

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Facultad de Ciencias Médicas

UNIVERSIDAD Y ESTADO

(Curriculum de la Facultad de Ciencias Médicas y Políticas de Salud)

nálisis del proceso histórico de los cambios curriculares
de la Facultad de Ciencias Médicas y de las
Políticas de Salud en Guatemala

EDGAR RODOLFO DE LEÓN BARILLAS

1.	INTRODUCCION.....	1
2.	OBJETIVOS.....	2
2.1	Generales.....	2
2.2	Específicos.....	2
3.	ANTECEDENTES.....	4
4.	MATERIAL Y METODOS.....	7
5.	VISION TEORICA Y CONCEPTUAL.....	11
5.1	Modo de producción.....	11
5.2	Curriculum	13
5.3	Estado	17
5.4	Políticas de salud.....	20
6.	DESARROLLO DEL PROCESO HISTORICO..	36
6.1	Período precolombino. Estado Teocrático Politeísta.....	36
6.2	Período de la Conquista. Estado Teocrático monoteísta (acumulación esclavista feudal)...	53
6.3	Período colonial. Formación del Estado nacional (acumulación esclavista feudal).....	68
6.4	Período 1871-1944. Estado oligárquico terrateniente (acumulación originaria).....	92
6.5	Período 1944-1954; Estado nacional burgués (acumulación de capital independiente.....	109
6.6	Período 1954-1980. Estado Autocrático (acumulación de capital monopólico).....	128

INDICE

	PAGINA
1. INTRODUCCION.....	1
2. OBJETIVOS.....	3
2.1 Generales.....	3
2.2 Específicos.....	3
3. ANTECEDENTES.....	4
4. MATERIAL Y METODOS.....	7
5. VISION TEORICA Y CONCEPTUAL.....	11
5.1 Modo de producción.....	11
5.2 Curriculum	13
5.3 Estado	17
5.4 Políticas de salud.....	20
6. DESARROLLO DEL PROCESO HISTORICO..	36
6.1 Período precolombino. Estado Teocrático Politeísta.....	36
6.2 Período de la Conquista. Estado Teocrático monoteísta (acumulación esclavista feudal)...	53
6.3 Período colonial. Formación del Estado nacional (acumulación esclavista feudal).....	68
6.4 Período 1871-1944. Estado oligárquico terrateniente (acumulación originaria).....	92
6.5 Período 1944-1954; Estado nacional burgués (acumulación de capital independiente).....	109
6.6 Período 1954-1980. Estado Au-	128

	PAGINA
7. INTERPRETACION DE ANALISIS.....	196
8. CONCLUSIONES.....	205
9. SUGERENCIAS	208
10. ANEXO.....	210
10.1 Datos generales y de salud de Guatemala.....	211
10.2 Cuadros y gráficas.....	s/n
10.3 Referencias.....	221
10.4 Bibliografía general.....	233

1. INTRODUCCION

La política de salud o el modo de proporcionar Salud por parte de las instituciones estatales, al igual que la formación de profesionales en Medicina (curriculum de la Facultad de Ciencias Médicas), ha venido sufriendo cambios a través del proceso histórico. Dialécticamente, todo hecho no se da al azar ni aisladamente ni es absoluto, cada cosa tiene un pasado y tendrá un porvenir, que lo que es hoy no es definitivo porque tiene un proceso y éste está condicionado por factores que lo determinan en un momento dado. Este estudio, por lo tanto, tratará de demostrar, a manera de ensayo, que el modo de producción, la forma de obtener el capital es el que determina y condiciona la forma de proporcionar Salud por parte del Estado y los cambios en la Formación Académica, por parte de la Facultad de Ciencias Médicas.

Filosóficamente, se supone que las Políticas de Salud a través de toda la historia se han planteado en forma Científico - parcial, al no tomar en cuenta todos los factores que intervienen en el proceso dialéctico Salud-Enfermedad y, a la vez, que los cambios efectuados sólo han servido para mantener un cierto nivel de salud necesario para que la población se mantenga en condiciones de reproducir la fuerza de trabajo y necesaria para mantener el desarrollo del capital.

Mientras tanto, los cambios efectuados en el Curriculum de la Facultad, también, supuestamente, en todo su proceso tienden a ser científico-totales, al sentar las bases que fundamenten un modelo de causalidad que explique el proceso de Salud-enfermedad y, en base a ello, pretender "la formación de un médico capaz de aplicar el método científico en el análisis histórico y epidemiológico de las condiciones sanitarias de la sociedad en general".

Por lo tanto, sólo se espera que en un momento dado del proceso, la Política de Salud llegue a plantearse en una forma que proporcione una atención acorde a las necesidades reales y que la Facultad forme "al médico que el país necesita".

2. OBJETIVOS

I. Generales:

- A. Analizar e interpretar el proceso histórico socioeconómico de la sociedad guatemalteca y su relación con los cambios efectuados, tanto en la Educación Médica (Curriculum) como en la forma de proporcionar Salud (Política de Salud) en una forma general.
- B. Evidenciar que el modo de producción es un factor determinante de los cambios curriculares y la forma de proporcionar salud.

II. Específicos:

Analizar el proceso histórico:

- 1. De la Educación Médica en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos (cambios curriculares) y la forma de proporcionar Salud institucionalmente (Política de Salud) en base al proceso histórico socioeconómico de la sociedad guatemalteca.
- 2. Analizar el planteamiento filosófico de los cambios curriculares y de la aplicación de la política de salud.

3. ANTECEDENTES

Se revisaron las obras sobre Historia de la Medicina en Guatemala, buscando lo relacionado con Educación Médica, libros, tesis y revistas.

Se buscó además trabajos y/o documentos relacionados con historia o avances de la Medicina, sobre la Facultad de Ciencias Médicas, su currículum y la forma de aplicar salud a través del Estado, es decir, las políticas de salud. Se encontraron trabajos que aportan de manera científica datos de los anteriores aspectos, que se utilizaron en este trabajo.

Otros trabajos revisados, la mayoría de ellos toman en cuenta estos aspectos pero haciéndolo de una manera descriptiva, superficial y parcial. En ninguno de ellos se encontró alguno que tomara en cuenta los aspectos socioeconómicos, Educación Médica y Políticas de Salud, relacionándolas en una forma científico-total en el proceso dialéctico de salud-enfermedad.

Es necesario, señalar también que, con respecto a la formación social guatemalteca y a su proceso histórico socioeconómico no existen trabajos ni investigaciones que proporcionen información correcta, amplia y sistematizada bajo una perspectiva científica.

Al revisar los diferentes estudios existentes, sobre el tema, se pudo encontrar que la mayoría adolecían de algunas limitaciones como las siguientes:

- a. Algunos parten de una posición ideológica que enfatiza rasgos culturales y raciales como determinantes de la dinámica social.
- b. Otros constituyen esquemas estereotipados que pretenden la aplicación de un modelo sobre la realidad que no dan cuenta de los procesos concretos existentes.
- c. Otros constituyen meras descripciones, enumeraciones de cifras e indicadores, sin explicar los procesos ni las razones esenciales de dichos procesos.
- d. Otros, aunque superan a las anteriores limitaciones son enfoques parciales de la sociedad guatemalteca, debido a que centran su estudio en el área rural o en el área urbana; o bien, trabajan únicamente la base económica de la sociedad descuidando los aspectos jurídicos, políticos e ideológicos que conforman la superestructura.
- e. Finalmente, otros descuidan las luchas que se establecen entre las distintas clases y fracciones de clase, capas, etc., en la sociedad.

Por consiguiente, las limitaciones de las investigaciones científicas repercuten en la realización de otras investigaciones, como éstas, pues si no se desea trabajar a base de supuestos, especulaciones y creencias, prejuicios, etc., éstas sólo pueden realizarse cuando la ciencia ya haya aclarado, explicado, descrito, etc., los procesos, mediante la aplicación del método científico.

Todo lo anterior lo podemos expresar y aplicar con relación al conocimiento del desarrollo de las políticas de salud, ya que no hay investigaciones ni material informativo. Por lo que, para ofrecer una visión general y correcta, se revisaron los principales trabajos existentes con relación al objeto de estudio (curriculum, modo de producción, Estado y políticas de salud) y, se considera que, a pesar de algunas limitaciones, la información obtenida es la que más se adapta para los propósitos del trabajo. (Ver Bibliografía General al final de este trabajo).

4. MATERIAL Y METODOS

Se utilizará como material de estudio:

A. El análisis e interpretación del proceso histórico socioeconómico de la sociedad guatemalteca dividida en períodos de:

1. Precolombino:

Estado teocrático politeista

2. Conquista:

Estado teocrático monoteísta (acumulación esclavista-feudal).

3. Colonia: Formación del Estado Nacional (acumulación esclavista-feudal).

4. 1871-1944: Estado Oligárquico-terrateniente (acumulación originaria).

5. 1944-1954: Estado Nacional burgués (acumulación de capital independiente).

6. 1954-1980: Estado autocrático (acumulación de capital monopolístico).

B. Los cambios curriculares efectuados en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San

Carlos de Guatemala.

C. La forma de proporcionar salud a la población y la forma de plantearla en las etapas mencionadas.

Se utilizarán como métodos, los siguientes:

A. Histórico genético: ya que se analizará el proceso histórico primariamente, tomando de lo general, lo particular para interpretar.

B. Hipotético deductivo: ya que se sintetizará, partiendo de lo particular a lo general para poder concluir.

RECURSOS:

Se contará con los siguientes recursos:

No humanos:

A. Bibliografía:

1. Libros
2. Folletos mimeografiados
3. Revistas
4. Periódicos

B. Papelería y útiles de escritorio:

C. Económicos

Humanos:

- A. Un asesor y revisor de Tesis
- B. Estudiante de último año de Medicina.
- C. Otras personas que colaborarán.

AREA Y TIEMPO DE TRABAJO:

Universidad de San Carlos de Guatemala

A. Facultad de Ciencias Médicas

1. Organismo de Planificación y Coordinación Académica, OPCA

2. Unidad de Documentación

B. Instituto de Investigaciones Económico Sociales, IIES.

C. Biblioteca de la Universidad de San Carlos.

D. Dirección General de Estadística

Este trabajo se realizó, aproximadamente en seis meses.

5. VISION TEORICA Y CONCEPTUAL

5.1 Modo de Producción:

A manera de introducción se explicará el marco conceptual de lo que se considera determinante en el proceso de la vida social, política y espiritual de una sociedad y, en este caso, de la guatemalteca. Baste citar: "La concepción materialista - de la historia parte del principio de que la producción y, junto con ella, el intercambio de sus productos, constituyen la base de todo el orden, social, que en toda sociedad que se presenta en la historia: la distribución de los productos y, con ella, la articulación social en clases o estamentos, se orienta por lo que se produce y por como se produce, así como, por el modo como se intercambia lo producido".

Según esto, las causas últimas de todas las modificaciones sociales y las subversiones políticas no deben buscarse en las cabezas de los hombres, en su creciente comprensión - de la verdad y de la justicia eterna, sino en las transformaciones de los modos de producción y de intercambio; no hay que buscarlas en la Filosofía, sino en la economía de la época de que se trate" (1).

Modo de Producción es un concepto teórico que se refiere a la totalidad social, es decir, tanto a la estructura económica como a los otros niveles de la totalidad social: jurídico-político e ideológico, y, es este concepto, justamente, el que permitirá conocer en forma científica una totalidad social. (2)

Todo Modo de Producción está constituido por: una estructura global, formada por tres estructuras regionales: (3)

- a. Estructura económica
- b. Estructura jurídico-política (leyes, Estado, etc.).
- c. Estructura ideológica (ideas, costumbres, etc.).

En esta estructura global, una de las estructuras regionales domina a las otras, y, la estructura económica es siempre determinante en última instancia. (4).

La característica de Modo de Producción es su dinámica, es decir, la continua reproducción de sus condiciones de existencia (5).

Por lo tanto, se llamará Modo de Producción "al concepto teórico que permite pensar en la totalidad social

como una estructura a dominante, en la cual el nivel económico es determinante en última instancia". (6)

Formas de Modo de Producción:

- a. Comunismo primitivo
- b. Comunidad esclavista
- c. Feudalismo
- d. Capitalismo
- e. Imperialismo
- f. Socialismo
- g. Comunismo

5.2 Curriculum

Con relación a lo que se comprende como currículum, es necesario hacer las siguientes conceptualizaciones:

¿Qué es Curriculum?

Debido a las múltiples y variadas definiciones de Curriculum existentes, es casi imposible adoptar cualquiera de ellas, ya que, en muchos casos, la diferencia entre una y otra y de ésta a las demás, está en que incluye o excluye de su contexto uno o varios elementos. En todo caso, en la mayoría de conceptos y

definiciones de currículum disponibles es posible encontrar lo siguiente:

- a. Una lista de asignaturas dentro de un esquema calendarizado.
- b. Un programa o plan de estudios con descripción de contenidos de cada asignatura.
- c. Un plan estructurado y sistematizado de estudios que incluye objetivos de comportamiento (indican las actividades, tareas, atribuciones, destrezas y logros que el educando debe ser capaz de llevar a cabo para poder considerarse digno de pasar a otra actividad más avanzada.
- d. Proceso psicobiosocial que trasciende el quehacer puramente pedagógico para adentrarse en los ámbitos de la sociología, antropología, economía, psicología, historia y demás ciencias del hombre".

Algunas interpretaciones de currículum son de curso, trayectoria, devenir, procesos. (8)

Aplicado todo ésto a la formación de un recurso humano, es decir, a algo que se desarrolla, el instrumento que

refleja ese desarrollo, es, por lo tanto, susceptible de ser analizado a semejanza de como se analiza todo aquello que se desarrolla en la naturaleza o la sociedad, mediante análisis científicos. (9)

El currículum, como instrumento, está destinado a formar recursos humanos que contribuyan a resolver problemas fundamentales de la colectividad. Para ello, dichos recursos deben poseer ciertas capacidades adquiridas mediante un proceso sistemático y lógico que les permita comprender los fenómenos de la realidad concreta(10).

De acuerdo a los elementos que debe tener un currículum, definidos previamente, se concibe, entonces que en el de la Facultad de Ciencias Médicas, se plasme lo siguiente: (11)

"La base filosófica del currículum debe ser aquella que fundamentalmente la formación de un médico capaz de aplicar el método científico en el análisis histórico y epidemiológico de las condiciones sanitarias de la sociedad en general" Este es el camino correcto para llegar a la esencia de la problemática **salud-enfermedad** en Guatemala y para hacer aportes a su solución concreta en el enfrentamiento de los problemas de salud del individuo.

Para lograrlo, el médico a formar debe poseer las siguientes características: (12)

1. Conocimiento de la sociedad, sus componentes, su estructura y de las fuerzas que actúan sobre la salud-enfermedad.
2. Conocimiento biosocial de entidades nosológicas más frecuentes en el país.
3. Capacidad de encontrar soluciones adecuadas a los problemas de salud dentro de situaciones cambiantes.
4. Capacidad para interpretar epidemiológica e históricamente la problemática de salud.
5. Capacidad para actuar como miembro de un equipo multidisciplinario.
6. Capacidad para dar atención médica individual e integral.

5.3 El Estado

En relación al Estado, en general, se han dado muchas explicaciones de acuerdo a la óptica dentro de la cual se le quiere ver, pero, básicamente, existen dos grandes orientaciones interpretativas, a las cuales haremos referencia rápidamente.

La primera, pretende explicar que el Estado, como una institución social, expresa la voluntad de los intereses de la sociedad en su conjunto o, por lo menos, de la mayoría de ella, y que, en cierto modo, las instituciones estatales sirven de árbitro a las actividades de la sociedad, dentro de las normas de justicia social y equidad humana, con absoluta imparcialidad, sin atender ni inclinarse por los intereses de grupo alguno. Esta forma de interpretación concibe al Estado como ese poder "soberano" que se erige majestuoso sobre la sociedad, sin vinculaciones con los intereses económicos y políticos de los grupos que conforman la sociedad misma, con independencia de ellos, con finalidades propias, que garantizan la permanencia de las libertades y los derechos del hombre (13).

La segunda busca explicar al Estado como el "núcleo de la organización política de la sociedad que constituye, en los marcos de un sistema económico basado en la explotación del trabajo ajeno, un aparato de dominación de una o varias clases sociales sobre las clases oprimidas, trabajadoras...". (14)

Dentro de este contexto, el Estado no es la forma de ejercer el poder soberano al margen de los intereses económicos y políticos, sino una institución que está íntimamente ligada a los intereses económicos y políticos de los diferentes grupos que conforman la sociedad, estableciendo así una clara articulación entre las formas productivas, los grupos de clases sociales vinculadas con ellas y sus instituciones; se trata de una explicación global y totalizadora del Estado, mediante una apreciación objetiva de sus propias características, interpretándolo como una parte de un todo y no como elemento aislado de la sociedad. (15)

En este sentido, el Estado, se origina como resultado lógico y necesario del aparecimiento de la propiedad privada sobre los medios de producción social, especialmente de la producción agrícola y la domesticación de animales, que más tarde desarrollan para convertirse en diversas formas de propiedad productiva. Paralelamente a este hecho, surge la división de la sociedad en clases sociales: esencialmente dos: la primera es la dueña de los medios de producción y la segunda no tiene ninguna propiedad sobre los medios de producción, sino que realiza trabajo en beneficio de esos propietarios produciéndoles excedentes económicos significativos. Así se constituye el Estado

Esclavista, el Estado Feudal, el Estado Capitalista y el Estado Socialista, con sus propias características, de acuerdo al momento histórico en el que se desarrollan. En todos los casos, el Estado es instrumento para beneficio de una clase social sobre la otra, fundamentalmente, porque institucionaliza y con ello defiende y garantiza el régimen de producción que históricamente convenga a los intereses del dominante. En la primera forma de Estado, los esclavistas tenían la dominación de la sociedad, en detrimento de los esclavos, lo cual se modifica con el arribo del Estado Feudal, en donde son los señores feudales los dueños de la dominación y los siervos los dominados y los explotados. En el régimen capitalista, la burguesía toma posesión dominante y el proletariado la posición dominada; y, en el Estado Socialista, se constituye en beneficio de los intereses del proletariado, que integra la mayoría de la sociedad, obviamente en detrimento y en contra de la burguesía o clase opuesta. (16).

Dentro de esta misma tónica, se encuentra lo expuesto por Engels al decir: "El Estado, no es, en modo alguno, un poder impuesto desde fuera de la sociedad; ni es tampoco la realidad de la idea moral, la imagen de la razón", como afirma Hegel. El Estado es, más bien, un producto de la sociedad al llegar a una determinada fase de desarrollo; es la confesión de que esta

sociedad se ha enredado consigo misma en una contradicción insoluble, se ha dividido en antagonismos irreconciliables, que ella es impotente para conjurar. Y, para que estos antagonismos, estas clases con intereses económicos en pugna, no se devoren a sí mismos y no devoren a la sociedad en una lucha estéril, para eso hízose necesario un poder situado, aparentemente, por encima de la sociedad y llamado a amortiguar el conflicto, a mantenerlo dentro de los límites del orden.

Y, este poder que brota de la sociedad, pero que se coloca por encima de ella y que se divorcia cada vez más de ella, es el Estado. (17)

5.4 Política de Salud

El vocablo POLITICA, como tantos otros, posee un doble significado que se utiliza indistintamente, existe la política como práctica social, como realidad; y la política como ciencia, como teoría. Esta segunda no es más que el reflejo conceptual de aquella en la mente de los hombres. Ni más ni menos de lo que sucede con "lo físico" y la "Física", con lo "económico" y la "Economía", con lo "histórico" y la "Historia", así pasa también con lo "político" y la "Política". La Política como realidad y como ciencia. (18).

En lo que a salud se refiere, se le denomina Política de Salud a: "El análisis de los recursos destinados a Salud: personal, presupuesto, instituciones, equipo e instrumental, recursos que deben estudiarse en número, forma y propiedades de utilización y actividades que producen, ya sea en forma improvisada o a través de una organización". (19)

En la atención de la Salud, en alguna medida, la Política de la institución (gobierno, seguro social, programas privados, etc.), en cuanto a calidad, el costo y la eficiencia de los servicios con que se ha decidido atender a la población, está expresada en NORMAS. (20)

La norma es "algo que ha fijado o establecido una autoridad como regla para medir cantidad, peso, extensión, valor o calidad". (21)

Las necesidades reales y sentidas de salud en la actualidad, ponen en crisis la capacidad de los servicios para responder a la demanda de atención que las poblaciones plantean. Esta situación es común para todos los países, aunque más frecuente en aquellos en proceso de desarrollo. (22)

Además de la escasez de servicios, su mala distribución y su baja eficiencia técnica-administrativa, indican la conveniencia de que las actividades se realicen orientadas a uniformar el comportamiento de la prestación de las atenciones y del

manejo de los recursos. (23)

El conjunto de orientaciones para lograr esa uniformidad en un Servicio de Salud o cualquiera de sus instituciones, recibe el nombre de Normas (patrones, estándares) y, usualmente se presentan escritas en un manual de carácter técnico administrativo, en el que con frecuencia se incluyen los procedimientos de trabajo. (24)

Las clases de normas más corrientemente utilizadas en la atención de la salud, las que se utilizan especialmente en el proceso de planificación y de evaluación de los programas son: (25)

I. Normas de Concentración:

Indican la cantidad de actividades a realizar con cada elemento (persona) del universo (población) implícito en el plan. Actividad debe entenderse como el conjunto de tareas necesarias para prestar una atención de salud a una persona.

En el Programa de Salud Materna, se habla de concentración, por ejemplo, cuando se establece el número de consultas por embarazada.

En un programa de control de enfermedades transmisibles, se llama concentración al número de dosis de una vacuna por persona para lograr el efecto buscado (inmunización).

II. Normas de Cobertura:

Para lograr el máximo efecto en el cuidado de la salud, los programas deben ser diseñados a manera de atender al 100% de la población. Sin embargo, esto no siempre es posible porque los recursos de salud no son suficientes (cuando las condiciones generales del país no lo permiten o porque en la distribución general de recursos no se asigna lo suficiente para la salud o, bien, porque la política general no lo decide) o se establece que sólo se atenderá una parte de la población, en la que se pueden definir distintos niveles de atención. En Guatemala, por ejemplo, el nivel mínimo de cobertura de la Dirección General de Servicios de Salud, DGSS, para el Programa Materno Infantil, pretende cubrir el 40% de las embarazadas y niños con distintas atenciones; con ese nivel se pretende mantener los recursos necesarios para atender una demanda espontánea potencial, sin estimular el interés del resto de la población por estos programas.

