

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

MEDICINA SOCIAL  
y  
EDUCACION MEDICA

T e s i s

Presentada a la Junta Directiva de la Facultad de  
Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos  
de Guatemala.

Por:

LUIS ROBERTO PORTILLO MARTINEZ

en el acto de investidura de

MEDICO y CIRUJANO

## PLAN DE TESIS

1. INTRODUCCION.
2. HIPOTESIS.
3. OBJETIVOS DE TESIS.
4. MATERIALES Y METODO UTILIZADO EN LA INVESTIGACION.
5. DESARROLLO:

### A- Medicina Social:

- Desarrollo histórico.
- Ideología y Medicina.
- Enfermedad y clase socioeconómica.
- La metodología social y el problema Salud-Enfermedad.

### B- Guatemala:

- Breve resumen de la realidad histórica de Guatemala.
- El modo de producción guatemalteco.
- La lucha de clases en Guatemala.
- Resumen de la situación de salud de Guatemala.

### C- La Facultad de Ciencias Médicas de la USAC:

- Resumen de su desarrollo histórico.
- Resumen del cambio de Curriculum (historia).
- Los fundamentos dialéctico -materialista de las Unidades Integradas.
- Evolución y desarrollo de las Unidades Integradas.

### D- El Curriculum:

- Objetivos Generales de la Facultad de Ciencias Médicas y Objetivos Generales de las Fases I, II y III.
- Cuadros esquemáticos (1-10) en los cuales se resumen los contenidos generales y específicos de las Fases I, II, III y otros aspectos importantes del Curriculum.

## 6. ANALISIS GENERAL,

CONCLUSIONES.  
RECOMENDACIONES.  
BIBLIOGRAFIA.

## INTRODUCCION.

Dice un refrán popular que "El color de las cosas depende del vidrio con el cual se vean" o algo así. Lo cierto es que extendiendo esta filosofía popular a la medicina cuando se trata de explicar las causas de la salud y de la enfermedad, nos damos cuenta también que éstas se analizan de diferentes modos, dependiendo de la filosofía que sustente el método con el cual se estudie dicha problemática.

Ya desde tiempos antiguos se tenía el concepto de que las condiciones ambientales influyen sobre la salud y provocan enfermedad en las personas, aunque muchas creían que salud y enfermedad no eran más que dones del cielo que se le otorgaban a los buenos y a los malos respectivamente. Pero, a medida que la ciencia se fue desarrollando, estos conceptos no tuvieron fundamentos en que sostenerse y así muchos otros cayeron en descrédito. A mediados del siglo pasado habían dos tendencias claramente definidas para explicar estas causas. Una planteaba que en el ambiente existía "algo" (miasma) que era lo que producía la enfermedad y otros no se conformaban con la existencia de sólo este factor para explicar el origen de la enfermedad; ya que si bien el "miasma" era el que producía la enfermedad, no la explicaba del todo ya que existían muchas preguntas sin respuestas; una de ellas era: ¿Porqué las personas fuertes, ricas y felices generalmente pasan bien las epidemias y porqué las personas que tenían mala vivienda, trabajaban mucho y en malas condiciones, que vivían en condiciones sanitarias pésimas, etc., llevaban la peor parte en las epidemias?. Estas y otras interrogantes los llevó a plantearse el hecho de que si bien el "miasma" era la causa de las enfermedades (o epidemias), existían otros factores (sociales, ambientales, económicos, etc.) que potenciaban el efecto de este "miasma" de manera que producía diferentes efectos, según el grupo socioeconómico de la población. Este tipo de análisis dió origen a lo que Virchow llamó "Medicina Social".

Como veremos, Virchow y otros médicos influenciados por las ideas del materialismo dialéctico y del materialismo histórico, dieron origen a la interpretación social de la salud-enfermedad.



La interpretación dialéctico-materialista de la salud-enfermedad, plantea la interdependencia de estos fenómenos de "Todos" los fenómenos del universo, pues dialécticamente no se puede concebir un problema real que esté separado de los demás fenómenos del mundo, ya que en ellos existe una concatenación, que los interrelaciona infinitamente. Esto es así ya que la salud-enfermedad no son entidades separadas que se manifiestan aisladamente en el mundo, sino, son unidades dialécticas contradictorias pero filosóficas y materialmente unidas, tanto entre sí, como con los demás fenómenos del mundo material ya que son parte de su realidad y se objetivizan al reflejarse en las condiciones de vida material de la sociedad, en el organismo del individuo, en su conciencia y en la conciencia del médico cuando éste las analiza y estudia.

La ignorancia de la interpretación social de la enfermedad y de que éstos tiene una historia objetiva que coincide con la historia de la sociedad en la cual se manifiestan; persistieron durante casi trescientos años en la Facultad de Ciencias Médicas de la muy noble Universidad de San Carlos de Borromeo, que no fue sino hasta la época llamada "revolucionaria" de 1944 cuando dejó sus pañales coloniales y empezó a interrogarse sobre la problemática real de nuestro país. Fue así como en la década del 60 la Facultad de Medicina empezó una convulsa y febril batalla con el objeto de renacer sus planes de estudio, sus objetivos, su filosofía y su estructura administrativa y en general su posición dentro del contexto nacional. Es así como a diez años de su "revolución" educativa, vemos que son innegables los beneficios que ha recibido el país, producto de su decidida acción de enfrentarse a la realidad nacional y, más que ninguna otra facultad de las que conforman la USAC, ha encarado la verdadera problemática de salud de Guatemala.

Resulta interesante y sumamente educativo el ver como un método puede cambiar las betustas estructuras de una vieja y elitista facultad, darle más vitalidad y decisión de encarar la verdadera realidad de la problemática de salud del país.

Esta tesis no pretende hacer un análisis del currículum de la Facultad ya que ésto sería una tarea larga y profunda que exige el esfuerzo de muchos individuos; por eso modestamente trata de analizar como el enfoque social de la problemática de la salud-enfermedad se empezó a aplicar en la enseñanza de la medicina en nuestra facultad así como su evolución histórica. Se hace ver en ella que el actual currículum está sustentado en bases dialéctico-materialistas, tema éste, que si bien se ha tratado, no se le ha dado la importancia suficiente para dejarlo claro definitivamente, así como la interpretación social de la enfermedad que está implícita en su estructura, aunque no del todo clara. Del esclarecimiento de este enfoque tratará fundamentalmente esta tesis.

Así, se inicia relatando el origen de lo que se llamó "Medicina Social" y de lo que algunos escritores modernos (de los cuales hay muchos, pero poco conocidos en nuestra medicina norteamericanizada) han escrito sobre la problemática de la salud-enfermedad y los problemas que tiene esta metodología. A continuación se resume brevemente las condiciones de salud de Guatemala dentro de un marco histórico, las cuales explican la problemática de salud actual. Por último se esboza el desarrollo histórico de la Facultad de Medicina, el de su actual currículum, el de las unidades integradas así como la filosofía que sustenta éstas. Al final se hace un análisis de todo lo relatado anteriormente, tratando de enmarcarlo en la hipótesis que inicialmente se planteó.

El meollo de la hipótesis es plantear la existencia del enfoque social de la salud-enfermedad, en el actual currículum, y que de esta manera permite un análisis científico e integral de esta problemática. Pero decir "que permite" a que así se haga, o aún más: que estudiantes, profesores y médicos graduados con este currículum, realicen una interpretación dialéctico-materialista de los problemas de salud de Guatemala y los "perciban" según esta filosofía lo demanda, hay mucha diferencia. Este estudio no está diseñado para demostrar esto último, pero puede crear esa necesidad, y espero que en el futuro se realicen estudios tendientes a determinar tales extremos, los cuales desde ya los juzgo de suma importancia y vital ne-

cesidad, para continuar con la transformación del currículum; implícita en su estructura y filosofía.

## HIPOTESIS.

"El actual currículum de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala" está diseñado para permitir a estudiantes, profesores y médicos graduados en estudio científico e integral de la problemática de salud de Guatemala; porque en él se enfoca esta problemática en sus múltiples y variadas dimensiones (biológicas, psicológicas, sociales, etc.)."

## OBJETIVOS.

### Objetivo General.

Contribuir al estudio de la Realidad de Guatemala y sus problemas de salud, a través del estudio de la evolución histórica del actual currículum de la Facultad de Medicina de la USAC, y de las bases dialéctico-materialistas que sustentan al mismo para interpretar la problemática de salud-enfermedad de nuestro país.

### Objetivos Específicos.

1. Contribuir al estudio crítico de la enseñanza de las ciencias médicas en la Facultad de Medicina de la USAC, al analizar el desarrollo histórico de ésta y el de su actual currículum.
2. Esbozar la importancia que tiene la interpretación dialéctico-materialista de los fenómenos de la salud-enfermedad, tanto para comprenderlos como para solucionarlos adecuadamente.
3. Analizar las bases dialéctico-materialistas que sustentan el actual currículum de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC.
4. Contribuir a la crítica y conformación del actual Marco Teórico de nuestra Facultad.
5. Comprender la evolución del enfoque social de la medicina, tanto nacional como internacional.
6. Contribuir a mi formación médica y a la vez cumplir con un requisito curricular para obtener el título de Médico y Cirujano.

## RECURSOS.

Materiales.

- Bibliografía sobre el tema (folletos, revistas, li bros, etc.).
- Recursos de oficina.
- Recursos económicos.
- Instalaciones de la Facultad de Ciencias Médicas, USAC.

Humanos.

- Un asesor y un revisor de tesis.
- Personal de Fase II, Facultad de Medicina, USAC.
- Un estudiante de Medicina.
- Otras personas que participen en el estudio.

Método utilizado en el estudio.

Para la solución del problema planteado se empleará el método científico. Inicialmente se plantea una hipótesis, a continuación se recolectan los datos necesarios para fundamentar el estudio y partiendo de lo general a lo particular (análisis) se aislará el problema, para luego ir de lo particular a lo general (síntesis) con el objeto de sacar conclusiones y demostrar la improbabilidad o probabilidad de la hipótesis planteada.

## MEDICINA SOCIAL.

El término de "medicina social" fue creado por los escritores franceses del período de 1847-1848; término que popularizó Rudolf Virchow (1), aunque los conceptos fueron desarrollados poco tiempo antes en Francia, Inglaterra y Alemania. (2)

El primer estudio importante de la atención de la salud fue el trabajo de Engels "La Condición de la Clase Trabajadora en Inglaterra" publicado en 1845. En este libro Engels relacionó el desarrollo de las enfermedades como la tuberculosis, la tifoidea y el tifus con la desnutrición, la mala vivienda, la contaminación de las aguas y el hacinamiento. Su influencia fue importante para el nacimiento de la Medicina Social, particularmente sobre los trabajos de Virchow, los cuales se relacionaban con las enfermedades infecciosas, la epidemiología y la medicina social (3).

Se sabe que en 1847 Virchow fue enviado por el gobierno Prusiano para investigar una epidemia de tifus en una remota región de Prusia. Realizado el estudio Virchow recomendó una serie de profundos cambios económicos, políticos y sociales que incluían: Aumento del empleo, mejores salarios, autogobierno, educación pública, etc. Así como la creación de cooperativas agrícolas, disminución de impuestos, etc. No propuso soluciones estrictamente médicas: como fundar clínicas y hospitales; sino mas bien demostró que el origen de la mala salud eran los problemas sociales, por lo que la manera razonable y adecuada de afrontar las epidemias era cambiar las condiciones que permitían su aparición (4). De esta manera Virchow demostró que entre los factores causales más importantes de las enfermedades están las condiciones materiales de la vida cotidiana de las personas y que un sistema de salud efectivo no puede limitarse al tratamiento de los desórdenes patofisiológicos de pacientes individuales, sino, mejoras del sistema de atención de la salud deben coincidir con cambios económicos, políticos y sociales fundamentales. Estos cambios inciden frecuentemente en los privilegios de riqueza y poder de



que gozan las clases dominantes, en consecuencia las responsabilidades del científico-médico se extienden con frecuencia a la acción política directa (5).

Los estudios dialéctico-materialistas sobre la atención médica subrayan el papel del poder político y el dominio económico en la sociedad capitalista (6). El sistema de salud refleja la estructura de clase de la sociedad a través del control de las instituciones de salud, la estratificación de los trabajadores de salud y la movilidad ocupacional limitada dentro de las profesiones de salud. La intervención estatal en la atención médica generalmente protege al sistema económico capitalista y al sector privado. La ideología médica ayuda a mantener la estructura de clase y los patrones de dominación. Este punto de vista antes señalado pone en duda que los avances importantes de los sistemas de salud puedan ocurrir sin los cambios fundamentales en el ordenamiento social total. Los problemas de salud reflejan los de nuestra sociedad y no pueden ser separados de ella (7).

Si bien este punto de vista se tenía a mediados del siglo pasado, es interesante el cómo dejó de influir dentro de las corrientes médicas de los años posteriores. Las revoluciones de 1848 fallaron y los reaccionarios se afianzaron en el poder, aquellos que promulgaban la medicina social regresaron al laboratorio y a la práctica privada (8), tiempo durante el cual se desarrolló la "Teoría de los Gérmenes". La teoría mencionada es el producto del pensamiento conservador de una época conservadora, durante la cual se erigió al germen en la verdadera causa de las enfermedades, excluyéndose todos aquellos factores importantes que desde el tiempo de Hipócrates se consideraban importantes (9).

A finales del siglo XIX, famosos bacteriólogos como Erlich, Koch, Paster, etc. Desarrollaron la Teoría de los Gérmenes, produciendo un profundo cambio en las concepciones diagnósticas y terapéuticas de la medicina. Así nació el modelo unifactorial de la enfermedad en la cual los médicos buscaron organismos que ocasionaran los desórdenes infecciosos; o lesiones simples para las enfermedades no infecciosas (10).

El movimiento para institucionalizar la Teoría de los Gérmenes fue apoyada por los institutos de investigación privada, tales como el Instituto Rockefeller de los E.E.U.U. En estas investigaciones las relaciones entre las enfermedades y la naturaleza de la sociedad fueron específicamente excluidos. En este movimiento al no encontrar se bacterias para todas las enfermedades, éstas se le atribuyeron a los virus y después a la genética, todas igual de reduccionistas y asociales en cuanto a su explicación. (11).

La gran importancia histórica de estos descubrimientos ha sido exagerada (12). El descenso de la mortalidad y la morbilidad de la mayoría de las enfermedades infecciosas precedió, no siguió, al aislamiento de los agentes etiológicos específicos y al uso de las terapias antimicrobianas (13). En la mayoría de los países se dió una mejora de la salud después de la introducción de mejores medidas sanitarias, fuentes de nutrición, y otros cambios ambientales (14). Se afirma también (15) "que el informe Flexner tuvo mucha influencia en la concepción médica de la enfermedad, creando una medicina basada en el laboratorio. Este informe fue tomado como canon de la enseñanza de la medicina en muchas universidades norteamericanas, de ahí su influencia ya que el mismo sugería el cierre o la reestructuración de las escuelas de medicina que no estuvieran equipadas para enseñar la medicina basada en el laboratorio".

De esta manera la idea de la Medicina Social fue distorsionada y su concepto fue relacionado en algunos casos con la economía de la salud, a los problemas del seguro social, en otros como al cuidado de la rehabilitación y al trabajo social y en los E.E.U.U. se le utilizó para los estudios de las diferencias de la morbilidad-mortalidad por raza e ingreso (16).

Ultimamente ha surgido un nuevo movimiento tendiente a dar todo el valor que tiene la Medicina Social, el cual como se verá tiene grandes perspectivas de imponerse como un modelo de interpretación de la salud-enfermedad, cuando la teoría de los Gérmenes se ha considerado impotente para hacerlo.

