

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**"EL CONOCIMIENTO DE LA REALIDAD NACIONAL POR
EL MEDICO GUATEMALTECO"**

(Estudio de 42 casos seleccionados durante los
meses de Septiembre y Octubre de 1978)

FRANCISCO JAVIER ARDON PALENCIA

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 1978

PLAN DE TESIS

1. INTRODUCCION
2. OBJETIVOS
3. JUSTIFICACIONES
4. ANTECEDENTES
5. DEFINICION DEL OBJETO A INVESTIGAR
6. HIPOTESIS
7. VARIABLES
8. MATERIAL U OBJETO A INVESTIGAR
9. TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS
10. RESULTADOS
11. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS
12. CONCLUSIONES
13. RECOMENDACIONES
14. REFERENCIAS
15. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El presente trabajo pretende tener una noción general de lo que el médico guatemalteco conoce e interpreta de su realidad nacional, objetivo cumbre de esta investigación y que surge con una inquietud personal tanto del autor como de su asesor.

Digo lo anterior en virtud de la orientación de la Facultad de Ciencias Médicas de "formar un médico general que esté en capacidad de hacer frente a los problemas de salud del país en la forma más adecuada y con las características siguientes:

- a) Que sea conciente de los problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad.
- b) Que conozca la estructura de la familia y la comunidad guatemalteca y las fuerzas que sobre ella actúan para conservar o perder la salud.
- c) Que conozca el medio económico-social que es sede de su ejercicio profesional. (1)

y, además, como un indicador de la medida en que se ha logrado hasta la actualidad.

Toda evaluación que se pretende realizar, siempre tiene aspectos que se dejan influenciar por la subjetividad, pero en este trabajo, he tratado de ser lo más objetivo posible y espero que los resultados que se presentan lo confirmen, especialmente cuando se trata de mensurar algo tan subjetivo como la ideología, sin intentar considerar las motivaciones que las producen en el momento actual.

OBJETIVOS

Evaluar el conocimiento e interpretación de la realidad nacional tanto del médico como del estudiante de medicina.

Despertar interés en el médico y en el estudiantes de una profundización del conocimiento de su problemática nacional y tratar de encontrarle soluciones viables y adecuadas.

Hacer énfasis en el concepto de salud como resultante de la interrelación de fenómenos sociales y biológicos.

Llamar la atención del médico acerca del papel que desempeña como paliativo del sistema en el que se desenvuelve, a través de la práctica curativa de la medicina.

Recordar conceptos básicos sobre algunas entidades nosológicas frecuentes en nuestro país y su relación con el medio económico-social imperante.

Que el presente estudio pueda servir de base a futuras investigaciones acerca del mismo asunto.

JUSTIFICACIONES

En una sociedad dependiente como la nuestra, la capilaridad social se dá por medio del sacerdocio, la milicia y la educación superior. De esta manera las aspiraciones de la pequeña burguesía se cristalizan con el ingreso a la Universidad, como un medio de alcanzar posiciones económico-sociales que estén más acorde con el ideal de la sociedad capitalista.

Así, la Universidad se ha convertido en una proveedora de profesionales, los cuales se incorporan de inmediato al sistema, prestando sus servicios a los que pueden remunerar por ellos, entiéndase la burguesía en sus distintas capas. Ello parece lógico, pues la educación es parte del aparato ideológico-político del sistema (Suprestructura) creada para la explicación y perpetuación del mismo y en el caso de la Universidad se dan contradicciones sobre el papel que el sistema le ha asignado y la búsqueda de soluciones a su problemática nacional de acuerdo a los intereses de la gran mayoría.

En este orden de ideas, en la Facultad de Ciencias Médicas se da un proceso de orden renovador cuando en 1967 una comisión de Evaluación es creada por la Junta Directiva de la misma para estudiar al médico guatemalteco como producto de su sociedad y al ambiente nacional como lugar de acción de su ejercicio profesional (2); luego como consecuencia de lo anterior se realiza el II Seminario de Educación Médica, en el cual se definen los objetivos adecuados a nuestro medio, cuyo primero y fundamental fué citado anteriormente y que se puede resumir como "formar un médico adecuado a la realidad nacional".

De esta parte acá, un nuevo plan de estudios ha estado funcionando en nuestra escuela y hasta el momento se desconocen los resultados de la reforma, es decir, no se ha realizado estudio alguno para hacerlo, razón que aducimos para presentar el presente para que sirva como referencia o punto de partida a futuros.

ANTECEDENTES:

El problema del surgimiento de lo "social" en la medicina se remonta a partir de la segunda mitad del siglo XVIII el que se origina en trabajos de índole médica que incorporan categorías ocupacionales, distribución urbano-rural, de la población y de la descripción de las condiciones de trabajo. (3)

Luego de que en la segunda mitad del siglo XIX la explicación de la enfermedad pasa a ser de carácter biológico y UNICAUSAL, a finales de ese siglo y principios del XX surge el concepto de predisposición genética, hasta que en la segunda década en Estados Unidos de América se incorporan las variables sociales, comprendidas como nivel socio-económico y explicaciones multicausales de tipo agente-medio-huésped.

En nuestro país, los estudios realizados han sido pocos, referencia especial, a los hechos en la etapa de tesis de graduación y en nuestra revisión de ellas encontramos la de la Dra. Morataya R. intitulado "La Salud: Factor indispensable para la cultura y bienestar social", en la cual se realiza una revisión a las condiciones socio-económicas y sanitarias del Quiché y entre sus principales conclusiones podemos señalar la de proponer una reorganización estructural del ramo de Salud Pública y Asistencia Social y de Educación Pública, proyectar y planear reglamentos y programas de un vasto plan de educación general y sanitaria, saneamiento ambiental, fundar número suficiente de centros de salud y pequeños hospitales con equipo suficiente, realizar cruzadas de ALFABETIZACION Y CASTELLANIZACION EN LOS NUCLEOS INDIGENAS para poder educar en forma general y en salud pública y lograr una población fuerte y sana que satisfactoriamente colabore en pro de la salud y desarrollo cultural, socio-económico y bienestar social". (4)

Como se vé en la transcripción de las conclusiones, salta

el paternalismo sobre el indígena al tratar de integrarlo a la sociedad ladina, castellanizarlo, alfabetizarlo, darle más centros de salud en donde se le suministren paliativos, implicando un mayor consumo que el mismo sistema produce. A mi juicio el estudio mencionado se queda en lo superficial y se pierde en él sin entrar a analizar el por qué de esas situaciones.

Por otra parte, otro trabajo escudriñado fué el del Dr. Sánchez V. titulado "El modo de producción de médicos en una sociedad dependiente". en la que en forma ordenada y congruente se analiza la sociedad guatemalteca, la Facultad de Ciencias Médicas, las relaciones con la metrópoli y el modo de producción de médicos, llegando a conclusiones como "la educación médica en Guatemala responde a las necesidades del modo de producción dominante, correspondiéndole la función de formar médicos que constituyen parte de la fuerza de trabajo, quienes reproducen la contradicción fundamental colonizador-colonizado contribuyendo a fomentar una concepción de la salud congruente con las clases dominantes, proporcionando a la población una imagen distinta, alienante y extranjera"; el médico guatemalteco así determinado tiene el papel de mantener en buenas condiciones de salud a la fuerza de trabajo del modo de producción del país; y que el modo de producción de médicos en Guatemala se corresponde con el modo de producción dominante en el país" (p. 127)

Entre sus recomendaciones asienta que para transformar el modo de producción de médicos debe estar ligada a una transformación profunda y radical del modo de producción dominante en Guatemala.

A juicio de quien esto escribe, existe bastante coincidencia con el análisis arriba descrito, como se verá en la discusión del presente trabajo, ya que constituyó bastión importante para la realización del mismo.

Dentro de estas dos corrientes ideológicas expuestas,

existen abundantes tesis cuyo tema central es eminentemente médico y que solo tocan aspectos socio-económicos en forma superficial, por lo cual no se tomaron en cuenta. Existen también estudios realizados por otros autores y que al autor le fueron muy útiles como bibliografía y aparecen en la sección correspondiente.

DEFINICION DEL OBJETO A INVESTIGAR

El objeto del presente trabajo es una noción del conocimiento e interpretación que tienen tanto el médico así como el estudiante de medicina, de su realidad nacional.