El nivel útil de cobertura fijado en un 60%, pretende mayor afluencia de la población y, teóricamente, que los indicadores de salud se mantengan sin alteración, es decir, se pretende mantener la situación estática, sin mejoramiento ni deterioro.

El nivel óptimo fija su meta en una cobertura del 80% de la población, nivel

que se supone debía lograr un notable descenso de la morbimortalidad, elevación del nivel nutricional, el control adecuado de las enfermedades infeciosas, camas suficientes para la atención hospitalaria del 80% de los partos, etc.

III Normas de Rendimiento:

Las normas de rendimiento establecen la cantidad de atenciones (actividades) - que debe producir determinado instrumento, en un período de tiempo dado. Se llama instrumento a la combinación armónica de recursos humanos, financieros, materiales, etc., capaces de producir atenciones.

Por ejemplo: el instrumento que produce la Consulta Médica, tiene como componente al Médico, la Enfermera, la Auxiliar de Enfermería, el tiempo de la Secretaría, las medicinas, e incluso el edificio y otros elementos. De ahí que el instrumento tiene un costo.

El rendimiento de este instrumento (se le llama hora-médico-consulta), en Guatemala, tanto para los servicios del MSPAS como para el Instituto Guatemalteco de Seguridad social, IGSS, es de seis consultas por hora (últimamente el MSPAS ha disminuido el rendimiento a cuatro consultas por hora).

El rendimiento de una cama hospitalaria se fija de acuerdo a un promedio de días-estadía, que lo establece muchas veces la misma demanda.

En la Maternidad del Hospital Roosevelt, por ejemplo, con un promedio de día estadía por parturienta, teóricamente cada cama puede tener un rendimiento de 365 egresos al año.

En otros servicios, Cirugía, etc., donde el promedio de días estadía varía entre 7 y 10, el rendimiento por cama es menor.

El instrumento hora-vacunador (identificado por el trabajo de la auxiliar de enfermería encargada de poner vacunas) tiene un rendimiento de 16-20 vacunas por hora (este rendimiento es bajo porque de cada hora el vacunador debe destinar tiempo a planificar el trabajo, preparar material y equipo, y todo lo relativo al registro de lo realizado. (59).

IV. Normas de calidad:

La calidad de la atención de la salud depende, sólo en parte, de la calidad del personal, medida ésta en función de sus conocimientos y actitudes al aplicarlos. En la calidad influyen muchos otros aspectos importantes, tales como: la cantidad de recursos humanos, la disponibilidad de material, equipo y presupuesto y la presión de la demanda de servicio que hace la población.

La posibilidad que el médico aplique

sus conocimientos adecuadamente, conlleva la elaboración de un Registro Clínico completo, es decir, historia, antecedentes, examen físico, diagnóstico y tratamiento. El tiempo necesario variará entre un mínimo de media hora a un máximo de una hora por persona atendida, dependiendo del caso. Si el recurso humano es limitado y la demanda es creciente, o bien, el nivel de decisión establece coberturas altas sin aumentar los recursos, el tiempo por paciente y la calidad se ve afectada. Sin embargo, el trabajo en equipo y sistematizado puede lograr hasta cierto límite, mantener la calidad, siempre que se trabaje con normas precisas. La más importante, quizás, es la delegación de tareas médicas en la enfermera graduada o la auxiliar de enfermería (toma de signos vitales, medición de altura uterina, detección de signos de complicaciones del embarazo, elaboración de curvas de crecimiento en el niño, etc.).

Requisitos de las Normas

La experiencia en la aplicación de normas, establece que éstas deben cumplir ciertos requisitos, entre ellos:

1. Claridad
2. Flexibilidad
3. Aplicabilidad

4. Vigencia

5. Amplitud

Como condición y como concepto, la salud ha sido motivo de preocupación de hombres y sociedades. En cuanto a condición, en años recientes, especialmente después de las dos guerras mundiales motivadas por y a la vez generadoras de importantes cambios económico-políticos y sociales en todo el mundo, el cuidado de la salud ha adquirido gran importancia y es meta de muchos Estados. En unos casos, la meta está vinculada íntimamente a la necesidad fundamental de mantener una fuerza de trabajo eficiente y necesaria al proceso productivo y al poder económico; en otros, el cuidado de la salud forma parte de propósitos sociales más amplios, donde el proceso productivo no es más que el medio con que se pretende mejorar la calidad de la vida del individuo y del conglomerado. Finalmente, en el resto, que comprende a países en que la situación económica y política es muy precaria, el cuidado de la salud colectiva parece tener la finalidad primordial de acallar las demandas crecientes de las mayorías que, adquieren mayor conciencia de sus derechos ciudadanos y de la obligación del Estado de velar por el bienestar de sus integrantes. (27)

Las distintas formas de enfocar la Salud y las diferentes concepciones que se han elaborado acerca de ella han

sido congruentes con la diversidad de formas sociales e institucionales de atenderla. El concepto, eminentemente biologista de la salud, que determinó el predominio de las actividades curativas en los programas de salud, cedió un poco de terreno a las actividades preventivas, cuando el concepto epidemiológico con la historia natural de la enfermedad desplazó e hizo perder vigencia al biologista. El concepto de salud-enfermedad como fenómeno multicausal, tan difundido en la actualidad no ha progresado, debido a que sigue explicando el fenómeno basándose en las relaciones estadísticas que se dan entre distintos factores concurrentes, entre ellos, el hombre mismo con sus características, el ambiente natural y social y el agente. (28)

En razón de que todos los conceptos de salud han dejado de satisfacer las necesidades del progreso de la medicina como disciplina social, actualmente su estudio merece el esfuerzo de médicos, sociólogos, psicólogos y otros profesionales, quienes se aproximan a concepciones de salud como categoría dialéctica, con lo que se viene superando las deficiencias conceptuales y profundizando cada vez más en el conocimiento de la multicausalidad del fenómeno y de la jerarquización del efecto determinante de los factores concurrentes. (29).

Recientemente se ha expresado que el fenómeno salud-enfermedad: "...sucede dentro de una realidad total que vive la población... donde el problema sucede en la realidad, la cual es causa y efecto de los diferentes procesos del fenómeno de desarrollo de la potencialidad humana; y que se considera el concepto de salud"... como una síntesis del proceso de crecimiento y desarrollo individuales, determinado por el contexto histórico social en el que se producen diversas relaciones entre grupos y clases sociales". (30)

Si se acepta que la salud es equivalente al desarrollo óptimo de la potencialidad humana y que el fenómeno salud-enfermedad está vinculado e inmerso en la realidad concreta de la sociedad, necesariamente la salud depende de las relaciones que se dan entre los hombres y entre las clases sociales, las cuales, a su vez, están determinadas por las características del proceso productivo.

Así, cuando el proceso productivo conduce al establecimiento de clases sociales muy diferenciadas, se está ante sociedades en desequilibrio, donde es palpable un desarrollo muy desigual de la potencialidad humana; se está pues, ante grandes grupos sociales en condiciones de salud deplorables. (31)

Se supone y considera que todo desarrollo de los programas de atención determinados por la política de salud "por

muy integral que sea" (se entiende por integral las acciones que se hagan tanto en el período prepatogénico como en el patogénico). El problema es atacado en sus efectos y no en sus causas profundas, es decir, superficialmente; además, los factores son clasificados arbitrariamente con una fuerte dosis de evasión y en forma extrasectorialmente, ya que no permite la identificación del problema inicial como factor determinante. Lo que se quiere dar a entender en los párrafos anteriores es el hecho de que, el carácter, o razón de ser de cualquier política o estrategia radica en el carácter científico que identifique el problema, es decir, que el problema debe identificarse globalmente, o sea, en toda su magnitud, tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo. (32)

Para la identificación del problema y la elaboración de políticas y estrategias de Salud, se toman como punto de apoyo dos esquemas básicos, los cuales, al igual que todo esquema tiene una serie de limitaciones, estos esquemas son: (33)

Esquema No. 1: Ver anexo, Cuadro No. 1

Este esquema nos muestra en una forma general los elementos básicos a tomarse en cuenta dentro de un proceso eminentemente técnico; sin embargo, aunque no se explice desde el punto de vista po-

lítico, el bienestar que se da a la población estará en función de su capacidad de pago.

Este esquema permite a los que tienen el poder de decisión establecer en forma cuantitativa la dosis de bienestar que a la población se le quiera dar, o sea, que la cobertura de los servicios estará dada en función de recursos, es decir, que las acciones de salud siempre serán ineficaces pues en nuestros países los problemas de orden económico siempre darán escasos recursos en calidad, cantidad, distribución, etc. Es por eso que se puede detectar fácilmente a través de distintos elementos entre los que destacan manuales de normas, programas, artículos, etc., el hecho de que existen tres niveles de cobertura (mínimo 40%, útil 60% y óptimo 80%), ya sea en programas de atención materno infantil, epidemiología, saneamiento, etc. y los programas de atención médica se dejan sin metas, es decir, que estarán sujetos a la demanda espontánea.

En este esquema no se toman en cuenta todas las características del problema y es el fiel reflejo de los esquemas que analizan y tratan efectos y no causas, es decir, dentro de los factores condicionantes sólo están enumerados los efectos del atraso y la dominación y en ningún momento se han analizado las causas de ello.

Si se tomaran en cuenta las causas nos daríamos cuenta de que la población merece algo más completo y eficaz que los 3 niveles (mínima, útil y óptima), ya que

es ella la que a través de su fuerza de trabajo mantiene la producción del país, sin embargo, a cambio de eso el bienestar, en cuanto a salud se refiere, se le dosifica siguiendo los mismos criterios que se han seguido para retribuirle su participación en la producción; es decir, que así como se le ha expropiado de los medios de producción se le da un bajo salario y no participa de los beneficios del valor final del producto, también se le regatea su expectativa de vida, y su derecho a preservar la salud.

Para apoyar un poco más los comentarios anteriores vale la pena recordar que existe todo un sistema de planificación en salud, el cual se basa en lo siguiente:

Esquema: P-----A-----I

P = Población

A = Actividades

I = Instrumentos (recursos)

El diseño descrito permite definir políticas y diseños estratégicos de acuerdo al lemento que se toma en cuenta, ya sea población y sus necesidades (para nuestro país resulta prohibitivo) o bien, de acuerdo a la tasa de incremento anual de actividades (el IGSS conserva ese criterio) o, bien, de acuerdo a recursos (instrumentos) es el criterio utilizado en Guatemala.

Esquema No. 2: Ver anexo Cuadro No. 2

Este esquema señala otros elementos a tomarse en cuenta, tratando a la vez de inyectar cierta dosis de profundización. Se puede observar que en la identificación del problema se descubren otros elementos objetivos existentes en la realidad, como por ejemplo, la identificación de los daños por clase social, señalamiento de la base económica del sistema como determinante y fundamental de la situación de salud, calificación de la demanda como la resultante de la contradicción salud-enfermedad, etc.

Así, se observa que las políticas y estrategias a diseñarse para la superación del problema, se diseñan en base a las características esenciales del mismo, y no, en base a las definiciones superficiales que se tengan.

Es importante señalar que toda la oferta está en función de las características de la demanda en toda su dimensión, es decir, que tanto los lineamientos generales de la política son definidos cualitativa y cuantitativamente en formas distintas, como la complementación en base a la asignación de recursos responde al mismo criterio.

La comunidad, elemento que sufre los daños en su salud, tiene una participación activa en todo el proceso, es decir, participación no sólo en la definición de la política, si no, también participa y comparte la ejecución.

El esquema que analizamos, concebido aisladamente, caería en el error de la superficialidad del esquema anterior, o bien, caería en la equivocación de que a través de las acciones en salud se superarán todos los problemas.

Es así como se observa que, tanto el análisis del problema de salud como la política y estrategias para su superación responden a un planteamiento global, o sea, que las políticas y estrategias de salud son el complemento de otras políticas y estrategias de desarrollo y, éstas a su vez, son el complemento de las políticas y estrategias de salud.

Para comprender lo anterior, podemos detenernos en uno de tantos problemas: "El síndrome diarreico", al cual no se le podrá entrar con sólo acciones de salud (atención médica, saneamiento, etc.), sino por sus características deberá entrársele en una política global que conlleve el mejoramiento del estado nutricional. (Revisión de importaciones y exportaciones, distribución racional del producto geográfico bruto, aumento a nivel familiar de la disponibilidad de alimentos). (34)

El problema diarreico no sólo se superará, mejorando el estado de nutrición de la comunidad sino, a la par de ésto tiene que existir toda una política nacional tendiente a superar el déficit de la vivienda no sólo en cantidad sino tendrán en cuenta a las condiciones de habitabilidad que garan-

ticen las óptimas condiciones de seguridad, confort, higiene, etc., a sus moradores.

También al problema diarreico hay que entrarle con un buen sistema de atención, el cual debe garantizar su control tanto en sus aspectos básicos (síndrome diarreico no complicado), como en cuanto a sus complicaciones.

En síntesis, se puede decir que las políticas y estrategias en la salud, deben responder a políticas globales de desarrollo, haciendo la salvedad que este desarrollo debe ser la meta del tratamiento correcto de la realidad objetiva. (35)

Dado el marco conceptual de lo que entenderemos por: modo de producción, Estado, Curriculum y Política de Salud; se describirá el proceso histórico en los períodos Precolombino, Conquista, Colonial, Formación del Estado Nacional, 1871-1944 Estado Oligárquico-territorial (acumulación originaria), 1944-1954 Estado Nacional Burgués (acumulación de capital independiente) y 1954-1980 Estado Monopólico (acumulación de capital monopólico).

6. DESARROLLO DEL PROCESO HISTORICO

6.1 Período Precolombino: Estado Teocrático politeista.

Por ser uno de los componentes de la situación de la estructura social y económica que se establecerá posteriormente en Guatemala a partir de la llegada de los españoles, es necesario reconocer la sociedad autóctona a la llegada de éstos; porque, según Jean Loup Herbert (1): "Sería imposible apreciar las consecuencias de esta llegada: destrucción, evolución, y, ocasionalmente, el grado de fusión o intercambio entre las dos sociedades, sin considerar ese factor esencial" ... hasta la fecha se ha excluido de lo histórico, propiamente dicho, lo prehispánico, al considerarlo como un elemento pasivo, dejando lo dinámico al componente español. A estas razones, se agrega otra más, inmediata y urgente: la necesidad de criticar los prejuicios impuestos por la conciencia colonizadora"

Estos prejuicios se manifiestan incluso en niveles aparentemente superiores, son: una supuesta decadencia de cerca de mil años y

una pluralidad de culturas. Estos prejuicios han sido utilizados por todos los colonizadores para justificar su penetración violenta a través de una supuesta decadencia y disgregación de las sociedades que colonizan. (2)

Antes de la llegada de los españoles, a principios del Siglo XV, la estructura social de los mayas era compleja, organizada, básicamente en torno a la agricultura, así también su nivel de producción tanto en material agrícola como en mineral y artesanal. Los principales productos vegetales eran, como hoy, maíz, calabaza, frijol y chile, muy abundantes en Guatemala (3). Este panorama ha sido descrito con exactitud por Amalia Cardos de Méndez.

En las tierras cálidas abundaba el cacao. "La provincia de Soconusco tiene más de cuarenta pueblos y estancias ... cójese mucho cacao en mucha cantidad, porque los indios de esta provincia tienen mucha milpa". Entre estos pueblos se destacan Zapotitlán y San Luis, "pueblo de mucho cacao" (Juan Pineda). Ligada al cultivo del cacao encontraron la vainilla, que usaban como bebida y planta medicinal, además de numerosos productos tropicales que completaban esa dieta principalmente vegetariana". "... el pueblo de Petapa es muy pasajero, que por él van a la provincia de Izalcos, Honduras y Nicaragua; cójese de él mucho maíz, axí, frijoles, chíán" (Pineda).

Se conocieron también: achíote, camote, yuca, chicozapote, mamey colorado, aguacate, papaya... Hay que dejar un lugar especial a la miel, por su alto poder alimenticio y por ser un ingrediente del licor ritual. (4)

Cazaban y comían también varios animales: conejo, pavo del monte, armadillo, jabalí, codorniz, iguana, paloma, culebra... y se pesaban cangrejos, robalos, pulpos, tortugas. Estos animales podían tener también otros usos como aprovechamiento del cuero para ropa, adorno, etc. (5)

Se explotaban varias especies de madera: ceiba, caoba, chicozapote, cedro, que servían para construcción de casas, canoas, bancos, ídolos, medicamentos, etc. Entre las fibras textiles se destaca el algodón. "En algunos lugares de Guatemala, especialmente en la costa de Zapotitlán, había mucho algodón" (Diego de Landa). Como colorante de esos textiles se usaba el añil (también usado por las mujeres para teñir el cabello), "que abundaba en todo aqueste reino" (Ximenez) (6)

Para terminar con los productos vegetales, hay que hacer mención especial del henequén, que se usaba para cercas de cultivos, para la construcción de techos, combustible, puntas de flechas, cuerdas, redes, hamacas, tejidos, bebidas, una especie de papel, etc. Tan importante fue ese producto que dio nombre al pueblo Quiché ("muchos magueyes"). (7)

En cuanto a los productos minerales, se sabe que el cobre más puro se extraía de Guatemala, llevándose hacia Chichén Itzá para fabricar hachas y adornos. La existencia de oro es indudable en Guatemala (Ximenez), aunque, probablemente, en poca cantidad, como lo demuestra la furia de Pedro de Alvarado al no encontrarlo en abundancia. La celebridad de Guatemala en cuanto a riqueza mineral, provenía sobre todo de su turquesa -"traen esta piedra de hacia Guatemala" (Sahagún)-, y el jade, todavía muy abundante y que procedía, según Sahagún, sobre todo de Zacapa. También de suma importancia para la vida cotidiana era la obsidiana usada para fabricar instrumentos cortantes de utilidad bélica, casera y quirúrgica. Esta, lo mismo que la piedra volcánica, procedía sobre todo de la región de los altos de Guatemala. Esta última servía tanto para la escultura como para la cocina (piedra de moler) como puede comprobarse todavía en Nahualá. La sal era explotada en la costa de Guazacapán, de manera muy organizada. "Para hacer la sal, cuecen la tierra que baña la mar con sus crecientes en ollas, con una gran cantidad de leña y así sacan la salmuera para hacer la sal, a costa de mucho trabajo y salud" (Herrera y Tordesillas) (2).

También era Guatemala la productora de los tres elementos primordiales de la liturgia; además del jade ya mencionado, las plumas de quetzal y el pom o copal que se llevaban de Verapaz a México. "Cojen copal y mucha cantidad de plumas para hacer sus bailes y mytotes" (Pineda). También de Verapaz procedía el líquidambar, usado en la fabricación

de cosméticos. "Los arboledas que tienen son árboles de liquidámbar" (Pineda). (9)

Con relación a técnicas de producción, la tecnología estaba desarrollada de forma muy desigual; basándose en el criterio parcial del dominio de los metales, podríamos clasificar esta sociedad como neolítica o de barbarie media, según la tipología de Morgan, y que conocían solamente la técnica de fundición de los minerales destinados primordialmente para la guerra y trabajos artesanales, pero muy poco para la producción agrícola. Dos extrañas debilidades tecnológicas deben mencionarse: la ausencia de bestias domesticadas como fuerza propulsora -los animales domesticados eran exclusivamente de corral- y la no aplicación del principio de la rueda (que sí conocieron), que redundó en bajo nivel en cuanto a la multiplicación y transformación de la energía y su sustitución por la fuerza humana esclava.

En relación a las técnicas agrícolas observamos simultáneamente la existencia de cultivo extensivo e intensivo. "Estas huertas de cacao están ellas en llano y otras en lomas y otras en laderas, conforme a las tierras que los pueblos tienen; son tierras de regadío de veras, se riegan..." (Pineda). Esta utilización racional del riego implica un exacto conocimiento meteorológico y astronómico, ya que la carencia de agua no fue problema en Guatemala, sino su distribución en el año. La rosa constituía la técnica fundamental del cultivo extensivo. De acuerdo con la riqueza de la tierra volcánica guatemalteca en relación con la presión demográfica y el uso

de algunos fertilizantes vegetales, esta técnica no nos parece tan desastrosa como se ha querido considerarla. Los instrumentos de la branza fueron el azadón de bronce, la macana (palo con punta de obsidiana) y un arado rudimentario. En cambio, dentro de la organización militar, la tecnología para fines bélicos estaba más desarrollada, como consecuencia de la etapa social por la cual atravesaba en ese momento (predominantemente militar). (10)

Esta composición de la producción determinó una división del trabajo más compleja que la que se observa en las anteriores sociedades teocráticas. Se hace notar el incremento de las actividades manuales que se desarrollaban dentro de las murallas, conforme a la expansión de la ciudad, ya que había nacido un grupo urbano que empezaba a oponerse y a vivir del grupo campesino propiamente dicho. (11)

Si bien es cierto que el arte de hilar y tejer era propio de las mujeres, alrededor de ese noble oficio se desprenden numerosas actividades que van desde el cultivo, el transporte y el comercio del algodón. El tejido tuvo funciones no sólo de indumentaria sino de decoración en las casas, palacios, templos, teatros, bailes, etc. (mantas, güipiles, capas de sacerdotes, dignatarios, cortinas y otros). Además de su aspecto utilitario, queremos señalar el significado filosófico y profundamente religioso de esa escritura implícita en el tejido, cuyos diseños y colores pueden vincularse aún ahora con una procedencia antiquísima. A la par con este arte se da la plumería que es también una especialización con técnicas propias (caza, conservación, preparación

manufactura y comercio). La cestería posee también ese doble carácter, a través de esta puesta en relación que constituye de por sí el acto de entretejer, que es, además de una artesanía, un arte. Además de la utilidad obvia de las cuerdas, redes, canastas, sandalias, etc., debemos subrayar que la palabra pop (petate, estera) significa también el primer mes, la autoridad, la tradición y es símbolo de lo que une. (12)

Es sabido que la alfarería maya-quiché era la más desarrollada de América. Aparte de la fabricación de comales, ollas, tinajas, platos, esta actividad se relacionaba también con la vida urbana y religiosa: decoración de murales, cuartos, salas, templos, instrumentos de música, escultura de dioses. (13)

En fin, todo lo que se refiere al desarrollo de la urbanización va ligado directamente a los trabajos de arquitectura, albañilería, pintura, cerámica y las tareas de ingeniería de comunicaciones, rellenos, murallas y otros, que demuestran una alta habilidad constructiva. También podríamos hablar de grupos consagrados a tareas que llamaríamos intelectuales, como comediantes, bailarines, músicos, escritores, médicos, historiadores..... esa división de las actividades tanto manuales como intelectuales era social y económicamente sancionada. "Esos oficiales de los oficios ganaban bien de comer" (Bartolomé de las Casas) (14)

En cuanto a las relaciones comerciales, la

especificación de los trabajos manuales determina una mayor concentración urbana y su división con el campo se ve reforzada por la actividad comercial. La relativa complejidad de producción, tanto agrícola como artesanal, permitió el desarrollo de los intercambios en todo el territorio mesoamericano. El incremento del comercio fue a la vez causa y resultado de numerosas guerras para el control y defensa de vías de comercio. Las principales de estas rutas fueron: (15)

1. Yucatán-altiplano guatemalteco a través de petén Itzá-
2. Xicalango-Petén-Honduras-Panamá, por vía terrestre o marítima.
3. Chiapas-Altos de Guatemala-Petapa-Salvador.
4. Bocacosta del Pacífico-Soconusco-Guazacapañ-El Salvador, con un entronque vital hacia Utatlán e Iximché (parte de este camino fue la ruta de Pedro de Alvarado).