# IDEOLOGIA Y MEDICINA.

La salud y la enfermedad constituyen una "unidad dialéctica" ya que no son más que dos momentos de un mismo fenómeno, estableciéndose entre ellas una relación de constante cambio. La enfermedad provoca en el organismo una respuesta biológica tendiente a la salud, que además en muchos casos implica mayor resistencia a esa enfermedad en futuras infecciones. La salud por otra parte contiene a la enfermedad, dado a que muchas veces no se trata más que de una lucha de los procesos normales. El enfoque puramente curativo de la medicina profesional ha resaltado la enfermedad a tal grado que aparece como un fenómeno aislado de la salud (17).

La relación entre la salud y la enfermedad tiene una evidente "dimensión biológica", pero al mismo tiempo una oculta de carácter "ideológico". Es decir, que la mera presencia de un fenómeno biológico anormal no es suficiente para que presuma de la existencia de la enfermedad. Es necesaria, además, una interpretación de este fenómeno. Las bases de tal interpretación no son exclusivamente los conocimientos objetivos y exactos, sino, en ella intervienen "valores socialmente determinados". Por ejemplo es fácil reconocer el error de aquellas personas que dominadas por una ideología religiosa, en la edad media, consideraban a los epilépticos como poseídos por espíritus malignos. Pero actualmente es mucho más difícil discernir cómo la ideología capitalista interfiere en la definición de la enfermedad, "justamente porque ella se presenta como un estadio último y racional del conocimiento (18).

Por estas y otras implicaciones Laura Conti (19) se pregunta: ¿Cómo nos comportamos? ¿Qué hacemos en realidad?, Respondiendo: "Según mi opinión, nuestra actuación y nuestros conocimientos biológicos se orientan a la conservación y al aumento de la "competencia" en una sociedad que precisamente se define por la competencia y sobre todo por la competencia productiva.

De esta manera (20) "fabricamos infartos, electrocardiogramas para diagnosticarlos y secciones hospitalarias para curarlos". "Fabricamos Cánceres pulmonares y

quirófanos para operarlos". Este comportamiento tiene su lógica: La de la competencia. Crear un tipo de vida con menos stress que redujeran los casos de infartos, significaría disminuir la competencia en nuestras vidas, por esa razón no lo hacemos. En cambio curar los afectados de infarto no supone disminuir la competencia de la vida, sino significa reconocer la competencia y sus resultados (21).

A primera vista (22) parece ser una incongruencia el hecho de que no exista la prevención de las enfermedades cardiocirculatorias, o del cáncer pulmonar y en cambio se practique con todo escrúpulo la profilaxis contra la viruela. Pero ello no es incongruente si se considera que la vacunación contra la viruela no disminuye en absoluto la competencia bajo ninguno de sus aspectos. La medicina científica constituye un "tranquilizante social" a gran escala y se observa la tendencia de la sociedad capitalista a resolver sus propias contradicciones en términos médicos (23).

El enfoque social de la enfermedad y la salud ve en ellas fenómenos colectivos que se interrelacionan con el resto de los procesos sociales. (24) El hecho de que sus manifestaciones concretas sea un fenómeno biológico en el individuo, no niega su carácter social. Es decir, la enfermedad no es el resultado de procesos en el organismo individual aislado, sino la respuesta biológica a impulsos exteriores que actúan sobre éste.

A nivel más general tanto la salud como la enfermedad son producto de la relación que el hombre establece con la naturaleza. Esto es, depende cómo se le apropia y cómo en este proceso la transforma (25). El meollo del problema está en comprender como las relaciones de producción y de cambio existentes en una formación social concreta se expresan en la relación salud-enfermedad colectiva (26). De esta manera también deducimos que el proceso productivo implica profundos cambios en el medio natural, que se convierte en un medio "Bioquímico-físico-socialmente determinado" (27).

Así, las condiciones socioeconómicas y ecológicas son las causas determinantes de la enfermedad, por cuanto se combinan en una constelación dinámica de relaciones que determinan y transforman los fenómenos biológicos (28).



se encadenan y transforman los fenómenos biológicos (28) actuando a través de eslabones: Microorganismos-desnutrición-mala vivienda-estress- etc. Una misma situación socioeconómica y ecológica pueden propiciar la acción de varios de estos eslabones de manera que corresponden a varias enfermedades en particular (29). En general cada formación social crea su propia patología, por lo que es necesario detectar cuales son los procesos presentes en ella determinantes de la salud-enfermedad (30).

### Enfermedad y Clase Socioeconómica.

Por las condiciones similares existentes entre los grupos sociales mejicanos y guatemaltecos, resumimos a continuación un estudio realizado en México (31). Este se realizó en el Hospital General de la Ciudad de México y clientela privada, los resultados son:

"La patología típica de los pacientes del Hospital General compuesta por: Obreros no organizados, subproletariados urbano, y clases trabajadoras rurales: Alta frecuencia de enfermedades infecciosas como pulmonía, enfermedades respiratorias agudas, tuberculosis y amibiasis, cánceres en estados avanzados; complicaciones del parto y del aborto provocado, desnutrición en el adulto. Presencia simultánea de varias enfermedades; enfermedades en estado avanzado, alta mortalidad".

"La patología de la clientela privada: Burguesía y capas medias altas de la sociedad, se caracteriza: por frecuencia baja de enfermedades infecciosas; predominio de enfermedades degenerativas, cáncer en estados poco avanzados, enfermedades psicosomáticas y neuróticas. Detección temprana de la enfermedad".

Estas diferencias se reflejan en las causas de muerte de los distintos grupos sociales: La amibiasis como causa de muerte es 30 veces más común en el Hospital General, que entre los pacientes privados. La tuberculosis es 8 veces más común; la hepatitis 6 veces, la cirrosis 3.5 veces, etc. Los grupos también se enfrentan de manera diferente a la enfermedad: La burguesía y las capas medias que tienen libre acceso a la

medicina profesional se atienden antes de que la enfermedad haya progresado. Las clases representadas por el Hospital General, no pueden admitir la existencia de la enfermedad hasta que ésta está muy avanzada que materialmente no pueden seguir trabajando (32).

### La Metodología Social y el Problema Salud-Enfermedad.

Este tema ha dado origen a grandes discusiones (33) tanto filosóficas como metodológicas en torno al problema salud-enfermedad. Algunos creen que cuando el enfoque social plantea que la enfermedad es producto de la "lucha de clases", al terminar éstas, en una sociedad ideal, desaparecerían las enfermedades. Esto es un error ya que la salud-enfermedad es el resultado que establece el hombre con la naturaleza (universo); es decir, la forma como se apropia de ella y como durante este proceso de apropiación la transforman. Esta apropiación es ante todo social siendo esta la manera como se produce la vida material, la cual está determinada por el modo de producción, o bien, por la articulación de los diferentes modos de producción bajo los cuales se lleve a cabo (34).

De esta manera si se quiere interpretar la problemática mencionada desde el punto de vista social, es necesario comenzar determinando cuales son las relaciones sociales de producción ya que estas, con las modificaciones impuestas por la lucha de clases determinan las condiciones de trabajo y de vida de las clases dominadas. La relación existente con otras economías, la lucha de clases y el desarrollo de las fuerzas productivas tiene importancia directa para la salud-enfermedad colectivas. (35)

La metodología científica actual de la medicina interpreta la enfermedad únicamente a nivel biológico, y en otros casos postula un segundo nivel de interpretación, el multicausal, en el cual se manifiestan la interacción de varios fenómenos; Huesped-agente-ambiente. Hay un tercer nivel de interpretación, representado por el enfoque social, el cual presenta la enfermedad como un fenómeno colectivo. Por ejemplo: (36) Se puede afirmar que el bacilo de Koch causa TBC, dado a que cuando hay lesiones características de esta enfermedad el bacilo está presente. Pero este nivel de interpretación no permite explicar por

qué algunas personas y no todas se contagian con el bacilo y llegan a enfermarse. Tampoco explica la alta frecuencia de esta enfermedad en algunos grupos sociales, mientras que está casi ausente en otros. El segundo nivel (multicausal) da una explicación más amplia que el simple contacto con el bacilo para que se produzca la enfermedad, relacionando agente-huesped y ambiente, pero estas explicaciones no superan el nivel biológico, no analizan ni explican la dimensión social, no responden a la pregunta clave que nos orientaría hacia la solución total del problema: ¿Porqué se presenta esta problemática de salud en este momento y en este grupo?. Únicamente la interpretación social de la salud-enfermedad puede resolver esta pregunta, porque ella determina la historicidad de los fenómenos mencionados. Para este nivel de interpretación no interesa saber a que situación social corresponde la enfermedad sino, "que problemática de salud corresponde a determinado momento histórico de una formación social concreta" (37). Es decir trasciende la explicación individual de los problemas de salud-enfermedad y les da una dimensión universal al explicarlas en función de toda una sociedad.

Es indispensable hacer ver que la interpretación social de la problemática salud-enfermedad no niega la importancia del análisis, estudio y tratamiento del fenómeno biológico, ni la importancia de relacionarlo con una serie de factores que fundamentalmente determinan la enfermedad (multicausal). Por el contrario, la interpretación social, los incluye y lo que es más, los reformula (38).

Esta interpretación (la social) plantea problemas metodológicos bastante serios y polémicos, porque se sale de lo clásicamente estudiado en las ciencias de la salud. Recurriendo a una investigación que se llevó a cabo en México (39) Cristina Laurell no cuenta "...La patología de México se caracteriza por la preeminencia de enfermedades infecciosas y nutricionales combinadas con las llamadas enfermedades "modernas": Cardiovasculares, cáncer, accidentes industriales y de tránsito... Estas no pueden ser explicadas simplemente por el subdesarrollo económico (de México), sino, en términos de procesos históricos de desarrollo del capitalismo en el

país... y las diferentes formas de relaciones sociales y de producción explican bastante bien, (la razón de esta problemática).

"...La transformación forzada de una agricultura de subsistencia a una comercial, implica la transformación de las relaciones del campesino, la naturaleza y el desarrollo de nuevas formas de extracción de trabajo excedente (Plusvalía), y al mismo tiempo una proletarianización creciente de la población rural... Su traducción al plano de la salud es la aparición endémica de la desnutrición y la agravación de los padecimientos infecciosos, (así como aumento del estrés)..." "...en el estudio de la morbilidad de los campesinos que producían para el mercado, fue de un 50% más alta que aquellos que no lo hacían para el mismo y tenían un sistema agrícola de subsistencia. Y fue el doble la mortalidad al comparar el proletariado rural con el campesino tradicional... (probablemente) la dificultad de organización les impide la lucha contra estas formas de explotación... A nivel industrial también se les impide la organización, la cual se traduce en un nivel bajo de protección contra los peligros implicados en el trabajo industrial así como el aumento de las jornadas de trabajo (aumento del estrés, agotamiento, etc.) Este ejemplo es aplicable a Guatemala.

La autora citada concluye "La presencia simultánea de problemas infecciosos y nutricionales y las enfermedades llamadas modernas, ...indica que hay una relación íntima entre las formas de explotación y la enfermedad".

Siguiendo con esta metodología, el considerar la buena salud como producto de la riqueza y la mala salud (enfermedad) como producto de la pobreza, no tiene sentido ya que estos conceptos son ahistóricos y estáticos y no aportan instrumentos analíticos... porque el tipo de patología y su distribución en la población están determinados por las relaciones sociales de producción, la lucha política y el desarrollo de las fuerzas productivas... las cuales transforman y desencadenan los fenómenos biológicos" (40) que son los que objetivizan la salud-enfermedad.

## CITAS Y REFERENCIAS.

## CAPITULO: "MEDICINA SOCIAL".

- 1) Rudolf Virchow (1821-1902) Médico alemán, más conocido por sus trabajos sobre patología, (fundó la patología celular y fue rector de la Universidad de Berlín) que por sus trabajos sobre medicina social y su actividad política. Luchó junto con las clases laborales en las luchas de la década de 1840, en Berlín y París. Las dos ideas fundamentales de sus trabajos eran: Que la enfermedad es multifactorial y que entre los factores más importantes estaban las condiciones de vida material de las personas; y la segunda: Que un sistema de salud efectivo no puede limitarse al tratamiento de los desórdenes patofisiológicos, sino que, las mejoras en un sistema de salud deben coincidir con cambios económicos, políticos y sociales fundamentales, en la sociedad para que sea efectivo.
- 2, 8, 9, 11, 16)  
Según artículo de: David Gaynor y Howar Berliner "Epidemiología Materialista". Mimeografiado por Fase II, F. C.C.M.M., USAC, 19-X-78, p.6.
- 3, 4, 5, 6, 7, 10, 14, 15)  
Según artículo de Howar Waitzkin, "Una Visión Marxista de la Atención Médica" Mimeografiado por Fase II, F. C.C.M.M., USAC, 10-X-78. p.25.
- 17, 18, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32)  
Según artículo de Cristina Laurell "Medicina y Capitalismo en México". Serie Cuadernos Políticos, 5, julio-septiembre de 1975. Edit. ERA, México, p.p. 80-93.
- 19, 20, 21, 22, 23)  
Referencias según folleto de Laura Conti "Estructura Social y Medicina". De la serie "Cuadernos de Ciencias de la Salud" editados por el CSUCA. p. 17.

34 al 40)

Referencias según el artículo de Cristina Laurell "Algunos Problemas Teóricos y Conceptuales de la Epidemiología Social", publicado por la revista Centro Americana de Ciencias de la Salud, 6 - enero-abril 1977. Edit. Texto Ltda. Costa Rica. p.p.79-88.

- 33) Esta cita hace referencia al artículo antes citado, y al de Juan Alfonzo Samaja "Lógica, Biología y Sociología Médicas", aparecido en la revista anteriormente citada; y al de Corderio Albuquerque, Anamaria Tambellini y otros: "Los determinantes de la producción de la enfermedad"; publicado por la Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM, 84, p.p. 159-180, y reimpreso por la Fase II, de la F. C.C.M.M., USAC.



## LA REALIDAD HISTORICA DE GUATEMALA (1)

La base de la economía de Guatemala es la agricultura por lo que el estudio histórico, con referencia a la tenencia de la tierra ayuda a explicar la mayor parte de los problemas sociales, culturales y políticos, así como los de salud.

### La Preconquista.

Este período se caracteriza por el dominio de una élite teocrática, los sacerdotes, a quienes se les mantenía por el tributo y el trabajo de las masas campesinas. Todos tenían acceso a la tierra para la producción de sus alimentos. La desnutrición y el hambre eran prácticamente desconocidas, a no ser malas cosechas.

### La Conquista.

Este período se caracteriza por la apropiación de la tierra por parte del conquistador y en la institucionalización de los modos de producción y explotación de los indios. Se inició la agroexportación con el cacao, el añil y la cochinilla. La división de la tierra creó el sistema latifundio-minifundio. Dos tercios de la población nativa fue muerta entre 1519-1610. En este período se sentaron las bases del actual subdesarrollo, al someterse la economía del país a los intereses extranjeros.

### De la época colonial a la independencia.

Durante la colonia se consolidó la estructura básica del subdesarrollo capitalista: Monoexportación y concentración de la propiedad de la tierra). Los movimientos independentistas se originaron por el monopolio y explotación española, británicos y franceses incitaron a la burguesía de entonces a la independencia, al lograrse ésta, la dependencia española, rápidamente fue substituída por la dependencia de Inglaterra.

### La Epoca Liberal.

Se caracteriza por el abandono de los antiguos productos de exportación que habían sido desplazados del

mercado mundial y la substitución por los de azúcar, algodón y especialmente por el café. Este último producto requería grandes extensiones para su producción lo que implicó un cambio en la tenencia de la tierra y del poder. La clase alta ladina encontró en el café las bases para subir al poder. Estas "reformas" consistieron principalmente en incorporar más tierras para la producción del café, lo que motivó la expropiación de las tierras de Ordenes religiosas y comunidades indígenas. Se intensificó el sistema latifundio-minifundio. En 1906, se consedieron a la United Fruit Company: 68,800 hectáreas. En 1914, la mitad de todo el café de Guatemala, se producía en tierra propiedad de extranjeros. En 1926, sólo el 7.3% de la población poseía tierras. En 1934, se aprobó una ley contra la Vagancia, en la cual se exigía al campesino un mínimo de 150 días de trabajo al año.