No pretendo entrar en discusiones filosóficas acerca del conocimiento y su teoría, sino lo más simple, es de acuerdo a las definiciones del Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, la que define el conocimiento como "averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas o como entender, advertir, saber, echar de ver". (5)

En lo tocante a definir realidad nacional, es un arduo proceso, teniendo en cuenta que realidad es "existencia real y efectiva de una cosa; verdad, ingenuidad, sinceridad", mientras nación significa "el conjunto de los habitantes de un país regidos por el mismo gobierno; el territorio de un país; el conjunto de personas de un mismo origen étnico y que generalmente hablan un mismo idioma y tienen una tradición común", y nacional: "perteneciente o relativo a una nación". (6)

De acuerdo con todo lo anterior, podemos decir entonces que el conocimiento de la realidad nacional del médico guatemalteco es la acción de entender, echar de ver la existencia real y efectiva de su nación, en este caso, Guatemala; es decir, la verdad acerca de la situación en que se encuentra el país y por tanto la manera de interpretarla.

En el particular caso de nuestra nación, que somos parte de un sistema capitalista y en el cual se dan las relaciones explotador-explotado, tomamos la segunda definición, puesto que el sistema con su aparato político-ideológico (superestructura) da su particular explicación o interpretación de la realidad del país, a través de indicadores socio-económico-culturales como son: población, educación, tenencia de la tierra, vivienda, alimentación

y salud, y del estado en que se encuentra cada uno de ellos en un determinado momento histórico, y en el caso presente, en la actualidad, Según últimos datos reportados el estado de cada uno de dichos indicadores es el siguiente:

POBLACION: Guatemala es un país rural (7) con dos clases sociales determinadas: ladinos e indígenas (8) de los que el mayor porcentaje pertenecen a la segunda (9) estableciéndose entre ellos relaciones de clase y de explotador-explotado, respectivamente.

Esta población se encuentra concentrada en el altiplano del país, el cual constituye las denominadas zonas de refugio y en 3 zonas específicas, a saber:

- a) Quetzaltenango, Totonicapán y el norte de San Marcos
- b) Mazatenango, Retalhuleu, Cuyotenango, San Antonio Suchitepéquez, y
- c) Coatepeque, centro y sur de San Marcos (10)

EDUCACION: Guatemala es un país analfabeta. Según el último dato disponible, el analfabetismo llega al 62o/o (11) con una matrícula en la escuela primaria, la más baja de Centro América hasta 1970, del orden del 46.9o/o, y en donde según la CEPAL de cada 100 niños que se inscriben en la escuela primaria, solamente 1 la termina (12).

La población total comprendida en este renglón no es atendida en un 53o/o en donde solamente el 17o/o de las escuelas rurales son completas, es decir, que atienden todos los grados. "Por otro lado, aún cuando la eficiencia interna del sistema (número de promovidos y número de graduados anualmente) fuera óptima, la naturaleza altamente académica de los contenidos educativos que se enseñan deja desprovistos a los estudiantes de las herramientas básicas para responder a las exigencias prácticas de la vida, aún cuando egresen del 6o. grado

de primaria.

Examinando el tipo de preguntas contenidas en los exámenes escritos a que son sometidos los estudiantes, es muy sencillo establecer que la enseñanza es primordialmente de carácter memorístico, repetitivo y de carácter académico". (13)

En la educación media, el déficit es del orden del 97.8o/o, ya que sólo el 2.2o/o de los jóvenes entre 15-20 años tienen acceso a esta etapa de la educación, debiéndose en gran parte, a que un gran porcentaje de alumnos no terminan o completan la educación primaria. De los que ingresan a esta etapa de la educación, el 43o/o se inscriben en magisterio, siendo las carreras técnicas, las del menor porcentaje.

En la educación universitaria, el panorama es el siguiente: los aprobados por año no sobrepasan el 50o/o; egresan el 15o/o de los inscritos en una determinada facultad; del total de inscritos en la universidad egresan anualmente entre el 3 y 5o/o (14). Además es ínfima la población que se inscribe en la Universidad, constituyendo por tanto, una clase privilegiada. (15)

TENENCIA DE LA TIERRA: El 72o/o de la tierra la poseen los latifundistas, cuyos productos son en su gran mayoría (95o/o) para la exportación; el 14.3o/o de la tierra es explotada por el 88o/o de los productores, además de que el 95o/o del crédito destinado al sector agropecuario es absorbido por el latifundio (8).

De la tierra apta para la producción agropecuaria, que constituye 2/3 de la extensión territorial del país, únicamente se cultiva el 30o/o (16); existen 68,700 familias sin tierra (12).

VIVIENDA: En Centroamérica, Guatemala tiene la mayor proporción de viviendas deficientes que llega hasta el 76o/o, especialmente en el medio rural en donde 8 de cada 10 son

deficientes. (12a)

SALUD: Hasta 1971, último dato disponible, se alcanzaba una tasa bruta de mortalidad más alta de Centroamérica: 13.9 x 1000 habitantes, así como la mortalidad materna más alta en el mismo período: 1.59 x 1000 habitantes (9).

Hasta 1973 (últimos datos reportados por nuestro país a la OMS y que aparecen en su reporte anual), la situación es la siguiente:

Natalidad: 44 x 1000 habitantes

Mortalidad: 9.5 x 1000 habitantes

Mortalidad Infantil: 80.8 x 1000 nacidos vivos (18)

La tasa de médicos es de 2 x 10,000 habitantes, la más baja de Centroamérica (12), de los cuales el 74o/o se encuentra concentrado en la capital (17), además de que a este sector se le dedica de Q.3.50 a Q.4.00 per cápita por año, lo que significa 1 centavo de quetzal por habitante por día (3).

INGRESOS: El mayor porcentaje de los ingresos de la nación (63o/o) se distribuye dentro del 20o/o de la población (12). Los productos tradicionales: café, algodón, banano, carne, azúcar representan el 60o/o del total de ingresos por exportación.

Todos los aspectos anteriormente enumerados se encuentran íntimamente entrelazados y son los que se tomaron como indicadores de la realidad nacional, adicionados a los cuales se investigaron aspectos médicos como las entidades nosológicas más frecuentes en nuestro medio y que tienen relación estrecha con aquellos.

HIPOTESIS:

- 1) El médico guatemalteco en general (graduados y estudiantes) tienen un conocimiento conservador de la realidad nacional.
- 2) Ese tipo de conocimiento es más frecuente en los médicos no catedráticos.
- 3) El médico catedrático y el estudiante de medicina tienen un conocimiento de tipo progresista de la realidad nacional.
- 4) El mayor porcentaje de médicos encuestados residen en la ciudad capital.

VARIABLES

En nuestro estudio consideramos variables a los estudiantes, catedráticos (médicos) y médicos no catedráticos, sin tomar en cuenta edad, sexo, religión, lugar de residencia, tiempo de graduación o de ejercicio de la profesión.

- a) ESTUDIANTE: tomamos al estudiante del 6o. grado y último de la carrera, inscrito en el ciclo lectivo de 1978 de acuerdo con los requisitos que fija el Depto. de Registro como: declaración jurada, diferentes formas, pago de cuotas, etc. y que al momento de la investigación (Septiembre a Octubre de 1978) se encuentran desarrollando su práctica de E.P.S. Rural, por considerarlo más asequibles por la vía telegráfica y por la regularidad de su contacto con la Facultad de Ciencias Médicas y con un volumen de trabajo relativamente menor que el hospitalario, que se encuentran incluidos dentro de la lista oficial de estudiantes que para el efecto elabora la dirección de Fase III.
- b) CATEDRATICOS: Se denomina así a aquellos profesionales de la medicina, específicamente, que tienen firmado contrato con la Facultad y que según el tiempo contratado denominan:

De tiempo completo

De medio tiempo

De más de medio tiempo

Profesor horario de 1, 2 ó 3 horas diarias

Titulares

Adjuntos

Auxiliares

Residentes

Extraordinarios

- c) **MEDICOS NO CATEDRATICOS:** entendemos por éstos a aquellos médicos que no tienen ningún contrato firmado con la Facultad de Ciencias Médicas como los señalados anteriormente y que se encuentran en calidad de colegiados activos, apareciendo como tales en la nómina oficial que elabora el Colegio Médico correspondiente al año 1978 sin tomar en cuenta lugar de residencia, nacionalidad, tiempo de ejercer la profesión, sexo, religión, edad, credo político, peso o talla.

MATERIAL U OBJETO A INVESTIGAR

Se investigó el conocimiento e interpretación de la realidad nacional que tiene el estudiante de medicina, catedráticos y no catedráticos durante el mes comprendido del 8 de septiembre al 8 de octubre con las cualidades arriba enumeradas y de los no catedráticos se obtuvieron de la lista oficial de colegiados activos publicada en el diario Imparcial el día 28 de agosto de 1978 y que al momento de la misma ejercen su profesión en cualquier lugar del territorio nacional.