Los principales productos de exportación de Guatemala eran: algodón, cacao, copal, líquido dámbar, añil, jade, turquesa, lava volcánica, plumas y sal. Aparte de estas transacciones a larga distancia existió otro comercio regional.

Ximénez, hablando de Verapaz, dice: (16)

...tenían los señores gran cuidado en que hubiera grandes y muy solemnes y ricas ferias y mercados...daban maíz por frijoles y frijoles por cacao, traían sal por especias que era el axí o chile, también se trocaban carnes y caza por otras cosas de comer; comutaban mantas de algodón por oro y algunas hachuelas de cobre y oro por esmeraldas, turquesas y plumas... (17)

"La existencia de un intenso tráfico comercial no sólo entre las ciudades sino entre las diversas regiones" (A.. Cardos de Méndez) determinó necesariamente la formación de una unidad de cambio: una moneda. Las almendras de cacao fueron las más usadas, lo que favorecía al Quiché, gran productor de cacao y además productos raros como objetos de cobre, conchas, piedras, plumas, asimismo con valor de moneda. Los mecanismos monetarios estaban ya elaborados. En sus transacciones los mercaderes "fiaban", prestaban y pagaban cortesmente y sin usura" (Landa). El respeto de los contratos y de los precios era regulado por un juez especial en cada mercado, que, simbólicamente se hallaba cerca del templo. En efecto, la influencia religiosa alcanzaba la vida comercial. El dios Ek-chuah, dios del comercio, era el espíritu del cacao (moneda). El comercio, oficio hereditario, permitía llegar a un alto nivel en la jerarquía social y dar paso a la formación de una nobleza reciente, que competía con la tradicional. Desde luego, los mercaderes vivían en las ciudades, donde organizaban fiestas al regreso de sus viajes, estaban exentos de tributos y poseían privilegios

especiales. Organizados en gremios es probable que presionaran la estructura política del Estado, lo que comprobaría la tesis original de la sociedad guatemalteca en esta fase crítica (pero fecunda) en que o concurren varias estructuras en formación, en pugna con otras anteriores. (18)

Ya se había visto que, por la debilidad de los medios de transporte, se hacía necesario en empleo de la fuerza humana para asegurar la vida comercial. De allí que el esclavo fuera instrumento y objeto de comercio. Pero el esclavo sirvió también en los trabajos agrícolas y domésticos y, finalmente, como víctima de los sacrificios rituales; "compraban tantos esclavos para el sacrificio... si para sacrificar los compraban era en defecto de no tenerlos en guerra tomados" (Las Casas). Además de la compra y de la guerra, se podía devenir esclavo por castigo. La esclavitud estaba ya bastante entronizada. "Los hijos que nacían de estos esclavos, aunque estuviesen casados con mujeres libres eran esclavos... El que mataba a su esclavo ninguna pena tenía" (Las Casas). Sin embargo, parece que la condición de esclavo no era definitiva. (19)

Los factores mencionados: existencia de un régimen esclavista, de un gremio de mercaderes, el desarrollo de los oficios manuales, indican la presencia de luchas sociales, paralelas a un proceso de acumulación de riqueza. Esa concentración de riqueza asume también las formas de propiedad territorial privada, en particular en las plantaciones de cacao y de frutales. Forzando los términos se podría decir que estos poseedores de cultivos de cacao, siendo éste,

producto moneda, eran una especie de banqueros. Es lógico suponer que esta propiedad individual era atributo de los jefes de grandes casas, algunos altos funcionarios y capitanes. "También tenían los señores sus tierras que llamaban las realengas que arrendaban a los que eran pobres" (Las Casas). Desde luego, subsistía, simultáneamente un sistema de tenencia más colectivo; tierras del Estado para el sostenimiento de la guerra o del culto y repartición de parcelas individuales a través de la administración del calpuli. Las numerosas guerras de conquista, con el consiguiente repartimiento del botín a los capitanes, determinaron la formación de una nueva nobleza guerrera, dueña de tierras, que debilitaba al grupo de los señores de estos calpuli. (20)

La tierra se consideraba sagrada y se decía que los dueños absolutos eran los dioses: Los ritos religiosos se relacionaban directamente con la agricultura; los períodos de siembra, cultivo y cosecha siempre estaban investidos de solemnidad oficial y los mismos actos de producción constituyan un rito. (21)

Los mayas pagaban impuestos religiosos sobre el uso de la tierra a la burocracia sacerdotal. Así, la sociedad maya estaba dominada básicamente por una élite privilegiada, que se mantenía mediante el trabajo y el tributo de las masas campesinas. (22).

Los mayas a semejanza de muchos pueblos cultos de la antigüedad, dieron a la Medicina carácter sagrado, cuya liturgia sólo era conocida por los iniciados, sacerdotes de una ciencia misteriosa, que era patrimonio familiar y se heredaba a través de las generaciones. (23)

La mayor parte de esos secretos se han perdido y los indios actuales saben muy poco en comparación de sus antepasados. En Yucatán quedan los yebateros o herbolarios y, en Guatemala, los brujos. (24) Estos últimos representantes de la casta sacerdotal de los médicos indígenas.

La mitología médica de los mayas era muy numerosa y variada. Ninguna religión antigua puede ufanarse de tener tantos dioses y diosas protectores de la Medicina. (25)

Los dioses de la Medicina maya formaban severo cenáculo y en su Olimpo se daban cita todas las especialidades de las ciencias médicas, representadas por excelsas mujeres y divinos varones. Estas deidades médicas competían en poder y grandeza con las más altas de la religión maya. (26)

La medicina maya tuvo su trinidad formada por la Diosa Ixchel y por los Dioses Citbolontún e Itzamná. Estos dos, a manera de matrimonio sagrado, trabajaron por descubrir las virtudes medicinales de las plantas, heredando todos sus conocimientos a los Hombres, verdadera familia hipocrática iniciada en los secretos del arte de curar. (27)

Itzamná, dios y hombre a la vez, era el padre de la medicina y sus fiestas se celebraban en el mes Zip o sea el mes del pecado. El día 8 era el principal y ante el dios propicio se volcaban los tesoros de la naturaleza y los verdes hacinamientos de hierbas medicinales recibían el soplo de la divinidad que multiplicaba sus virtudes. Danzas festivas y misteriosas unían sus ritmos a

la voluta del incienso, que suplicante y ávida pedía a Ahau Chamaez los favores anuales de la salud, y Ahau Chamaez descendía de las alturas, cual rocío benéfico, refrescando el ambiente e inspirando a los médicos (28)

El pueblo entero desfilaba en tal día y esperaba la bendición de sus dioses protectores, Ixchel, la mujer arco iris, abogada de la maternidad, esperaba silenciosa las ofrendas florales de las esposas que quieren curar su esterilidad o facilitar el parto futuro. Cít bolontún, el varón compañero prodigaba sus dones salutíferos y Zuhuykak e Ixtliton, anuncianaban la salud de las niñas y niños respectivamente. Pareja protectora de la Pediatría, recibía el homenaje rítmico de la infancia, congregada en círculos danzantes. (29)

Kinich-Ahau, el de rostro de sol, quemaba al demonio de la enfermedad y representaba al dios de la fototerapia y de la termoterapia. (30)

Kukulkán, el dios omnipotente, curaba las fiebres. Tzapotlatenán, era la abuela de la terapéutica y había descubierto la resina del Oxitl (trementina) cicatrizante de bubas y demás llagas cutáneas. (31)

La higiene no podía quedar olvidada en la mitología médica indígena y, así, Temazcalteci, la abuela de los baños, protegía y aconsejaba los baños de vapor. (32)

Yun-Cimil, señor de la muerte, paseaba su blanco esqueleto junto a la casa de los enfermos

y asociado del tecolote o lechuza robaba la vida al agonizante, a quién quedaba el recurso de seducir al señor de la muerte con ofrendas especiales colocadas en los árboles vecinos. Yun-Cimil aceptaba a veces la propina y se retiraba sin servir el élixir mortal. (33)

La mitología médica maya, tan completa e interesante, no fue heredada por los quichés y sus familias afines. Las grandes festividades del mes Zip, consagradas a la medicina, no tuvieron su equivalente entre los quichés.

Los historiadores modernos al hablar de la cultura egipcia, patrocinada por el Nilo, comentan las características de aquel pueblo sencillo y labriego, astrónomo y devoto de la arquitectura monumental, que pobló de dioses toda su tierra. Los mayas, astrónomos y arquitectos, patrocinados por el río Usumacinta, poblaron también sus tierras de numerosos dioses, defereciándose de manera especial de los egipcios, en cuanto a su mitología médica, no comparable a ninguna. Es indudable, que la rica y variada mitología médica, fue consecuencia de las enfermedades endémicas y epidémicas que continuamente sufrieron los mayas. (35)

Las enfermedades fueron consideradas por los indios como castigo de los dioses, y podríamos decir que la etiología morbosa es sencillamente sagrada. Toda la medicina antigua consideró a las enfermedades como verdaderos castigos, enviados a la tierra por dioses vengadores y justicieros, a quienes era necesario aplacar con múltiples ofrendas. (36)

Los maya-quichés consideraron etiologías distintas de la sagrada y su perenne observación los guió hacia el exacto conocimiento de algunas causas de enfermedad. El frío y la humedad fueron reconocidos como agentes causales de reumatismos y catarro. Los vientos producían y agravaban algunas enfermedades y los excesos de amor y de la bebida constituyan un extenso núcleo de patologías diversas (37).

El régimen alimenticio de los indios era sobrio y saludable y las costumbres sexuales se amparaban en prudentes consejos y moderadas reglas. Por eso atribuyeron a los excesos corporales facultades morbosas, formando el grupo de las enfermedades producidas por el abuso de la bebida y de la gula y el grupo de las enfermedades derivadas del culto al amor. (38)

En la etiología de las enfermedades jugó papel importante el contagio, ampliamente conocido en las epidemias, por tal razón dieron el nombre especial a las enfermedades contagiosas (39).

En cuanto al diagnóstico, los conocimientos mayas eran insuficientes, sin embargo, iguales o superiores a los que pretendían tener los médicos titulados venidos de España, en los primeros tiempos de la conquista (40).

El conocimiento del diagnóstico era patrimonio familiar y hereditario, y cuando la experiencia transmitida era insuficiente, se ayudaban de reacciones especiales, dando a los enfermos bebidas o plantas, que al embria-

garlos, ponían de manifiesto determinados síntomas probatorios. (41)

Conocieron también la ciencia del pronóstico y comprendían con más o menos exactitud la benignidad, gravedad o curación de las enfermedades.

Para averiguar si una enfermedad era curable y establecer un buen pronóstico, se valían de prácticas especiales, en su mayoría absurdas y relacionadas con motivos de hechicería y con el aparecimiento de animales como el tecolote o la lechuza, el ave enigmática de la sabiduría, la cual para los indios fue el símbolo de la muerte cercana. (42)

Siendo las enfermedades castigo de los dioses, las prácticas de hechicería formaron una verdadera ciencia, utilísima a los maestros en el arte de curar. (43)

La terapéutica y la higiene indígenas lograron dominar en parte la patología destructora y médicos y cirujanos, auxiliados por los dioses, realizaron verdaderas curaciones. (44)

La descripción analítica de la sociedad autóctona anterior a la conquista puede parecer demasiado estática. Por eso es necesario verla en su dinámica global, es decir, considerarla en su temporalidad. Temporalidad histórica que sus propios miembros registraban. "Entre otros oficios y oficiales que habían eran los que servían de cronistas e historiadores" (Las Casas). Lejos de ser, como se ha creído hasta la fecha, una sociedad "fría", sin historia, sin política, era, por el contrario, una

sociedad que se encontraba en plena efervescencia, una sociedad en convulsión evolutiva hacia la afirmación de una unidad superior: el Estado. No sólamente porque tenía escritura y libros de historia merece calificarse de civilizada, sino porque todos los rasgos que se han destacado: existencia de oficios manuales, comerciantes, esclavos, guerreros, propiedad privada, poder central, ciudades, moneda, vías de comunicación, monogamia, monoteísmo, confluyen en el mismo sentido (45)

Indudablemente resulta difícil, sino imposible, definir esa sociedad en una sola palabra: "neolítica superior" por la técnica, "mercantilista" por su grado de desarrollo comercial, "primitiva" por resabios de organización gentilicia, altamente "civilizada" por su cultura, historia, artes, matemáticas, religión. Todos esos conceptos son usados y son insuficientes, ya que se basan sobre un aspecto unilateral, nos parece más conveniente decir que los distintos niveles de esa sociedad se encontraban en fases de desarrollo desiguales dentro de una dialéctica única que evolucionaba hacia la afirmación de una sociedad cuya extensión territorial iba ensanchándose bajo la autoridad de un estado dominante militar. (46)

6.2 Período de la Conquista (Estado Teocrático Monoteísta, acumulación esclavista feudal).

Inmediatamente después del descubrimiento se iniciaron los esfuerzos de España por la conquista, primero de las islas y luego de la tierra firme. Es de admirar el entusiasmo y la rapidez con que se llevó a cabo la conquista. Apenas cincuenta años después del descubrimiento estaba conquistado la mayoría del continente. (1)

Fue ésta una labor que llevó a cabo fundamentalmente la iniciativa privada. Sólo en contados casos organizó expediciones la corona. La mayoría de los esfuerzos fueron organizados y financiados por personas particulares que recibieron autorización real a través de las capitulaciones. Poco a poco el rey fue asignando los territorios a diversos capitaneos que con suerte variable emprendieron la labor de conquista y colonización. (2)

Se dice que los conquistadores estaban motivados por la trilogía: "religión, riqueza y gloria". No obstante es posible afirmar que el afán de riqueza fue, por mucho, el más importante.

Buscaban la riqueza: la gloria y el poder llegaban tras ella. Por otra parte, quisieran o no estaban sirviendo a un rey, que aunque muchas veces parecían olvidarlo y a la religión católica. En pocos momentos y muy pocos de los conquistadores dudaron de la justicia de su guerra y siempre actuaron pensando que su fin justificaba los medios que usaron. Se vieron, a sí mismos, como

escogidos del destino, constructores providenciales, para su patria y religión de un mundo nuevo. (3)

Todavía hoy nos admira la hazaña de los conquistadores y nos interrogamos de cómo se verificó. No es fácil entender cómo tan pocos dominaron en tan poco tiempo a tantos. Indudablemente, parte de su éxito se explica, en términos militares: las armas y elementos con que contaron los castellanos y la estrategia que siguieron. Aprovecharon la caballería para romper las grandes masas de indígenas: evitaron los encuentros cuerpo a cuerpo que impedían el uso efectivo de las armas de fuego: contrarrestaron las armas de los indios con la certera ballesta y sus armaduras de metal. Empero, no debemos olvidar que pocas de las victorias españolas habrían sido imposibles sin la ayuda que recibieron de los indígenas aliados. En Guatemala, tenemos el caso de los Cakchiqueles que se unieron a los españoles para destruir tribus enemigas. (4)

Los españoles no habrían podido avanzar, escojer campos de batalla, etc., sin la guía y consejo de los indígenas; las armas españolas no habrían ganado muchas de las batallas sin la activa participación de los indios auxiliares como cargadores y soldados. Los indígenas ayudaron a los españoles para sus propios fines y éstos los usaron para los suyos. (5)

Los Cakchiqueles que al principio fueron aliados de los conquistadores, sufrieron

también el abuso y mal trato de los castellanos. (6)

Según narra el Memorial de Sololá, al regresar Pedro de Alvarado de Cuscatlán, les exigió dinero. Ante esto, decidieron abandonar Iximché lo que hicieron el 26 de agosto de 1524. El 5 de septiembre empezaron las hostilidades y, según se infiere de lo que dice el documento, los españoles tuvieron la ayuda de los quichés y sutujiles en contra de ellos. Luego tuvieron un respiro, pero pronto se reanudó la lucha que según el Memorial terminó a los cinco años y cuatro meses, en mayo de 1530, cuando los reyes se presentaron a Tonatiuh. (7)

Hay que señalar, asimismo, que tanto el soldado español como el indígena estaban llenos de supersticiones y fantasías. (8)

Los españoles fueron influidos por fantasías medievales. Buscaron el Dorado, la fuente de la eterna juventud, las siete ciudades de Cíbola, las Amazonas, etc. Constantemente creyeron contar con el concurso sobrenatural en sus empresas: Santiago los ayudaba matando indígenas, la virgen María los protegía de ser muertos o heridos. Los indígenas pensaron que en su derrota tuvieron que actuar fuerzas sobrenaturales en favor de los castellanos, creyeron que sus dioses eran derrotados, vieron caer a sus ídolos hechos pedazos sin que los conquistadores sufrieran la consecuencia alguna; sin duda tenían que tener alguna fuerza sobrenatural. No hay que olvidar, además, la importancia de la leyenda de Quetzalcoatl. (9)

La conquista ha sido reconstruida gracias a las versiones de los españoles. Conquistadores, religiosos, viajeros y funcionarios escribieron sus disímiles narraciones sobre lo que habían visto u oído. (10)

Tenemos por ejemplo, los siguientes cronistas: Bernal Díaz del Castillo, "Historia verdadera de la Conquista de la Nueva España"; Francisco Antonio de Fuentes y Guzmán, "Recordación Florida"; "Discurso Historial y demostración, Natural, Memorial, Militar y Política de Reyno de Guatemala"; Francisco Vásquez, "Crónica de la Provincia del Santísimo Nombre de Jesús de Guatemala". (11)

Hasta hace poco tiempo no se había prestado atención a lo que los indígenas dijeron al respecto. Sin embargo, en la región andina y en Mesoamérica los indígenas dejaron narraciones de la conquista. Tenemos, por ejemplo: "Título de la Casa de Ixquin-Nehaib, Señora del territorio de Ottaya", Memorial de Sololá y Anales de los Cakchiqueles. (12)

En todas estas crónicas y narraciones donde se menciona la constante resistencia que ofrecieron los indígenas a los conquistadores, entre las que podemos citar las siguientes: "...Luego en el año de mil y quinientos y veinte y cuatro vino el Adelantado

Don Pedro de Alvarado, después que había conquistado ya a México y todas aquellas tierras. Llegó al pueblo de Xetulul Hunbatz y conquistó las tierras, llegó al pueblo de Xetulul, se estuvo el dicho Don Pedro de Alvarado Túnadiú, tres meses conquistando a toda esa costa. Luego al cabo de ese tiempo despacharon los de Xetulul un correo a este pueblo de Lahunqueth avisando que venían acá ya los españoles conquistando, y luego al cacique que estaba en este dicho pueblo de Lahunqueth, llamádose Galel Atzih Vinac Tierán, despachó otro correo a los de Chi Gumarcaah avisándoles también cómo venían ya los españoles a conquistarlos para que luego se apreviniesen y estuviesen armados.

También despachó correo a otro cacique del pueblo de Sakpoliah, llamádose Rockché Zaknay Isuy,. Otro correo también despachó a los caciques de Chi Gumarcaah, llamábase éste correo Ucalechih el que fue con la nueva al rey.