### El período llamado "Revolucionario".

Se caracteriza básicamente por cambiar, o tratar de cambiar la estructura de la tenencia de la tierra y contrarrestar el subdesarrollo y crear un capitalismo nacional independiente, estimular el mercado de consumo interno, etc. En 1952, Arbenz promulgó el decreto 900, o de Reforma Agraria, el cual afectaba grandes propiedades, al expropiar tierras (y pagarlas) en propiedades mayores de 100 hectáreas, este no afectaba el principio de propiedad privada. Para 1954, se habían expropiado 1.1 millón de hectáreas, con un valor de aprox. 8 millones de quetzales. A la United Fruit Company le expropió unas 155 mil hectáreas, lo que puso en pugna al gobierno de Arbenz y al de los E.E.U.U., quienes financiaron un golpe militar. Todos estos cambios dieron origen a una burguesía más moderna, que logró hacer inversiones en otros sectores diferentes a la actividad cafetalera.

### De 1954 a nuestros días.

Castillo Armas, quien comandaba el golpe militar contra Arbenz, contrarrestó inmediatamente todos los cambios producidos en los diez años anteriores. El decreto 35 ordenó la suspensión de todos los decretos de expropiación. En el año de 1956, casi todas las tierras expropiadas habían sido devueltas. Desde esa fecha la contradicción bá

sica que todos los gobernantes han tenido que enfrentar es la necesidad de aumentar el poder adquisitivo de la población respondiendo a la demanda de tierras, por la otra las exportaciones agrícolas cada vez más abundantes necesitan también más tierras. La respuesta ha sido la puesta en marcha de los programas de Colonización, los cuales más que solucionar el problema fomentan el problema latifundio-minifundio.

El censo de 1964 demuestra que la situación de la tenencia de la tierra apenas ha cambiado desde 1950: El 62% de la tierra cultivable continua en manos del 2.1% de la población. La agudización de las contradicciones y la lucha de clases, el aumento del proletariado y la toma de conciencia del mismo han generado una ola de violencia en el país bastante grave (2) en los últimos años.

### Conclusión.

"El significado profundo de la historia de Guatemala se ha traducido tanto en una concentración progresiva de la tierra en unas cuantas manos a expensas de los campesinos, así como la explotación creciente de los mismos. El otro hecho importante dentro de la historia y que se ha dado simultáneamente a lo anterior es la dependencia de Guatemala de las exportaciones agrícolas y su integración al mercado capitalista mundial" (3)

### EL MODO DE PRODUCCION

La agricultura es la base de la economía de Guatemala, por eso los que poseen la tierra detentan el poder. La situación de la tenencia de la tierra se puede resumir así: El 2.1% de los propietarios poseen el 62% de la tierra cultivable y el 87% de los propietarios es dueño únicamente del 19% de esa tierra. (4)

El 2.1% de los propietarios son ricos señores agro-exportadores que poseen grandes haciendas (latifundios) cultivan productos que exportan. Poseen las tierras más fértiles del país y suministran el principal producto de exportación: el café. (5)

El 87.4% de los propietarios son agricultores de subsistencia muchos de ellos en el altiplano donde poseen diminutas parcelas, inclinadas y agotadas por el intenso trabajo (El llamado minifundio) Cultivan maíz el cual no le proporciona alimento suficiente ni poder de compra para poder sobrevivir, razón por la que muchos buscan trabajo en las grandes fincas de la costa. Este es el sistema lati-minifundista. El cual se explica por la utilización de mano de obra barata en los grandes latifundios, sólo durante la época de la cosecha, y durante el otro período del año, trabajan sus pequeñas parcelas. Esto permite que los grandes terratenientes tengan garantizada una fuerza de trabajo cuando la necesitan, pero no son responsables de ella fuera de la estación de cosecha. Por lo menos un millón de personas resultan afectadas por este sistema de migración anual (la sexta parte de la población), número que aumenta cada año.

El desigual reparto de tierras y los salarios miserables, es causa de que la mayoría de la población padezca de desnutrición. Como su producción es básicamente el maíz, el 80% de sus calorías de consumo proviene de este producto, lo que provoca una deficiencia de proteínas de alta calidad biológica. Esto explica la elevada tasa de mortalidad de menores de un año: 81 por mil nacidos vivos. Y del 27.6 por mil niños de 1-4 años, y el 81% de los niños menores de cinco años padecen algún grado de desnutrición (6). Socialmente ha aumentado la violencia (7) y las luchas campesinas (8). Y en la incipiente industria los obreros ya han tomado, en muchas ocasiones conciencia de su situación (9).

### LA LUCHA DE CLASES EN GUATEMALA.

¿Qué importancia tiene la lucha de clases para nuestro trabajo?. A primera vista, este tema, por lo demás difícil y complicado además de polémico no puede dejarse de tratar cuando se trata de dar una panorámica de la realidad guatemalteca, por muy elemental que ésta sea. El Materialismo histórico (ciencia) y materialismo dialéctico (filosofía) tienen por centro y corazón la lucha de clases (10). Así pues, todos los fenómenos económicos son procesos que tienen lugar bajo relaciones sociales que son en última instancia, es decir bajo sus apariencias, relacio-



nes de clase y relaciones de clase antagónicas, es decir relaciones de lucha de clases (11).

¿Qué son las clases? "Son grandes grupos de hombres que se diferencian entre sí por el lugar que ocupan en un sistema de producción históricamente determinado... por las relaciones en que se encuentran frente a los medios de producción... por la organización, trabajo... y por ...la proporción en que perciben la parte de la riqueza social de que disponen... (12). Las clases sociales son grupos humanos uno de los cuales puede apropiarse del trabajo del otro por ocupar puestos diferentes en un régimen determinado de la economía (13).

Pero entre los grupos sociales que existen en una sociedad sólo los grupos que al participar en forma directa en el proceso de producción llegan a constituirse en los polos antagónicos y se constituyen en clases sociales... Existen en otros grupos que no pueden definirse como clases sociales, por ser grupos intermedios entre las clases antagónicas a nivel de producción (14).

En Guatemala "la lucha no es entre indios y ladinos ... sino entre explotadores y explotados (15), pero en general se puede decir que la sociedad guatemalteca se presenta como una sociedad capitalista que todavía manifiesta las huellas de su pasado histórico (16). De esta manera se puede decir que hay muchas maneras de clasificar la estructura social de Guatemala, pero en general se puede decir: que la fracción agraria de la burguesía de Guatemala está compuesta fundamentalmente por una burguesía agroexportadora, existiendo en su seno grandes terratenientes (17). El grado de poder que posee lo demuestra al impedir que se lleve a cabo una reforma agraria dentro del país, aunque es débil ya que las oscilaciones de precio de sus productos en el mercado internacional, los coloca en crisis (18). Estas clases pueden considerarse las clases explotadoras.

Con respecto a las clases explotadas, existe una gran masa de ladinos e indígenas que tienen en común vender su fuerza de trabajo (19), siendo las fracciones más beligerantes aquellas que por su mayor definición proletaria: Trabajadores industriales, proletarios rurales permanentes y voluntarios (20), encontrándose entre estas dos posiciones extremas sectores tales como: Burócratas públi-

cos y privados, estudiantes en general y otros sectores poco definidos, beligerantes en algunas ocasiones, aunque como fuerza poco decisiva.

En medio de estas facciones que se mencionaron, se encuentran el estado-ejército (21) como un supuesto árbitro, parcial bajo todo un punto de vista. El estado se originó con el apareamiento de la propiedad privada sobre los medios de producción, entonces la función de este tiene que ser la de proteger a las clases dominantes en la apropiación de los medios de producción.

Analizando la lucha de clases en Guatemala se encuentran la respuesta a las condiciones de vida de los trabajadores, su situación de salud, sus conflictos y el de los fenómenos violencia/represión existentes en el país desde las últimas décadas (22). Son la expresión de la lucha de clases. Para la solución, las alternativas parecen no ser muchas ya que el problema medular sigue siendo la tierra (23) y por el momento el sector que logre la solución de este problema tendrá el apoyo de la mayoría poseída.

#### RESUMEN SOBRE LA SITUACION DE SALUD DE GUATEMALA (24)

Población (1973) 5 750 900 hts. (urbana: 39.6%, Rural: 60.4%).

Densidad: 52.8 hbts. por km. cuadrado.

Tasa de natalidad: 40% (nac. en 1970: 227,480).

Esperanza de vida: promedio 51.1 años (indígenas: 44, ladino: 60).

Tasa general de mortalidad (1973): 12.2 x mil hab. (70,045 def.) de las cuales el 49% fue de menores de 5 años, 27.9% de 5-49 años y el 23% para más de 50 años.

Tasa de mortalidad infantil: 81 por mil nacidos vivos (18,425 def.).

Tasa de mortalidad materna: 1.9 por mil (1973).

Cinco primeras causas conocidas de defunción:

Afecciones respiratorias agudas: 20.83 % del total

Síndrome diarréico:	18.64 % del total
Enfermedades Carenciales:	6.82 % del total
Mortalidad Perinatal:	6.03 % del total
Parasitismo Intestinal:	3.29 % del total

#### Principales causas de morbilidad:

Enteritis y otras enfermedades diarréicas:	10 %
Carencias nutricionales:	9 %
Infecciones Respiratorias:	8 %
Otras enfermedades infecciosas y parasit.:	3 %

#### Situación nutricional de menores de 5 años -1973:

Pobls. total menor de cinco años: 1.106.438

Desnutridos grado I:	542,154	=	49%
Desnutridos grado II:	293,206	=	26.5 %
Desnutridos grado III:	65,288	=	5.9 %

Total de desnutridos (clasific. Dr. Gómez) 900,648= 81.4%

Riesgo de muerte por grado: II, 22.7 %; III, 33.5 %.

Constituye el 60% de la causa asociada en muerte por enfermedades infecciosas.

Ingreso per-capita: Q.450. (1974) al año.

En area rural: Q.82 per capita al año.

El 5% de la población recibe el 34.5% del ingreso nacional.

El 64% de los guatemaltecos son agricultores.

Déficit de vivienda en 1970: 450,000 (no se cuentan las que quedaron como consecuencia del terremoto de 1976).

Analfabetismo (1964): 63.3 %

Agua potable: Urbana 86%, Rural: 10%.

Déficit de letrinas: 438,592 (1 letrina por cada 6 habitantes).

Total de camas hospitalarias: 12,400 (2.2 camas por 1.000 habit.) el 50% de estas se concentran al Depto. de Guatemala) 1973.

#### Siete primeras causas de egreso hospitalario:

Parto:	15.30 %
Enteritis y otras diarreas:	7.55 %
Accidentes y envenenamientos:	7.54 %
Abortos y complde Emb.:	7.50 %
Enfermedades Carenciales:	7.35 %
Enfermedades Ap. Dig.:	6.55 %
Infecciones Respiratorias ag.:	6.10 %

TOTAL: 57.89 %

Personal médico 0.25 por 1,000 habt. (1971).

Enfermeras graduadas: 0.14 por 1,000 habt. (1971).

Auxiliares de Enfermería: 0.60 x 1.000 hab. (1971).

#### CITAS Y REFERENCIAS

##### Capítulo "GUATEMALA"

- 1, 3, 4, 19, 20, 23) Tomadas del artículo escrito por Andrea Brown "Tierra de unos Cuantos: La Propiedad del Campo en Guatemala" y el de Norma Stoltz "La minoría que es una mayoría: Los Indios de Guatemala", p.p. 29-82; aparecidos en el libro: Guatemala: Una Historia inmediata, escrito por el equipo del NACLA, y publicado por Edt. Siglo XXI, México, 1a. Ed. 1976. 346 pág.
- 2, 7, 22) Citas basadas en el artículo de Gabriel Aguilera P. "El Estado, La lucha de clases y la Violencia en Guatemala" publicado en la Revista ECA, De la Universidad Centro Americana José Simeón Cañas de El Salvador, en el número dedicado a Guatemala, meses de junio-julio, 1978, pág. 359-367.
- 5) Para mayor información ver: "La Formación del Capitalismo Dependiente Agroexportador en Guatemala: La Familia Herrera". Escrito por el equipo del NACLA, publicado en la revista ECA, antes citada.
- 6) Sobre la desnutrición hay extensa literatura que confirman estos datos, especialmente publicaciones del

INCAP y de la Facultad de Medicina de la USAC, así como en la Revista del Colegio Médico de Guatemala.

- 8) Según artículo de Carlos F. Castro Torres "Crecimiento de las Luchas Campesinas en Guatemala", Publicado en la Revista ECA, antes mencionada, pág. 462-467.
- 9) Ver artículo de Miguel Albizúres: "Luchas y Experiencias del Movimiento Sindical, período 1976, junio- 1978". Rev. ECA, antes citada, 478-493.
- 11, 12, 13, 14) Basadas en el libro de Marta Harnecker "Los Conceptos Elementales del Materialismo Histórico". Edt. Siglo XXI, 1973. México, 341 p.
- 10) Tomada de Louis Althusser, de la Introducción de la Obra antes citada.
- 15) Según Severo Martínez P. en ¿Qué es el Indio?. Selecciones de la Rev. Alero, Edt. Universitaria, USAC, 1974, págs. 145-173.
- 16, 17, 18) Ver artículo de Carlos Figueroa Ibarra "Acerca del Proletariado Rural en Guatemala". Rev. Política y Sociedad, N°- 3. Enero-Junio, 1977. Inst. de Invest. Políticas y Sociales, ECP, USAC, pág. 27-44.
- 21) Concepto mencionado por René Poitevin en el artículo "Algunos Conceptos para el Análisis de la Burguesía en Guatemala", publicado en la Rev. ECA, antes citada.
- 24) La mayor parte de estos datos están basados en un folleto publicado (mimeografiado) por Fase II "Algunos datos Epidemiológicos sobre La Situación de Salud de Guatemala y los principales Factores que inciden en ella". 1975. Fase II, F. C.C.M.M., USAC, 10 pág. Se tomaron datos también de: "Desnutrición". Folleto escrito por Edgar Leal, Jorge Palma y otros prof. de Fase III. Publicado el 5-V-76. Fase III, F. C.C.M.M., USAC, 32 págs.