Considera como tal el universo de trabajo se procedió a sacar una muestra representativa del mismo, por medio de la técnica estadística del azar sistematizado, escogiéndose 1 de cada 10 de los estudiantes que en ese momento realizaban su E.P.S. Rural en la lista oficial que publica la Fase III, los catedráticos se escogieron de la familia oficial de pagos correspondientes al mes de agosto de 1978 y los médicos no catedráticos como ya señalamos con anterioridad. Esta muestra alcanzó un total de 370 individuos, de los cuales 15 (4o/o) se encontraban en el extranjero en ese momento, por lo que no se investigaron quedando de esta manera reducida la muestra a 355 sujetos.

TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS

A estos individuos escogidos se les envió por la vía postal y con franquicia proporcionada por la Facultad de Ciencias Médicas, un cuestionario especialmente formulado para el efecto, que contiene 20 ítems que evalúan indicadores como población, educación, vivienda, tenencia de la tierra y salud con otros 20 ítems de contenido médico-social, dándose 2 alternativas correspondientes a respectivas tendencias ideológicas que didáctica y arbitrariamente definimos como CONSERVADORAS y PROGRESISTA, de acuerdo con las características que señalamos en la discusión de este trabajo, y 2 alternativas en las que se evaluaba el interés que la encuesta despertó en el sujeto de la investigación, representadas por No sé y No me interesa.

Se dió un tiempo de espera de 1 mes calendario, exacto, a partir de la fecha en que enviaron las pruebas (8 de septiembre) que se recibieron en la Fase II de la Facultad.

Las respuestas se calificaron dándole 2.5 puntos de valor a cada una, agrupándose a las mismas en una u otra tendencia ideológica, definiéndose a un sujeto con interpretación conservadora de la realidad nacional si el punteo alcanzado era de 60 ó más en las alternativas pertenecientes a esa tendencia ideológica, procediéndose de la misma manera para clasificarla como progresista, indiferente o si no sabía lo que se le preguntaba. En el cuestionario en cuestión que se acompaña, se identifican las respuestas progresistas con un asterisco (*) siendo la otra evidentemente del sector conservador.

Algunos ítems, particularmente los de índole médico son parcialmente difíciles de agrupar por sí solos, pero si se analizan en el contexto social se agrupan relativamente fácil en uno u otro bando. En esta sección del cuestionario si hay respuestas correctas o incorrectas a la luz de los conocimientos científicos

actuales, siempre relacionados con el medio social nuestro.

Los individuos también se clasifican como NO DEFINIDOS si el total de sus respuestas se divide por igual entre las alternativas conservadoras y progresistas.

A continuación presentamos el cuestionario en mención, el cual constaba de 8 hojas mimeografiadas, con una hoja de presentación y en donde se les pedían a una dirección determinada, que como ya dijimos fué la Facultad de Ciencias Médicas, Ciudad Universitaria, Zona 12, Fase II.

A continuación encontrará un grupo de ítems. Escoja y encierre en un círculo la letra correspondiente a la cual Ud. la encuentra correcta.

- 1) Guatemala es un país rural, pues la mayoría de su población vive en esa área, especialmente en el altiplano. Respecto a esto podemos decir:
* a) Es la región donde se concentra la clase indígena desplazada de sus mejores tierras, desde la colonia.
b) Es la región más atrasada, precisamente por predominar la clase indígena
c) No me interesa
d) No sé
- 2) Respecto a la relación ladino-indígena, podemos afirmar:
a) Es la que mantiene atrasado al país, pues los indígenas son el lastre de los ladinos.
* b) Es una relación de clase, sobre la base explotador-explotado respectivamente.
c) No sé
d) No me interesa
- 3) En el altiplano viven los campesinos que emigran a la costa sur en época de cosecha. De ello podemos decir:

- a) Emigran para complementar sus ingresos, ya que no hacen producir sus tierras, por haraganería
- * b) Emigran porque sus tierras no producen lo suficiente para alimentar a su familia
- c) No sé
- d) No me interesa

- 4) El minifundio es de propiedad indígena y se concentra en el altiplano. De esto podemos decir:
a) Se debe a que es mayor la población indígena y poca la tierra
* b) Se debe a que sus mejores tierras se las arrebataron los conquistadores
c) No sé
d) No me interesa
- 5) Guatemala es un país con 62o/o de analfabetismo. Respecto a ello podemos afirmar:
a) Principalmente en el área rural porque sus habitantes están dispersos y sin ningún interés en progresar.
* b) Debido a que tienen que laborar en la agricultura para poder subsistir
c) No me interesa
d) No sé.
- 6) El 53o/o de la población no es atendida en la escuela primaria. Ello se debe a:
a) Que el país no tiene suficiente dinero para construir escuelas en toda la república.
b) No me interesa
* c) Que toda la familia está dedicada a trabajar para aumentar sus ingresos y que la enseñanza es poco práctica.
d) No sé.

- 7) En la educación media sólo se atiende al 20/o de la población de 15-20 años. Esto se debe:
- a) No sé
 - b) A que nuestra población es conformista y que espera que sus problemas sean resueltos por fuerzas sobrenaturales.
 - c) No me interesa
 - * d) A que la mayoría no termina la escuela primaria por problemas económicos familiares.
- 8) En la Universidad se inscribe una ínfima parte de la población guatemalteca. Podemos afirmar que:
- * a) Es la consecuencia de los problemas económicos que gravitan sobre la población guatemalteca.
 - b) No sé
 - c) Todos tenemos oportunidad y llegar a la Universidad quien tiene interés y capacidad.
 - d) No me interesa
- 9) El mayor porcentaje (720/o) de la tierra se encuentra en propiedad de pocas personas.
- a) Es el producto del trabajo y sacrificio de esas personas
 - b) No me interesa
 - * c) Es la consecuencia del despojo al indígena desde la época colonial.
 - d) No sé
- 10) El latifundio produce los principales productos de exportación: carne, azúcar, algodón, banano, café. Ello se debe a:
- a) No sé
 - b) No me interesa
 - * c) Que constituyen la mejor y mayor parte de tierras con vocación agrícola
 - d) Que es necesario como medio de atraer divisas al

país.

- 11) El crédito agrícola se destina en la gran mayoría (950/o) hacia el latifundio. Ello se debe a:
- * a) Que son las tierras de mayor valor por su situación y vías de comunicación, además de las relaciones que tienen sus propietarios.
 - b) Que el latifundio es rentable porque es trabajado con eficiencia
 - c) No me interesa
 - d) No sé
- 12) En Guatemala únicamente se cultiva el 300/o del total de tierras aptas para ello:
- a) Es situación afortunada al poseer esas zonas sin cultivar, como una reserva para futuras demandas.
 - b) No sé
 - c) No me interesa
 - * d) Es la base del subdesarrollo económico del país.
- 13) Guatemala tiene el mayor porcentaje de viviendas deficientes en Centroamérica:
- a) Es debido a que los bancos han desarrollado programas de vivienda para personas de medianos recursos económicos y no para la de escasos recursos.
 - * b) Es el reflejo de que en el área rural 8 de cada 10 viviendas son deficientes.
 - c) No me interesa
 - d) No sé
- 14) La tasa bruta de mortalidad en Guatemala es de 13.9 x 1000 habitantes, la más alta de Centroamérica, hasta 1971:
- a) Se debe a que nuestra población es ignorante, reacia a consultar al médico y con una higiene pésima.

- * b) Es otro derivado de la situación de explotación a que está sometida la mayoría de la población.
- c) No me interesa
- d) No sé

15) Hasta 1972, el 74o/o de los médicos residían en la capital:

- * a) Se debe a que hay mayores oportunidades económicas y que la mayoría provenía de ellas antes de graduarse.
- b) La relación se debe a que hay menor cantidad de habitantes en la capital que en el área rural.
- c) No sé
- d) No me interesa

16) De la reforma agraria podemos afirmar:

- a) Es la demagogia con la cual algunos extremistas tratan de entregar al país a intereses dudosos y crear el caso económico del mismo.
- * b) Consiste en dar tierras a campesinos sin la misma, vendida, y que produzca lo suficiente para una familia.
- c) No sé
- d) No me interesa

17) En Guatemala, el 80o/o de los niños tienen algún grado de desnutrición:

- a) Se debe al estado de ignorancia, dispersión y tradiciones familiares obsoletas
- * b) Un indicador más del subdesarrollo nacional
- c) No me interesa
- d) No sé

18) De la planificación familiar podemos decir:

- a) No me interesa
- b) Es una medida apropiada para evitar la

superpoblación nacional así coadyuvar al desarrollo nacional.

