar: La Ceiba 17 y 18 de Marzo del 2005

- **Jornadas de Capacitación sobre el Método de Planificación Familiar**
Fechas: 12 y 13 de Abril del 2005
 21 y 22 de Abril
 28 y 29 de Abril
Lugar: Tegucigalpa
Patrocinio: CEVIFA, Centro de Educación en la Vida Familiar

- **IV Curso Nacional de Formación de Docentes en Servicios de Enfermería**
Inicia: 17 de Mayo del 2005
Finaliza: 10 de Marzo del 2006

- **40 Talleres Salud Sexual y Reproductiva para Enfermeras, Médicos y Auxiliares de Enfermería**
Duración 5 días cada Taller
Responsable: CCIE de la Secretaría de Salud

- **I Congreso Internacional de Enfermería Comunitaria**
Cuidando la Comunidad
Palacio Municipal de Congresos
Madrid, España
Del 21 al 24 de Septiembre del 2005
Web: www.semep.org

- **Curso RCP Básica**
Especialidad en Quirófanos
Marzo del 2005

- **Taller para la Elaboración de Normas de los Centros Quirúrgicos del País**
Marzo del 2005
- **Jornada de Investigación del Post Grado de Enfermería**
Mes de Junio 8 y 9 del 2005

Para mayor información comunicarse a los correos:

enfermeriafem@yahoo.com

enfunah@sigmanet.hn

HOJA DE SUSCRIPCION DE LA REVISTA

La suscripción es válida por un año

VALOR DE LA SUSCRIPCIÓN

HONDURAS:	Lps. 60.00	Por un año (2 números)
EXTERIOR:	\$ 4.00	Por un año (2 números)

Para mayor información comunicarse con las oficinas de la UTES a la siguiente dirección:

Facultad de Ciencias Médicas
Unidad de Tecnología Educacional en Salud, (UTES)
Contiguo a Hospital -Escuela
Telefax: (504) 232-2044; E.Mail : utesfac2003@yahoo.com



CUPÓN DE SUSCRIPCIÓN

REVISTA DE FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Nombre: _____

Departamento o Unidad: _____

Dirección de envío: _____

Teléfono: _____ E.mail _____

País: _____

Costo de Envío: Gratis el II Semestre 2004