## RESUMEN HISTORICO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS (1)

La enseñanza de la medicina se inició el 20 de octubre de 1,681, con una sola cátedra y un profesor interino, siendo el primer catedrático propietario un doctor venido de España. Se transmitía el conocimiento escolástico de Hipócrates, Avicena, Galeno y Ransés. Se enseñaba Anatomía, Cirugía, Astrología y Métodos (Terapéutica) y se asistía al anfiteatro una vez cada cuatro meses. Veintidos años después de fundada se graduó el primer médico (1703). Durante los próximos cien años egresaron cinco médicos doctorados y cinco bachilleres en medicina. Fray Fermín Aleas, en una crítica hizo ver que se tenía un sistema educativo mal organizado. Con estas críticas el padre Goicoechea realizó algunas modificaciones con la introducción de algunas ciencias básicas. Siendo el Doctor José Felipe Flores quien en 1770 orientó la reforma de la enseñanza de la medicina. Se creó el laboratorio de Fisiología experimental, siendo aprobados los nuevos planes alrededor del año de 1783, iniciándose el estudio de textos modernos de Heister, Wislow y Kulmas. En 1803, Esparragoza y Gallardo influido por las corrientes europeas, funda el colegio de Cirujanos con el objeto de instruir a persona sin educación escolástica universitaria. La mayoría de estos alumnos fueron indígenas y el objetivo era producir un personal médico para mejorar la salud en el área rural. Este es el primer intento universitario de incrementar el recurso humano de salud nacional. Unicamente duró 16 años, por problemas económicos. En 1818, don Pedro Molina, en vista de la precaria situación económica del país, la pobreza y la escasez de recursos humanos, decide hacer una integración de los dos sistemas educativos médicos, surgiendo un plan en el cual se pueden instruir a médicos latinos y cirujanos románticos y una combinación de las dos. Después de cuatro años básicos, se debía pasar dos años más en un hospital, donde se estudiaba química y temas médicos; así como el cuidado de los enfermos. En estas modificaciones se observó la influencia del movimiento enciclopedista y utilitario de la época, lo que presionó hacia el logro de una enseñanza práctica y utilitaria. La independencia de España trajo una serie de problemas económicos lo que motivó en



1830 una protesta estudiantil para mejorar la educación. Durante la época del presidente Mariano Gálvez se introdujo el estudio de la farmacia, higiene, patología, diagnóstico físico y terapéutica. En 1837, la epidemia del cólera asiático, dió el país lo que originó que el doctor José Luna, Catedrático de la Facultad planteara la reorganización administrativa del estudio médico, con el objeto de elevar el nivel de la educación médica en Guatemala y mejorar la salud del país. Estas reformas incluían la formación de una agrupación similar al actual Colegio Médico y una Facultad coordinada con una escuela de medicina que reemplazaría a la cátedra independiente que existía desde la fundación de la Universidad. Estos organismos tendrían la atribución de ser "Consultantes del gobierno, en todo lo referente a salud y asuntos médico-legales", Este organismo se le llamó: Protomedicato. El 7 de noviembre de 1840, comenzó la estructura moderna de la Facultad de Medicina, que produjo un graduado por año, durante los primeros ocho años de labores. En 1865 se crearon las nuevas cátedras de obstetricia, farmacología y medicina legal. En 1875, época de la Reforma, Barrios Clausuró la Facultad, para reabrirla en 1875 con un plan de estudios sistematizado en cinco años en el cual se incluía: Primer año: Anatomía, Zoología y Física Médica; en el Segundo año: Anatomía, Botánica y Química Médica; en el Tercer año: Fisiología, Higiene, Patología e inicio del aprendizaje en los hospitales; el Cuarto año: Obstetricia, Cirugía, Medicina Legal, y en el Quinto Año: Terapéutica, Farmacia, Administración, Medicina y Obstetricia. Se pedía como requisito para recibir la licenciatura y ejercerla el saber inglés y francés. En 1880 se inauguró el nuevo edificio de la Facultad de Medicina de Guatemala, comenzando así la etapa contemporánea de la educación médica. En 1880 el doctor Juan J. Ortega introduce una transformación completa de la práctica de la medicina al introducir la asepsia y la antisepsia. En 1893 se introdujo la cátedra de Bacteriología, iniciándose el estudio de los microbios como causa de las enfermedades. En 1944 con la Autonomía Universitaria la política educativa y organizativa se modifica al participar estudiantes en la dirección de la Universidad. En 1947 se opone resistencia a la crea-

ción del IGSS. Se trata de ~~modificar~~ el curriculum pero no se obtiene nada concreto. 1953, se organiza la Facultad por departamentos. 1956 se definen objetivos (copia de los enunciados por la Asociación de Escuelas de Medicina de Norteamérica.) 1957 se institucionalizó el internado rotativo. Entre 1920-30, se separaron las Facultades de Odontología y Farmacia. Escuela de Enfermería y Comadronas.

#### RESUMEN HISTORICO DEL CAMBIO DE CURRICULUM DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS (2)

A principios de la década del 60, la problemática salud del país creó la necesidad de definir metas y tareas acorde a la problemática real y plantear soluciones propias alcanzables en plazo razonable. El Dr. Julio de León fue electo decano en 1966, y a los pocos meses de su gestión plantea un esbozo del plan de acción y definición de metas. En agosto de 1966 se integró una Comisión de Evaluación de la Facultad. Sus objetivos fueron estudiar la situación de la Facultad de Medicina, El Médico guatemalteco como producto de ella y el ambiente nacional como lugar de acción del médico. Se estudió la filosofía de la Facultad, sus objetivos, la administración, el plan de estudios, la organización y finanzas. Se estudió al estudiante; al médico y sus principales actividades y problemas, sus actitudes y opiniones. Se estudió la práctica médica. El aspecto socio-cultural del medio, la distribución de médicos, etc. Se estudió el ambiente nacional, situación geográfica, demográfica y el estado socio-educacional del guatemalteco.

En 1967 se implementó el proyecto de Internado de Medicina Preventiva en San Juan Sacatepéquez y el Puerto de San José.

En marzo de 1968 la Comisión de Evaluación presenta un informe de 450 páginas a Junta Directiva de la Facultad, quienes aprueban publicar un resumen de este informe. Se crea en esta misma sesión la Comisión de Educación, Planificación y Desarrollo, con el propósito de elaborar un plan de acción que oriente en la transformación integrada por el Decano, Secretario y tres miembros

de la comisión de evaluación. En septiembre de 1968 se realiza el segundo Seminario de Educación Médica en el cual se encontraron representantes de todos los sectores médicos del país, de la OPS/OMS y otros invitados. En el mismo se trataron temas tales como: La Medicina en el Desarrollo Nacional, Los objetivos de la Facultad de Ciencias Médicas; Alternativa para el logro de Objetivos. Presentándose al final del Seminario un Proyecto de Transformación de la Facultad, el cual fue aprobado en su conjunto dentro del relato final del Seminario.

El 4 de octubre la Junta Directiva conoce las conclusiones del Seminario, los objetivos allí propuestos los aprueba. El 8 de noviembre de 1968 la Junta Directiva conoce del diseño general del nuevo plan y aprueba la división en tres fases, cada una de dos años de duración, y un total de seis años para la carrera de medicina. Se aprueba también durante el mismo mes el marco teórico de la Facultad de Medicina: Las tres áreas, y las tres Fases: Ciencia Biológicas, Ciencias de la Conducta y Ciencias Clínicas.

El 26 de diciembre de 1968, Junta Directiva aprobó el Acta de Reformas Globales, las cuales constituían el marco normativo del cambio.

El 11 de enero de 1969 el Consejo Superior Universitario aprobó el nuevo plan de la Facultad de Ciencias Médicas y derogó todas aquellas leyes que pudieran obstaculizar su desarrollo.

1969 fue un año de convulsiones internas, pero se puso en marcha el nuevo plan con su nuevo marco teórico y metodología.

En 1970 se expande el trabajo de Internado Rural al Área de Chimaltenango en unión del Ministerio de Salud Pública y el INCAP.

En junio de ese año se realiza la primera Unidad Integrada: Desnutrición, y luego Tuberculosis. En agosto se inicia el diseño general de Unidades Integradas.

En abril de 1971, la Junta Directiva aprueba un proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado. Se abre el

internado en el Hospital de Quezaltenango, Hospital Militar, las Clínicas Prenatales de los Hospitales para un programa de seguimiento ambulatorio de embarazadas; los Centros de Recuperación Nutricional, Tuberculosis Infantil y nuevas Clínicas Familiares.

En 1972 el Internado Hospitalario se extiende a 15 departamentos del interior de la república. Se inaugura la Unidad de Salud con un programa que integra la docencia, la investigación y el servicio. Se funda la Fase IV (pos-grado). Se aprueba el nuevo programa de Fase III en unidades integradas: Medicina y Cirugía, Materno Infantil, Electivo, Medicina Integral, Internado Hospitalario Urbano y Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) Rural.

Se inician las Unidades Integradas en segundo año en base a sistemas humanos: Alimentación, Vida de Relación, Deporte, Trabajo, Reproducción, Balance Vital, así como la aplicación práctica de estas en el estudio de las áreas marginales de la capital. Este año se crean los comités de fases paritarios (profesores-estudiantes).

En 1973 la acción de la Facultad crece a: 15 departamentos, 5 hospitales de la capital, 6 clínicas familiares y 20 escuelas del sistema educativo. Al final del año se realizó el Seminario sobre Unidades Integradas con un enfoque científico -epidemiológico y sociológico, de buenos resultados.

Se aprueba la Unidad Técnico Académica con el objeto de trabajar en la formulación y control permanente del Curriculum, para la detección de problemas para su solución, así como para elaborar bases para la coordinación horizontal del plan de estudios. El EPS rural se inicia con 270 bolsas de estudios. Se modifica el 4° y 5° grados para tal efecto. Se definen las unidades integradas del primer año de la carrera: Aprendizaje, Universidad, Causalidad, Organización, Guatemala, Energía y Nutrición.

En noviembre de 1974 se traslada la Facultad a sus nuevas instalaciones en la Ciudad Universitaria, las cuales habían sido diseñadas tomando en cuenta las características del nuevo Curriculum, su dinámica y su punto de partida de la realidad nacional.



En 1975 se inicia con 314 bolsas de estudio y 157 estudiantes en el EPS rural. Todos los departamentos de la república y sus municipios son cubiertos por estudiantes de medicina. Se recibe un aporte de la FEPA FEM para el programa de PROSA en el departamento de Chimaltenango (programa de medicina de la comunidad).

Durante el terremoto de 1976, la Facultad, sus estudiantes y sus profesores se proyectaron a los lugares de desastre atendiendo además las emergencias de los hospitales y se crean 10 clínicas familiares más, existiendo en total 16. Se modifican los programas docentes para atender y servir a la población e investigar los problemas de salud que surgieran, especialmente la probabilidad de aparición de epidemias.

En 1978 se realizaron dos seminarios tendientes a revisar y modificar el curriculum, tomando en cuenta los casi diez años de trabajo con dicho curriculum y así limar las asperezas existentes y continuar con su proyección nacional.

Actualmente puede decirse que el cambio ya está cimentado y no es posible volver atrás. Este indudablemente tiene que continuar dándose: El Desarrollo Nacional, la Evolución de la Medicina y la Dialéctica misma, implícita en su estructura, así lo demandan.

#### LOS FUNDAMENTOS DIALECTO-MATERIALISTA DE LAS UNIDADES INTEGRADAS.

Cuando se concibe la naturaleza como algo invariable, anquilosado, estático, como ya dado, estamos interpretando esta naturaleza de manera metafísica. Si consideramos los objetos y los fenómenos en proceso de desarrollo y cambio permanente, estamos utilizando el método dialéctico. (3)

La dialéctica considera al mundo en permanente cambio, como un Todo Unico y coherente y estudia estas conexiones y separa las esencias de las que no lo son, las fundamentales de las secundarias, lo esencial de lo causal (4). Es imposible comprender el universo si se analizan los fenómenos aislados entre sí. La dialéctica es la ciencia de los procesos de cambio y de la interacción entre los fenómenos.

láctica es la Ciencia de las leyes generales del movimiento y del desarrollo de la naturaleza, de la sociedad humana y del pensamiento; la ciencia de la concatenación universal de todos los fenómenos que existen en el mundo. La dialéctica materialista es el método del estudio y transformación de la realidad. Materialismo y dialéctica en su unidad, son la teoría y el método científico (5). La lógica dialéctica parte de la afirmación de la Unidad de las leyes del mundo objetivo y del pensamiento (6).

La lógica dialéctica, según Plejanov exige (7):

- 1- Que para conocer realmente el objeto, hay que estudiar todos sus aspectos, todos sus nexos y mediaciones.
- 2- Que se tome el objeto, en su desarrollo, en su automovimiento, en su cambio.
- 3- Que toda la práctica humana debe entrar en la definición completa del objeto como criterio de verdad y como determinante práctica de los nexos del objeto con lo que el hombre necesita.

Este método también afirma: "que sólo la práctica es el criterio de verdad"... porque de hecho, los hombres reciben la confirmación de la verdad de sus conocimientos sólo al llegar éstos a la práctica social (Mao Tse Tung) "La práctica es superior al conocimiento teórico pues tiene, no sólo la cualidad de lo general, sino la realidad inmediata" (lenin).

Los datos de la Ciencia actual señalan que los procesos físicos químicos, biológicos y sociales que tienen en el mundo no son algo encerrado en sí y singularizado. Todos ellos pueden transformarse recíprocamente, puesto que entre ellos existe una vinculación universal y concatenación de interacción (8).

La Didáctica Dialéctica, es la ciencia que sirve para manejar los conocimientos y para transmitir a los educandos determinada concepción del mundo; mundo que debe estar en constante cambio, concebido como un todo único y coherente (9). Esta se puede considerar vinculada al método científico ya que como método de estudio compromete

a la educación en la transformación de la Realidad natural, social y conceptual del hombre (10). De donde se deduce que todo conocimiento incorporado a los educandos debe tener su propio momento de praxis para que la información transmitida, sea enriquecida y mejor comprendida en la práctica (11). Sólo la práctica será para los educandos el concepto de verdad (12). Sólo la didáctica dialéctica puede despertar en los educandos el compromiso de la transformación de la naturaleza por el hombre y para el hombre (13). Por tanto, una didáctica científica, debe partir de los principios esenciales de la lógica dialéctica, deben ser: La afirmación del nexo universal de la concatenación de los fenómenos y también de su desarrollo que realizan a través de la contradicción de allí el principio característico de la lógica dialéctica que exige que se tenga en cuenta todos los aspectos y nexos del objeto estudiado, con otros objetos y el principio que exige el examen de los objetos en su desarrollo y evolución (14).

De esta manera la didáctica debe partir de la posibilidad de transmitir una correcta interpretación de la cognoscibilidad del mundo; de cómo el conocimiento debe ser correcto, de que la práctica es un criterio correcto de verdad en la educación y que todos sus procedimientos deben estar basados en el método del conocimiento científico (15).

Partiendo de estos principios se puede decir que la integración "es una categoría pedagógica que interpreta el quehacer educativo, identificándolo con el método científico y siguiendo la espiral concreto-abstracto-concreto, al correlacionar para fines del aprendizaje: la teoría con la práctica en forma adecuada" (16).

Entonces la didáctica dialéctica da a los educandos una visión integral del mundo, con base científica y metodológica que tome en cuenta las leyes más generales que rigen la realidad objetiva (17).

Lo anterior está en clara oposición a la departamentalización, el cual según una definición de un seminario realizado a finales del año de 1973 considera que "La fragmentación de la ciencia y la departamentaliza-

ción del conocimiento científico, corresponden a la intencionalidad de hacer de los científicos y del hecho científico en sí, un instrumento que mantenga la estructura del poder imperante, a la vez oculta la realidad social de la humanidad". La disciplina es una ideologización del aprendizaje, aplicación y mercadeo del conocimiento. Juega un papel dentro del modo de producción imperante en cada momento histórico. Es además la forma como un sistema hace compartimientos de la ciencia y pierde la concepción de una realidad única e integrada a la que hay que conocer como tal, si se pretende transformar dinámicamente (18). Además, concluyen, en que la unidad integrada propicia la adquisición del conocimiento en forma no fragmentada, más global... Como una manera de aprender a ver el mundo con un criterio crítico-científico que trascienda a crear la necesidad de modificarlo... además "la unidad integrada debe propiciar la aplicación inmediata de conocimientos de tal forma que inciden en la realidad... Estas deben evaluarse con un criterio que incluya además del logro de objetivos la identificación de otros conocimientos, actitudes y destrezas conseguidas en el proceso (19).

En conclusión, se puede decir que "la ruptura teórica planteada con la enseñanza aprendizaje integrado, es el abandono de la ordenación formal del conocimiento como elemento estructurador de la enseñanza y de esta manera se eleva a la REALIDAD a la condición de instancia motora en la producción y transmisión del saber (20).

#### EVOLUCION DE LAS UNIDADES INTEGRADAS EN EL ACTUAL CURRICULUM.

La interacción de materias en la Facultad de Medicina se inició al coordinar dos cátedras: Microbiología y Medicina preventiva. Otro ensayo se realiza con un curso de cardiología integrando ciencias Básicas con la clínica (21). Esto empezó a realizarse ya que el enfoque disciplinario refuerza la formación de especialistas fragmentados en el campo de la medicina en una proporción totalmente fuera de la realidad de las necesidades de salud de la población guatemalteca (22). La Facultad a través



de su historia y evolución de la enseñanza (1920-30) se había desintegrado en varias facultades (odontología y farmacia) y en las escuelas de enfermería y en la de comadronas (la que desapareció), así como la asesoría que se le prestaba al gobierno, cuando fue creado el Ministerio de Salud Pública, cada vez su participación en la vida nacional era más parcializada. El conocimiento de la población guatemalteca y sus problemas de salud permitieron comprender la necesidad de integrar el conocimiento de la salud-enfermedad, en un saber médico diferente para poder producir un recurso humano de salud integral que practique una medicina nueva para la población; es decir, hacer una presentación del conocimiento (en la enseñanza) integral para una aplicación menos fragmentada y una práctica más real y concreta acorde a la problemática total de nuestro país (23).