- * c) En el país no existe explosión demográfica, pues nuestros problemas provienen de la distribución de la tierra, no de la producción insuficiente de ésta.
- d) No sé

19) Para el sector salud, en 1969 se dedicaba 1 centavo de quetzal por habitante por día;

- a) Se debe a que nuestro país no tiene más dinero para ello.
- b) No sé
- * c) Es otra consecuencia del sistema económico imperante
- d) No me interesa

20) La producción del minifundio se dedica al autoconsumo o subsistencia. Podemos decir:

- a) Se debe a que de él dependen muchas personas y poca tierra
- * b) Son tierras con escasa vocación agrícola, en sitios casi inaccesibles y con ningún financiamiento.
- c) No me interesa
- d) No sé

1) Respecto a la tuberculosis podemos decir:

- a) Alcanza su mayor prevalencia en países subdesarrollados, en condiciones de hacinamiento, desnutrición, en grupos marginados.
- b) Se da en países superpoblados cuya población es ignorante, reacia a la civilización, con tradiciones absurdas.
- c) No sé
- d) No me interesa

2) En Guatemala, 60o/o de enfermos crónicos de TB no se

recuperan. Ello se debe:

- a) No se diagnostican a tiempo ni reciben tratamiento adecuado con drogas eficaces como Rifampicina, etambutol.
- b) Esencialmente la enfermedad es atacada en una dirección (quimioterapica) sin modificar las condiciones generales de vida del paciente.
- c) No me interesa
- d) No sé

3) Respecto a la detección de pacientes TB, podemos decir:

- a) La foto fluoroscopia es el método más sencillo, barato, eficaz, y con mayor cobertura dentro de la población.
- b) La baciloscopia de esputo es el método más sencillo, barato, eficaz y con mayor cobertura dentro de la población.
- c) No sé
- d) No me interesa

4) La tuberculina es una prueba intradérmica para detectar presencia o ausencia de anticuerpos al bacilo de Koch. Podemos decir:

- a) Se hace positiva cuando el paciente ha tenido contacto con el bacilo o la enfermedad, sin importar sus condiciones nutricionales.
- b) El paciente no debe estar: recibiendo esteroides, edematizado, con infecciones virales como sarampión y desnutrido.
- c) No sé
- d) No me interesa

5) De la diarrea podemos decir:

- a) Es el aumento de frecuencia, cambio en consistencia, en los hábitos de la defecación de cada individuo y se da en los grupos sociales

marginados, la mayoría de veces.

- b) Es el aumento de frecuencia, cambio en los hábitos de la defecación de cada individuo y se da en la población en general.
- c) No sé
- d) No me interesa

6) En 1969 se dió en Guatemala una epidemia de Shigelosis con mortalidad aproximada de 10,000 personas. Las probables causas de ello fueron:

- a) Intensa contaminación del agua, deficiente saneamiento ambiental, mal estado general de los pacientes, alta virulencia del agente.
- b) Ondas cálidas, sequía, portadores sanos abundantes.
- c) No sé
- d) No me interesa

7) En nuestro medio se observa una gran asociación entre diarrea crónica y desnutrición. Podemos afirmar:

- a) Se debe a que los niños denutridos son más susceptibles a las infecciones repetidas.
- b) Se debe a hipertrofia de vellosidades intestinales causadas por la desnutrición.
- c) No me interesa
- d) No sé

8) De los casos de diarrea, únicamente en el 20o/o se aíslan organismos patógenos. Podemos afirmar:

- a) Que la diarrea es un mecanismo de defensa, cuya etiología aún permanece oscura en la mayoría de los casos.
- b) Los enteropatógenos son más frecuentes en los desnutridos.
- c) No me interesa
- d) No sé

- 9) El parasitismo intestinal es un problema nacional. El tratamiento:
- a) Administración masiva de antiparasitarios a la población en general y un plan educacional apropiado.
 - b) Mejoramiento de las condiciones generales de vida con tratamiento de antiparasitarios a la población afectada.
 - c) No sé
 - d) No me interesa
- 10) Respecto al tratamiento de la diarrea podemos decir:
- a) Es sintomático la mayoría de los casos, siendo de gran utilidad los antidiarreicos y líquidos a tolerar.
 - b) Es sintomático en la mayoría de los casos, líquidos a tolerar con antidiarreicos según criterio del clínico.
 - c) No me interesa
 - d) No sé
- 11) Respecto al vector del padulismo podemos afirmar:
- a) Están reconocidos como tales únicamente el *Anopheles albimanus*, el *A. pseudopunctipennis* y el *A. darlingi*
 - b) Están reconocidos como tales el *A. albimanus*, *A. vestitipennis*, y *A. punctimacula*.
 - c) No sé
 - d) No me interesa
- 12) El 74o/o del territorio nacional se considera como área malárica. Ello se debe a:
- a) La presencia de colecciones de agua, poco profundas, sombreadas y que los anofelinos prefieren la sangre humana como alimento.
 - b) La presencia de colecciones de agua, poco profundas, sombreadas y que los anofelinos se

- alimentan de sangre humana y animal.
 - c) No sé
 - d) No me interesa
- 13) La enfermedad de Robles es endémica en el país. Su tratamiento básicamente se ha orientado a la desnodulización. Para erradicarla se necesitaría:
- a) Desnodulización, suministro de Hetrazán o Antripol (Suramina) a la población en masa acompañado del rociamiento de insecticidas.
 - b) Desnodulización, tratamiento con Hetrazan o Suranima a los afectados y mejoramiento del saneamiento ambiental.
 - c) No me interesa
 - d) No sé
- 14) Las enfermedades metaxénicas, transmitidas por artrópodos, son importantes como entidades nosológicas porque:
- a) Disminuyen la fuerza de trabajo, la productividad y atacan a los sectores sociales económicamente marginados.
 - b) Son las principales causantes del subdesarrollo económico nacional
 - c) No sé
 - d) No me interesa
- 15) Respecto al tratamiento médico de la desnutrición, podemos decir:
- a) Se prefiere ambulatorio a hospitalario, salvo cuando existe patología concomitante, debe suministrarse profilaxis con antibióticos y vitaminas.
 - b) Se prefiere ambulatorio a hospitalario, salvo patología concomitante, no se da profilaxis con antibióticos y solamente vitamina A.
 - c) No sé
 - d) No me interesa

- 16) De las transfusiones en el desnutrido podemos decir:
- a) Son útiles para mejorar el estado general y ayudar a la recuperación nutricional más pronto.
 - b) No son útiles pues la hemoglobina del desnutrido está adecuada a las demandas de oxígeno de sus tejidos.
 - c) No sé
 - d) No me interesa
- 17) El tratamiento integral de la desnutrición como problema nacional implicaría:
- a) Aumentar coberturas de programas materno-infantiles, la producción y disponibilidad de Incaparina, control de enfermedades transmisibles.
 - b) Medidas económico-sociales y no exclusivamente médicas
 - c) No sé
 - d) No me interesa
- 18) Es de todos conocidos que el niño desnutrido tiene una alta incidencia de infecciones. Probablemente un factor importante para ello es:
- a) Depresión severa del mecanismo de inmunidad celular
 - b) Depresión severa del mecanismo de inmunidad humoral
 - c) No sé
 - d) No me interesa
- 19) Del papel de los visitantes médicos podemos decir:
- a) Son personas importantes para mantener informado al médico de los últimos adelantos en materia farmacológica y terapéutica.
 - b) Son agentes vendedores de sus respectivas productoras.