Luego el rey de Chi Gumarcaah, despachó a un capitán llamádose Tecún-Tecum, nieto de Quicab, cacique. Otro vino por su alférez llamado Quicab-Cavisimah. Otro correo vino a Chi Gumarcaah que despachó el Capitán Don Francisco Izquín Ahpalotz Uzakilbalhá. Despachó un sargento, Con Juan Izquín, que era nieto de Don Francisco Izquín Nehayb, Capitán y luego vino el gran capitán Tecum, nieto de Quicab y al Alférez llamado Quicab Cavisimah y traía la bandera de Tecum, capitán, y el alférez y sargento traía la bandera y esta bandera traía mucho oro en la punta muchas esmeraldas. Y este capitán

traía mucha gente de otros pueblos, que eran por todos diez mil indios, todos con sus arcos y flechas, hondas, lanzas y otras armas con que venían armados. Y el capitán Tecum antes de salir de su pueblo y delante de los caciques demostró su valor y su ánimo y luego se puso alas con que volaba y por los dos brazos y piernas venía lleno de plumería y traía puesta una corona, y en los pechos traía una esmeralda muy grande que parecía espejo, y otra traía en el frente. y Otra en la espalda. Venía muy galán. El cual capitán volaba como águila, era gran principal y gran nagual". (13)

...Y luego otro día envió un gran capitán llamado Tecum a llamar a los españoles diciéndoles que estaba muy picado porque le habían matado a tres mil de sus valientes soldados. Y así que supieron esta nueva los españoles se levantaron y vieron que traían al indio capitán Izquin Nahib consigo y empezaron a pelear los españoles con el capitán Tecum y el Adelantado le dijo a este capitán que si quería darse por paz y por bien y le respondía el capitán Tecum que no quería, sino que quería el valor de los españoles. Y luego empezaron a pelear los españoles con los diez mil indios que traía este capitán Tecum consigo y ni hacían sino desviarse los unos de los otros, media legua se apartaban y luego se venían a encontrar; pelearon por tres horas y mataron los españoles a muchos indios, no hubo número de los que mataron, no murió ningún español, sólo los indios de los que traía el capitán Tecum y corría mucha sangre de todos los indios que mataron los espa-

ñoles y ésto sucedió en Pachah. (14) Iscazán
y luego el capitán Tecum alzó el vuelo que venía hecho un águila lleno de plumas que nacían...de sí mismo no eran postizas; traía alas que también nacían de su cuerpo y traía tres coronas puestas, una era de oro, otra de perlas y otra de diamantes y esmeraldas. El cual capitán Tecum venía de intento de matar al Tunadiú que venía a caballo y le dio al caballo por darle al Adelantado y le quitó la cabeza al caballo con una lanza. No era la lanza de hierro sino de espejuelas y por encanto hizo ésto este capitán. Y como vido que no había muerto el adelantado sino el caballo tornó a alzar el vuelo para arriba, para desde allí venir a matar al Adelantado. Entonces el Adelantado lo aguardó con su lanza y los atravesó por el medio a este capitán Tecum. Luego acudieron dos perros, no tenían pelo ninguno, eran pelones: cogieron estos perros a este dicho indio para hacerlo pedazos y como vido el Adelantado que era muy galán este indio y que traía tres coronas de oro, plata, diamantes, esmeraldas y de perlas, llegó a defenderlo de los perros y estuvo mirándolo muy despacio. Venía lleno de quetzales y plumas muy lindas y por ésto le quedó el nombre a este pueblo de Quetzaltenango, porque aquí es donde sucedió la muerte de este capitán Tecum. Y, luego llamó el Adelantado a todos sus soldados a que viniesen a ver la belleza del quetzal indio. Luego dijo el Adelantado a sus soldados que no había visto a otro indio tan galán y tan cacique y tan lleno de plumas de quetzales y tan lindas, que no había visto en México ni en la

Tlascala ni en ninguna parte de los pueblos que había conquistado, y por eso dijo el Adelantado que le quedaba el nombre de Quetzaltenango a este pueblo. Luego se le quedó por nombre Quetzaltenango a ese pueblo". (15)

La parte más divulgada y conocida de la conquista de lo que hoy es Guatemala es la referente a la primera expedición de Alvarado. Empero luego de este esfuerzo quedaron muchas regiones sin conquistar; los españoles continuaron por algunos años con sus luchas de "Pacificación". (16)

La conquista de Guatemala se terminó totalmente hasta la segunda mitad del Siglo XVII cuando se conquistó el Petén y el Menché. (17)

El efecto de la conquista española fue catastrófico; según Eric Wolf, 2/3 de la población fueron muertos entre 1519 y 1610; otras fuentes hacen ascender la cifra hasta cinco sextas partes de la población. (18)

La conquista española enfrentó a dos grupos humanos provistos, cada uno de ellos, de una concepción diferente del mundo y de la vida, de una capacidad desigual en el manejo de la técnica y de un sistema de valores divergentes. Consecuentemente, cada grupo en particular contaba con su propia organización social, económica y política. El choque inicial dio como resultado la victoria militar española y el consiguiente aplastamiento del elemento autóctono. De este hecho violento nace una serie de relaciones que ya no serán más patrimonio de cada uno de los grupos sino que los envolverán a ambos, acercándolos

y separándolos simultáneamente. A partir de entonces, las mutuas relaciones descansarán sobre la fuerza del vencedor, quien tratará de imponer sus maneras de actuar y pensar, sobre todo, con afán de justificar el sistema desigual creado por él. (19)

Guatemala fue considerada no como un país por desarrollar sino como fuente de riqueza de intereses extranjeros. El ejército, enviado por la corona española, llegó en busca de riquezas, sobre todo oro. Como no lo hallaron en Guatemala, tuvieron que basar su fortuna en la tierra y, lo que es más importante, en la mano de obra barata que hiciera producir la tierra.

Por eso, el primer paso de los conquistadores consistió en apoderarse de las tierras mayas y en institucionalizar modos de explotación del trabajo de los indígenas. (20)

Los españoles controlaban todo, salvo los cultivos de subsistencia. La tierra fue dividida en grandes haciendas que se hallaban organizadas para la producción comercial de productos lucrativos de gran exportación: primero, el cacao; luego, el añil (colorante azul) y la cochinchilla (colorante grana). Aquellas hacienda abarcaban grandes extensiones de tierra ociosa: en tanto que los indios habían cultivado la tierra de manera intensiva, los españoles, que habían traído consigo ganado bovino y vacuno utilizaron la tierra de modo extensivo, para pastizales. La tierra significaba el prestigio y poder, en cierta medida, era codiciada por sí misma. Los españoles estaban ávidos de tierra, pero eran ineficientes y

siempre producían por debajo de la capacidad. Para obtener un producto de venta rápida, sólo trabajaban una parte de la tierra. De acuerdo con la descripción de Erick Wolf: (La Hacienda) necesitaba y deseaba más tierra, no para levantar más cosechas, sino para despojar a los indios de ella, a fin de obligarlos a abandonar sus propiedades y hacerlos dependientes de la hacienda en cuanto a tierra y trabajo (...). Cómo la plantación esclavista era un sistema concebido para producir bienes mediante la disposición de seres humanos, sin tomar en cuenta sus cualidades y su participación como personas". (21)

Una vez que el criollo (residente de ascendencia española) adquiría la tierra, la arrendaba vorazmente a los indios que, a cambio, tenían que trabajar determinado número de días en una cosecha de venta rápida. La seguridad de una mano de obra indígena barata evitaba la necesidad de introducir métodos agrícolas más eficientes y productivos y daba lugar a que continuaran utilizando métodos de cultivo anticuados. (22)

La relación de explotación entre criollos e indios fue institucionalizada con ayuda de la iglesia, mediante diferentes instituciones que subsistían ostensiblemente a la esclavitud (ésta había sido abolida oficialmente por la corona). Mediante la encomienda, la corona otorgaba al criollo tanta tierra como cierto número de indios para que la trabajaran. Se solía pagar a los indios por anticipado lo cual los ataba de manera efectiva a la tierra. De ese modo, básicamente eran esclavos. Mediante repartimien-

tos (conscripción), los indios eran obligados a realizar algún tipo de trabajo para amos designados. Los mandamientos eran otra forma disfrazada de esclavitud, en que a algunos indios de un pueblo se les ordenaba trabajar para los criollos por un jornal exiguo. (23)

Mediante el pago anticipado de jornales, se obligaba a los indios a bajar de las tierras altas para trabajar en las tierras bajas, donde muchos enfermaban y morían. Lejos de su tierra, muchos de ellos morían de hambre y desnutrición. Durante aquel período, la exterminación en masa de la población autóctona obligó a los españoles a importar esclavos negros. La necesidad de proteger a los trabajadores indígenas fue tan aguda que, finalmente, la corona española intervino haciendo a los indios súbditos directamente, independientes de los terratenientes e imponiéndoles contribuciones directas. Las encomiendas y otros tipos de esclavitud fueron abolidas pero se confinó a los indios a reducciones o comunidades especiales controladas por la iglesia en beneficio de los terratenientes y la corona. Aquello difícilmente constituía una mejora, pues se gravaba onerosamente a los indios; las nuevas comunidades demostraron ser un medio más eficaz de controlar a la población aborigen. (24)

Junto a los criollos y a los indios, la conquista dio origen a un nuevo grupo de pobladores, los ladinos, que básicamente eran el producto de la mezcla racial; el término también designa a los indios que han abandonado sus comunidades por la ciudad y han

adoptado costumbres occidentales. En lo económico, los ladinos nunca fueron esclavos (como los indios) ni propietarios; eran trabajadores libres sin tierra, que con frecuencia llevaban una existencia miserable. Trabajaban en las haciendas por un salario o arrendaban la tierra y no tenían que pagar impuestos como los indios (25)

Según Carlos Martínez Durán (26) el estado sanitario y moral de los indios en el período de la conquista era malísimo. Guerras fraticidas y pestes arrasaban los campos como presagio de peores calamidades.

En el Memorial de Tecpán Atitlán se relata las pestes que asolaron a Guatemala en los albores y durante la conquista.

"Corría el año de 1523. La guerra había sido llevada a Panatacat y el día 5 de enero comenzó la propagación de la peste. La mortandad fue terrible por la peste de sangre de narices, postración y llagas. Todos perecieron y la mitad del pueblo arrojóse a los barrancos. Perros y gatos de monte disfrutaban de gran festín y sólo vivían de cuerpos humanos". Tal es el cuadro desolador que relata el relator indio. (27)

Según el análisis de los síntomas que relatan, sobre todo los bronco pulmonares y las epistaxis que hablan en favor de la influenza, lo mismo que la relativa inmunidad de los niños y la predisposición de los adultos y de los más robustos. Sin embargo, la etimología de la palabra Chaac, indica peste con erupción cutánea y el mismo memorial habla de llagas y

postración. El sarampión y el tifo exantemático pueden dar tales síntomas y de allí que el diagnóstico retrospectivo-histórico carezca de exactitud. Sea tal o cual epidemia es indudable que fue primera infección, y a esto se debe la terrible mortalidad, agravada con la promiscuidad y fatigas de la guerra. En tal estado no era posible mayor resistencia y los esfuerzos para retener la invasión son a tanto más admirables, cuanto más se estudia la realidad de todas las causas deprimentes e inferiorizantes (28)

En el viaje de conquista de Méjico hacia Guatemala, Don Pedro de Alvarado viajó sin médicos; ningún documento ni crónica informan de alguno que pudo haber hecho las curaciones de los heridos en los campos de batalla. Tal vez los mismos soldados e indígenas hacían las veces de cirujanos improvisados. Cuando don Pedro de Alvarado, cuenta en carta a Cortés que fue herido de un flechazo en la pierna, sólo le dice que tuvo que pasar cinco días en el pueblo para curarse y que la pierna herida le quedará cuatro dedos más corta que la sana. Nada hay en esa carta que relate la forma de curación. (29)

El 25 de julio de 1524, en iximché, capital del los Cakchiqueles, nace la primera ciudad de Santiago de los Caballeros de Guatemala.

El 22 de noviembre de 1527, nace la segunda ciudad en el Valle de Almolonga. Catorce años permaneció la ciudad en este valle, y en ese lapso la medicina casi no existió. (30)

Cuando el escribano asentó el acta de fundación de la ciudad nació el primer Hospital, que se llamó de la Misericordia. También se destinó un sitio para una casa de caridad, primer asilo de enfermos que conoció Guatemala. Cuando los españoles fundaban una ciudad no olvidaban nunca la casa de misericordia, que más tarde evolucionaba en Hospital. (31)

En aquellos tiempos no había médicos ni cirujanos. En todas las actas donde figuran los nombres de los vecinos no se encuentra el nombre de ningún curandero... A medida que crecía la ciudad, asistimos a la formación de ordenanzas y leyes. (32)

El pregonero de viva voz gritaba las disposiciones para herreros y carpinteros y nunca dijornada acerca de las leyes del arte de curar. (33)

El Hospital de la Misericordia careció de médicos y en el año 1534, triplicó sus actividades por una disposición acordada por el Licenciado Bartolomé de Casaus, que lo transformó en Hospicio, asilo de inválidos y Hospital. (34)

En el año de 1537, al hospital de la Misericordia se le asigna una renta fija, gracias al primer obispo de Guatemala, Licenciado Francisco Marroquín. (35)

Podríamos concluir que: frente a esa dinámica transitiva y abierta la colonización va a congelar el tiempo, a encerrar en "reducciones" el espacio, a temper las comunicaciones comerciales, a brutalizar las rela-

ciones sociales, a deprimir la producción agrícola o, en todo caso, a desviarla hacia la metrópoli; a destruir el poder político y a imponer una religión extraña. En una palabra, asistimos a una desvitalización organizada, que se traduce en una reificación de la historia tanto por parte del español como por parte del ladino contemporáneo. (36)

Durante este período se sientan las bases del actual subdesarrollo guatemalteco. Guatemala enviaba materias primas a España y a cambio era obligada a adquirir artículos manufacturados. La corona prohibía a sus colonias producir artículos que pudieran competir con los manufacturados en España.

Una clase especial, la de comerciantes criollos, se desarrolló como precursora de la dependiente burguesía moderna. Eran esencialmente intermediarios; controlaban la mayor parte del comercio y de la producción, a la precio y el tráfico del añil, que con frecuencia se veían obligados a hipotecar sus cosechas. Así, desde el principio de la época colonial, la economía de Guatemala estuvo estrechamente ligada a la economía capitalista mundial. (37)

6.3 PERIODO COLONIAL (Formación del Estado Nacional, Acumulación esclavista-feudal)

Terminada la fase militar de la conquista la dimensión imperativa de la persona se extingue con los conquistadores. Quienes los siguen -los colonizadores- pasan a ejercitar tareas tenidas por viles por la casta cristiana y son menospreciados por ésta. Es importante tener presente que el valer de la vida del hombre esencial castizamente castellano significaba más que el ser y tener de las personas, por lo que los poseedores de riquezas adquiridas en las Indias, al volver a España, ponían en riesgo también en las propias Indias; de hombres de valer pasaron a ser hombres de tener, guerreros devinieron explotadores: de riquezas mineras, agropecuarias y humanas (los indios esclavizados). Lo que contribuyó a formar la casta cristiana: la épica castizamente personalizada, imperial y conflictiva, no se da en las Indias. En ellas surge la explotación despiadada del grupo vencido, el comercio y la vida muelle. El sino guerrero del conquistador preclítico y con él su morada vital traída de la península. En su lugar surgió el encomendero: torbo personaje que, primero para salvar sus almas, cristianizaba a los indios, y luego, contra toda regla cristiana, disponía de ellos como si fueran bestias. Allí terminó lo que quedaba del equilibrio cristiano-judio-islámico de su mente: la guerra santa ya no lo es más, y pasados los años de la conquista tampoco es guerra, es explotación' (1)

La actividad intelectual es relegada, con muchas reservas, a ciertos miembros de la élite en quienes se asoma por vez primera el conflicto que durará hasta nuestros días: la pretendida expresión de un pensamiento propio que no es sino el reflejo de modelos traídos de fuera. Simultáneamente la negativa a pensar y su sustitución por el creer que se irá abriendo campo en la medida en que el régimen colonial vaya dando vida a sus injusticias y a las justificaciones de las mismas, desde luego insostenibles desde un punto de vista puramente racional. El fanatismo será la herencia que esos días aciagos dejarán, hasta nuestros días a los grupos herederos de los privilegios coloniales (criollos, mestizos, ladinos). Por su parte, la intransigencia -ya claramente expresada en el epitafio de los Reyes Católicos- se entronizará igualmente entre los peninsulares y sus descendientes. (2)

La pretendida pugna entre encomenderos, por un lado, evangelizadores y representantes de la corona, por el otro, que, según se ha afirmado dulcificó la explotación personal a que fueron sometidos los indios y salvaguardó para los mismos los derechos que les concedieron las leyes de Indias, se ve ensombrecida y postergada, en los hechos, por la dinámica misma de la colonización, dinámica que, a la vez, crea y es creación del complejo colonizador-evangelizador-explotador, cuyos logros se verán claramente en el creciente proceso de acumulación de riquezas (principalmente de tierras de los indios) y el consiguiente despojo de los vencidos. (3)

En el caso particular de Guatemala, el sistema colonial se apoyó -en sus aspectos fundamentales- en la explotación de la tierra, trabajada por mano de obra esclava, cuantiosa y reclutada entre la población aborigen.

La explotación minera llegó a revestir caracteres importantes, por lo que la economía fue esencialmente agrícola. El soporte ideológico inicial, fue, preponderantemente, religioso, por cuya causa la acción misionera no sobrevivió a la militar sino que contribuyó a echar las bases de una iglesia comprometida cuyas enseñanzas (ya que ella monopolizó la educación) dieron vida a las creencias y representaciones colectivas que habrían de intentar la justificación del sistema. (4)

Tal justificación del colonialismo -así como las contradicciones del mismo- se basan en una serie de simplificaciones que, para elemento humano favorecido por la dominación colonial, han llegado a adquirir la categoría de verdades indiscutidas e indiscutibles. Así, la "historia patria" es, en su mayor parte, descriptiva: exenta de interpretaciones; parcial: sus relatos suponen siempre la presencia de un personaje colectivo a cuyo cargo se encuentra el papel principal, personaje que, sucesivamente, se llama peninsular, criollo, mestizo, y, actualmente, ladino; tras él, como comparsa, a veces visible, pero siempre en segundo plano, otro personaje colectivo: el indio; valorativa: lleva implícita la afirmación de la superioridad del blanco (y sus derivados) frente al indio; y superficial: es incapaz de entrar al análisis de las causas

profundas en todos los órdenes puesto que si lo hiciera tendría que replantearse desde sus mismos inicios. En suma, se trata de una historia alineada, es decir, de una memoria colectiva sectarizada, de un instrumento ideológico de dominación susceptible de agudizar las contradicciones que la han generado en vez de resolverlas. (5)

La vida económica de la sociedad colonial en Guatemala se basó en la agricultura, la pequeña industria y la minería, y fue el indígena al que inicialmente proporcionó la mano de obra. (6)

Los tesoros minerales de América fueron determinantes en esa época para que España estableciera relaciones comerciales con las colonias. (7)

Después que los conquistadores lograron ejercer el dominio suficiente sobre los que habían las nuevas tierras, trataron de obtener recursos para permanecer en ellas, principalmente aquellos recursos agrícolas. (8)

Esa necesidad del conquistador fue el principio de las relaciones económicas con el indígena, ya que el peninsular necesitaba de los servicios de los nativos para sus propósitos económicos. (9)

Fue así como surgió la encomienda que consistía en que un determinado grupo de indios debía trabajar en agricultura o minería para un español que recibía el nombre de "encomendero", quien debía proteger sus derechos, educarlos cristianamente y, en

general, "civilizarlos", a cambio de algunos tributos como bienes o trabajos. (10)

El propósito, aparentemente benéfico, de la encomienda no fue cumplido por el conquistador, quien trató de explotarlo hasta reducirlo a la esclavitud. (11)

A ese respecto el historiador José Mata Gavidia, opina: "La institución de la encomienda a pesar de su iniquidad, en la práctica realizó un acontecimiento especial: hizo que el conquistador se arraigara en América y con ello se creara la raza latinoamericana y luego inició la vida agrícola en América en gran escala". (12)

Desde el reinado de Felipe II se concedieron encomiendas también a las iglesias y monasterios, algunas veces por cien años y otras perpetuamente. (13)

Sin embargo, en una ordenanza de las audiencias, Felipe II, ordenó en 1563, que no se repartieran ni encomendaran indios a ministros ni eclesiásticos. (14)

Salvador Minguijón y Adrián, en su obra "Historia del derecho español", dice: "los abusos a que dieron lugar los repartimientos provocaron la generosa indignación de los dominicos que habían ido a evangelizar a los nuevos países". (15)

Se refiere el historiador a otra modalidad de la relación, por lo menos indirecta, entre el conquistador y el indígena. (16)

Los repartimientos consistían en los títulos ordinarios para adquirir la propiedad de la tierra en las Indias, aún cuando no se ejercía un dominio absoluto de propiedad desde el principio. (17)

Era necesario que durante cierto tiempo se cultivase la tierra.

Los indios cultivaron en grandes cantidades, maíz, cacao; habiendo sido éste un importante producto de explotación debido a la aceptación que en Europa había tenido el chocolate. (18)

El trigo, la uva, las naranjas, los limones, las manzanas, las granadas y los higos, fueron productos que se cultivaron en el Reino de Guatemala. (19)

Sin embargo, la caña de azúcar y el añil fueron cultivos muy importantes en Centro América e, incluso éste último producto, fue el principal en el comercio de España. (20)

Las maderas de construcción, extraídas claudicamente por Inglaterra, así como el algodón, el tabaco y el maguey, fueron otros productos que se cultivaban en el reino. (21)

¿Por qué el bálsamo del Perú era originario de El Salvador y no del Perú? Esa pregunta tiene una explicación: consiste en que las

costas salvadoreñas eran indefensas y entonces se trataba de evitar que ese producto fuera buscado por corsarios y piratas, ya que era usado como una planta medicinal. (22)

Para poder tener acceso a los puertos de los países del Reino de Guatemala, se principió la construcción de rutas donde transitaron bestias de carga en el inicio del comercio. (23)

Mientras que España permitió un libre comercio en el Mar del Sur, restringió el comercio en el Mar del Norte, de manera que sólo los navíos del Rey tenían autorización de transportar mercancías en los viajes anuales. (24)

La consecuencia inmediata de ésto, fue la interrupción del movimiento comercial con el Perú, la China y Filipinas, disponiéndose sólamente de una pequeña flota limitada a la zona del Caribe para abastecer de vino, aceite y telas. (25)

Por otra parte, España estaba particularmente interesada en el comercio del oro y había monopolizado el comercio en el Reino de Guatemala. Con ésto experimentó un desarrollo la minería frenándose el desarrollo de la agricultura y la naciente industria colonial. (26)

Pero no sólamente las colonias españolas en América fueron afectadas por el régimen comercial impuesto por la corona. También España llegó a una situación que, por su interés desmedido en el metal descuidó su pro-

ducción y ya no pudo vender a sus colonias sus productos. (27)

El resultado fue que España de ser un país productor pasó a ser intermediario y, entonces, compraba esos productos a esos países pagando con el oro americano. (28)

España restringió el comercio hasta el extremo de prohibir que las colonias comerciaran entre sí. Se llegó a una carestía de tejidos incluso, fue necesario que la industria textil indígena satisfaciera la demanda interna desarrollándose e incrementándose esa actividad económica, no obstante las prohibiciones de la época. (29)

También apareció el comercio clandestino y surgió la piratería. Grupos de aventureros se organizaban para asaltar los barcos españoles y los puertos para robar la mercadería. (30)

Los corsarios eran asaltantes legalizados de barcos, porque tenían autorización de sus soberanos. Los piratas gozaban de mayor libertad porque no portaban licencias para cometer asaltos en alta mar. (31)

Los asaltantes franceses recibían el nombre de "bucaneros", porque cazaban los toros en Haití y la carne la ahumaban en el Bucán. De allí su nombre. (32)

Una de las principales e importantes tareas industriales de la época colonial fue el añaíl y la grana que los indígenas extraían de un gusano que se alimenta de las hojas del nopal.