El modelo general de integración total de la enseñanza aprendizaje, se formó más o menos en agosto de 1968; "Agrupando aquellas ciencias de la Educación Médica que proporcionan la esencia de quehacer diario del médico: Ciencias Biológicas, Ciencias de la Conducta, Ciencias Sociales y Ciencias Clínicas; las cuales se redujeron" a tres al unir: Ciencias de la Conducta y Ciencias Sociales, esto dio origen a lo que se llamó: El Marco Teórico de Integración General" (24), porque estas ciencias serían el esqueleto de la integración en las tres fases de la Facultad de Medicina. Con este esquema la carga académica (contenido de estudio, materias, actividades) se distribuyó "empíricamente" (25) tratando de que los conocimientos no fueran demasiado extraños a la usanza tradicional. En 1970 se inició una actividad integrada en el tercer año: Introducción al Estudio de la Enfermedad, utilizándose el paradigma de Levell y Clark (concepción multicausal) que sirvió de fundamento para conceptualizar el problema de la salud-enfermedad. (26)

El área de Ciencias Biológicas de Fase II, inició un curso coordinando Anatomía patológica, Microbiología e Inmunología, lográndose dar un enfoque diferente a lo que comúnmente se tenía de la desnutrición (27). Esto estimuló a realizar actividades "que tuvieran unidad conceptual y pudieran orientar una práctica consciente de que el objeto de estudio no se da aislado,

sino dentro de un contexto más amplio. De la Mortalidad de Guatemala en 1967, (28) se escogieron once enfermedades: por prioridad epidemiológica y por la posibilidad de que esta enfermedad pudiera representar la patología de un sistema del organismo humano. En base a esto se determinaron varios conjuntos de actividades que se les dio el nombre de UNIDADES (29). Estas Unidades fueron: Tuberculosis, Diarrea, Materno Infantil, Metaxénicas, Insuficiencia Cardíaca, y Trauma (30).

El diseño anterior fue un verdadero "salto" en el proceso después del cual fue posible diseñar una currícula de estudios con unidades integradas. Cada vez se fueron ajustando éstas a una enseñanza más adecuada. Se redactaron objetivos generales y educacionales para cada unidad. Se formularon y realizaron pruebas de evaluación cada vez más técnicamente desarrolladas (31). Después de esto se realizó en tercer año una unidad denominada: Clínicas Familiares o Unidad Longitudinal (32); cuya finalidad era utilizarla para la APLICACION de los conocimientos de las Unidades Teóricas. De esta manera tanto las unidades longitudinales (cuyo desarrollo se efectúa durante todo el año de actividades) o las transversales (cuyo desarrollo se efectúa en un tiempo más corto previamente establecido), ayudaron a teorizar nuevas técnicas pedagógicas (33). Las unidades de Investigación que se desarrollaron, plantearon la unidad del conocimiento científico a través del método científico.

A fines de 1973, se realizó un seminario de estudio (34) que culminó con un taller de Unidades Integradas de una semana de duración. Sus conclusiones fueron alrededor de 11; en las cuales se analizaba la filosofía del método, así como un análisis didáctico y pedagógico del mismo y dieron recomendaciones que fundamentaron los futuros cambios que se efectuarán en el diseño y estructuración de nuevas unidades.

Dado a que entre sus conclusiones el grupo pedía (35) que se debía explicitar una ideología del curriculum y por ende de las unidades integradas, pues la no existencia de ésta dificultaba la existencia de cualquier metodología del aprendizaje.

Se incorporó en la estructuración de las unidades "elementos dialécticos" que se aplicó en el trabajo mé-

dico que realizaba la Facultad originando nuevas concepciones sobre la práctica (36).

En 1975 se inicia en el primer año unidades integradas que para 1976 se ordenan dentro de un marco teórico conceptual quede hecho replantea un nuevo enfoque a todo el curriculum. El grupo específico nombrado para formular las unidades del primer año, partiendo de una concepción dialéctica del mundo (37), del origen del estudiante de primer ingreso y de los fundamentos necesarios para enfocar la ciencia médica dentro de la contradicción de la naturaleza y la sociedad, manejan los siguientes conceptos: El saber y el no Saber; la Universidad y la Sociedad, el Individuo y la Sociedad, el Guatemalteco y Guatemala; energía y trabajo, salud y enfermedad. Con esto se estructuraron las siguientes unidades: Aprendizaje, Universidad, Causalidad, Organización, Guatemala, Energía, Nutrición. Agrupándose en estas unidades los contenidos de las siguientes disciplinas: Biología, Físico-Matemáticas, Química, Psicología, Sociología, Filosofía y Economía (38).

Aunque la conceptualización teórica de esta unidad es novedosa, sólida y avanzada, no se ha determinado (evaluado adecuadamente) si los estudiantes perciben integradamente el conocimiento que manejan, o si lo integran o no alrededor del tema de la unidad (39). Habría que determinar también, si los profesores responsables del desarrollo de las unidades perciben la "unidad teórica de los conocimientos y si tienen una concepción dialéctica de lo que están enseñando: Esto último es muy importante: no se puede transmitir pedagógicamente hablando, lo que no se sabe, lo que no se percibe.

En fin "toda pedagogía sustentada en la estructura ción formal del conocimiento, ha de enfrentar siempre la CONTRADICCION que se establece entre el conocimiento parcelado y la realidad, como instancia totalizada que sólo puede ser fragmentada a través de una abstracción (40) (en este caso una "unidad").

Esto último a mi parecer sólo puede ser sanjado,

al enfrentar al estudiante a la práctica (realidad) para que perciba la unidad del mundo a través de la materia y el quehacer social, los cuales al reflejarse en su conciencia, serán su criterio de verdad.

## OBJETIVOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA - USAC (41)

### Objetivos Generales.

- 1- Formar adecuadamente recursos humanos en materia de salud a diversos niveles, con programas centrados en la realidad guatemalteca y con base a un plan coordinado de acción entre las instituciones de salud.
- 2- Investigar los problemas de salud de Guatemala.
- 3- Encontrar soluciones adecuadas a los problemas de salud tomando en cuenta los aspectos socioeconómicos del desarrollo.
- 4- Propiciar la oportunidad de servicio que habilite al estudiante y al profesional a cumplir su misión dentro del complejo socio-cultural que le toque actuar.
- 5- Propiciar el aprovechamiento de los recursos humanos, materiales e institucionales del país para la promoción de la salud, la educación, la investigación y el servicio en materia de salud.
- 6- Divulgar y fomentar el conocimiento científico en materia de salud.
- 7- Propugnar por el bienestar físico, psíquico y económico de los estudiantes y personal administrativo.
- 8- Propugnar por la integración efectiva de la Universidad de San Carlos.

### Objetivos Específicos.

El objetivo específico de la Facultad de Medicina es formar un Médico General, para la atención integral del paciente, la familia y la comunidad.

### Características del Médico General que forma la Facultad de Medicina.

- 1- Estar conciente de los problemas de la comunidad;

ser conocedor de la estructura de la sociedad y su dinámica, la organización de la familia y las fuerzas que actúan sobre ella para conservar o perder la salud, así como los factores económicos-sociales que influyen sobre el mismo, su paciente y su comunidad.

- 2- Tener fuerte vocación de servicio que dignifique la relación médico-paciente y la extienda a una relación médico-comunidad a través de la familia.
- 3- Tener habilidad e ingenio para encontrar soluciones apropiadas a los problemas de salud y que pueda ser conductor y orientador de un grupo multi-profesional de salud.
- 4- Tener una preparación científica que le permita comprender la problemática de la medicina y la metodología para investigar los problemas de salud.
- 5- Ser capaz de continuar autoeducándose y consciente de sus propias limitaciones.

#### Objetivos Específicos para la Enseñanza de Posgrado.

- 1- Formación del personal docente.
- 2- Formación del personal administrativo en materia de salud.
- 3- Formación de especialistas.
- 4- Programar la educación continuada.

#### Objetivos de la Estructura Administrativa.

- 1- Ejecutar el plan de estudios.
- 2- Favorecer la integración entre la educación y la formación médica.
- 3- Coordinar e integrar las disciplinas básicas de la educación médica.
- 4- Enfocar la actividad administrativa hacia el estudiante.

#### Objetivos Generales de Fase I. (42)

Satisfacer las necesidades estudiantiles de comprender la estructura y función del individuo y la colectividad guatemalteca, para participar en la mejora de su salud.

- 1- Conocer objetivamente el medio real guatemalteco.
- 2- Comprender los métodos de investigación del individuo y la colectividad.
- 3- Conocer, para aplicar el conocimiento, para el estudio de la colectividad y el individuo.
- 4- Analizar la estructura y función del individuo y la colectividad para evaluar sus relaciones internas y comprender la problemática dinámica.

Para promover Fase I a Fase II debe comprobar los objetivos educacionales siguientes:

#### Objetivos Cognocitivos.

- 1- Demostrar habilidades intelectuales para definir problemas generales del guatemalteco y su sociedad;
- 2- Adquirir conocimientos sobre hechos, conceptos, métodos y procedimientos utilizados en el estudio y definición del problema del hombre y su relación a su medio;
- 3- Comprensión de los fenómenos ecológicos normales y culturales que producen la salud guatemalteca;
- 4- Interpretación epidemiológica a través de la historia, examen físico y laboratorio, observación y análisis y síntesis para comprender la situación de salud de la colectividad;
- 5- Comprensión de los diferentes programas de salud y la importancia y manera de integrarse a ellos.

#### Objetivos Afectivos.

- 1- Responsabilizarse de la salud del individuo y la colectividad;



- 2- Desarrollar tolerancia a situaciones sociales que surjan en la relación humana con individuos, grupos y colectividades;
- 3- Derivar satisfacción de las interrelaciones con la colectividad guatemalteca y la comprensión de sus problemas;
- 4- Promover las circunstancias adecuadas para mantener la salud de la colectividad;
- 5- Comprender la importancia del trabajo grupal y la necesidad del enfoque multidisciplinario en el manejo de problemas de salud;
- 6- Tener interés y saber utilizar todos los recursos de la comunidad aplicables a la solución del problema de salud o su mejor comprensión;
- 7- Valorar el interés colectivo por el individual.

#### Objetivos Psicomotores.

- 1- Desarrollar habilidades para utilizar técnicas exploratorias en el estudio, la estructura y función del individuo y su colectividad;
- 2- Desarrollar hábitos para hacer eficiente la selección interpersonal a intercultural.

#### OBJETIVOS DE FASE II (43)

##### Objetivos Generales.

Los objetivos son los de satisfacer las necesidades estudiantiles de:

- 1- Adaptarse al medio real enfermo de Guatemala;
- 2- Comprender los métodos de investigación del enfermo y de la colectividad;
- 3- Conocer para aplicar las materias fundantes para el estudio de la enfermedad;
- 4- Analizar la estructura y función del individuo y colectividad enferma para evaluación y busca de soluciones;

Para promover a fase III y lograr la formación profesional capaz de mejorar la salud del guatemalteco.

#### Objetivos Cognocitivos.

- 1- Adquisición de habilidades intelectuales para definir problemas de la práctica diaria de la medicina y para plantear soluciones;
- 2- Adquirir conocimientos sobre hechos conceptos y métodos y procedimientos utilizados en el estudio y definición de problemas médicos;
- 3- Comprensión de los fenómenos ecológicos normales y culturales que alteran la salud, más frecuentes en la familia guatemalteca;
- 4- Interpretación de los datos obtenidos a través de historia, examen físico y laboratorio, observación del ambiente y utilización racional de los mismos;
- 5- Comprensión de los diferentes programas de salud y de la importancia y la manera de integrarse a ellos.

#### Objetivos Afectivos.

- 1- Estar concientes de la responsabilidad del médico con el paciente, la familia y la comunidad;
- 2- Desarrollar tolerancia a situaciones sociales que surjan de la relación médico paciente, y estudiante-médico;
- 3- Derivar satisfacciones de la atención del enfermo y la solución de sus problemas;
- 4- Aprovechar y promover las circunstancias adecuadas para prevenir las enfermedades;
- 5- Comprender la importancia del trabajo en general y la necesidad del enfoque multidisciplinario en el manejo de los problemas de salud;
- 6- Tener el interés y saber utilizar todos los recursos disponibles en la comunidad, aplicables a la solución de problemas de salud.

### Objetivos Psicomotores.

- 1- Desarrollar habilidad para la utilización de procesos diagnósticos empleados en el campo de la medicina general y para educar en el campo de la salud a individuos, familias y/o comunidades;
- 2- Desarrollar habilidad para investigar a los pacientes y a la colectividad y saber registrar adecuadamente los hallazgos;
- 3- Desarrollar hábitos para hacer eficiente la relación médico-paciente.

### FASE III (44)

#### Objetivo General.

Que profesores y estudiantes adquieran los conocimientos, habilidades y actitudes adecuadas para un ejercicio profesional integral.

#### Objetivos Generales.

Ciencias Clínicas: Que profesores y alumnos adquieran los conocimientos y habilidades y actitudes necesarias para identificar y resolver adecuadamente los problemas clínicos más frecuentes en nuestro medio.

Ciencias Biológicas: Que profesores y alumnos mantengan una actitud positiva hacia el estudiante y la utilización de las ciencias biológicas apliquen el método científico en la solución de los problemas médicos.

Ciencias de la Conducta: Que profesores y alumnos apliquen el método científico y con bases epidemiológicas en la solución de los problemas colectivos e individuales y de acuerdo con la realidad nacional.

Que profesores y alumnos adquieran conocimientos y habilidades administrativas, mediante su participación en la planificación, ejecución y evaluación de programas de salud.

Que profesores y alumnos adquieran actitudes favorables hacia el trabajo en equipo.

Que profesores y alumnos apliquen medidas de promoción, prevención, y recuperación en los problemas psico-sociales, tanto individuales como colectivos.

(VER ESQUEMAS).

## CITAS Y REFERENCIAS.

## Capítulo: "Facultad de Ciencias Médicas" y "Curriculum"

- 1) Resumen basado principalmente en el folleto escrito por el Dr. Ronaldo Luna "Facultad de Ciencias Médicas". Reimpreso por la Facultad de C.C.M.M., USAC. 14 pags.
- 2) Resumen basado en el folleto escrito por el Dr. Ronaldo Luna "El Desarrollo Histórico del Cambio de la Facultad de Ciencias Médicas" Folleto mimeografiado. UDIES, F. C.C.M.M., USAC. 22-VI-1977. 15 págs.

Del 3 al 17) Citas tomadas del folleto "Fundamentos Filosóficos de la Didáctica Realizada por Medio de Unidades Integradas: Una aproximación Explicativa a la Didáctica Dialéctica". Escrito por el Dr. Francisco Villagrán, mimeografiado por la F. C.C.M.M., USAC, julio 1977. 18 págs.