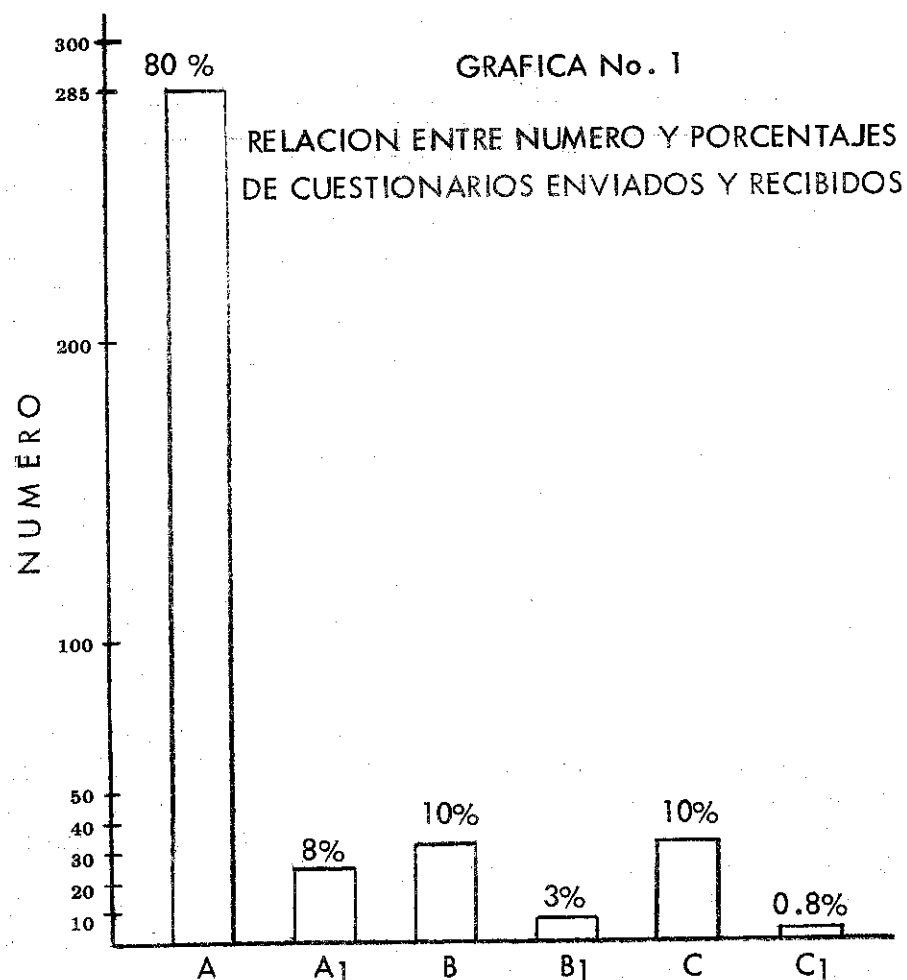
- c) No sé
 - d) No me interesa
- 20) Las 3 principales causas de muerte en nuestro país son: enfermedades gastrointestinales, respiratorias e infecciosas, con la desnutrición como sustrato. Podemos decir:
- a) Son producto de la gran cantidad de población rural, en malas condiciones ambientales de saneamiento y son las causas del subdesarrollo económico del país.
 - b) Son indicadores de la situación general del subdesarrollo del país
 - c) No me interesa
 - d) No sé

RESULTADOS

Se enviaron 355 cuestionarios, de los cuales al cerrarse por razones metodológicas la recepción de los mismos el 8 de octubre, de 1978 a las 16 hrs. se tenían 42 lo que representa el 11.8o/o del total, distribuido de la manera siguiente: 3 (0.8o/o) pertenecientes a estudiantes en E.P.S. Rural; 11 (3o/o) a médicos catedráticos y 28 (8o/o) a médicos no catedráticos (Ver gráfica No. 1).

El 90o/o (38) pertenecen al sexo masculino y el 10o/o (4) al femenino; la localización de la vivienda se encontró así: E.P.S. por la naturaleza de la práctica, el 100o/o en el área rural, así como el 7o/o (2) de los médicos no catedráticos; mientras el 100o/o de médicos catedráticos (11) y el 93o/o de los no catedráticos (26) en la ciudad capital. Es decir que del total de individuos estudiados el 95o/o (40) residen en la capital.

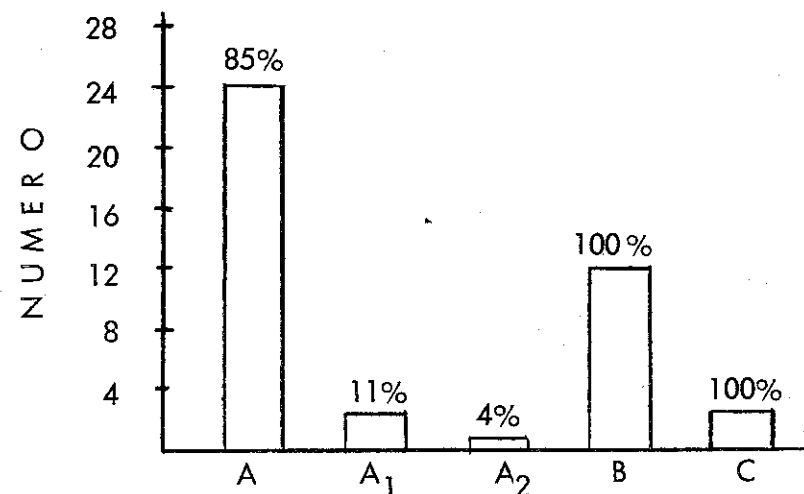
Es interesante señalar que el 55o/o (20) de los médicos han egresado durante los últimos 9 años y el 45o/o (18) antes de ese tiempo (1969) que fué cuando se produjo el cambio de orientación en los objetivos y plan de estudios de nuestra facultad; 79o/o de no catedráticos antes de la reforma. En lo que se refiere a la clasificación ideológica manifestada a través de la prueba, se encontró de la siguiente manera: el 100o/o de los estudiantes y los médicos catedráticos se agrupan dentro de los PROGRESISTAS, así como el 85o/o de los no catedráticos, mientras el 11o/o de estos últimos caen dentro de los CONSERVADORES, y el 4o/o (1) NO se pudo definir por cuanto el cuestionario fué retornado a la Fase II de la Facultad sin haber sido llenado por no haberse encontrado al destinatario en la dirección señalada en el sobre. Es decir, que de todos los investigados el 93o/o (38) tiene una concepción progresista de la realidad nacional. (Ver gráfica No. 2).



Las letras mayúsculas sin número pertenecen a: A = médicos No Catedráticos. B = Médicos Catedráticos y C = estudiantes, a quienes se les envió temarios.

Las letras mayúsculas con numeral pertenecen a: A₁ = Médicos no Catedráticos. B₁ = Médicos Catedráticos y C₁ = estudiantes de quienes se recibió el temario contestado.

GRAFICA No. 2
**NUMERO Y PORCENTAJE DE INDIVIDUOS
CONSERVADORES Y PROGRESISTAS**



Las letras mayúsculas sin número pertenecen a: A = Médicos No Catedráticos. B = Médicos Catedráticos y C = estudiantes de tendencia PROGRESISTA.

A₁ = Médicos No Catedráticos de tendencia CONSERVADORA
A₂ = Médicos No Catedráticos NO CLASIFICADOS (Ver texto)

En este mismo orden de ideas, la mayor cantidad de cuestionarios recibidos perteneció al sector de catedráticos, con el 29o/o (11) de todos los enviados para este grupo, por el otro lado los estudiantes fueron los que menos respondieron con apenas el 8o/o de todos los destinados para ellos (35). De los médicos no catedráticos contestaron la prueba el 10o/o de ellos.

Sobre la parte médica del cuestionario, la respondieron adecuadamente el 100o/o de los estudiantes, el 91o/o (10) de los catedráticos y el 90o/o (25) de los no catedráticos.

La sección con mayor número de respuestas equivocadas fué la referente al paludismo que registró un porcentaje del 10o/o en los catedráticos (1) y el 25o/o (7) de los no catedráticos y el 33.3o/o (1) de los estudiantes, principalmente en lo referente a los vectores del paludismo reconocidos en el país y a los hábitos de alimentación del mismo. En la parte correspondiente a TB fué donde se encontró el menor número de respuestas equivocadas, ya que solamente el 5o/o (1) de los médicos no catedráticos respondieron erróneamente lo referente al método más sencillo y eficaz de su detección, mientras todos los estudiantes y catedráticos lo hicieron correctamente.

Se encontró un consenso casi unánime de los encuestados sobre el papel que cumplen los visitadores médicos como agentes vendedores de sus respectivas casas farmacéuticas. Lo mismo sucedió en lo tocante a la planificación familiar, ya que solamente el 10o/o (3) de los no catedráticos la indicaron como una medida adecuada para el desarrollo del país. como un agregado final a la clasificación de los 3 médicos no catedráticos como conservadores, debe señalarse que 2 de ellos egresaron antes de la reforma del programa de estudios y 1 después de ella.