Su preparación era por medio del cocimiento hasta obtener el tinte. (33)

En la época colonial en Centro América se fabricaban artículos, tales como, clavos, chapas y otros productos metálicos, que hoy se importan. (34)

Los indígenas habían aprendido ciertas artesanías, como la carpintería y la herrería. También el curtido de pieles, que se usaban para la fabricación de calzado y ornamentación de muebles, etc. (35)

En varios puertos de Centro América se construyeron embarcaciones que integraron varias flotas, incluso la que utilizó Pedro de Alvarado para viajar al Perú; y una flota de 12 embarcaciones para atravesar el Pacífico en 1541, el año en que murió. (36)

Los indígenas aprendieron con notable perfección ciertas artesanías que les enseñaron los frailes de las misiones. Es así como entre los aborígenes hubo herreros, pintores, plateros, ebanistas, sombrereros y tejedores. (37)

El cronista Juarros describe que había albañiles en Jocotenango, Santa Ana y San Gaspar; canteros en San Cristóbal el Bajo; hortelanos en San Pedro de las Huertas; panaderos en Santa Ana; carniceros en Santa Isabel y los de San Gaspar proporcionaban el pulque o vino de maguey a la ciudad. (38)

La situación de la ganadería en el reino de Guatemala fue en términos generales la siguiente:

el ganado mular y caballar contribuyó a que el indígena no fuera destinado a trabajos pesados. (39)

El ganado mular contribuyó a desarrollar el transporte en Guatemala. La cría de mulas permitió que se organizara entre Guatemala y los puertos del Norte un servicio de carga de la importación y exportación. (40)

A todo lo anterior puede agregarse que el ganado lanar contribuyó a imprimir un nuevo carácter a la industria indígena. (41)

Los indígenas de las zonas templadas utilizaron la lana para la industria de tejidos, fabricando "ponchos". (42)

Fue Hernán Cortez, quien llevó el ganado a Honduras, habiendo "fletado" para Puerto Trujillo cuatro barcos, yeguas, becerros y cerdos, iniciando así la ganadería en ese país y en Guatemala. Aquí encontró condiciones excelentes para la reproducción y la producción de la carne.

Al extremo que la población podía obtener el producto a precios bajos. En 1576, se compraban 28 libras de carne por un real, mientras que en 1539 la libra de carne valía 1/4 de real. (43)

El "peso de oro" fue la primera moneda que se utilizó en el comercio de mercaderías y consistía en hojas de oro con el sello real impreso. Inicialmente valía mil maravedíes pero, posteriormente los valores legítimos fueron, por ejemplo: 8 reales, peso de oro

de Minas de Castilla: 580 maravedíes y 6 reales; de un Ducado de Castilla: 375 maravedíes, etc. (44)

Los principales impuestos que los habitantes de las colonias españolas tenían que pagar eran: (45)

1. El diezmo
2. El quinto real
3. El almojarifazco (un impuesto que se pagaba por la mercadería exportada por España).
4. Alcabala de Barlovento (se creó para pagar 250,000 ducados anuales que Nueva - España y México debían pagar durante 15 años por decisión del Estado Español. Guatemala pagaba 4000 ducados).
5. La alcabala (era un impuesto que las colonias pagaban por la transacción comercial cualquiera y por objeto producido)

Esos impuestos se constituyeron en un peso - para las municipalidades y se destinaban para pagar a funcionarios, empleados coloniales, mantenimiento de instalaciones, tales como, puertos y fortificaciones y de flotas, para la construcción de edificios y principalmente para fortalecer los recursos bélicos de España que luchaba contra los turcos, Francia e Inglaterra, en las guerras acaecidas - entre los Siglos XVI y XIX.

Los indígenas de la encomienda debían pagar el tributo como súbditos del rey. Los va- rones pagaban tres tostones y las mujeres 2, especialmente los comprendidos entre los 18 y 50 años de edad. Despues del impuesto - fue de cuatro tostones. (46)

Hacia 1820, la estructura básica del subdesarrollo capitalista -monoexportación y concentración de la tierra en unas cuantas manos- había quedado establecida. La economía guatemalteca estaba determinada por hechos externos. Tras un auge económico en el que Guatemala fue el principal productor de añil, en los últimos años del Siglo XVII y después de 1800, la producción declinó (debido a lo inadecuado de las instalaciones portuarias y los medios de transporte, además, de los elevados impuestos españoles que impedían a los productores guatemaltecos competir con las colonias británicas). Un nutrido sector de latifundistas criollos (sobre todo cultivadores de añil) empezó a ver que la independencia de España era el único medio de eliminar impedimentos como la reglamentación sobre el trato de la ma- no de obra autóctona, los pesados graváme- nes y el monopolio estatal del comercio. Fueron incitados por agentes británicos y franceses que deseaban eliminar el dominio español de la colonia. (47)

También los indígenas se rebelaban contra los impuestos reales y en varias partes del país se produjeron revueltas violen- tas; como en 1820 que estalló en Totonicá- pán una revuelta indígena contra las auto- ridades españolas, dirigían ese motín

dos naturales de San Miguel Totonicapán llamados Lucas Aguilar y Atanasio Tzul. Lo que provocó este movimiento fue el cobro de los Reales Tributos que habían sido suprimidos en las cortes de Cádiz desde 1811. Atanasio Tzul, se proclamó rey de los Quichés el 12 de julio de 1820 y su lugarteniente Lucas Aguilar, con el título de presidente actuó al margen de las autoridades españolas. Las tropas de Quetzaltenango y Totonicapán actuaron inmediatamente por lo que el movimiento fue sofocado. No fue ésta la única rebelión, la precedieron y continuaron otras ni menos ni más importantes, entre ellas, 1708, Chiapas; en 1743, Ixtahuacán; en 1760, Santa Lucía Utatlán; en 1764, Tecpán; en 1770, Cobán y Rabinal; en 1803, Cobán, San Martín Cuchumatanes, Santiago Momostenango e Ixtahuacán; en 1817, Totonicapán; en 1818, Santa María Chiquimula; en 1820, Totonicapán; en 1838, Jumay; en 1839, Ixtahuacán; en 1898, San Juan Ixcoy; en 1905, Totonicapán; en 1944, Patzicia. Así, la imagen de la población indígena pasiva y fatalista transmitida por los libros de historia carece de bases reales; ya que, si los indígenas no estaban motivados por un deseo de independencia, sus rebeliones encajaron en el movimiento. Los comerciantes fueron los últimos en apoyarlo; más, ante la posibilidad de levantamientos indígenas en gran escala, se aliaron a los cultivadores y al resto de criollos y, en 1821, proclamaron su independencia de España, prácticamente sin luchar. (48)

Entre los factores que incidieron para que la independencia se diera, existieron factores, causas y movimientos que influyeron, entre

estos podemos mencionar los siguientes: (49)

1. La independencia de los Estados Unidos de Norte América, el 14 de julio de 1776. Al lograr las colonias del norte separarse de Inglaterra, daban ejemplo a las demás colonias americanas.
2. La Revolución Francesa, el 14 de julio de 1789, inspirada en los derechos del hombre. Este hecho histórico es uno de los más importantes, ya que renovó por completo las bases de un orden establecido. Sus repercusiones fueron de alcance mundial, ya que el Estado se fundó en principios emanados de la ideología liberal, opuesta por completo al colonialismo político de los pueblos.
3. Invasión de Napoleón a España: Napoleón invade España y coloca en el trono a su hermano José, ésto movió las cortes de Cádiz. Los españoles, luchan porque Fernando VII vuelva al trono y recuperar así su independencia. En América se saben estos hechos; se afirmaba que si España luchaba por su independencia, por qué no van a luchar los pueblos centroamericanos en contra de España.

Entre las causas que pudieran tomarse como especiales, se pueden mencionar las siguientes:

1. Económicas: el estado caótico del comercio debido a las restricciones

impuestas por la corona. Además el crecido número de impuestos que España no tenía derecho a cobrar por no dar representación a Centro América en las colonias.

2. Políticas: la distancia imposibilita ejercer una vigilancia para evitar los continuos abusos de los empleados, ésto hacía que la administración fuera deficiente.
3. Sociales: el odio existente entre criollos y españoles; tanto los mestizos como los criollos no estaban de acuerdo con los privilegios concedidos a los españoles.
4. Culturales: a la universidad habían llegado algunos tratados de los enciclopedistas franceses. En ellos se reflejaba el derecho de los pueblos a elegir la forma de gobierno adecuada para dirigir sus destinos y la separación de sus poderes. Fueron universitarios los que llegaban a la deducción exacta de la necesidad de separarse de España. Cuando las ideas se difundían se cobraba conciencia de poder formar una nacionalidad independiente.

Existieron movimientos independencistas aislados que vinieron a contribuir a la causa, podemos mencionar los siguientes: (51)

En enero de 1808, circularon folletos anónimos invitando a la sedición.

Fue famoso el intitulado "avisos y exhortaciones de un criollo a sus conciudadanos de América". Los franceses escribieron algunos de ellos. (52)

El primer grito de independencia fue en San Salvador, el 5 de noviembre de 1811. En Nicaragua, el 13 de diciembre de 1811 se realizó un insurrección en León, en Masaya se realizó una sublevación pero no prosperó.

De las sublevaciones nicaragüenses, la más importante se menciona en Granada, donde un grupo formó un cabildo de criollos, desconociéndose a las autoridades españolas; ésto sucedió el 12 de abril de 1812. Posteriormente, fueron rendidos por las tropas españolas. Esta insurrección fue la más notable, pues, la ciudad estuvo en poder de los patriotas más de cuatro meses.

A la rendición fueron apresados los responsables de la insurrección. (53)

En Guatemala, el 12 de diciembre de 1813, se descubrió la famosa Conjuración de Belén, que pretendía:

1. Deponer al Capitán general
2. Liberar a los presos de Granada, y
3. Proclamar la independencia.

Este movimiento falló debido a la traición de uno de los comprometidos. (54)

A pesar de la "Independencia", la estructura colonial permaneció intacta. Los primeros intentos importantes de cambiar aquella estructura se produjeron durante el régimen "Liberal" de Mariano Gálvez, de 1831 a 1838.

Gálvez trató de modernizar la economía incorporando más tierra a la producción. Lo hizo mediante leyes de expropiación de tierras anteriormente en poder de la iglesia. Sin embargo, grandes latifundios permanecieron intactos. Una vez más, el grupo más afectado por la iglesia fueron los indígenas, pues sus comunidades fueron legalmente despojadas de sus propiedades comunales. Los más beneficiados fueron los antiguos pequeños propietarios ladinos y los intereses extranjeros. La dependencia guatemalteca de España fue sustituida rápidamente por la dependencia de Inglaterra. Anteriormente trató de anexarse a México. Gracias a diversos programas de colonización y concesiones de tierras, los intereses británicos tuvieron acceso a grandes extensiones de tierras y se apoderaron de los mejores bosques. Los principales productos de este período -la grana, el añil y el algodón se transportaban en barcos británicos. (55)

Como se puede observar, en este período se ve el hecho de la acumulación agraria, siendo cuatro los principios de la política agraria colonial que favorecieron una gran acumulación agraria en la sociedad guatemalteca.

Estos principios son: (56)

- a. El principio de señorío, expresión legal del despojo de la tierra del pueblo conquistado por parte del conquistador.
- b. El principio de la tierra como aliciente expresado en la cesión de tierra de los lugares conquistados por parte de la corona a los expedicionarios.
- c. El principio de la tierra como fuente de ingresos para las cajas reales, recurso legal para obtener títulos de propiedad y que, en la práctica, se convirtió en un mecanismo de ensanchamiento del latifundio mediante el pago de móidas sumas de dinero, y
- d. El principio del bloqueo agrario al mestizo, el cual favoreció la concentración de tierras en tanto que era un obstáculo para el surgimiento de nuevos latifundistas.

Estos cuatro principios favorecieron una inmensa concentración agraria que, de ninguna manera, debe interpretarse como una acumulación originaria. Es necesario no confundir las acumulaciones feudales o esclavistas de tierra que sientan las bases de formas productoras feudales o esclavistas (como es el caso de la acumulación agraria en la sociedad colonial) con la acumulación originaria que sienta las bases de la producción capitalista.

Prueba de lo que se quiere ver como una acumulación de carácter capitalista, no fue, tales que, a la par de los cuatro principios de la política agraria colonial mencionados, se

observa otro como es el interés de la corona en que los pueblos de indios tuvieran suficiente tierra. (57)

Es decir, que en la época colonial a la par de la acumulación agraria, se observa un interés en no desvincular al productor directo del principal medio de producción como es la tierra, lo cual le da a ésta un contenido feudal; sabido es que, durante la época colonial, el productor directo fundamental (el indio), no fue desvinculado de la tierra, la cual poseía en calidad de tierras comunales, ejidos (montes y pastajes) y, en grado menos importante, en propiedad privada. La explotación en lo que fue la sociedad guatemalteca en aquella época tuvo un carácter feudal (no desvinculación del productor directo con los medios de producción, separación en tiempo y espacio de la jornada de trabajo necesario y excedente, coerción extraeconómica, etc) y, por tanto, la acumulación agraria observada es un acumulación feudal y no una acumulación originaria que sienta las bases de la producción capitalista. (58)

Fue en este período cuando en la Universidad de San Carlos de Guatemala, se inicia, el 20 de octubre de 1681, la enseñanza de la Medicina con una cátedra y un profesor interino, importado de España. Se enseñaban las siguientes cátedras: Anatomía, Cirugía, Astrología, Métodos (terapéutica) con asistencia al anfiteatro.

Estas cátedras se impartían en base al conocimiento Escolástico de Hipócrates, Avicena, Galeno y Ransés. Posteriormente, Fray Fermín

Aleas, en una crítica hizo ver que se tenía un sistema educativo mal organizado, hizo algunas modificaciones con la introducción de algunas ciencias básicas. Fue 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 de estudio alrededor del año de 1783, iniciándose el estudio de textos modernos de Heister, Wislow y Kulmas. En 1903, Espangoza y Gallardo influido por las corrientes europeas, funda el Colegio de Cirujanos con el objeto de instruir a personal 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 fue el primer intento universitario de incrementar el recurso humano de Salud Nacional. Únicamente 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 podía instruir a médicos como a Cirujanos, como también una combinación de los 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. 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 diezmó al 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 organismo tendrían la atribución de ser "consultantes del gobierno" en todo lo referente a salud y asuntos médicos legales". Este organismo se llamó: Protomedicato. (59)

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. (60)

En estas modificaciones se observa la influencia del movimiento enciclopedista y utilitario, lo que presionó hacia el logro de una enseñanza práctica y utilitaria adaptada a la época. (61)

En Guatemala, en el transcurso de los últimos años de la etapa colonial, se observaron varios fenómenos que explican la realización de la independencia y el surgimiento del Estado Nacional. Fue evidente la contradicción de intereses económicos entre los peninsulares españoles y los criollos. Este hecho obedeció a que los españoles mantuvieron durante todo el período colonial la hegemonía económica y política, y los criollos, que buscaban esos privilegios pensaron que era la única forma efectiva la realización de la independencia y por ello agotaron todos los recursos para lograrlo. (62)

Frente a este conflicto económico-social, se utilizaron diversos mecanismos para impulsar el proyecto de la independencia. Uno de ellos fue la reunión de las Cortes de Cádiz del 20 de febrero de 1812, en las cuales emitieron una serie de resoluciones que vinieron a beneficiar sus propias inquietudes. Dentro de otras resoluciones igualmente importantes, están las siguientes: (63)

- a. Liquidar el régimen feudal en todas las colonias con lo cual se buscaba encontrar nuevas alternativas de producción, que superaran las condiciones de por sí lamentables que habían venido caracterizando la época colonial.
- b. Convertir los terrenos comunales en propiedad privada, con el objeto fundamental de hacerlos producir mediante otras formas que no fueran las que habían prevalecido bajo la encomienda y los repartimientos.

- c. Abolir los tributos en las colonias, ya que ellos se consideraban anacrónicos, para el momento histórico que vivía la sociedad colonizada.
- d. Prohibir el comercio de esclavos que había sido práctica común durante la colonia, en abierto menosprecio a las condiciones humanas.
- e. Establecer la libertad de comercio a todos los niveles a efecto de dar paso a otras alternativas productivas, que constituyeran un avance en la sociedad.

Estos antecedentes ocuparon un primer plano en el momento histórico de la independencia de 1821, y así fue como se declara un Estado Independiente con características muy propias que bien podrían resumirse en tres puntos: (64)

- a. Al haber nacido en condiciones precarias, desde el punto de vista económico, el Estado se vio obligado a adoptar algunas medidas tendientes a afrontar la crisis provocada por el rompimiento de los vínculos con España que le permitían comercializar los productos con Europa. Al decir de Rafael Piedrasanta Arandi, (65), éste hecho obligó a crear una economía cerrada que hace crisis, en tanto se produce únicamente para el consumo interno en los primeros años, dado que no había ninguna posibi-

lidad para la comercialización internacional.

Este problema fue superado más tarde al abrirse relaciones comerciales con otros países a través de Belice.

- b. Según René Poitevin, (66), el poder político lo asume: "una clase dominante, constituida por los hacendados señoriales, comerciantes importadores y la pequeña élite burocrática militar". Es de estimar que esta clase dominante estaba, fundamentalmente integrada por criollos, ya que, según Severo Martínez Peláez, (67) "los grupos sociales que especialmente tomaron el poder los criollos y los terratenientes medios en crecimiento lo tomaron precisamente para beneficiarse con la estructura colonial, no para transformarla".

- c. Desde el punto de vista político, fue claro que el nuevo Estado no estuvo avalado por la aquiescencia de la mayoría popular, que desconocía la esencia y la significación de un Estado propio, por cuyo motivo fue notoria la ilegitimidad del nuevo Estado. Este hecho fue aprovechado para mantener la oposición y el hostigamiento al recién nacido Estado Nacional y, a la postre, también provocó alguna crisis interna que, en buena medida, dificultó el desarrollo del nuevo Estado. (68)

6.4 1871-1944: Estado Oligárquico-Terrateniente (acumulación originaria)

Continuando con el desarrollo histórico del proceso socioeconómico se puede mencionar que después del período de independencia y de los primeros intentos de cambiar la estructura colonial por Mariano Gálvez, éste fue depuesto del Gobierno en 1838, y siguieron 30 años de gobernantes conservadores que dejaron sin efecto la mayoría de sus leyes, salvo las que afectaban a los indios. Finalmente, en 1871, los "liberales" lograron recuperar el poder, primero con Miguel García Granados, a quien sucedió Justo Rufino Barrios. (1)

Hacia 1860 la economía colonial había adoptado nuevas formas, pero en el fondo era la misma. Sin embargo, la evolución de la economía internacional impuso cambios en Guatemala. En 1850, la invención de colorantes químicos baratos acabó con la industria de la cochinilla. Esto estimuló el interés por la diversificación de cultivos, sobre todo de azúcar, algodón y café. Finalmente, la creciente demanda de café, la revolución industrial en Europa occidental y el surgimiento de Estados Unidos como potencia mundial afectaron la economía de Guatemala e hicieron necesarios algunos cambios durante ese período. (2)

La propagación del café como principal producto requería extensos cambios en la división de la tierra y del trabajo,

lo que implicaba un cambio en la estructura del poder en Guatemala. El añil y la grana se producían en superficies relativamente pequeñas de tierra. El café exigía más tierra y capital en forma de créditos; se tenían que crear nuevos medios de transporte e instalaciones portuarias. La clase criolla dominante se vio obligada a abrirse para incluir a un nuevo grupo, la clase alta ladina, que encontró en el café la base para subir al poder. (3)

Aquel fue el contexto de lo que se ha llamado "reformas liberales" de Justo Rufino Barrios. A fin de incorporar más tierras a la producción del café, Barrios procedió a nacionalizar todas las tierras pertenecientes a la iglesia y a los monasterios. (4)

También se nacionalizaron pequeñas propiedades y ejidos (tierras comunales) para incorporarlos a grandes latifundios. Las propiedades estatales no cultivadas fueron fraccionadas y vendidas a bajo precio. Se pusieron en vigor leyes de registro de tenencia de la tierra y de herencia de la propiedad. Sobre todo, absorvidas las propiedades comunales de pueblos indígenas. A diferencia del añil y la grana el café se podía producir a mayor altitud. De ese modo, se incautaron a los indios tierras que habían permanecido a salvo a causa de su situación en las montañas. La legislación estatal que exigía títulos de propiedad privada legitimó la apropiación de bienes municipales y comunales de los

indios (5).

Como podemos ver, a diferencia de la época colonial en la que se lleva a cabo una acumulación agraria con un interés en no desvincular al productor directo del principal medio de producción como era la tierra, caso distinto ocurre en la acumulación agraria como resultado de la Revolución Liberal, se puede decir que, en la acumulación agraria en esta época es ya un primer paso en la acumulación originaria, la cual, asume diferentes modalidades, recorre sus distintas fases en diversa gradación y en momentos históricos distintos en cada país. En el caso guatemalteco, la acumulación originaria se da en el contexto de un país que al igual que el resto de latinoamérica ya está inmerso en una división internacional del trabajo impuesta por un capitalismo mundial que ha entrado en su etapa superior: la etapa monopólica; esto implica que, mientras en Europa, una de las fuentes de acumulación originaria, es el sistema colonias que extrae de las regiones latinoamericanas un excedente económico que es convertido en capital en la metrópolis, en Guatemala como parte de América Latina, la acumulación originaria no cuenta con esa poderosa palanca si no más bien al contrario, es afectada por la succión constante de plusproducto de parte de las metrópolis por medio del intercambio desigual, exportación de superganancias, pillaje, etc. (6)

Los gobiernos liberales intensificaron el sistema lati-minifundista.

Mediante varias nuevas leyes, garantizaron un suministro permanente de mano de obra barata a los cafetaleros y a los inversionistas extranjeros.