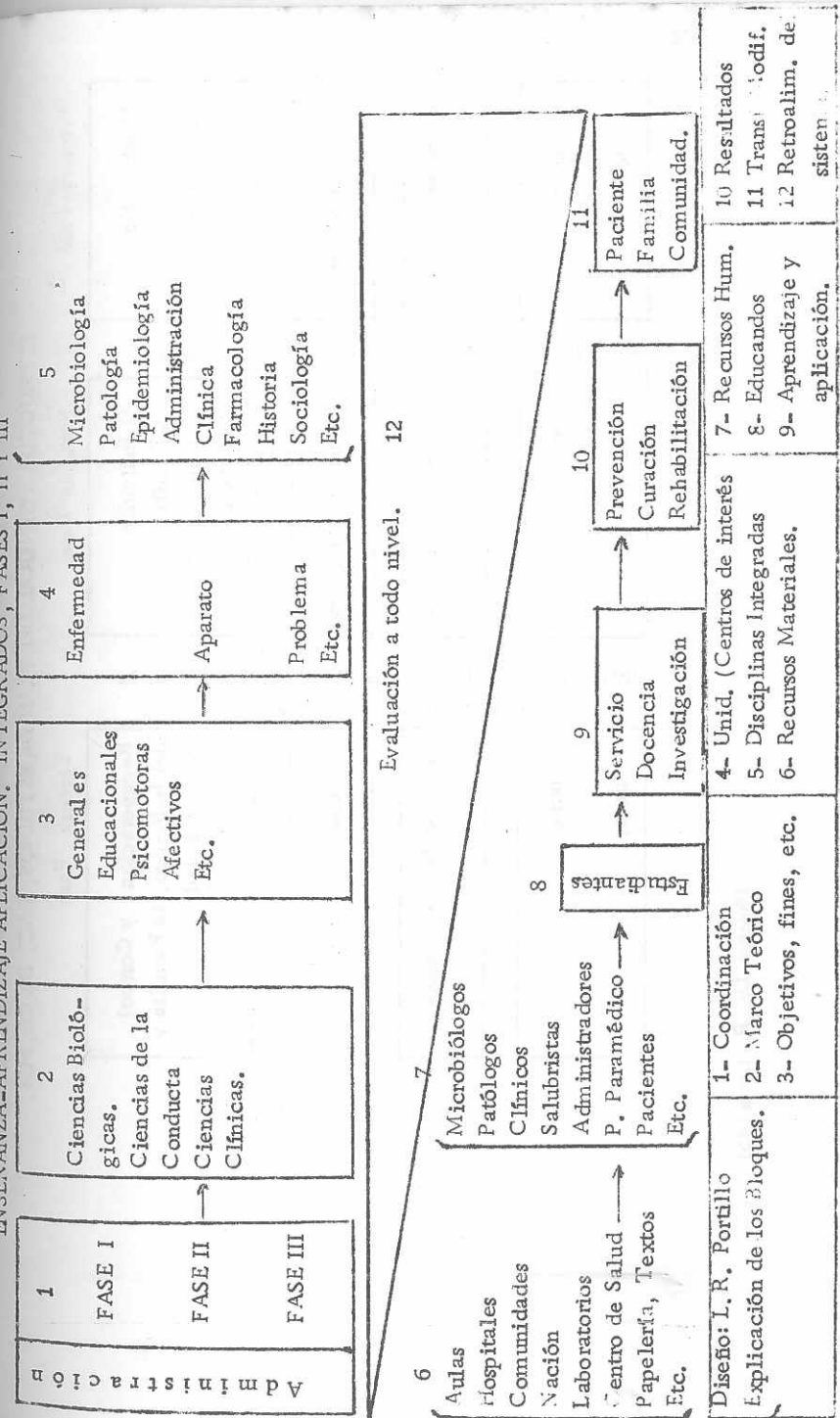
De la 18 a la 40) Citas tomadas del folleto escrito por el Dr. Ronaldo Luna A. "El Proceso de Integración de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala". Mimeografiado por F. C.C.M.M., USAC, junio de 1977. 19 págs.

- 41) Tomada del artículo escrito por el Dr. Ronaldo Luna: "Características del Nuevo Curriculum de la Escuela". Publicado en la rev. del Colegio Médico de Guatemala, 1 vol., 22; marzo de 1971, pág. 56-77. Este artículo fue reimpreso por la Facultad de C.C.M.M., USAC, en 1977, con las modificaciones correspondientes a la fecha de reimpresión, hechas por el autor.

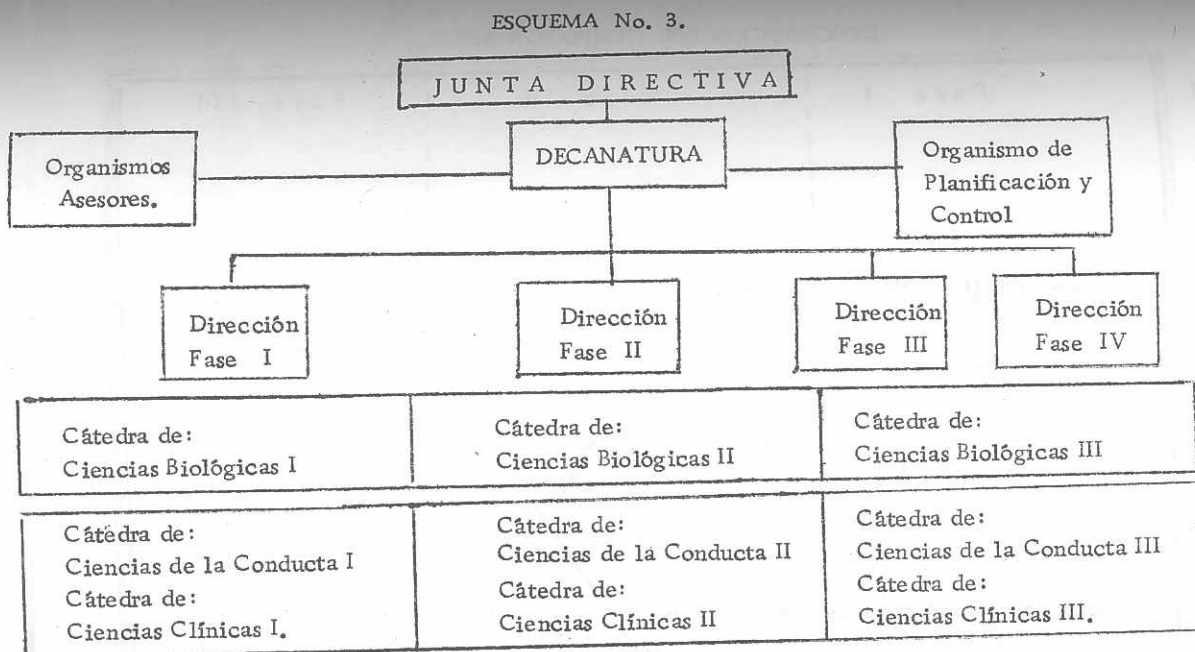
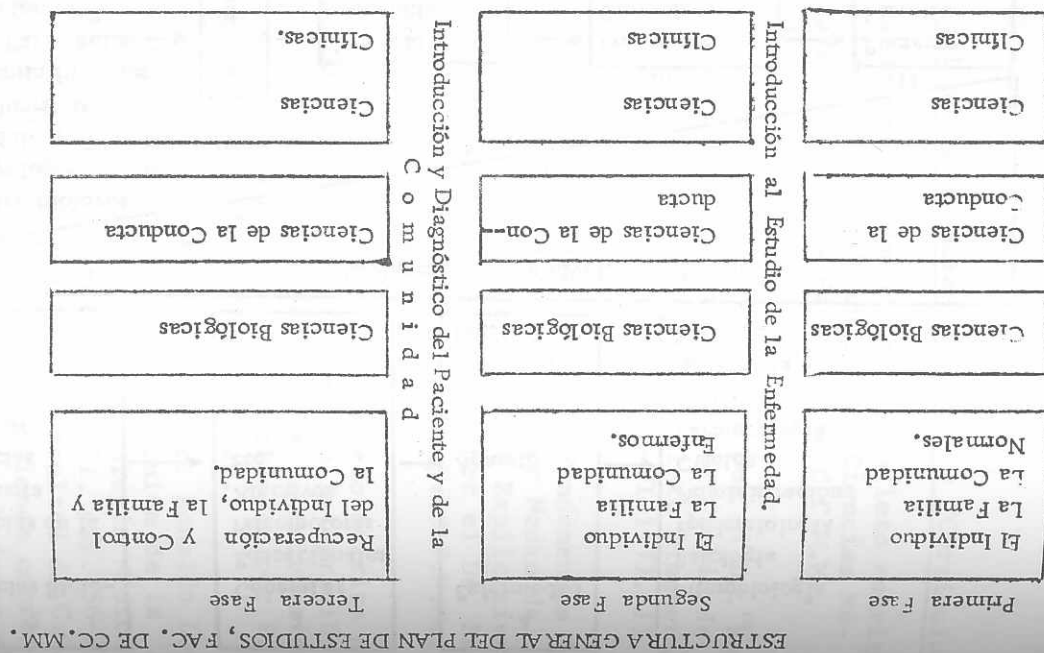
- 42) Objetivos escritos proporcionados por Fase I, F. C.C.M.M., USAC.
- 43) Objetivos de Fase II, Publicados en 1975, folleto de información.
- 44) Objetivos de Fase III, tomados de la publicación de "información, y Cultura Médicas". Rev. Publicada por la F. C.C.M.M., USAC, mayo 1976. 35 págs.

ESQUEMA No. 1

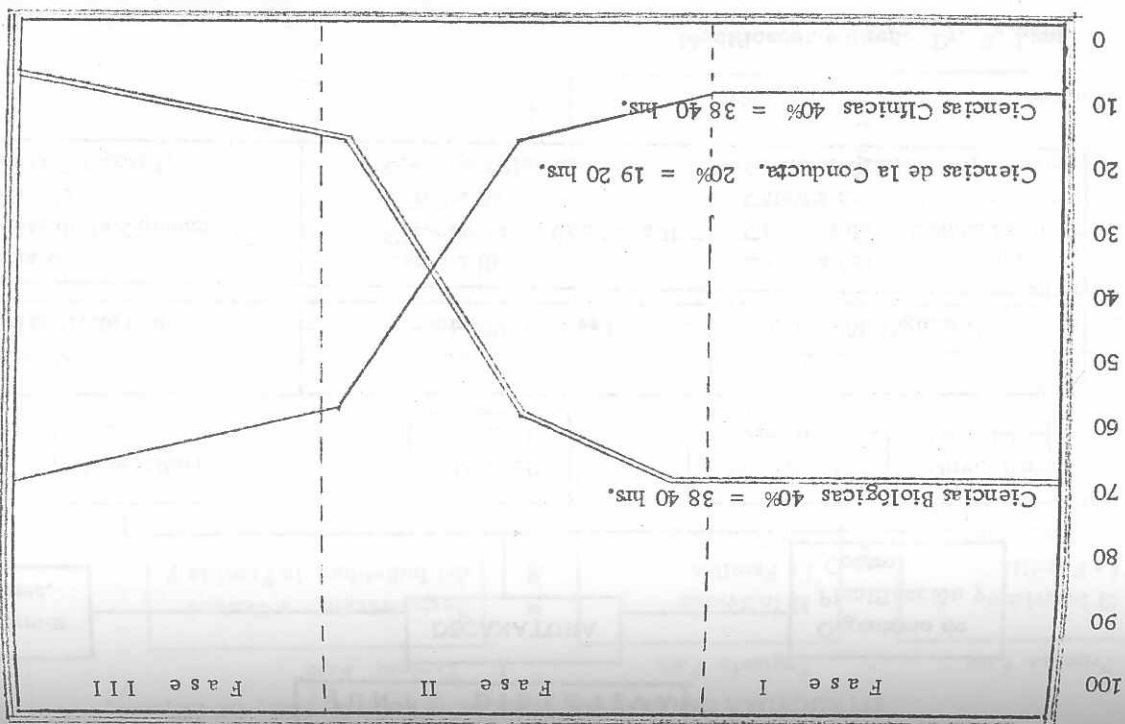
ENSEÑANZA-APRENDIZAJE APLICACION. INTEGRADOS, FASES I, II Y III







Tiempo Total: 100% = 9600 Horas.



DISTRIBUCION DEL TIEMPO POR AREAS.

ESQUEMA No. 4.

ESQUEMA No. 5

FASE I CONTENIDO GENERAL

Primer Año		2do. Año.
70% Organismo vivo Ciencias Biológicas a) Materias Fundantes b) Introducción a Estudios Biomédicos		70% La estructura y función del hombre  Ser Biológico Normal.
20% Se Humano Ciencias de la Conducta a) Método de Estudio b) Introducción a Estudios Psicosociales c) Orientación Universitaria		20% La Estructura y Función  De la colectividad Guatemalteca
10% Ciencias Clínicas  Introducción a Estudios Clínicos		10% Crecimiento y Desarrollo  Humano

Dr. R. Luna.

CONTENIDO ESPECIFICO DEL PRIMER AÑO

EPISTEMOLOGICO	CIENTIFICO	TECNOLOGICO
Aprendizaje	Causalidad	Huergia
Universidad	Organización	Nutrición
CC. Bioló gicas.		
CC. Con- ducta		
CC. Clini- cas.		

CONTENIDO ESPECIFICO DEL SEGUNDO AÑO

FORMACION ENERGIA	CAPTACION ENERGIA	MOVIMIENTO → PRODUCCION → REPRODUCCION
Alimentación	Universidad	Balance Vital
		Reproducción
		Trabajo
		Deporte
CC. Biol.		
CC. Cond.		
CC. Clínic		

Dr. R. Luna

ESQUEMA No 7

FASE II. CONTENIDO GENERAL

TERCER AÑO	Métodos de Investigación del paciente y de la colectividad	CUARTO AÑO
<p>60% Organismo Enfermo Patología Celular y Tisular Unidades Integradas: Temas Específicos</p> <p>20% Se Humano Enfermo El Ser Colectivo Enfermo Psicopatología Individual y Social Unidades Integradas.</p> <p>20% El Enfermo, su Familia y su Medio: Unidades Integradas El Enfermo Crónico</p>		<p>20% Fisiopatología del Enfermo Unidades Integradas: Fisiopatología Clínica</p> <p>20% El Conflicto de la Enfermedad Unidades Integradas: Medicina Psicosomática Medicina del Trabajo El Quehacer Colectivo que Enferma</p> <p>60% Unidades Integradas: Medicina General Medicina Ambulatoria Medicina Hospitalaria.</p>

Dr. R. Luna



# ESQUEMA No. 8

Tercer Año: Contenido Específico (Unidades)

INVESTIGACION		N E C R O P S I A S															
Vida y Muerte		Enfermedad Mental		Desnutrición		Diarrea		Tuberculosis		T r a u m a		Dematología		Metaxénicas		El Medicamento	
I n v e s t i g a c i ó n																	
Metodología Clínica									Clínicas Familiares								
Medicina de la Colectividad																	

Cuarto Año: Contenido Específico.

Trabajo en Hospital		Trabajo en Clínicas	
Medicina y Cirugía		Familiares	
Unidad de Atención Médica Hospitalaria		Unidad de Investigación	
Unidad Shock	Unidad Coma	Unidad Medicina Forense	Unidad Trauma (Hospitalaria)

Adaptado de diseño del  
Dr. R. Luna.

## ESQUEMA No. 9

### F A S E III C O N T E N I D O G E N E R A L

QUINTO AÑO	SEXTO AÑO	Ejercicio Profesional Supervisado	
		Unidades Clínicas Integradas	Servicios Integrados.
10% Interpretación Biológica de la Enfermedad	10% Ciencias Biológicas y Tecnología.	70% Rehabilitación del Enfermo Hospitalario-Ambulatorio.	Programación de Salud Pública.
20% Dinámica Emocional del Enfermo. Manejo de la Salud Colectiva.	20% Manejo del Enfermo Mental		
70% Manejo del Paciente Hospitalario-Ambulatorio	70% Manejo del Enfermo Mental		

Dr. R. Luna

QUINTO AÑO: CONTENIDO ESPECIFICO ( Unidades)

EJERCICIO PROFESIONAL INTEGRAL

MATERNO-INFANTIL (Unidades Hospitalarias)									
Problemas Ginecológicos	Complicaciones Pre-Natales y Séptico	Unidad Perinatal	Emergencias Médico Quirúrgicas	Niño Mal Nutrido	Niño Enfermo	Lactancia, Crecimiento y Desarrollo	Embarazo y Post-Parto	Salud de la Colectividad	Programa Electivo
Programa de Medicina Integral Rural.									