Con excepción del temario que no se encontro su destinatario, NO se recibió ninguno que pudiese clasificarse dentro de las tendencias ideológicas definidas, sea porque sus respuestas

fuesen No sé o No me interesa.

ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Como es fácil observar en el cuestionario, las alternativas que se consideran para la interpretación de la realidad nacional son diametralmente opuestas, que por facilidad didáctica y arbitrariamente señalamos como conservadora y progresista, ya que en la literatura se encuentran múltiples nombres para ellas como reaccionaria y revolucionaria, de izquierda y de derecha, etc., pero preferimos la primera de ellas por considerar que dentro de un sistema se trata de conservarlo o de cuestionarlo.

La primera de esas tendencias, conservadora, es la que explica la realidad nacional como un hecho debido, en esencia, a la superpoblación del país, especialmente rural, lo que impide que las tierras produzcan suficiente para la familia, el mercado interno y externo, con el agregado del hacinamiento, las tradiciones absurdas de la población, el desprecio por la higiene, la salud, los prejuicios sociales y la creencia en fuerzas sobrenaturales, es lo que mantiene al país en el estado en que se encuentra.

Conjugado todo lo anterior viene a ocasionar pobreza, analfabetismo, elevada morbi-mortalidad, escasa distribución del ingreso nacional con el concomitante de la disminución del poder adquisitivo y de las posibilidades de inversión y desarrollo del país.

Refiere de igual manera que los indígenas se asilaron en comunidades lejanas de los centros urbanos por complejos de inferioridad, tradiciones obsoletas y su muy particular forma de vida; la ignorancia es la causante de que tengan pésimas condiciones alimentarias, de vivienda, de consumo, por lo que son responsables de su situación, rechazando además, la higiene, salud, etc., con lo que no puede conseguirse la integración racial y territorial.

Enfoca como afortunado el hecho de disponer de

abundante tierra sin cultivar, ya que lo considera como una reserva para futuras demandas, pues los terrenos cultivados no rinden lo suficiente por lo que es necesario incrementar su productividad; la educación es un rubro muy difícil de cubrir debido al gran esfuerzo económico que representaría poner una escuela en cada comunidad, las que también se encuentran muy dispersas y aisladas.

El minifundio del altiplano del país es incapaz de producir suficiente para el mercado local debido a que su población es ignorante, con escasos recursos naturales, deficiente poder de compra ya que necesitan una estricta tutela. Atribuye el progreso económico del latifundio a su mejor organización agrícola por lo que son cultivados eficientemente y aceptados en forma fácil como garantía por parte de los bancos del sistema. El deficiente estado de las viviendas se debe a que los bancos han desarrollado solo programas de vivienda para los sectores que económicamente le pueden pagar, relegando al olvido a los marginados económicos. Ve la planificación familiar, entendida como la limitación del número de hijos que una pareja pueda sostener adecuadamente como una medida que coadyuva al desarrollo económico nacional y exalta la libertad de movilización que existe en el país cuando se refiere a las emigraciones de poblaciones periódicamente del altiplano hacia la costa.

RESUMIENDO: La problemática nacional descansa sobre la superpoblación en el área rural, la ignorancia, la dispersión, tradiciones ancestrales obsoletas, con desprecio por la civilización y cuya solución radica en evitar que siga aumentando la población con medidas como la planificación familiar y realizar la integración racial y territorial entendida como la latinización del indígena, así como el incremento en la productividad de la tierra cultivada.

Por el otro lado tenemos la tendencia denominada progresista que explica la realidad nacional de la siguiente forma:

Como la consecuencia del proceso de conquista, colonización y despojo a que fué sometido el indígena por parte del invasor en el momento de producirse esos fenómenos y luego que se han mantenido y agudizado. En esta forma el invasor despojó de los mejores productos a las tierras ocupadas: tierras, hombres, minerales, etc. tomando las mejores tierras con vocación agrícola, con riego, planas, de fácil acceso, relegando al conquistado a las laderas de montañas y volcanes, con escasa vocación agrícola, escasas o nulas vías de comunicación, es decir el hoy altiplano de la república.

Así las obras de infraestructura física se destinan a mejorar y aumentar el acceso a esas tierras que se localizan en el suroccidente por lo que aparecen los ferrocarriles y carreteras, lo que a su vez condiciona un aumento en la plusvalía de la tierra y por tanto se les destina la mayor parte del crédito agrícola.

El minifundio, como zona de refugio del indígena, se dedica a labores de subsistencia produciendo para el autoconsumo y complementando los ingresos con artesanías, tejido de textiles, comercio, etc., todo ello en pequeña escala y la migración hacia la costa en época de cosecha del latifundio (café, algodón, caña de azúcar, etc.).

Como son necesarias más manos de obra, que no sean asalariadas, que contribuyan al sostenimiento de la familia mediante el cultivo de las parcelas y actividades arriba descritas, los hijos vienen a constituir una especie de inversión y como se enfrentan con un ambiente hospital, con alta prevalencia de enfermedades endémicas, hacinamiento, escasa atención sanitaria, etc., son muy pocas las probabilidades que tiene cada niño al nacer, las que se incrementan con el aumento del número de ellos, se constituyen de esta manera las familias numerosas.

RESUMIENDO: La problemática nacional se encuentra

enraizada en la situación de explotación y marginación que se hizo objeto a la población existente en el continente en el momento de la conquista, se crea un sistema latifundista-minifundista el cual es el responsable de la denutrición, el hacinamiento, la elevada morbi-mortalidad, etc. Propone como solución la ruptura de ese sistema mediante un cambio estructural radical que se base en una reforma agraria que reparta la tierra sin cultivar, con vocación agrícola, a los campesinos que no la posean, vendida y que debe producir lo suficiente para una familia con la correspondiente atención crediticia, liberando así de la explotación a que ha sido sometida la población durante 4 siglos y medio.

En lo referente a la sección médico social del cuestionario, se encuentran alternativas relacionadas con el conocimiento científico actual de la medicina y la aparición de las entidades nosológicas más frecuentes en nuestro medio como la TB, diarrea, enfermedades metaxénicas y la desnutrición.

Sabemos actualmente que la TB alcanza su mayor prevalencia en países subdesarrollados, en condiciones de hacinamiento, desnutrición en los grupos económicos marginados, debiéndose a ello que el 60o/o de los enfermos crónicos de TB en nuestro país no se recuperen puesto que el problema se ataca únicamente por la quimioterapia, sin modificación de las condiciones generales de vida del huésped, empleando para el mismo objetivo métodos poco adecuados para su detección (19).

De la diarrea sabemos que es el aumento de la frecuencia, cambios en la consistencia, en hábitos de defecación de cada individuo y que se da las más de las veces (20). El parasitismo intestinal como problema nacional implica el tomar medidas de mejoramiento de condiciones generales de vida, tratamiento con antiparasitarios a la población afectada (21).

Respecto a la epidemia de Shigellosis que se produjo en el

país en el año de 1969 y que tuvo una mortalidad aproximada de 10,000 personas se señalan como probables causas de ello a la intensa contaminación del agua, el mal estado general de los pacientes, la deficiente condición del saneamiento ambiental y alta virulencia del agente (22).

Se atribuye la asociación de diarrea crónica y desnutrición a la hipotrofia de las vellosidades intestinales debidas a la segunda. (23)

El tratamiento de la diarrea es sintomático la mayoría de las veces, con líquidos a tolerar si existe deshidratación y es uso de antidiarreicos es discutible (24).

El 74o/o de la superficie del país está considerada como área malárica debido a la presencia de abundantes colecciones de agua poco profunda, sombreadas y que los anofelinos se alimentan tanto de sangre humana como de animal, estando reconocidos en nuestro país como vectores de esta los *Anopheles albimanus*, *A. pseudopunctipennis* y el *A. darlingi* (25), residiendo la importancia de las enfermedades metaxénicas en que disminuyen la fuerza de trabajo, la productividad y porque atacan a sectores económicamente marginados (26). La desnodulización, el mejoramiento del saneamiento ambiental y administración de medicamentos como Hetrazán o Antripol a los afectados son necesarios como medidas para erradicar la Enfermedad de Robles (27 y 28).

El tratamiento integral de la desnutrición implica medidas económico-sociales y no solamente médicas, aunque en estas últimas se prefiere tratar al paciente ambulatorio, salvo patología concomitante, solamente se administra Vitamina A durante la fase aguda de la enfermedad y si existen infecciones se trata con antibióticos; las transfusiones deben reservarse para el shock hipovolémico, ya que es práctica errónea el administrar transfusiones para mejorar el estado general del paciente, pues la

Hb del desnutrido se encuentra adecuada a sus demandas tisulares de O_2 (29 y 30). Un mecanismo inmunológico severamente deprimido en el niño desnutrido es la inmunidad humoral expresada como hipersensibilidad retardada. (31)

Los visitantes médicos desempeñan el papel de vendedores ambulantes de sus respectivas casas farmacéuticas (32).