En un grado, incluso mayor que después de la conquista, los indios fueron despojados de sus tierras y obligados a depender de las plantaciones en cuanto al trabajo. Los poblados indígenas que quedaban del período colonial fueron desintegrados y los indios obligados a emigrar de las tierras altas para cosechar café. La tierra se concentró en menos manos. (7)

Hacia 1926, sólo el 7.3% de la población guatemalteca poseía tierra. El trabajo forzado fue instituido por las deudas pasaron a ser colonos, peones atados a las haciendas mediante deudas hereditarias con los terratenientes. Bajo el sistema de habilitación, concebido para reclutar mano de obra temporal o por contrato, los agentes de las fincas iban a los poblados a prestar dinero, endeudando de ese modo a los indios y obligándolos a trabajar durante la cosecha. Los funcionarios locales llevaban una lista de indios disponibles para trabajar, aprobadas en 1934: exigían que todos los indios trabajaran, cuando menos, 150 días al año y que llevaran consigo una tarjeta en la que aparecía el número de días que había trabajado. Los que se oponían eran encarcelados. Semejantes medidas se consideraban necesarias para la "modernización"; a ese grado, el gobierno era sólo una fuerza policiaca al servicio de los terratenientes. (8)

Los intereses extranjeros fueron los principales beneficiados con la nueva legislación. Desde el principio, el cultivo, el beneficio y el tráfico del café estuvieron financiados por el capital extranjero (sobre todo Alemán). Cómo la producción de café fue afectada por las fluctuaciones del mercado mundial, muchos cultivadores se vieron obligados a vender sus tierras a sus acreedores en los períodos de crisis. Hacia 1914, cerca de la mitad de todo el café se producía en tierras de propiedad extranjera (en su mayor parte alemana). Al estallar la primera Guerra Mundial, el café representaba casi el 90% de los ingresos de exportación de Guatemala. Entre el 55% y el 60% del comercio era con Alemania. (9)

Además del café, que se hallaba en crisis constante, el gobierno estimuló la producción del henequén y, sobre todo, del plátano; en 1901, se concedió exención de impuestos al plátano, como artículo de exportación. En 1906, la United Fruit Company, firmó su primer contrato para la compra y exportación del plátano, mediante una concesión de 68,800 hectáreas de las mejores tierras (a cambio de terminar la construcción del ferrocarril).

La UFC consolidó un monopolio de las instalaciones ferrocarrileras y portuarias de la UFC.

En un principio, la UFC, compraba plátano a los productores independientes y luego los obligó a liquidar en favor de la compañía. El contrato de la UFC preveía la utilización limitada de las mejores tierras durante 25 a

99 años, al acceso de los recursos (el agua), con exención tanto de impuestos de timbre, portuarios y de otros tipos, como de gravámenes de todas las importaciones. La compañía también podía hacer remesas ilimitadas de utilidades. (10)

La depresión económica de 1929, afectó gravemente al precio del café y a la economía en general. La base del poder de Jorge Ubico, radicaba en la oligarquía cafetalera; en vez de diversificar la economía, Ubico trató de fortalecer el sistema existente. En 1944, fue depuesto mediante una coalición de intelectuales de clase media y pequeña burguesía que trataban de minar el poder de la oligarquía terrateniente y de instituir ciertas reformas, a fin de modernizar el país. Aquel fue el principio de la decadencia del poder de los cafetaleros, decadencia a la que también contribuyó la expatriación de los intereses alemanes durante la Segunda Guerra Mundial. (11)

El surgimiento de la acumulación originaria en este país en un momento en que ya le ha sido impuesto un papel en la división internacional del trabajo y que además ha sido objeto a lo largo de su historia -de sucesión de excedente económico, va a darle características peculiares. En primer lugar, la acumulación originaria no va a proletizar de manera fulminante al campesinado, sino, paradójicamente a agudizar las formas serviles de explotación; en segundo lugar, aunque se presenta un aspecto de la acumulación originaria como es la concentración agraria, ésta no se verá complementada inmediatamente por existencia de un productor directo

expropiado, el cual, más temprano que tarde, ingresará a las filas del proletariado industrial, ésto sucede así simplemente porque en el país las condiciones anteriormente apuntadas han evitado un desarrollo industrial (12)

Sin embargo, a pesar de que esta acumulación agraria no destierra las formas serviles de producción, sino más bien las agudiza y, a pesar de que no expropia inmediatamente al productor directo de sus medios de producción y los transforma directamente en proletariado, en este caso la acumulación agraria y agudización de las formas serviles de explotación no apuntan hacia una reproducción de la economía feudal sino más bien a su disolución: los dos hechos mencionados sirven de base para el "despegue" hacia una acumulación capitalista. (17)

Con referencia a la enseñanza de la Medicina y al desarrollo de su proceso, se encuentra que en 1872, la denominada Ley Soto, suprime el Protomedicato por contradicciones con la misma Facultad de Medicina. En 1875, Justo Rufino Barrios clausura la Facultad para reabrirla posteriormente con un plan de estudios sistematizado en cinco años en el cual se incluía: (14)

- Primer Año: Anatomía, Zoología, Física Médica.
- Segundo Año: Anatomía, Botánica, Química Médica.
- Tercer Año: Fisiología, Higiene, Patología e inicios del aprendizaje de Hospitalares.

- Cuarto Año: Obstetricia, Cirugía, Medicina Legal.
- Quinto Año: Terapéutica, Farmacia, Administración, Medicina y Obstetricia.

En 1840, se había fundado la Facultad de Medicina con ese nombre y el 17 de octubre de 1880, se inaugura solemnemente el edificio especial de la Facultad de Medicina. Se inicia en esta época la etapa contemporánea de la Educación Médica. También se introduce una transformación completa de la práctica de la Medicina con la introducción de la asepsia y la antisepsia por el Doctor Juan José Ortega. La enseñanza docente de la Medicina, era espejo de las lecciones hospitalarias y por ello no se notaba en la Facultad la energía de la reforma. (15)

La escuela médica del Doctor Ortega, fue, antes que nada, una escuela práctica, motivo por el cual, sus enseñanzas fueron preferentemente hospitalarias. (16)

En 1893, se introdujo también la cátedra de Bacteriología, iniciándose el estudio de los microbios como causa de las enfermedades. (17)

El plan de estudios de 1875, se conservó por muchos años. En el Siglo XX sufrió algunas modificaciones, pues cada año estaba muy re-cargado y no era posible atender con dedicación a todas las clases. Por tales motivos, se aumentó un año a la carrera. (18)

Entre las vicisitudes enfrentadas por la Facultad de Medicina, sobresale la catástrofe

de los terremotos 1917-1918. En esa época el edificio de la Facultad quedó completamente arruinado, perdiéndose valiosas joyas científicas y documentos históricos. Lo que pudo rescatarse fue trasladado a otro lugar, donde manos alevosas incendiaron los archivos - en enero de 1921. Fue entonces necesario - trasladar toda la Facultad a otro sitio, permaneció allí hasta 1931. Año que retornó a su antiguo solar, en donde permaneció hasta noviembre de 1974. (19)

En el año de 1924, el plan de estudios volvió a modificarse, estableciendo definitivamente el tiempo de siete años para cursar la carrera médica. (20)

La práctica médica comienza su articulación con la estructura económica en este período del capitalismo competitivo con las acciones sanitarias; primero, con medidas de saneamiento marítimo en el campo de la circulación de la mercancía; segundo, con medidas contra ciertas enfermedades, en el campo de la productividad y esta función mantenedora y reproductora de la fuerza de trabajo se ha de expandir con el capitalismo monopolista. El desarrollo del capitalismo produce otro impacto en la práctica médica estimulando la atención médica, es decir, el consumo individual de servicios médicos, pues, la existencia de un mercado interno ha de ser un incentivo poderoso para este cambio que se ha de articular con la necesidad del sistema de mantener y reproducir su fuerza de trabajo. Sin embargo, los intentos de imponer un sistema de seguro social que permitan financiar este tipo de prestación médica se fue frustrada en el primer tercio de este Siglo, debido al desarrollo de las compañías privadas de seguro. (21)

A partir de la última década del Siglo XIX, Estados Unidos alcanza un alto grado de desarrollo, llevando a que la producción se organice "nacionalmente" bajo la hegemonía del capital financiero. Esta fase del capitalismo lleva en sí el germen de la contradicción entre el desarrollo de las fuerzas productivas y la limitación nacional de la organización productiva. La exportación de capital es la resolución temporal de la crisis producida por una sobreacumulación relativa de capital. La exportación de los capitales norteamericanos se dirigen fundamentalmente a los sectores agrícolas y mineros que llevan a la producción de materia prima y alimentos importables a los Estados Unidos. (24)

El saneamiento y la lucha contra las enfermedades transmisibles se han de entrelazar con las actividades económicas para facilitar la circulación de las mercancías y la productividad en los enclaves. En el discurso médico que acompaña las acciones sanitarias internacionales, el uso de términos como campaña, lucha, estrategia, armas, combate, aniquilación y batalla, no son empleados como simples analogías que clarifican la exposición; implican además, una concepción del espacio social sobre el cual ya se había elaborado en campo militar: valoración del espacio interior y conquista o aniquilación de "lo fuera". (23)

La elaboración realizada en el campo militar, no es el resultado del libre juego del pensamiento, ya que el saber y la práctica de la guerra están también históricamente determinadas. La forma de entender el espacio social

en el campo militar es elaborado en el Siglo XIX por Clausewitz, para quien el objetivo - primordial de la guerra es la destrucción de la fuerza militar del enemigo, siendo la batalla el único medio para lograrlo. La batalla es un conflicto impulsado con todas - las fuerzas para el logro de una victoria de cisiva. (24)

Cuando esta concepción del enemigo y de la guerra se traslada a la práctica en América Latina, en el primer tercio de este Siglo, se adapta a la realidad económico social existente, si bien conserva las bases conceptuales de Clausewitz. La guerra se transforma en "guerras pequeñas" y Samuel M. Harrington, en 1922, hace un listado de seis pasos para su conducción: (25) Primero: toma por la "fuerza pacificadora" de los puertos y ciudades fronterizas cabezas de las rutas comerciales y de entrada; Segundo: ocupación de las ciudades más importantes del interior que controlan los recursos del territorio estableciendo allí las bases del abastecimiento; en el curso del desarrollo de esas etapas el ejército debería entrar en batalla y destruir grandes grupos de tropas enemigas; Tercero: división del teatro de operaciones en distritos militares; Cuarto: las tropas de ocupación deberían comenzar operaciones contra las fuerzas enemigas remanentes, usando ciudades capturadas o instalaciones fortificadas como fuente de suministro; Quinto y Sexto: toma de la ganadería y suministros y dosificación de las armas.

El Doctor Soper, a quien se podría llamar el "Clausewitz de la Salud Pública", explica la teoría sobre la lucha contra las enfermedades en el momento que esta concepción comienza a ser reemplazada por otra. Para el Doctor Soper la erradicación es un objetivo fundamental en la lucha contra las enfermedades y define la erradicación como "la completa eliminación de todas las fuentes de infección de un determinado agente patógeno, a fin de evitar la recurrencia de la enfermedad que éste produce, incluso en ausencia de todas las medidas preventivas". (26)

No hay en esta afirmación lugar para compromisos: la victoria debe ser total y la erradicación su indicador. Más tarde, el concepto de control y, posteriormente, el de vigilancia han de reemplazar al de erradicación en la teoría sobre la lucha contra las enfermedades. Estos cambios no se deben a un progreso del conocimiento ni a la ausencia de enfermedades que necesitan ser erradicadas, sino a un cambio en la estructura económica y con esto a una nueva concepción del espacio social y del enemigo. (27)

El Estado, a nivel central, toma a su cargo, durante ese período, en los países de América Latina, las acciones sanitarias, que hasta ese momento eran de responsabilidad del nivel local, creando unidades administrativas con el nombre de Departamentos, Servicios o Direcciones de Sanidad, dependientes de los Ministerios de Gobernación o del Interior. Los primeros países que así lo hicieron fueron aquellos que lograron organizarse nacionalmente alrededor de algún producto de

exportación, y es así como los intereses de los exportadores y de los importadores coinciden en dar importancia a la sanidad marítima y a la sanidad de las ciudades de los pueblos. Es, sin embargo, la sanidad marítima - la que está sometida a una serie de presiones exteriores, como se refleja en la Memoria de el año 1896, del Consejo Nacional de Higiene de la República del Uruguay, cuando expresa que: "en tanto que en los servicios de sanidad terrestre se legisla y se puede coordinar los servicios con cierta libertad simplificando los problemas, en los de sanidad marítima se mezclan con las cuestiones científicas, intereses internacionales y comerciales que la administración no puede dejar de atender". (28)

En los Ministerios que se crean al final de este período, para atender a los problemas de salud, la sanidad sigue constituyendo aun en aquellos que incorporan la Atención Médica con el nombre de Beneficencia, el sector dominante como tal, se infiere a los presupuestos de la época. (29)

Continuando con el desarrollo del proceso histórico del Estado; podemos mencionar que: la revolución de 1871, con el antecedente del cultivo del café y la construcción del muelle de San José sobre el Pacífico, que habían iniciado el gobierno del General Carrera en 1845 y el gobierno de Cerna en 1866, respectivamente, introduce reformas de incalculable importancia con relación a la época. Dentro de esas reformas podemos señalar: (30)

- a. Nacionalización de los bienes de la iglesia, en vista de que, a juicio del gobierno liberal, era negativo mantener un régimen de tenencia de la tierra como éste, porque distriía fondos que bien podían ser canalizados a través de otras actividades económicas como el comercio y la industria.
- b. Se suprime buena parte de la tenencia comunal de la tierra para convertirla en propiedad privada, con el propósito de mantener nuevas explotaciones agrarias, cafetaleras, como una alternativa positiva en el desarrollo económico del país.
- c. Se busca y logra consolidar el mercado internacional del café, ya que era un producto aceptable en varios países, después de los productos que se habían venido cultivando con anterioridad, los cuales habían decaído visiblemente.
- d. Se inicia la construcción de líneas ferroviarias en todas las zonas cafetaleras que permitieron agilizar el transporte de ese producto a los puntos de embarque que asegurarán la exportación del mismo.
- e. Se impone el impuesto territorial de un cuartillo por manzana, según el Decreto 109 del 6 de febrero de 1873. Lo mismo ocurre con la exportación del café, creándose el impuesto de un real por cada quintal.
- f. El 22 de julio de 1873, se establece la

- enajenación de terrenos baldíos en Costa Cuca y el Palmar del departamento de Quetzaltenango, a razón de cinco caballerías para cada uno, con lo cual se permite la formación de nuevas unidades agrícolas, relativamente grandes. Bajo este tipo de ventas, se distribuye la cantidad de 2,000 caballerías en total.
- g. Se habilita el Puerto de Champerico, sobre el Pacífico en 1887.
- h. Se crea el Ministerio de Fomento para que se encargue de organizar y dirigir la producción agrícola del país.
- i. En 1874, se funda el Banco Nacional de Guatemala, que sustituye al Banco Hipotecario y, en 1883, se crea la Banca Privada, mediante la creación de: el Banco Colombiano y el Banco de Occidente. Esto mejora el sistema de crédito agrícola, que antes había estado monopolizado por la iglesia y los comerciantes.
- j. Se organiza la sociedad agrícola del departamento de Cobán con lo cual se incrementa la producción cafetalera en la rica zona de las Verapaces.
- k. Desde el punto de vista formal, también se legisla en un sentido más estricto, dándole a ella un matiz mucho más democrático, lo cual configura y consolida, evidentemente, el Estado Nacional.

Esta reforma liberal, desde el punto de vista económico y jurídico-político, permite el surgimiento de un grupo de cafetaleros, que desplaza el poderío y la hegemonía de los criollos, obtenido desde la independencia, para asumir los privilegios económicos y, por ende, políticos; asimismo, se inicia la formación del grupo financiero, con la creación de la Banca Privada y, de ese modo, se plantea la posibilidad de la formación de otras fracciones burguesas. (31)

Por otra parte, aunque algunos estudiosos de los problemas sociales en nuestro medio, no están de acuerdo, nuestro punto de vista es que, con la política liberal, se estimula la proletarización campesina para cubrir las necesidades de las nuevas inquietudes productivas en el agro. (32)

Con la revolución liberal de 1871, se plantea una nueva contradicción social entre el nuevo grupo de cafetaleros que asume el control económica y político y los sectores en proceso de proletarización. A la luz de esta contradicción, se debe visualizar el proceso social a partir de la década 1870-1880, puesto que, con posterioridad la misma situación se mantiene por falta de medidas gubernativas que hagan avanzar el desarrollo. (33)

Sin embargo, es importante subrayar que, durante el gobierno de Estrada Cabrera, se inició la penetración del capital extranjero, concretamente, norteamericano, que con posterioridad, se convierte en monopolístico y que, en definitiva, provoca un fuerte proceso de

desnacionalización de la producción guatema
teca en abono a la internacionalización del
modo de producción capitalista. (34)

Cómo se observa, el poder estaba en un grupo
minoritario (oligarquía) que poseía la mayor
parte de la tierra (latifundios) por lo que
se le llama a éste: Estado Oligárquico-te-
rrateniente

6.5 1944-1954 Estado Nacional-Burgués (acumu
lación de Capital Independiente

En 1944, después de 30 años de gobierno,
Ubico fue depuesto mediante una coalición
de intelectuales de clase media y peque-
ña burguesía que trataban de minar el po-
der de la oligarquía terrateniente y de
instituir ciertas reformas, a fin de mo-
dernizar el país. Aquel fue el princi-
pio de la decadencia del poder de los ca-
fetaleros, decadencia a la que también
contribuyó la expropiación de los intere-
ses alemanes durante la segunda guerra
mundial. (1)

La "Revolución"

Pocos meses después de la deposición de
Ubico, Juan José Arévalo ganó la presi-
dencia en las que han sido llamadas las
elecciones "más libres" que haya tenido
Guatemala. La Constitución aprobada en
1945, unos días antes de que asumiera el
cargo, abolía las leyes contra la vagan-
cia de 1934 y todas las formas de tra-
bajo forzado sentando las bases de la le-
gisación del trabajo guatemalteco; era
rural y consistía principalmente de in-
diós recolectores de café desorganizados
y desprotegidos. La única fuerza rural
organizada eran los 15,000 trabajadores
de las dos plantaciones de la United
Fruit Company.

Los salarios de los trabajadores agríco-
las a veces llegaban apenas a dos dóla-
res semanales. El código de trabajo de

1947, por primera vez en la historia de Guatemala, incluía contratos obrero-patronales obligatorios, salarios mínimos, derechos de huelga y de sindicalización. (2)

Sin embargo, básicamente, la situación de los campesinos no había cambiado. Los salarios del campo apenas mejoraron. El Código de 1947 no estipulaba la sindicalización en las grandes plantaciones que empleaban menos de 500 trabajadores. Se exigía que los sindicatos campesinos contaran, al menos, con 50 miembros iniciales, de los que dos tercios debían saber leer y escribir. (3)

La nueva constitución prohibía, específicamente, los latifundios y manifestaba que la propiedad PRIVADA debía tener una función "social" (frase vaga que no procedía del marxismo sino del tipo de idealismo peculiar de Arévalo). (4)

Sin embargo, a despecho de las presiones de la principal confederación de trabajadores del campo. Arévalo no se hallaba preparado para realizar el cambio estructural básico necesario para contrarrestar siglos de desigualdad y subdesarrollo: una reforma agraria radical que habría afectado el poder de los latifundistas. En vez de eso, se contentó con crear una "atmósfera" para la reforma agraria. (5)

Arévalo trató de modernizar la economía y de fomentar lo que oficialmente se conocía como: "industria de la agricultura". El Decreto No. 712, de la Ley de Arrendamientos forzados de 1948-1949, constituyó uno de sus principales esfuerzos. Dicha ley estaba concebida para

obligar a los latifundistas (que, por miedo a la expropiación, habían dejado de arrendar tierras a sus ocupantes) a seguir arrendando las tierras. Entretanto, una nueva dependencia, el Instituto de Fomento de la Producción INFOP, y el nuevo banco estatal, el Banco de Guatemala, concedían créditos para la diversificación agrícola. La mayoría de las antiguas plantaciones alemanas, expropiadas durante la guerra, permanecían bajo administración gubernamental como fincas nacionales, para ser arrendadas a particulares, a cooperativas o a sociedades por acciones. Pero, en lo fundamental, la estructura agraria surgida desde 1860 seguía siendo la misma y el poder de los terratenientes permanecía incólume. (6)

En 1951, Arbenz sucedió a Arévalo, tras anunciar que llevaría a cabo una reforma agraria verdadera y total. Al entrar en funciones, Arbenz declaró que su meta consistía en modernizar la economía nacional, elevar el nivel de vida de las masas y transformar la base semifeudal de producción de Guatemala en una forma más moderna o "capitalista". Aquello era necesario para que Guatemala se industrializara, pues el poder adquisitivo de la mayoría de la población debía aumentar. Arbenz quería crear un capitalismo nacional independiente; el requisito previo era una reforma agraria. (7)

Así, en 1952, Arbenz, promulgó el Decreto No. 900, la Ley de Reforma Agraria. El propósito declarado de aquella Ley era: ~~abrir las tierras~~

Eliminar todo tipo de propiedad feudal en las

áreas rurales; abolir las relaciones anti cuádas de producción, en particular la servidumbre laboral y los vestigios de la esclavitud, como las encomiendas, para entregar la tierra a los trabajadores del campo que no la poseían o que poseían muy poca; facilitar la ayuda técnica, aumentar el crédito agrícola en beneficio de todos los que trabajan la tierra. (8)

La ley iba dirigida contra las grandes fincas que tenían tierras ociosas no contra las plantaciones que utilizaban la tierra de manera productiva; aunque afectaba a las grandes propiedades privadas, de modo alguno amenazaba el principio de la propiedad privada. (9)

Dicha ley preveía la expropiación de bienes mayores de 100 hectáreas, sobre todo de las tierras ociosas. Los campesinos recibirían hasta 20 hectáreas de tierra, en propiedad o en usufructo vitalicio; la pagarían a razón del 3 ó 5% de producción anual. Se compensaría a los antiguos propietarios mediante bonos gubernamentales a 25 años, con interés del 3% sobre el valor de la tierra determinado acuerdo con la propia declaración fiscal de los dueños, de 1952. La ley iba a ser aplicada por comités agrarios, formados por una mayoría de campesinos; aquel fue el aspecto más explosivo de la legislación de Arbenz, pues por primera vez en la historia los campesinos tenían poder. (10)

En 1952, se repartieron 107 fincas nacionales (de propiedad estatal), muchas de ellas a cooperativas campesinas. Las expropiaciones comenzaron en 1953. Para junio de 1954, habían sido afectadas 1002 plantaciones, que abarcaban 1.1 millones de hectáreas, con un valor de 8.345,554 dólares en bonos de indemnización (aunque, en realidad, sólo fue expropiado el 55% de ellas, que constitúan el 16.3% de las tierras ociosas de propiedad privada disponibles); 100000 familias campesinas recibieron tanto tierras como créditos y ayuda técnica de nuevas dependencias estatales. (11)

Los terratenientes objetaron vehementemente la nueva legislación, a menudo con represalias violentas contra los campesinos que en ocasiones se precipitaban y ocupaban la tierra antes de que concluyeran las formalidades legales. Más todavía, los campesinos no distinguían entre latifundistas y pequeños propietarios, lo que hizo aumentar la violencia en el campo. (12)

La United Fruit Company, seguía siendo el principal terrateniente del país. De más de 225000 hectáreas que poseía, sólo utilizaba el 15% (la compañía alegaba la necesidad de grandes reservas a causa de las enfermedades del plátano).