CC. BB.

CC. CC.

CC. CL.

Adaptado de Dr. R. Luna

SEXTO AÑO: CONTENIDO ESPECIFICO.

EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO	
DOCENCIA - SERVICIO - INVESTIGACION	
EPS HOSPITALARIO a) Medicina 2 meses b) Pediatría 2 meses c) Obstetricia 1 mes d) Cirugía 1 mes.	EPS RURAL En Puestos de Salud 6 Meses
6 meses.	4

CC. BB.

CC. CC.

CC. CL.

Adaptado Dr. R. Luna

Estos esquemas (del 2 al 10) están basados en los realizados por el Dr. Luna para la publicación de la Rev. del Colegio Médico antes mencionada, modificados en la reimpresión. Algunos fueron modificados para adaptarlos al actual diseño curricular.



## ANÁLISIS GENERAL.

Partiendo de la hipótesis propuesta, nos planteamos la siguiente pregunta: "Existe una problemática de sa lud en Guatemala? y en caso de existir ¿en qué consis te?, ¿Tiene un denominador común?

Podemos decir que si existe una problemática de sa lud en Guatemala ya que los estudios que se realizan sobre la salud y la enfermedad de sus habitantes así lo demuestran. Sabemos, por ejemplo, que la sexta parte de la población (o más) la forman niños menores de 5 años, de los cuales el 81.4% de ellos padecen algún grado de desnutrición, lo que los expone a ser fácil presa de las enfermedades infecciosas que en la ma yor parte de los casos constituye la causa final de muerte. Del porcentaje antes mencionado sobre la des nutrición, sabemos que un 26% de ellos, se clasifican según el método del Dr. Gómez, dentro del grado de des nutrición II (lo que indica un déficit ponderal del 25-39%, con respecto al peso normal de un niño sano de la misma edad).

Sabemos también, que el 5.9% del total de des nutridos, se clasifican el grado III de desnutrición (déficit ponderal de más del 40%). Se ha determinado que el riesgo estimado de muerte con respecto a un niño bien nutrido para el grado II de desnutrición es del 22% o más y para el grado III, es de más del 33%. La desnutrición constituye el 60% de las causas asociadas de muerte en las enfermedades infecciosas (dato que debería interpretarse así: Las enfermedades infecciosas al asociarse a la desnutrición causan la muerte en el 60% de los casos) Es decir que las enfermedades in fecciosas potencializan sus efectos mortales al asociarse a una enfermedad que lenta y paulatinamente ya los estaba matando. El número de muertes infantiles es de 81 por mil nacidos vivos, y que el 49% de todas las muertes, incluyendo todas las edades, que se produ jeron en el país en 1973, fue en niños menores de 5 años. La esperanza de vida del guatemalteco oscila entre los 45-50 años, contra 70 años en los países desarrollados. Las cinco primeras causas de defunción infantil en el país son básicamente infecciosas y preve

nibles. El mayor porcentaje de los casos de morbilidad también son enfermedades básicamente infecciosas, todas prevenibles. Entonces, en Guatemala existe una proble mática de salud, con características propias, que no se pueden explicar, por la presencia de gérmenes en los cuadros finales de muerte o tratamientos demasiado tar díos.

Si no encontramos explicación en las causas biológicas de muerte de estos niños, vamos a recurrir como lo hi zo Virchow en la mitad del siglo XIX, a buscar la explicación en las causas sociales. Indudablemente no podemos afirmar que existe una "misma" como en los tiempos de Vir chow, pero actualmente tenemos su equivalencia: los gér menes y los virus. Sabemos que algunos de los niños mueren de bronconeumonías, de las cuales se pueden aislar co mo responsables a estreptococos, estafilococos, etc., otros presentan diarreas, generalmente virales y mueren por des equilibrio hidroelectrolítico, otros por síndrome de co agulación intravascular y otros términos académicos que ha cen quemarse las pestañas a nuestros sabios y estudiosos médicos. Estos cuadros explican las causas de muerte de estos niños. Pero no explican porque esto sucede en Guatemala, y no en E.E.U.U., o Alemania. Es una interpretación Asocial del problema básico, del denominador común. Veamos porqué: El problema básico de la mayoría de los guatemaltecos es su escaso poder adquisitivo (el 5% de la población recibe el 35% del ingreso nacional, en el área rural el ingreso per capita anuales de 82 quetzales, 1974, y que el 64% de los guatemaltecos son agricultores, y la mayoría lógicamente vive en área rural). Lo anterior se traduce en que no puedan comprar alimentos en cantidad su ficiente para estar nutridos, pero si no los pueden comprar, se da el caso de que tampoco los pueden producir (el 62% de la mejor tierra de Guatemala la posee el 2.1% de la población y que el 87% de los propietarios son agri cultores de subsistencia, lo cual "curiosamente" coincide con el 81% de los niños guatemaltecos desnutridos). Casi un millón de personas (otra sexta parte de la pobla ción) se ven enroladas en el sistema de migraciones a los grandes latifundios para vender su mano de obra (fuerza de trabajo) para la producción de los cultivos de expor tación (algodón, café, caña, etc.), ésto implica salarios

de subsistencia y condiciones de vida casi animales. Mala alimentación, viven en galeras apiñados, no hay letrinas, no tiene agua potable. Esto se traduce en la proliferación de enfermedades parasitarias (paludismo, amibiasis, parásitos intestinales), desnutrición, anemias severas, infección y muerte. En 1970 existía un déficit de vivienda de 450,000 unidades, la cual se duplicó o triplicó en el terremoto del 76. En el área rural sólo el 10% de la población tiene agua potable y existe un déficit de casi medio millón de letrinas. Podríamos seguir mencionando más y más cifras y datos estadísticos, todos hablan por sí mismos que la problemática de salud de Guatemala subyace en la situación socio-económicas y políticas del país.

¿Porqué decimos entonces, que la problemática de salud tiene múltiples y variadas dimensiones?, las múltiples y variadas dimensiones de esta problemática son de tipo teórico. Sólo hay una dimensión de esta problemática que incluye a todas y las explica, colocándolas en su verdadero lugar. Nos referimos a la dimensión social de la salud-enfermedad. Veamos un ejemplo ¿porqué muere tanto niño en Guatemala? En el nivel puramente biológico, o la dimensión biológica del problema podemos decir que mueren porque son susceptibles de las infecciones, padecen de muchas diarreas y mueren como consecuencia de esto y se demuestra porque son los cuadros finales de muerte de todos estos niños. Pero esto no explica: ¿Porqué mueren de esta enfermedad los niños que viven en la Limonada o en los asentamientos y no así los niños de las colonias residenciales.

¿Porqué fallecen de esta manera los hijos del campesino o los del zapatero, y no los hijos del abogado, del ingeniero, del funcionario o del rico hacendado? Recurriendo al nivel "multicausal" explicaría que los niños del zapatero, del campesino, que viven en la Limonada o en los asentamientos, proviene de hogares pobres, que no tienen agua potable, que están severamente desnutridos, que antes de consultar al médico o al hospital los trató el curandero o el farmacéutico y en

cambio los hijos del abogado, ingeniero o funcionario viven en colonias residenciales, tiene agua potable, se alimentan adecuadamente, viven en condiciones higiénicas y consultan rápidamente al médico, etc. En síntesis, que tiene una serie de factores en contra que lo hace más susceptible a las infecciones y por eso mueren. Pero estos niveles no explican ¿porqué siendo todos estos niños de un mismo país, de la misma sociedad, etc. tengan unos que morir y otros no? La pobreza, la mala higiene, la poca cultura médica, etc., son términos asociales y ahistóricos que no explican la verdadera razón de esta problemática. El nivel de interpretación social de la enfermedad explica que los habitantes de la Limonada y de los asentamientos no viven allí simplemente porque ellos así lo quieran, que no tiene una casa adecuada porque son muy ignorantes y no pueden vivir con comodidades, que no se alimentan con carne, huevos y leche, porque no les gustan y por eso sólo comen tortillas. Que no tienen letrinas, no porque no sepan usarlas y que ellos no visitan al médico, antes que al curandero o al farmacéutico no porque ellos crean más en éstos. No, no son estas las razones de que ellos se comporten y actúen de esa manera. El desarrollo histórico, el análisis dialéctico materialista de la sociedad, nos indican que estas diferencias de mortalidad entre ambos grupos es porqué entre ellos existen condiciones sociales, económicas y políticas históricamente determinadas. Esto hace que el zapatero y el campesino y sus hijos presenten esa patología como consecuencia de sus condiciones de vida material, así como también los hijos del abogado, ingeniero o funcionario, presentan otra patología correspondiente a la clase social a la que pertenecen.

Cada formación social crea su propia patología determinada históricamente por la apropiación que han hecho los diferentes grupos de los medios de vida material y producción. He aquí cómo conceptos tales como "lucha de clases", "medios de producción", "fuerza de trabajo", "plusvalía", etc., y otras de la terminología social se adaptan a las ciencias médicas para explicar las verda-



deras y últimas causas de las enfermedades, las cuales hay que modificar y transformar, si queremos erradicar dichas patologías de los grupos sociales económicamente débiles, por eso se dice que la acción del médico se extiende generalmente a la acción política directa.

Siguiendo el análisis de nuestra hipótesis nos planteamos la siguiente interrogante ¿Cómo el Currículum actual de la Facultad de Medicina de la USAC, permite a estudiantes, profesores, y médicos graduados un análisis científico e integral de la problemática de salud de Guatemala antes señalada y demostrada? En las siguientes páginas trataremos de responderla.

El actual curriculum de la Facultad, no es el mismo con que se inició el "cambio" en 1969; durante los diez años que lleva de funcionar se ha ido modificando y tratando de mejorar el esquema general. Pero en general existe un Marco Teórico y un diseño general que lo mantiene cohesionado y permiten analizarlo. Para este análisis utilizaremos como guía el esquema número 1 (enseñanza-aprendizaje-aplicación integrados de fase I, II, III) La Fase IV, no se ha incluido en el esquema a propósito, para que nos deje en libertad de análisis en aquello que ya se ha visto sus resultados. Refiriéndome al esquema número uno, bloque 1, vemos que la administración y la coordinación (dirección de fases I, II y III), se encuentran integradas y permiten un flujo de mando vertical, así como una dirección horizontal (ver organigrama, esquema 3) o sea una administración y coordinación integradas a todo nivel. El bloque número dos, representa el Marco Teórico del curriculum compuesto por: Ciencias Biológicas, Ciencias de la Conducta y Ciencias Clínicas, las cuales desde el punto de vista didáctico son grandes ramas de las Ciencias Médicas que permiten integrar todos los conocimientos necesarios para la formación del médico. Son los pilares sobre los cuales se sustenta el Currículum, tanto para la coordinación como para la integración de contenidos de estudio. Es criticable de este Marco Teórico el hecho de que se haya incluido a las Ciencias Sociales dentro de las Ciencias de la Conducta (como vimos en el desarrollo histórico del curriculum realizaron esta simbiosis) ya que supedita los hechos sociales a los de la conducta, lo

que lógicamente no puede ser, por lo que en futuras oportunidades debe utilizarse otro término más adecuado. Incluso el término de Ciencias Sociales sería correcto ya que incluiría a las ciencias de la conducta, como fácilmente puede demostrarse (1). En el esquema número dos nos indica como el marco teórico se adapta a las fases y en el esquema número cuatro, vemos como se distribuye el tiempo por área y por fases. El bloque número tres es de vital importancia, ya que teniendo el Marco Teórico, determinar los objetivos, los fines, etc., es un paso de vital importancia ya que ellos determinan lo que se quiere, espera y persigue con la enseñanza-aprendizaje-aplicación. Deben estar fundamentados con una sólida base científica, ser claros en cuanto a lo que persiguen y aplicables a la realidad. Los objetivos generales del Currículum, de las fases y de las Unidades, deben ser revisados y discutidos con cierta regularidad ya que son la brújula que guían al sistema, y determina cómo y hasta donde debemos llegar. Determinando lo que se quiere y lo que se persigue para el estudiante, deben incluirse objetivos para el catedrático y para el personal administrativo, ya que son parte activa en este sistema de la educación. Por lo que pude investigar, por el momento sólo fase III, tiene objetivos para sus profesores. Pasamos al bloque número cuatro, al del Núcleo integrador de la enseñanza-aprendizaje-aplicación. Este núcleo integrador debe ser un problema de la realidad (enfermedad, aparato, problema, situación social, etc.) así como que tenga correspondencia dialéctica con la situación que pretenda modificar o transformar, por tanto debe formularse junto o a continuación de los objetivos.

La filosofía de las unidades ha sido ampliamente descrita, pero como hemos visto, las unidades del Primer Año han sido las que han tenido una adecuada estructuración por medios dialécticos, lo que nos indica que las otras carezcan de contenido científico, pero deben revisarse a su debido tiempo.

Para referencias de las unidades ver esquemas del 5 al 10.

En el quinto bloque observamos las ciencias o disciplinas que se integran al "tema central", dependiendo del Marco Teórico y de los Objetivos propuestos. Es un siste



ma abierto que permite infinitas combinaciones y con él se pueden conseguir todas las relaciones deseadas para la enseñanza-aprendizaje-aplicación. Su base es el principio dialéctico de la concatenación universal de los fenómenos del universo. (ver contenidos específicos de fase I, II y III, esquema 5-10). El bloque número 6 representa a los recursos materiales que se utilizan para hacer más adecuado el aprendizaje, incluyendo el ambiente donde se apliquen los conocimientos (comunidad, nación, etc.). Bloque número 7, indica el personal docente (especialista), catedráticos personal paramédico, pacientes, etc., en fin todos los elementos humanos que participan en la integración de los conocimientos, persiguiéndose tener una mayor amplitud de criterio y de recursos disponibles alrededor del tema integrador: LA UNIDAD. El octavo bloque representa a los estudiantes, los sujetos centrales en cuanto al aprendizaje-aplicación, pero no necesariamente los únicos que deben aprender, como podría interpretarse, ya que con un sistema dinámico como el universo mismo, da oportunidad a que todas las personas que participan del esquema aprendan, siendo el sujeto indispensable en el esquema, el estudiante, pero el sistema no gira alrededor de él (no es Paidocéntrico), gira en torno de la realidad material y universal (Sociedad, comunidad, nación, etc.) a la cual se pretende transformar, de la cual se extraen los conocimientos y a la cual vuelven cuando se aplican. Esta aplicación de lo aprendido se realiza de tres maneras: Servicio, Docencia e Investigación (bloque 9). Los servicios son por ejemplo: Clínicas familiares, Hospitales, Puestos de Salud, por medio de los cuales la Facultad ha logrado extenderse a todo el país con el consiguiente beneficio. La docencia va a la par de la acción del servicio ya que el Médico fundamentalmente debe ser un educador de la salud. La investigación es uno de los pasos más importantes que a la par con los otros dos, permite que profesores y estudiantes utilicen el método científico para encontrar conocimientos y verdades útiles aplicables a la realidad. En ella se conoce la realidad tal cual es. Todo esto no puede menos que dar un producto a la sociedad a la cual se estudia y le sirve y en el plano de la salud se traduce en los tres postulados de: Prevención, Curación y Rehabilitación.