Respecto de cuestionarios recibidos el 12o/o coincide con trabajos realizados un tanto diferentes en esta misma Universidad (33), en donde el volumen de respuestas han llegado al 10o/o, lo que ha sido atribuido al poco interés que los profesionales encuestados han manifestado, ya que este tipo de trabajo señalado se ha hecho sobre situaciones que representan beneficio económico para los estudiados.

Al tomar como parámetros para calificar a una persona de conservadora o progresista, los de población, vivienda, educación, salud, lo hice conciente de que moviéndonos como lo hacemos en un tipo de economía de la orbita capitalista, el sistema emplea todos los medios de comunicación de masas para explicar a su manera la situación que se vive en el país, por lo que los habitantes de estos países viven inmersos en un mundo de constantes explicaciones y repeticiones hasta hacérselas sentir como propias, lo que viene a representar la gran mayoría de las personas. Crea una escala de valores con la que los individuos se identifican hasta hacerlos idealizar el bienestar personal como la mayor cantidad de bienes de consumo que cada uno posea como una manera de ese sistema de mantenerse y conservarse. Según el grado en que cada persona tenga acceso a esos medios de comunicación masivos así será el afán de superación económica y su mayor tendencia a mantener ese sistema. Es por ello que a este tipo de personas las denominamos como conservadoras.

Por otro lado las personas progresistas, son aquellas que viviendo en los mismos países capitalistas reciben la información

por los mismos canales citados, los someten a crítica y sacan sus propias explicaciones, dándose cuenta que las proporcionadas por el sistema son superficiales, sin llegar al fondo por lo que en primera intención son aceptables, pero no así tras un examen minucioso. Estos individuos pueden o no tener un elevado grado de instrucción, aunque si el hecho de tener acceso a ciertas fuentes de información es un privilegio en países en estado de dependencia cultural e intelectual, en los que se utiliza la ignorancia como medio de explotación e insubordinación. Frecuentemente encuentran otras explicaciones más congruentes con la realidad y según su grado de concientización difunden sus ideas con el fin de promover cambios, algunas veces reformistas, otras radicales. Es a estos individuos a los que en el contexto del cuestionario y el trabajo les denomino Progresistas.

Ahora bien, en individuos en quienes han tenido acceso a educación superior, en donde las ideas proliferan, de distintas tendencias, es de esperarse que el sentido crítico se agudize para no perderse en ellas y en donde en teoría los individuos más difíciles de convencer con argumentos falaces, dependiendo claro, de su compromiso con el sistema económico imperante, ya que cada uno tiende a defender sus posesiones, más aún las de tipo económico, desde vehículo hasta fábricas o industrias.

Ampliando el asunto anterior, se encuentra que no existe correlación entre el tiempo de haber egresado de la Facultad de Medicina, la posición ideológica, que como indicamos ya, se encuentra la abrumadora mayoría dentro de los denominados progresistas y el cambio de orientación de los programas de la misma, pues siendo el número de médicos casi idénticos antes de 1969 en que se inició el programa y los egresados después de ella, en la que los currícula han integrado nuevas orientaciones como la sociología, economía, etc., se esperaría que los primeros tuvieran pocos conocimientos de ciertos fenómenos económico-sociales que se evalúan en el presente estudio o lo que es más importante que fueran conservadores por haber sido

formados y ya absorbidos prácticamente por el sistema.

Este trabajo no pretende demostrar lo correcto o incorrecto de una determinada postura, pues siendo la actuación de todo hombre producto de su ideología y siendo analizada dentro del contexto social en que nos movemos, se vé que es una relación dialéctica, es decir, contradictoria y por lo mismo, generadora de polémica, lo que escapa al contenido y propósitos de este estudio. Existen cifras para explicar la situación del país, cada persona las maneja de acuerdo a sus ideología y compromisos y de acuerdo con los mismos actúa o deja de hacerlo.

Desde el punto de vista del autor, es satisfactorio que el profesional y estudiante universitario (al menos los resultados expuestos en este trabajo lo demuestran) tengan un punto de vista, ya no digamos progresista, sino, lo que es más importante, DIFERENTE del que frecuentemente se le trata de inculcar en su vida cotidiana, hablando en favor del papel de la Universidad como formadora del sentido crítico de la nación y como formadora de las personas que mejor pueden dirigir a la misma.

Al introducir dentro del temario preguntas de índole médico se hizo con el objeto de despertar interés en el médico y el estudiante en un documento extraño y en el cual no se pretendía saturar con cuestiones que no son de su conocimiento directo y no con el fin de evaluar cuanto sabía o no un determinado grupo de personas.

Me daré por satisfecho si este cuestionario despertó inquietud en alguno de leer o repasar algún tema que, por la naturaleza de su trabajo, haya olvidado y que al responder al mismo lo haya hecho luego de haber consultado algún libro o revista, ya que como repito, no era intencional el averiguar cuanto se sabía de determinada materia, sino la interpretación que se le daba a las situaciones expuestas, pues no despierta el mismo

interés algo que manejamos y nos gusta como los temas médicos con algo tan disímil, pero relacionado, como las cuestiones socio-económicas.

Es necesario señalar que aparte del trabajo citado con anterioridad, no se encontró ningún otro con el cual poder realizar comparaciones de resultados.

CONCLUSIONES

- 1) El volumen de respuestas obtenidos coincide con el esperado.
- 2) La gran mayoría de individuos estudiados tiene una interpretación progresista de la realidad nacional (90o/o).
- 3) Dentro de esta tendencia ideológica se encuentran todos los estudiantes, médicos catedráticos y la gran mayoría de no catedráticos estudiados (86o/o)
- 4) La escasa minoría tiene una interpretación conservadora de esa realidad y en su totalidad pertenecen a los médicos desligados de la docencia universitaria.
- 5) El mayor volumen de respuestas obtenidas perteneció al sector de los catedráticos (30o/o).
- 6) El menor volumen de cuestionarios pertenece al sector de los estudiantes en Ejercicio Profesional Supervisado Rural.
- 7) La mayor parte de personas investigadas tienen un conocimiento científico adecuado de las entidades nosológicas frecuentes en nuestro medio como la TB, diarrea, enfermedades metaxénicas y desnutrición (98o/o).
- 8) De las entidades arriba mencionadas, el menor número de respuestas equivocadas correspondió a TB con 5o/o (1) y se encontró dentro de los médicos no catedráticos.
- 9) Las enfermedades metaxénicas acusaron el mayor número de respuestas equivocadas (10o/o) y se encontraron en el sector antes mencionado y estudiantes.

- 10) La gran mayoría indica que en nuestro país no hay problema de superpoblación sino de distribución de la tierra.
- 11) El sexo masculino fué predominante en este estudio. (90o/o)
- 12) La gran mayoría de encuestados residen en la CAPITAL.
- 13) No se encontró relación entre el cambio de orientación del plan de estudio de la facultad y la concepción que el médico tiene de la realidad nacional.

RECOMENDACIONES

- 1) La Facultad de Ciencias Médicas debe considerar la realización de una evaluación de los logros obtenidos con el cambio en los objetivos, metodología y currícula de la misma.

REFERENCIAS

- 1) Sánchez, V., Angel: EL MODO DE PRODUCCION DE MEDICOS EN UNA SOCIEDAD DEPENDIENTE. Tesis de graduación. Guatemala, 1974, p. 143.
- 2) Ibid, p. 103
- 3) De Albuquerque, Hesio y col: LOS DETERMINANTES DE LA PRODUCCION Y DISTRIBUCION DE LA ENFERMEDAD. En MEDICINA: Economía y Política. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales. UNAM. Mimeografiado con fines docentes, Fase II, p. 5, Guatemala, 1978.
- 4) Morataya, Albertina. LA SALUD: FACTOR INDISPENSABLE PARA LA CULTURA Y BIENESTAR SOCIAL. Tesis. p. 67 Guatemala, 1962.
- 5) DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA. Real Academia Española, Ed. Espasa-Calpe, 19 Ed. p. 1424, Madrid, 1970.
- 6) Ibid, p. 1008
- 7) Sánchez, Angel. Op. cit. p. 24
- 8) Guzmán B., Carlos y Herbert, Jean Loup: GUATEMALA: UNA INTERPRETACION HISTORIO-SOCIAL. Ed. Siglo XXI, 1a. Ed, p. 205. México, 1970.
- 9) Lambert, Jacques. AMERICA LATINA: ESTRUCTURAS SOCIALES E INSTITUCIONES POLITICAS. Ed. Ariel, 2a. Ed. p. 613, Barcelona, 1973.