Mediante varios decretos, el gobierno expropió a la UFC un total de 155000 hectáreas concediéndole una compensación de 1.185,115 dólares, basada en la declaración fiscal de la compañía. La superficie representaba el casi 14% del total de tierras tomadas a los propietarios privados.

Respaldada por el Departamento de Estado Norte americano, la compañía afirmaba que la propiedad y los daños tenían un valor cercano a los 16 millones de dólares. Aquel problema puso en primer plano la pugna entre el gobierno de Arbenz y EEUU. (13)

El régimen revolucionario de Arbenz heredero de una revolución (1944) provocada por un movimiento pluriclasista por un sector pequeñoburgués, nada pudo hacer por profundizar el proceso democrático burgués al no contar con el apoyo de los sectores burgueses (comerciantes, industriales, etc.), que, teóricamente, debería haberse pronunciado a favor de una vía de desarrollo capitalista que planteaba liquidar "la propiedad feudal para abolir los resabios serviles (prestaciones personales, renta en trabajo, repartimiento, etc.), desarrollar la industrialización del agro y crear una masa de campesinos dotados de tierra que sirviera de base al mercado interior necesario para la industrialización del país, en pocas palabras, la vía revolucionaria, democrática burguesa, campesina, de desarrollo capitalista. (14)

En el campo de la Educación Médica, con la autonomía universitaria, la política educativa y organizativa se modifica al participar estudiantes en la dirección de la Universidad. En 1947, se trata de modificar el currículum pero no se obtiene nada concreto. (15)

En esta época, el currículum de la Facultad se basa y se introduce por la revisión que se hizo en la Educación Médica Norteamericana con ocasión del informe Flexner alrededor de los años veinte del presente siglo.

Este informe, basado en la ideología positivista, que define a la enfermedad, según Parsons, como: (16)

"un estado de perturbación en el funcionamiento normal del individuo humano total, comprendiendo el estado del organismo como sistema biológico y el estado de sus ajustamientos personal y social". La enfermedad, se define, pues, en parte, biológicamente y, en parte, socialmente.

Esta ideología, que corresponde a la visión de el mundo de los grupos dominantes en el capitalismo y ha de dar el carácter "científicista" a la práctica y enseñanza médica. La enseñanza basada en la investigación de laboratorio y aplicada a la atención médica en el hospital - es el triunfo de la concepción "científicista" y el informe Flexner representa la expresión más conocida de esta concepción de la práctica en el campo médico. Es así como, en 1946, se organiza la Facultad por departamentos y se introduce el internado hospitalario, programa en el que el estudiante de último año recorre, las cuatro grandes áreas del aprendizaje clínico, o sean, Medicina, Cirugía, Pediatría y Obstetricia. Fue el primer intento de implementar este programa ya que, inicialmente, no fue un internado rotatorio, propiamente dicho de toda la promoción de último año de esa fecha, sino que una simple rotación de algunos estudiantes de esa promoción por diferentes servicios del Hospital General "San Juan de Dios". Es hasta las siguientes décadas (1950-1960) en realidad que se sistematizan las rotaciones de los estudiantes de último año por las cuatro áreas clínicas de medicina, cirugía y pediatría y obstetricia, tres meses en cada una, de

los hospitales General "San Juan de Dios" y Roosevelt. (17)

En agosto de 1940, se crea en EEUU la "Office for Coordination of Commercial and Cultural Relations between the American republics", con el propósito de llevar a cabo la política definida y Nelson Rockefeller fue nombrado coordinador de esa. (18)

A fines de 1941, el Coordinador se interesa en los problemas de salud, con referencia a las operaciones conectadas con los esfuerzos de guerra y como un medio de mejorar a largo plazo las condiciones del hemisferio. Es así como comienza en 1942, un programa de mejoramiento del saneamiento y la salud bajo una corporación especialmente creada para estos fines: The Institute of Inter American Affairs. Los objetivos de la División de Salud y Saneamiento eran los siguientes: (19)

1. Militar: para comprobar las condiciones de salud en áreas estratégicas, particularmente con relación a los requerimientos de nuestras fuerzas armadas y los pueblos de los países aliados americanos.
2. Políticos: mantener fuera la obligación de este gobierno con relación al programa de sanidad y salud asumido bajo la resolución 30 adoptada en la Conferencia de Río, en enero 15-28, 1942.
3. Hacer posible el incremento productivo de materiales críticos en áreas donde existen malas condiciones de salud.

4. Moral: para demostrar las necesidades como buenas palabras de beneficio tangible de la democracia en acción y ganar el apoyo de la población civilizada.

Dos cambios fundamentales ocurren en las relaciones con Estados Unidos con los países de América Latina, durante este período:

- A. Las actividades son llevadas a cabo fundamentalmente por el Estado a través de convenios bilaterales, designados como "servicios", marcando una diferencia con el período anterior en que gran parte de las actividades eran proporcionadas por empresas privadas, fundaciones y organismos interamericanos. El referido cambio es el reflejo de la transformación del capitalismo monopolista a capitalismo monopolista de Estado.
- B. Una buena parte de las actividades se dirigen a apoyar la atención médica, especialmente a través de la construcción de hospitales y centros de salud. Una evaluación de los diez años de actividades de este programa revela que el 37% de los gastos se hicieron en el rubro de construcción y operación de hospitales, centros de salud y otros servicios médicos. (20)

En Guatemala, en esta época, se da la creación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social a la que se opuso la Facultad, institución estatal que se encargaría de ofrecer protección a grandes grupos de trabajadores de la industria, bajo una póliza de seguro amplia, que incluía protección específica contra accidente

y enfermedad, basado en las medidas tomadas por el Presidente Roosevelt en los Estados Unidos, como fue la Ley de Seguridad Social, aprobada en 1935.

En la lucha contra las enfermedades comienza a emplearse el concepto de control en lugar de erradicación. El control tiene por objeto reducir la prevalencia de la enfermedad hasta un punto relativamente bajo, aún cuando la transmisión ocurra con frecuencia suficiente como para que la enfermedad no desaparezca por entero. En 1947, por ejemplo, el programa de la erradicación de la malaria fue reactivado en EEUU pero los esfuerzos no se dirigieron a la aniquilación del vector ni se intentó eliminar el parásito por tratamiento masivo. La meta era la destrucción de la endemia y la prevención de su restablecimiento. El razonamiento básico era que si el número de portadores del parásito y el número de los mosquitos vectores podrían ser reducidos simultáneamente, la transmisión sería cada vez menos probable que ocurriera. (21)

La concepción del "enemigo", de "lo de fuera", había cambiado radicalmente en relación al período anterior; ahora se reconocía la existencia de un enemigo que no podía ser "aniquilado" o que su erradicación resultaba muy costosa.

Surge, en cambio, un concepto con connotaciones policíacas que implicaba la reducción del enemigo (criminales, opositores o microbios) con el fin de impedir su difusión. "Lo mismo dice el Doctor Soper: que el funcionario policial considera bajo control el crimen cuando su nivel es tan bajo que sólo tiene importancia para

las víctimas, el funcionario de salud pública juzga que una determinada enfermedad está controlada cuando su incidencia ha quedado tan reducida que ya no constituye un grave problema de salud pública excepto para las pocas víctimas, que, calladamente, la sufren". (22)

Esta conceptualización no era ajena al pensamiento militar que se había desarrollado durante la Segunda Guerra Mundial. Liddell Hart, un militar inglés, se constituye en el teórico más importante en el campo militar. Para Liddell Hart el fin de la guerra no es, como para Clausewitz, la batalla sino la derrota del adversario. La victoria no se logra por la destrucción física del enemigo, sino por su desmoralización. La batalla es sólo un medio, entre otros, para alcanzar la derrota del enemigo.

"Siempre deben buscarse -expresa Hart- los medios más económicos y evitar esfuerzos militares totales y extremos, especialmente, si se considera que el enemigo de hoy puede ser un aliado en el futuro. La estrategia es, por consiguiente, el arte de distribuir y aplicar medios militares para alcanzar el fin de la política". (23)

Las analogías y semejanzas en el discurso sobre el enemigo o el espacio exterior entre campos tan diversos como el médico y el militar, podrían interpretarse como simples coincidencias o préstamos de un campo intelectual a otro.

Sin embargo, un estudio más profundo revela determinantes comunes al nivel de la estructura económica. (24)

El carácter ideológico del concepto de erradicación se hace evidente si se reconoce que en la época de su proposición no existía ni el conocimiento ni la tecnología, salvo en campos muy limitados, para lograr la aniquilación de una especie. Este concepto emerge y es pertinente en el espacio donde se da una competencia, como sucede en la lucha por mercados de materia prima y alimentos.

En los países donde domina el capitalismo monopolico el espacio de la competencia es el espacio exterior. (25)

Consolidadas las áreas de influencia surge el concepto de control, de limitación de las actividades del competidor con el enemigo. Es sólamente cuando el espacio exterior se vuelve espacio interior, como sucede en lo económico en América Latina con respecto a EEUU, en la década de los '60, que surge un nuevo concepto: el de vigilancia del enemigo. (26)

En el contexto de estos cambios, el Estado adquiere ciertas características que lo definieron el proceso histórico, como un Estado Nacional-Burgués con un tipo de acumulación de capital independiente. Se hace un breve resumen para caracterizar al Estado como tal:

La Revolución de 1944, fue un movimiento que derrocó el régimen dictatorial de Jorge Ubico, quien catorce largos años había mantenido la protección fundamentalmente de la burguesía agropecuaria, en cuyo nombre y representación había ejercido el poder, con las características que, superficialmente, se enumeran a continuación: (27)

- a. Desde el punto de vista económico, se cretó a garantizar los intereses de la fracción burguesa agropecuaria, protegiendo la producción agrícola de guatemaltecos y extranjeros, favoreciendo la inversión de capitales extranjeros en el país, sin sujetarlos a ningún control; fue un gobierno esencialmente entreguista, sin ninguna alternativa de cambio.
- b. Anuló todo tipo de desarrollo democrático que permitiera la participación, aunque fuera limitada de algunos sectores, y que, en un gesto de burla hacia el sufragio y el juego libre de partidos se reelió dos veces.
- c. Concentró el poder en el ejecutivo, y, más concretamente en él, resolviendo asuntos judiciales, administrativos, etc., por su propia cuenta y elaborando leyes cuya aprobación en el Congreso era indiscutiblemente obligatoria.

Como un ejemplo de su actitud autoritaria, se dice que: en 1940, el censo de población arrojó una cifra de 2,250.000 habitantes; como le pareció baja, ordenó que fuera de 3.000,000 y así se hizo!

d. Alimentó un aparato militar y policiaco que, en definitiva, era el que sostenía el ejercicio del poder, ejecutando sus órdenes. Era común que ordenara fusilamientos sin antes probar la culpabilidad de los ajusticiados.

e. La educación del país funcionó bajo métodos tradicionalistas. Aunque no eran muchos, tenía militarizados todos los centros educativos de nivel medio. La Universidad de San Carlos, la única Universidad carecía de autonomía, siendo controlada por el Estado.

f. Mantuvo en vigencia una ley denominada de "vialidad", por la cual obligaba a los campesinos a trabajar gratuitamente, una semana dentro de determinado tiempo, bajo amenaza de imponerles trabajo forzado. La ley de la vagancia que estuvo también de moda, era también una valía para obligar a los campesinos a prestar sus servicios en las fincas cafetaleras, en condiciones que el patrono fijaba a su antojo.

El carácter enérgico del dictador, que lindaba con lo brutal, sumado a lo anterior, junto con muchísimas fallas, obligó a la ciudadanía a realizar manifestaciones de protesta. Manifestaciones encabezadas por partes de las fracciones burguesas: industrial y comercial, pequeña burguesía, profesionales e intelectuales democráticos. (28)

Es indudable que, en este cambio, juega un papel decisivo la contradicción entre burguesía agropecuaria, tradicionalmente poderosa, y los sectores de las otras fracciones burguesas, concretamente la industrial y comercial, que defienden sus intereses, así como la pequeña burguesía en su alianza decisiva hacia nuevas perspectivas.

De esta manera, se inaugura un régimen revolucionario, pero de tendencia reformista y populista, precisamente por haber sido dirigido por fracciones burguesas. Dentro de este esquema se constituye un régimen enmarcado en los cánones de la democracia formal. (29)

A nuestro juicio, la revolución adoptó una doble dimensión política: políticas en contra de los intereses de la burguesía agropecuaria para favorecer la industrialización y el comercio; y políticas en contra del imperialismo norteamericano, en favor de un desarrollo nacional. (30)

Dentro de la primera dimensión, podemos mencionar algunos hechos que la justifican: (31)

a. El 11 de marzo de 1945, se emite la ley de titulación supletoria, que permite a los poseedores de tierra sin registro que solicitaran dicho registro mediante un trámite judicial. Así se protegía a quienes tuvieran la posesión de la tierra que, corrientemente eran víctimas de los terratenientes en acciones de despojo.

b. La constitución de 1945, estipulaba que "el Estado reconoce la existencia de la propiedad privada y la garantiza como función social sin más limitaciones que las determinadas por la ley, por motivo de necesidad y utilidad públicas o de interés nacional".

"Quedan prohibidos los latifundios. La ley los calificará y consignará las medidas necesarias para su desaparición.- Los latifundios existentes por ningún motivo podrán ensancharse y mientras se logre su reducción, en beneficio de la colectividad, serán objeto de gravámenes en forma que determine la ley".

Ambas citas están íntimamente relacionadas. La primera asienta que el Estado garantiza la propiedad privada, pero en función social, lo cual supone la posibilidad de la propiedad colectiva. La segunda, concretamente se dirige en contra de los latifundios y, por ende, en contra de sus poseedores, la burguesía agropecuaria.

c. Se restituyen al Estado grandes extensiones de tierra que el régimen dictatorial había entregado a sus parciales, que ni tenían experiencia en tareas agrícolas, ni necesidad de esas tierras.

d. En el mismo año de 1945, se emite el Código de Trabajo. Por primera vez en la historia guatemalteca se establece, dentro de otras cosas: salario mínimo, pago

de séptimo día, días festivos, días de asueto, pago de vacaciones, pago de indemnización por despido injustificado, suscripción de contratos y pactos colectivos de condiciones de trabajo, reconocimiento al derecho de huelga y a paros, organización sindical de patronos y trabajadores, etc. La parte patrona local y extranjera no recibieron muy bien esta legislación, que interpretaron como una medida hostil a sus actividades normales.

e. Se ordena la organización de la primera colonia nacional, destinada a experimentar cultivos; se aprueba el Reglamento de la Dirección General de la Colonización Agraria; se emite un reglamento para dar en arrendamiento los terrenos municipales; se ordena la entrega de varias fincas nacinales a campesinos; se decreta la expropiación por utilidad pública para obtener tierras de la iniciativa privada y entregárselas a los campesinos necesitados; se emite el Decreto 900, Ley de Reforma Agraria que afecta directamente a los terratenientes del país, ya que en ella se regula todo lo relacionado con la expropiación de tierra para los campesinos.

f. Junto a la Reforma Agraria, se permite una amplia organización popular, especialmente campesina y obrera, como una de las características populistas del Estado Revolucionario, lo cual, evidentemente, asustó a la burguesía, sobre todo porque trataba de organizaciones que luchaban

por sus derechos en el campo y en las empresas privadas en donde trabajaban. Cabe subrayar que, durante el tiempo que estuvieron en vigencia, tanto el Decreto 900 como el Código de Trabajo, dieron excelentes frutos.

Dentro de la segunda dimensión, es decir, internacional, podríamos enfatizar que el régimen revolucionario fue antiimperialista por lo siguiente:

- a. Porque el propio código de trabajo y la Ley de Reforma Agraria: las leyes más fuertes de esta época lesionaron los intereses de las compañías extranjeras.
- b. Los dos gobernantes de la revolución mantuvieron una política de ataque sistemático al imperialismo, acusándolo de ser el responsable en la posición adoptada por Guatemala en las diversas reuniones internacionales.

Desde el punto de vista social, durante la década de la revolución ocurre lo siguiente: las medidas políticas contenidas en el Decreto 900 y el Código de Trabajo, esencialmente, que no sólo afectaron parcialmente los intereses de la burguesía, sino que, a su vez, permitieron la organización del sector campesino y obrero, generaron una polarización de intereses, favoreciendo la lucha de clases a nivel nacional, no sólo en su forma económica, sino también política e ideológicamente. Este hecho, asustó a la burguesía y, temerosa de perder el control del poder, buscó colaboración en diferentes sectores (entre los cuales jugó un papel impor-

tante la iglesia) para iniciar las operaciones en contra de la revolución, tratando de destruirla, lo que logra con la intervención capitalista norteamericana y el apoyo interno de los aliados del capital y sus intereses. (33)

6.6 1954-1980. Estado Autocrático (acumulación de capital monopólico)

En 1954, Castillo Armas depuso a Arbenz, mediante un golpe de estado. Fue el fin del período de la "burguesía nacional" y el fin de todas las posibilidades de reforma agraria mediante procedimientos constitucionales. (1)

Castillo Armas, procedió inmediatamente a contrarrestar todos los cambios hechos en los diez años anteriores y a eliminar tanto a todas las nuevas organizaciones como a los rastros de conciencia política progresista que se había desarrollado. Fueron blanco especial los organizadores del sindicato de la UFC y los dirigentes de poblaciones autóctonas. Se encarceló, se exilió o se dio muerte a campesinos acusados de participar en los comités agrarios o de haberse beneficiado con los programas de reforma agraria. Se desintegró a los sindicatos campesinos y se encarceló a muchos de sus miembros. (2)

Al propio tiempo, se dejó sin efecto toda legislación progresista. El Decreto No. 35, ordenó la suspensión de todos los decretos de expropiación. Fueron revocadas las leyes de Arrendamientos Forzados y la Ley de Reforma Agraria. Para Enero de 1956, el 99.6% de todas las tierras expropiadas de acuerdo con la ley había sido devuelto a sus antiguos propietarios, incluso a la UFC (en un gesto de relacio-

nes públicas, la compañía devolvió, entonces, 43750 hectáreas al gobierno). Se desposeyó a casi todos los beneficiarios de la ley de la reforma agraria y se disolvieron todas las cooperativas. (3)

Castillo Armas, trataba de que el país regresara a las condiciones anteriores a 1944. Eso significaba devolver el poder y la tierra a los cafetaleros, sin embargo, su poder ya había sido debilitado por la depresión y las guerras. La baja del precio del café desde la década de los '50s y la introducción de cuotas por parte de los países importadores de café habían reducido en mayor grado aquel poder. Al mismo tiempo, las inversiones extranjeras norteamericanas pasaban de los productos agrícolas primarios a la industria. Las nuevas condiciones significaban que Guatemala tenía que suministrar nuevos productos y ensanchar su base de consumidor como mercado de los productos norteamericanos. (4)

Por tanto, pese a las intenciones de Castillo Armas, y a la dependencia política de los cafetaleros, Guatemala ya no podía seguir confiando enteramente en el café como principal fuente de ingresos. Aquello implicaba varios cambios: diversificación de la producción agrícola e industrialización para sustituir importaciones. La burguesía "moderna" que se había creado durante la revolución constituía el principal estímulo de estos cambios. Durante este período, algunos grupos de la nueva burguesía adquirieron tierras que antiguamente sólo cultivaban ciertos productos, como el café, se extendieron al procesamiento y a la

manufactura industriales de esos productos (el algodón) o pasaron a otros renglones, como el hule, el azúcar y el ganado que, sin excepción, tenían demanda en Estados Unidos. Así la burguesía tradicional fue obligada a abrirse para incluir a los nuevos grupos que se habían beneficiado con el período 1944-1954. Además, personas que habían ayudado a Castillo Armas (en la "liberación") pudieron comprar la tierra que vendía la United Fruit Company a precios especiales, pasando así a ser parte de la nueva burguesía. (5)

Desde 1954, otro cambio ha consistido en una mayor participación gubernamental en el fomento de la producción agrícola mediante créditos en gran escala y otros incentivos, así como la mayor implicación de las agencias gubernamentales norteamericanas en la agricultura guatemalteca. El resultado ha sido una "modernización" pero no un cambio básico de estructuras existentes. Desde 1954, todos los gobiernos se han batido en una contradicción; por una parte, se necesita aumentar el poder adquisitivo de la mayoría de la población y responde a sus exigencias de tierra; por la otra, a causa de la decreciente dependencia de las exportaciones agrícolas los latifundistas cada vez necesitan más tierra. Más todavía, debido a las tasas fiscales de la actualidad (las más bajas de América Central), el gobierno guatemalteco no ha contado con recursos para crear la infraestructura necesaria a fin de incorporar las tierras inaccesibles o no desarrolladas de Guatemala. Durante los '60s después de la revolución cubana y, sobre todo, durante la Alianza para el Progreso, se habló mucho de una reforma agraria y se dieron fondos para diferentes pro-

gramas agrarios. Sin embargo, en la práctica, desde 1954, no ha habido posibilidad de ninguna verdadera reforma agraria. Fuera de otros impedimentos legales para la reforma agraria, la Constitución de 1965, prohíbe específicamente valerse de los fondos gubernamentales para la expropiación. (6)