Bloque 10. Este paso es producto de los anteriores el flujo dinámico ha llegado hasta la realidad y se dispone a modificarla y transformarla. Los conocimientos han seguido la espiral Concreto-abstracto-concreto, al correlacionar para los fines del aprendizaje-aplicación: la teoría con la práctica en forma adecuada (Dr. Villagrán) Aquí los conocimientos dejan de ser simple humanismo, porque se enfrentan a la realidad y la transforman para beneficio del hombre. No es utilitarismo porque su fin no es conocer por conocer o transformar por transformar. Es un fin dialéctico, se recibe con el compromiso de dar se reciben conocimientos abstractos y hay que verificar su veracidad al confrontarlos con la realidad, porque la verdad no es abstracta, sino existe en la realidad y se encuentra con la práctica. Fuera de la realidad los conocimientos no sirven para nada, ni para nadie. Por eso el método dialéctico insiste tanto en la práctica en la confrontación de los conocimientos con la realidad. En el bloque número 11 vemos esta realidad (paciente, familia, comunidad, nación) que es el centro de la enseñanza-aprendizaje-aplicación. El triángulo que se extiende por todo el esquema, el cual completa el sistema y el curriculum actual, afecta todos los bloques o pasos del mismo, este bloque representa la retroalimentación que debe tener el sistema en sí y a todo nivel sirviendo de mecanismo homeostático y de reajuste con respecto a un universo dinámico y cambiante en el cual tiene que funcionar. Este sistema evaluativo permite que el sistema se vitalice constantemente, so pena de quedar petrificado, estático y fuera de la realidad; permitirá que el sistema siempre esté en constante adecuación, interpretación y transformación con respecto a las necesidades que cree la sociedad en su constante desarrollo y evolución histórica, es decir, siempre sea "Orgánico", a las necesidades de salud de Guatemala.

## CONCLUSIONES.

- 1- Cada formación social crea su propia patología de terminada históricamente por la apropiación que han hecho los diferentes grupos que la conforman, de los medios de vida material y social de producción.
- 2- Guatemala posee una problemática de salud con características propias que subyacen en la situación socio-económica y política del país, históricamente determinadas por el desarrollo material de su sociedad y de la apropiación de los medios de producción y de las relaciones de clase existentes en la actualidad.
- 3- La interpretación social de la Salud-enfermedad que dió origen a la "Medicina Social", es la única que explica las causas últimas que producen las enfermedades y le da a la Salud-Enfermedad dimensiones sociales e históricas, permitiendo analizar las causas materiales que determinan el bienestar de una sociedad. No excluye las explicaciones biológicas y multicausales o conductuales de la enfermedad, sino las engloba y las reformula. Es la aplicación científica del método dialéctico-materialista al análisis de los problemas de salud de las sociedades.
- 4- El actual Curriculum de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC, permite a estudiantes, profesores y médicos graduados un análisis científico e integral de la problemática de salud de los guatemaltecos por las siguientes razones:
  - a) El curriculum está estructurado de tal manera que persigue dar una visión integral de la Salud-Enfermedad, con una metodología y una estructura administrativo-docente integradas.
  - b) Persigue tener una visión dinámica de la problemática de Salud-Enfermedad como un método dinámico tanto en enseñanza como en aprendizaje-aplicación y retroalimentación (evaluación).

- c) Persigue transformar la realidad de la problemática de la Salud-Enfermedad, permitiendo que lo aprendido se aplique a la realidad con la idea de que la transforme en base a las necesidades reales de la sociedad.
- d) Utiliza a la REALIDAD (social, nacional) como instancia motora tanto para la producción como para la utilización de los conocimientos en nuestro caso concreto: la problemática de salud de Guatemala.
- 5- Lo mencionado anteriormente hace concluir en que el actual curriculum de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC, está cimentado sobre bases dialéctico-materialistas lo cual lo compromete en la transformación de los problemas de salud de Guatemala, tomando en cuenta las necesidades reales de los guatemaltecos en materia de salud.
- 6- Podemos concluir en que el planteamiento de la hipótesis se cumple por lo anteriormente demostrado, aun que hay que aclarar que decir que: PERMITE, a decir "que así se lleve a cabo actualmente" hay mucha diferencia, extremo que no puede concluirse aquí ya que amerita una evaluación completa de la docencia, del aprendizaje y de la aplicación que se esté haciendo de los conocimientos a la realidad. Espero esta tesis motive a realizar tan importante trabajo.

## RECOMENDACIONES.

- 1- Que se efectúe una evaluación del Currículum actual tomando en cuenta sus aspectos administrativos-docentes, para hacer efectiva la coordinación integrada a todo nivel.
- 2- Efectuar una evaluación del Marco Teórico del actual currículum y subsanar el problema teórico que resulta de haber reducido las Ciencias Sociales a las Ciencias de la Conducta.
- 3- Formular objetivos generales tanto de la Facultad, como para las Fases que definan la problemática actual de salud de Guatemala y no que sólo la mencionen vagamente. Asimismo, que se formulen objetivos generales para la integración del personal docente, y administrativo a la tarea de la enseñanza-aprendizaje-aplicación de los conocimientos, dándoseles publicación para realizar una integración efectiva de la facultad a todo nivel.
- 5- Estimular al personal docente a aprender, aplicar e investigar los conocimientos de las ciencias de la salud, y aplicarlos a la problemática de salud de Guatemala.
- 6- Estimular y hacer énfasis en los estudiantes en la necesidad de confrontar los conocimientos con la realidad y el compromiso que tienen de transformarla adecuadamente en beneficio de los grupos sociales afectados.
- 7- Estimular la investigación de los problemas de salud de Guatemala.
- 8- Insistir en la importancia que tiene el enfoque social de la Salud-Enfermedad como método científico y adecuado para interpretar los problemas de salud de la sociedad.
- 9- Insistir en la evaluación de la Facultad a todo nivel como parte de su dialéctica curricular, lo cual le permita un crecimiento que sea "orgánico" a la sociedad y a las clases necesitadas.

- 9- Insistir en la evaluación de la Facultad a todo nivel como parte de su dialéctica curricular, lo cual le permita un crecimiento que sea "orgánico" a la sociedad y a las clases necesitadas.



## REFERENCIAS AL CAPITULO "ANALISIS.

1) Es un problema filosófico bastante complicado, el tratar de clasificar las ramas que componen la Ciencia, pero debemos tener en cuenta que la Ciencia es una, e investiga la verdad en el universo, en oposición a la ignorancia y a la superstición, permitiendo a los hombres deducir leyes que permitan controlar y transformar la naturaleza en beneficio del hombre y de la sociedad.

Dialécticamente debemos comprender que el saber científico puede dividirse en tres grandes sectores interconectados entre sí: Ciencias de la naturaleza (en las cuales se pueden incluir las ramas de física, química, biología, etc.). Las Ciencias Sociales (dentro de las cuales se pueden incluir las ramas de sociología, historia, antropología, etc.) y la Filosofía (entre la cual se pueden incluir ramas: Lógica, Matemáticas, etc.) la relación de estas tres grandes sectores, o de sus ramas, dan origen a las ciencias técnicas, dentro de las cuales se incluyen a las ciencias médicas.

Como se puede ver, cuando se estructuró el Marco Teórico de la Facultad de manera adecuada, se presentaron problemas como el actual en el cual no se sabe donde incluir algunas ramas de la ciencia (aunque en la realidad se incluyen de manera "empírica"). Por esta razón decimos que el término: Ciencias Sociales, es más adecuado que el de Ciencias de la Conducta. Asimismo, el Dr. R. Luna, opina que el término Ciencias de la Naturaleza es más adecuado que el de Ciencias Biológicas, como se comprenderá por las razones antes expuestas.

Siendo el Marco Teórico el pilar que sostiene el actual currículum, y el esqueleto de la integración, se debe estructurar de manera más lógica para que se adecúe a la mecánica de la integración de las unidades.

## BIBLIOGRAFIA

1. AGUILERA P., Gabriel; y otros. "El Estado, la Lucha de Clases y la Violencia en Guatemala". Rev. ECA. Universidad C.A. José Simeón Cañas, el Salvador, junio, julio-1978. pág. 359-367.
2. ALBURQUERQUE, Cordeiro; TAMBELLINI, Ana María; y otros "Los Determinantes de la Producción y Distribución de la Enfermedad". Artículo reimpreso por Fase II, F. C.C.M.M., USAC. Tomado de Rev. de Ciencias Políticas y Sociales UNAM, número 84, pág. 159-181.
3. ALBIZURES, Miguel A. "Luchas y Experiencias del Movimiento Sindical, período 1976- junio-1978. Rev. ECA. Univ. J. S. Cañas. El Salvador, junio-julio-1978. pág. 478-493.
4. BEKKER, Luis F.; MURCIAP, Héctor. "Algunas consideraciones para la Reforma Curricular en la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH. Rev. C.A. de Ciencias de la Salud. Núm. 6, Enero-Abril-1977. Et. Texto Ltda. Costa Rica. Pág. 149-168.
5. BERLINGUER, Giovanni, y Colaboradores. "Medicina y Sociedad". Reimpreso F. C.C.M.M., USAC. Tomado de Editorial Fonatanella, S.A., Barcelona, 1972. Tradc. Federico Prieto y Ricardo Lobo.. 401 pag.
6. BRAVATTI, Juan A. "Características de la Educación Médica en la República de Guatemala, América Central y la Necesidad de una Coordinación Adecuada dentro de las Estructuras de Salud del País. TESIS. F. C.C.M.M., USAC. Febrero 1976. 49 págs.
7. CASTRO TORRES, Carlos F. "Crecimiento de las Luchas Campesinas en Guatemala". Rev. ECA, Univ. C.A. J.S. Cañas, El Salvador. Junio-julio 1978. pág. 462-477.
8. CONTI, Laura. "Estructura Social y Medicina". Cuadernos de Ciencias de la Salud, CSUCA. 17 págs.

9. DELEON, Julio. "Educación Médica". Estrategia y Tácticas de Cambio. ACAFAM, Primera Edic. 1976. Edt. EROS, Guatemala. 209 págs.
10. FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS. "Algunos Datos Epidemiológicos sobre la Situación de Salud de Guatemala y los Principales Factores que Inciden en Ella". Folleto mimeografiado por Fase II, F. C. C. M.M., USAC. 1975. 10 págs.
11. FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS. "Información y Cultura Médicas". Rev. de la F. C.C.M.M., USAC, IV época, mayo 1976. 35 págs.
12. FIGUEROA I., Carlos. "Acerca del Proletariado Rural en Guatemala". Rev. Política y Sociedad, número 3, Enero-Junio 1977. Inst. de Invest. Políticas y Sociales, ECP., USAC. Pág. 27-44.
13. GAYNOR, David, BERLINER, HOWAR, M.D. "Epidemiología Materialista". Folleto mimeografiado. Fase II. F. C.C.M.M., USAC. 19-X-78. 6. pág.
14. GUZMAN BOCKLER. "Colonialismo y Revolución". Edt. Siglo XXI, México, Primera Edic. 1975. 277 págs.
15. HARNECKER, Marta. "Los Conceptos Elementales del Materialismo Histórico". Edt. Siglo XXI, México 18 Edc. 1973. 341 págs.
16. JONAS, Susane; TOBIS, Davis; y otros. "Guatemala Una Historia inmediata". Edt. Siglo XXI, México. 1a. Edic. 1976. 346 págs.
17. KONSTANTINOV, F.V. "El Materialismo Histórico" Edt. Grijalbo, S.A., México 1a. Edic. Reimpresión julio 1973. 446 págs.
18. KOPNIN, P. V. "Lógica Dialéctica" Edt. Grijalbo, S.A., México, 1a. Edic. 1966. 562 págs.
19. LAURELL, Cristina. "Algunos Problemas Teóricos y

- Conceptos de la Epidemiología Social". Rev. C.A. de Ciencias de la Salud, núm. 6, enero-abril 1977. Edt. Texto. Costa Rica. Págs. 79-88.
20. LAURELL, Cristina. "Medicina y Capitalismo en México". Cuadernos Políticos. Julio-Sept. 1975. N° 5. Edt. ERA. México, págs. 80-93.
21. LEAL, Edgar; PALMA MOYA, Jorge; y otros. "Desnutrición". Folleto mimeografiado. Fase III. F. C. C.M.M., USAC. 5-V-76. 32 págs.
22. LOPEZ, Víctor M., Dr. "Epidemiología de las Enfermedades RESpiratorias Infecciosas no Tuberculosas. Folleto mimeografiado. Fase III. 28-IV-75. F. C.C.M.M., USAC. 10 pág.
23. LUNA, Ronaldo, Dr. "Facultad de Ciencias Médicas: Características del Nuevo Curriculum de la Escuela". Rev. del Colegio Médico de Guatemala, marzo 1971. núm. 1. vol. 22; págs. 56-77. Modificado y reimpreso en la F. C.C.M.M., USAC, en 1977.
24. LUNA, Ronaldo, Dr. "El Porqué del Cambio en la Facultad de Ciencias Médicas y en que Consiste". Folleto mimeografiado, F. C.C.M.M., USAC. 22 p.
25. LUNA, Ronaldo, Dr. "El Proceso de Integración de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala". Folleto mimeografiado. F.C.C.M.M., USAC. junio 1977. 19 págs.
26. LUNA, Ronaldo, Dr. "Estrategia del Cambio Curricular de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala". Folleto mimeografiado. F. C.C.M.M., USAC. 5. págs.
27. LUNA, Ronaldo, Dr. "El Desarrollo Histórico del Cambio de la Facultad de Ciencias Médicas". Folleto mimeografiado, F. C.C.M.M., USAC. UDIES, 22-VI-1977. 15 págs.

28. LUNA, Ronaldo, Dr.; GARCES, Miguel; QUAN, Julio.  
"Sistema Teórico para el estudio Total de la  
Realidad Nacional". Folleto mimeografiado.  
Fase II, F. C.C.M.M., USAC. 15 págs.
29. LUNA, Ronaldo, Dr. "Facultad de Ciencias Médicas"  
Folleto reimpreso, F. C.C.M.M., USAC, 14 págs.
30. MARTINEZ DURAN, Carlos, Dr. "Las Ciencias Médicas  
en Guatemala: Origen y Evolución". Edt. Uni-  
versitaria, USAC. 3a. edic. 1964. 710 págs.
31. MARTINEZ PELAEZ, Severo. "¿Qué es el Indio". Se-  
lecciones de la Rev. Alero, Edt. Universitaria,  
USAC, 1974. págs. 145-173.
32. NACLA, Equipo de investigaciones del, "La Forma-  
ción del Capitalismo dependiente Agroexportador  
en Guatemala: La Familia Herrera". Rev. ECA.  
Univ. C.A. J.S. Cañas, El Salvador. Junio-Julio  
1978. Pág. 359-367.
33. NAVARRO, Vicente. "El Subdesarrollo de la Salud o  
la Salud del Subdesarrollo". Folleto mimeogra-  
fiado D.S.S.U., USAC, 11-VI-75. 33 págs.
34. POITEVIN, René. "Algunos Conceptos para el Análisis  
de la Burguesía en Guatemala". Rev. ECA., Univ.  
C.A. J.S., Cañas, El Salvador, Junio-Julio 1978.  
págs. 414-417.
35. POLITZER, George. "Cursos de Filosofía: Princi-  
pios Elementales y Principios Fundamentales".  
Edt. Ediciones Cultura Popular, S.A. México.  
13a. Edc. 1974. 276 págs.
36. PORRAS CASTEJON, Gustavo. "La Profundización de las  
Relaciones Capitalistas." Rev. ECA., Univ. C.A.  
J.S. Cañas, El Salvador. Junio-Julio 1978. Pág.  
368-377.
37. SAMAJA, Juan A. "Lógica, Biología y Sociologías Mé-  
dicas". Rev. C.A. de Ciencias de la Salud, Núm. 6

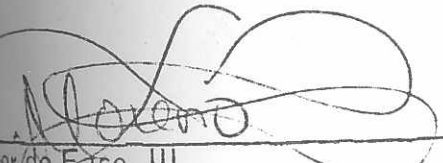
1978


~~Br. LUIS ROBERTO FORTILLO M!~~

  
Asesor  
Enrique Soto Urbina .

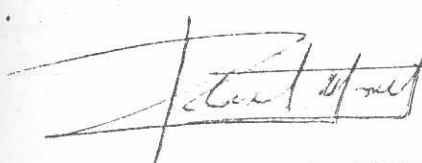
  
Revisor

Dr. Ronaldo Luna Azurdia .

  
Director de Fase III  
Julio de Leon .

  
Secretario General  
Dr. Raúl Castillo

Vo.Bo.

  
Decano

Dr. Rolando Castillo Montalvo .