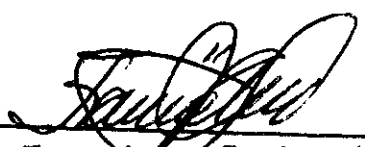
- 10) SITUACION DEL DESARROLLO ECONOMICO Y SOCIAL DE GUATEMALA. Consejo Nacional de Planificación Económica, p. 266. Guatemala, 1965.
- 11) PROGRESO ECONOMICO Y SOCIAL EN AMERICA LATINA. Informe Anual 1974. Banco Interamericano de Desarrollo. p. 534, Washington, 1974.
- 12) LAS SOCIEDADES CENTROAMERICANAS ACTUALES. Ed. José de Pineda Ibarra. p. 317. Guatemala, 1972.
- 12a) Ibid, p. 125
- 13) PLAN NACIONAL DE EDUCACION, CIENCIA Y CULTURA. 1975-79. Ministerio de Educación. Consejo Nacional de Planificación Económica. Ed. José de Pineda Ibarra. p. 174, Guatemala, 1975.
- 14) Ibid. p. 125.
- 15) Sánchez, Angel: op. cit. p. 37.
- 16) UNA POLITICA PARA EL DESARROLLO ECONOMICO DE GUATEMALA. III Congreso nacional de Economistas, Contadores Públicos y Auditores. Ed. Revista Economía, p. 386. Guatemala, 1975.
- 17) ODECA: CONSIDERACIONES ACERCA DE UNA POLITICA CENTROAMERICANA EN SALUD PUBLICA. Citado en Sánchez, Angel: Op. cit. p. 24.
- 18) INFORME ANUAL DEL DIRECTOR OPS-OMS. p. 1876. Washington, 1974.
- 19) TUBERCULOSIS: Programa de Estudio. Facultad de CC.MM. Mimeografiado., p. 2. Guatemala, 1975. Fase II.

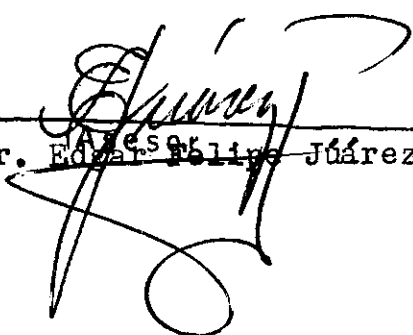
- 20) Berganza, Carlos y col: SIGNIFICACION DE LOS VIRUS EN LA ETIOLOGIA DE LA DIARREA. Rev. del Col. Med. Guatemala, 1:19, p. 24 Marzo, 1968.
- 21) Palomo, Francisco & Egan, Marie: PREVALENCIA DE PARASITOS INTESTINALES EN UNA REGION RURAL DE GUATEMALA, Rev. del Col. Med. Guatemala, 1:24, p. 21, Marzo, 1973.
- 22) Mata, Leonardo y col: INFORME SOBRE LA EPIDEMIA DE DISENTERIA SHIGA EN GUATEMALA. Rev. del Cold. Med., Guatemala, 1:22, p. 7, Marzo, 1971.
- 23) Viteri, Fernando & Alvarado, Jorge: ASPECTOS FISIOPATOLOGICOS Y RESPUESTAS ADAPTATIVAS EN LA DESNUTRICION CALORICA Y EN LA DESNUTRICION PROTEINICA. Rev. del Col. Med., Guatemala, 4:21, p. 213, Dic., 1970.
- 24) Diarrea. Programa de Estudio. Facultad de CC. MM. Mimeografiado, p. 1. Guatemala, 1974, Fase II.
- 25) Godoy, Héctor: ASPECTOS IMPORTANTES DE LA MALARIA EN GUATEMALA. Facultad CC.MM. Mimeografiado, p. 11. 1974.
- 26) Quan, Julio: METAXENICAS Y ECONOMIA NACIONAL. Facultad CC.MM. Mimeografiado, p. 3, Guatemala, 1975. Fase II.
- 27) García B., Conrado & Figueroa M., Horacio: ESTADO ACTUAL DE LA ENFERMEDAD DE ROBLES. Rev. del Col. Med., Guatemala, 1:21 pp. 52, 57, Marzo, 1970.
- 28) Figueroa M., Horacio: ENFERMEDAD DE ROBLES. Rev. del Col. Med., Guatemala, 4:20, pp. 227, 231, Dic., 1969.

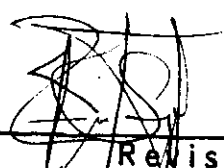
- 29) Alvarado, Jorge & col: TRATAMIENTO HOSPITALARIO DE LA DESNUTRICION PROTEINICO-CALORICA SEVERA. Rev. del Col. Med., Guatemala, 4:21, pp. 235, 237 y 238, Dic., 1970.
- 30) Torún, Benjamín & Viteri, Fernando: TRATAMIENTO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS CON DESNUTRICION PROTEINICA-ENERGETICA SEVERA. Rev. del Col. Med., Guatemala, 3-4:27, p. 49, Sept-Dic., 1976.
- 31) Maselli, Roberto: INMUNIDAD CELULAR EN EL NIÑO DESNUTRIDO. Rev. del Col. Med., Guatemala, 3:25, pp. 76, 80, Sept., 1974.
- 32) BUrack, Richard: Recetar, Harvard Medical Alumni Bulletin. Trad. por Dr. Carlos Berganza, Facc. CC.MM. Fase II, p. 4, 1975.
- 33) Rodríguez, Roberto: Comunicación personal del autor.

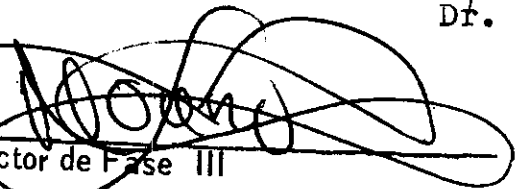
BIBLIOGRAFIA

- 1) Luna A., Ronaldo: EL PORQUE DEL CAMBIO EN LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE GUATEMALA Y EN QUE CONSISTE. Rev. del. Col. Med., 2:20., Guatemala, Junio de 1969, p. 115.
- 2) Luna A., Ronaldo: FILOSOFIA Y OBJETIVOS DE LA ENSEÑANZA DE LAS PROFESIONES DE LA SALUD PARA GUATEMALA., Rev. del Col. Med., 1:20, Guatemala, Marzo de 1969, p. 50.
- 3) Aguilar L., Juan Rodolfo: ALIMENTACION MEJOR PARA UN MUNDO MAS SANO. Rev. del Col. Med., 1:25, Guatemala, Marzo de 1974 p. 9.
- 4) Gehlert Mata, Carlos: ENCUESTA DE OPINION Y ACTITUDES DE LIDERES NACIONALES SOBRE EL PROBLEMA DEMOGRAFICO Y LA REGULACION DE LA NATALIDAD. Rev. del Col. Med., 1:21, Guatemala, Marzo de 1970, p. 31
- 5) Gehlert Mata, Carlos: CONDICIONAMIENTOS SOCIO-CULTURALES DE LA FECUNDIDAD EN LOS GRUPOS MARGINALES EN GUATEMALA. Rev. del Col. Med., 4:22, Guatemala, Diciembre de 1971, p. 293.


Br: Francisco Javier Ardón Palencia

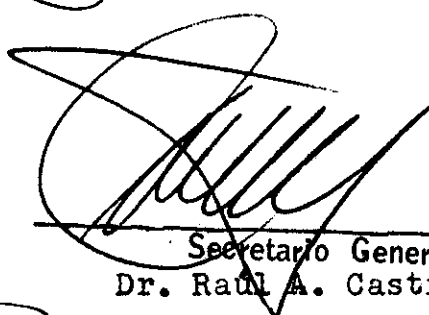

Dr. Edgar Felipe Juárez P.


Revisor
Dr. Ramiro Samayoa Ruiz


Director de Fase III

Julio De León M.

Vo.Bo.


Secretario General
Dr. Raul A. Castillo R.


Decano

Dr. Rolando Castillo Montalvo