La respuesta a las presiones ha consistido en una serie de programas de colonización, concebidos para aliviar temporalmente la exigencia de tierra de campesinos que viven en áreas sobrepobladas y políticamente neurálgicas. Se las ha presentado como "reformas" y soluciones al "problema de la tierra". En la práctica, la colonización ha consistido en abrir tierras vírgenes, generalmente de propiedad estatal, a fin de no tocar las tierras fértilles de propiedad privada aunque no cultivadas. Lo que es más importante: dichos planes de colonización parecen ser un nuevo mecanismo para recrear el sistema lati-minifundista en áreas anteriormente no cultivadas; a medida en que más pequeños colonizadores se ven reducidos a un nivel de subsistencia e incluso inferior, y son obligados a trabajar para los nuevos terratenientes. Los programas también han constituido una manera de obtener fondos de las agencias internacionales. (7)

En 1956, bajo la influencia de sus asesores norteamericanos, Castillo Armas introdujo el concepto de "colonización", mediante el Decreto No 559. Creó la Oficina General de Asuntos Agrarios para supervisar a los colonizadores. Hacia 1957, cuando fue asesinado, su gobierno había entregado tierras a 15494 familias. De ellas, sólo 2814, constituyan fincas familiares en las

zonas de desarrollo agrario de reciente creación. La mayor parte de las tierras repartidas eran tierras donadas por la UFC. La Ley de Transformación Agraria, decretada en 1962 por el siguiente Presidente: Miguel Ydígoras Fuentes, pasó a ser la base de todos los futuros planes de colonización. Ydígoras sólo entregó 2451 fincas, sobre todo en tierras donadas por la UFC. (8)

El censo guatemalteco de 1964, cuyos resultados tardaron años en publicarse, demostró que diez años de "colonización" habían dejado todavía el 62% de la tierra cultivable en manos del 2.1% de la población. El descenso del 72 al 62% en 14 años (desde el censo de 1950) no era un índice de progreso sino un resultado de la venta y de la repartición política de plantaciones de propiedad estatal y tierras de la UFC. El 87% de la población aún no tenía tierra suficiente; la cifra era igual a la de 1950. (9)

Bajo la presidencia de Julio Méndez Montenegro, que había sido elegido con base en un programa reformista en 1966, se proyectó un plan de colonización más "ambicioso". Una nueva ley, llamada Ley de Adjudicación del El Petén, proclamaba la distribución de tierras a campesinos sin tierra en el Departamento de El Petén, al extremo Norte del país, hasta entonces casi totalmente oculto. El Director del FYDEP, la nueva dependencia gubernamental encargada del desarrollo de El Petén, declaró: "Creer que allá (en el Petén) hay campo para una reforma agraria constituye un crimen nacional. No tenemos nada que reformar, nada que rehacer; antes bien, todo por construir, todo por formar". (10)

Aunque se supone que la ley ayuda a los campesinos pobres, los grandes ganaderos de la costa del Sur ya han empezado a trasladarse a El Petén e, inmediatamente, han sacado partido de la nueva ley. Recibieron extensas propiedades (1000 hectáreas cada uno) por poco más que el precio de cercar las tierras. Legalmente, podían obtener hasta 4500 hectáreas formando una cooperativa y señalando a 15 personas como miembros (podían ser de la misma familia). Como resultado, muchos militares obtuvieron tierras durante ese período. La mayoría de las fincas se dedicaron a la ganadería, algunas al hule y al chicle. (11)

Como el área no estaba habitada, se tuvo que inventar un mecanismo para importar mano de obra. Así, se instó a campesinos sin tierra de regiones despobladas, sobre todo de la costa Sur, a formar cooperativas con objeto de obtener nuevas tierras. Hacia 1970, el gobierno había logrado trasladar a más de 300 familias campesinas de 16 diferentes cooperativas a las márgenes de los Ríos Pasión y Usumacinta. De acuerdo con cierta versión, aquella gente fue depositada por el FYDEP en mitad de la selva tropical, de dos a diez horas por río del pueblo, de las tiendas, la escuela o la civilización más cercanas. El CARE (organización norteamericana de voluntarios) tenía que mantener los vivos hasta que recogieran la primera cosecha. Debido a lo desesperado de la situación, muchas personas y cooperativas enteras, se vieron obligadas a regresar a sus comunidades o a quedarse y trabajar para los latifundistas. Se les habían dado las peores tierras de la región. Cuando, finalmente, una cooperativa,

recibió tierras adecuadas por error, como sucedió con la Cooperativa Manos Unidas en la región de Subin, el FYDEP las cedió a los latifundistas. (12)

En realidad, el programa de El Petén, ha sido un fracaso para los campesinos, pues el área carece casi totalmente de servicios básicos de transporte e instalaciones comerciales. El programa ha beneficiado a los nuevos latifundistas que pudieron adquirir tierras ya desmontadas a bajo precio y que cuentan con una reserva de mano de obra barata. Méndez, también inició una serie de programas de "reforma agraria", de acuerdo con los cuales los campesinos que ya cultivaban tierras de propiedad estatal fueron obligados a comprar la tierra o abandonarla. (13)

Una versión más elaborada de la "colonización", es decir, concebida de manera más obvia por las agencias internacionales, se puede hallar en el Plan Nacional de Desarrollo Rural de 1971-1975 del Presidente Carlos Arana Osorio, que tanta publicidad recibiera. El plan fue redactado a petición del gobierno de Méndez, con ayuda considerable de diversas agencias internacionales, incluso el BID y la AID, y estaba concebido para ser puesto en marcha por quienquiera que ganara las elecciones de 1970. Dicho Plan pone en claro que una reforma agraria verdadera sería incompatible con el sistema legal existente. (14)

El motor principal del plan es la colonización de la Franja Transversal del Norte. El Artículo 59 fijó cuotas de producción a los pequeños agricultores: la tierra se entregaría en usu-

usufructo y sería devuelta al INTA si los colonizadores eran incapaces de cubrir sus cuotas al cabo de cinco años. Debido a la baja calidad del suelo, las siembras producen un rendimiento aceptable el primer año, pero éste disminuye en los años siguientes. Así, el INTA, adquiere tierras desmontadas sin costo alguno y con frecuencia las vende a bajo precio a los grandes terratenientes. (15)

En conjunto, la cantidad de tierra distribuida mediante los diversos programas de colonización ha sido minúscula, a despecho del elevado costo, como lo han hecho notar, incluso, los asesores de la AID. Hasta las tibias leyes han estado plagadas de escapatorias y mecanismos para la defensa de los latifundios. Aunque se crearan instituciones de crédito agrícola, hacia 1967, el 90% de todo el crédito había sido monopolizado por los grandes agricultores. Otro factor importante ha sido la falta de servicio proporcional por las principales instituciones creadas por el Plan: BANDES A, DIGESA, INDECA, lo mismo que el INTA. (16)

De acuerdo con cierta fuente, durante el período de 1955 a 1966, se estableció anualmente un promedio inferior a 500 familias y, en el Petén, durante 1968, se crearon menos de 500 fincas privadas y 14 cooperativas. Entre 1961 y 1967, con la Alianza para el Progreso, sólo se reinstaló al 7% de la población rural. Atendiendo incluso a las cifras oficiales, hacia 1967, únicamente 2200 familias habían recibido de 162000 a 202000 hectáreas de tierra, en comparación con los 100000 campesinos que recibieron 607000 hectáreas en menos de dos años, durante el gobierno de Arbenz. (17)

Así, como lo demuestra el censo de 1964, la situación de la tenencia de la tierra apenas cambió a partir de 1950, antes de las reformas de Arbenz. Y, así, la diversificación de la producción y los programas de fomento agrícola de los últimos años, han beneficiado y acrecentado a la burguesía agrícola mediante concesiones de tierra. Sin embargo, la situación de la mayoría de la población se ha deteriorado continuamente. (18)

La vía que Arbenz había propuesto y el hecho de que esta vía haya sido abortada en 1954, no debe ser explicada únicamente como el resultado de que la burguesía en su conjunto no lo haya reconocido como suyo afirmando que esto sucedió porque en un país dependiente y subdesarrollado una revolución democrática burguesa, fácilmente se entrelaza como medidas antiimperialistas que, en última instancia, son anticapitalistas también lo democrático burgués fácilmente se entrelaza con una transformación social que excede los límites del capitalismo. Además de lo anterior, el hecho de que la burguesía industrial y comercial no haya sido el sujeto colectivo que impulsó el proceso democrático burgués, sino una pequeña burguesía débilmente apoyada en la primera, evidenció cómo la ideología conservadora, la lógica terrateniente e imperialista, se impuso en otros sectores burgueses que, aparentemente, no tenían por qué tener tales planteamientos. (19)

Aún ahora, cuando el desarrollo capitalista del país ha ido industrializando a los grandes terratenientes y el crecimiento de otros sectores burgueses puedan dar indicios de que los terra-

tenientes tradicionales ya no son la fracción -hegemónica en el bloque del poder, las dos causas anteriormente mencionadas hacen imposible ya, no una vía democrática burguesa de desarrollo capitalista. Por otra parte, hay que precisar que la contra revolución de 1954, no abortó el desarrollo capitalista, ni como se ha dicho, dejó en suspenso una "problemática económica" como es la de encontrar una vía de desarrollo capitalista. El proceso, que culminó en junio de 1954, simplemente reencauzó el desarrollo capitalista por la vía que siempre había transitado, por una vía dolorosa, lenta, de grandes costos sociales (como es la vía oligárquico dependiente) pero que no por eso deja de ser un camino de desarrollo de destrucción del resabio servil y mercantil-simple, de acumulación capitalista y, por lo tanto, apunta hacia la instalación en el país de un capitalismo que, en algunas de sus cúspides, se presenta ya como monopólico. (20)

En la sociedad guatemalteca actual, la forma predominante en que los hombres se organizan para producir, las relaciones de producción, es la forma capitalista. Paulatinamente el capital se ha ido convirtiendo en capital industrial en el sentido amplio del término, es decir, riqueza que compra fuerza de trabajo y medios de producción para poder incrementarse. (21)

Sin embargo, a pesar de ser la economía capitalista la predominante, en nuestra sociedad, y que penetra lentamente hasta el último rincón social, dicha economía todavía es una economía atrasada porque todavía se ve acompañada de resabios de formas productivas serviles

la pequeña producción basada en el trabajo propio subsiste a pesar del embate capitalista y se complementa con éste, la industria fabril. (22)

Por otra parte, nuestra sociedad ha sido bastante penetrada por el capital monopolista extranjero lo que caracteriza a la sociedad como dependiente y subdesarrollada. (23)

Durante muchos años se ha venido diciendo que la economía guatemalteca es una economía predominantemente agrícola y que, en ésta las formas y técnicas productivas son bastante atrasadas. Esto, en la actualidad, sigue siendo en gran medida, una afirmación certera. No obstante, durante los últimos años se ha venido observando que lentamente la participación de la producción agrícola en el Producto Geográfico Bruto, ha ido declinando mientras que la producción industrial ha ido ascendiendo. Por otra parte, en el seno de la producción agrícola se ha ido observando una modernización que tiene dos caras, en primer lugar, un avance de las relaciones libres asalariadas -típicas de la producción capitalista- y, en segundo, un relativo aumento de la productividad de las grandes unidades capitalistas. (24)

Son pues, dos hechos que constituyen un indicador certero del avance de la economía industrial y la presencia cada vez más contundente de los trabajadores asalariados en los procesos productivos. En relación a este último aspecto, cabe agregar que, en los procesos productivos, que son la fuente fundamental de la riqueza del país el trabajo libre asalariado es la relación productiva predominante.

La historia de la sociedad guatemalteca en los últimos 25 años, se ha caracterizado por ser un proceso pletórico de violencia política.

Las causas más profundas de esta violencia política radican en la necesidad de contar con un Estado autoritario que, manteniendo un férreo control social, ha sido un poderoso muro de contención de las demandas populares, las cuales, se han tenido que frenar por las propias características del sendero de desarrollo capitalista por el cual nuestro país se encaminó a partir de 1954. El desarrollo del capitalismo guatemalteco ha hecho brotar capitales monopólicos nativos en estrecha alianza con los capitales monopolistas extranjeros en un contexto social en el cual se observa la existencia de resabios serviles y la pequeña producción mercantil está bastante generalizada.

He aquí los rasgos más generales que caracterizan a la sociedad guatemalteca; una sociedad donde la economía capitalista ya es la manera de producir más importante al extremo de que ya presenta cúspides monopólicas, una sociedad donde la dependencia y el subdesarrollo se manifiestan en una fuerte participación del capital monopolista y en un flujo de ganancias hacia el exterior, en la que se observa un atraso en cuanto a la penetración del capitalismo en los distintos rincones de una sociedad permitiendo todavía resabios productivos precapitalistas y, finalmente, una sociedad donde las contradicciones sociales generadas por el avance de la economía capitalista se ven incrementadas por el sendero de desa-

rrollo que se impuso y que implica el mantenimiento del atraso, el subdesarrollo y la dependencia y la necesidad de un Estado con corte autoritario que garantiza la continuidad del desarrollo capitalista aun a costa de grandes sacrificios sociales. (25)

Como puede observarse, se realizaron cambios profundos en la sociedad de los EEUU, donde entra en crisis el capitalismo y, como consecuencia, se produce la interioridad el imperialismo en los países de América Latina, en cuenta Guatemala.

En EEUU, una de las características más importantes del capitalismo postguerra es el crecimiento, tanto en el tamaño como en el número de funciones de las corporaciones monopolistas. En 1950 y 1969, hubo en los EEUU más de 17,000 fusiones de compañías y, para 1972, los monopolios en el sector industrial contribuyeron con el 66% de las ventas de productos industriales.

En la décadas de los '60s se generalizan los conglomerados que constituyen un nuevo tipo de fusión que pone, bajo un mismo control a una variedad de empresas no relacionadas y un grupo importante de éstas se convierten en compañías multinacionales, productoras en varios países, entre estos, Guatemala. En 1972, por ejemplo, de las 100 corporaciones industriales más importantes de los EEUU, 57 eran multinacionales. (26)

La importancia de estas firmas en el campo internacional es revelada por Judd Polk, quien calcula que éstas producen el 15% del total mundial del producto nacional bruto y cuando predice que su participación aumentará con-

siderablemente en los años venideros. (27)

Una consecuencia del crecimiento de los monopolios ha sido, en los EEUU, la expansión de las actividades del Estado. El sector monopólico requiere, para su funcionamiento normal, que el Estado le proporcione precios estables, mercados garantizados y "armonía social". Es así como, entre los monopolios y el Estado se establecen una serie de relaciones que tienen como objetivo común la reproducción del modo capitalista de producción. Parte importante de los gastos del Estado está, por tanto, dirigidos:

- I A mantener la armonía social mediante programas, tales como, los destinados a las fuerzas policiales y a la asistencia social.
- II A aumentar la productividad de la fuerza de trabajo reduciendo los costos de reproducción de esta fuerza. Los gastos en educación y salud se relacionan con estos dos objetivos. (28)

La producción que realizan los monopolios requiere de una fuerza de trabajo "educada" y sana, altamente productiva y satisfecha. Los gastos para la formación de esta fuerza de trabajo han sido trasladados al Estado, mientras los gastos médicos destinados a la reproducción y mantención de la fuerza de trabajo, forman parte de los gastos de las empresas monopolísticas. En efecto, en el campo de la salud, en los EEUU, el Estado ha quedado a cargo fundamentalmente del ejército industrial de reserva y de la mano de obra marginal, para

mantener la paz social. Sin embargo, los alto costos de la atención médica indican que, en un futuro próximo, también los gastos destinados a los obreros han de ser trasladados en una proporción considerable al Estado. (29)

Con este telón de fondo -crecimiento de las corporaciones monopólicas y aumento de las actividades del Estado- se producen a fines de la década de los '60s, una serie de fenómenos de crisis de sobreproducción, crisis fiscal e inflación e, insertos en éstos, aparecen las nuevas proposiciones en salud. (30)

El sector monopólico, para el que los gastos de atención médica constituyen un drenaje creciente de ganancias, intenta trasladar éstos al sector estatal y, de allí, el surgimiento de una serie de "innovaciones" que puedan satisfacer los intereses de los diversos grupos involucrados en este sector. (31)

El peculiar desarrollo capitalista de América Latina, también señala los grupos a los cuales debe dirigirse la Medicina: campesino y población marginal. Es por eso que la "nueva tarea" de la Medicina, creada por las necesidades de la estructura económica, se hace "pública" en 1972, cuando los Ministros de Salud e del Continente (32) establecen como política para el decenio 70-80, la ampliación de la cobertura, dirigida fundamentalmente a los grupos campesino y a los grupos "marginales". Alrededor de esta política se han de elaborar una serie de categorías que implican una valoración de lo externo, del territorio atrasado que hay que ocupar. Las categorías que valoran el espacio

exterior, cuyas raíces se encuentran en la forma productiva, impregnán también el discurso sobre la lucha contra las enfermedades: *el enemigo está en el espacio interior, la erradicación entendida como la eliminación completa de un agente causante de enfermedad humana, no es posible por razones económicas y políticas el control es insuficiente; por consiguiente, además de controlar se debe vigilar, y donde el enemigo aparezca debemos acudir con todo nuestro arsenal.* (33)

A fines de la década del 50 y comienzos del 60 se revisan los conceptos de erradicación y control, especialmente en el campo de la malaria. Así, por ejemplo, Pampana (34) expresa en un artículo publicado en 1957, que la "erradicación de la malaria no implica la erradicación de los animales vectores. La erradicación de los vectores representa una tarea más minuciosa que la erradicación de la malaria ..." (35). "Entendida la erradicación de la malaria como la supresión de la transmisión de la enfermedad y del reservorio de casos infecciosos se incorpora en los programas de erradicación el concepto de vigilancia consistente, según Pampana en descubrir cuanto antes todos los casos de malaria que se produzcan y en la medida que no constituye un peligro para la colectividad". (36)

En el fondo de esta concepción se encuentran razones económicas y una visión "ecológica" del mundo que resalta la interdependencia de los elementos. Desde esta posición Payne (37) critica aquellas medidas que intentaron erradicar alguna plaga sin prever que sus efectos secundarios: "Qualquier trastorno en gran escala de la ecología de los procesos naturales puede tener consecuencias secundarias imprevistas y a menudo inconvenientes".

El concepto de vigilancia epidemiológica aplicado al estudio de las enfermedades fue desarrollado inicialmente por el Centro de Enfermedades Transmisibles del Servicio de Salud de los EEUU de América a partir de 1955 y por el Instituto de Epidemiología y Microbiología de Praga. "Alcanzó su mayoría de edad en mayo de 1968, al ser el tema de las "Discusiones Técnicas de la XXI Asamblea de la Organización Mundial de la Salud". (38)

Para Raska la vigilancia es "El estado alerta permanente para registrar, rastrear y evaluar, no sólo la ocurrencia de una enfermedad, sino también su propagación en la población humana y en los animales cuando éstos intervengan en el ciclo de la infección". (39)

En este estado de alerta permanente, la obtención de la información necesaria y la realización de las investigaciones requeridas para analizar y evaluar la situación y su dinámica, son los elementos que confieren identidad al proceso de vigilancia epidemiológica. (40)

En este estado de cosas encontramos en Guatemala, el programa Integrado de Control y Vigilancia de la Tuberculosis y el Programa de Vigilancia de las Enfermedades de Notificación Obligatoria, utilizado por la Dirección General de Servicios de Salud Pública del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y que, además, se complementa con el componente Investigación efectuado por los estudiantes en Ejercicio Profesional Supervisado de la Facultad de Ciencias Médicas.

En relación a la política de aumento de cobertura como una de las políticas básicas en el Plan Nacional de Salud que se acompaña de : Calidad Ambiental, Nutrición y Alimentación y Política Financiera, y que, además constituye la política sustantiva del Sector Salud, dentro del plan Nacional de Desarrollo, y que tiene como propósito extender la cobertura de servicios de salud en cantidad y calidad a los grupos y áreas más vulnerables del país. Además, debe orientar el desarrollo de acciones básicas que satisfagan las necesidades de toda la población y que garanticen su accesibilidad a todos los niveles del sistema de servicios de salud. (41)

Para cumplir con la finalidad de esta política se propone, entre otras, la siguiente estrategia: promover la participación de la comunidad y adecuación de los recursos humanos a las necesidades de servicios de salud.

La política enunciada de Calidad Ambiental está fundamentalmente dirigida al análisis y evaluación de los factores ambientales que inciden en la salud de la población, con el fin de fijar prioridades que orienten a los programas de acción. (42)

Se pondrá especial interés en aquellas actividades tendientes a solucionar los problemas de las comunidades rurales más desprotegidas impulsando, a tal efecto, el desarrollo de los servicios de saneamiento básico.

Con el fin de alcanzar los propósitos establecidos por esta política se determina, entre otras, las siguientes estrategias:

Impulsar las acciones específicas ya conocidas.

Dotación de agua potable, alcantarillado y disposición de excretas, control de alimentos y mejoramiento de la vivienda.

La política de nutrición biológicamente orientada, comprende todas aquellas acciones de orden técnico, legal e institucional y administrativa emprendidos por el Estado y que están destinadas a normalizar y coordinar la producción, comercialización y distribución de los alimentos a los estratos de población más necesitados. Se agrega, además, la promoción de pautas de consumo adecuadas y de desarrollo de la educación nutricional de las comunidades. Para tal efecto, el MSPAS, ha definido entre otras, la siguiente estrategia: establecimiento de un sistema de vigilancia epidemiológica, con el fin de disponer de un diagnóstico actualizado del estado nutricional de la población. (43)

Para alcanzar las metas propuestas en el Plan Nacional de Salud, es fundamental el establecimiento de una política financiera que sea coherente con las demás políticas al mismo tiempo y garantice la disponibilidad de recursos necesarios para llevar a cabo la ejecución de los programas integrados de salud.

Paralelamente a lo anterior, se deberá establecer los sistemas y procedimientos que permitan ordenar la utilización de los recursos en función de las actividades programadas, a fin de obtener su máximo rendimiento. (44)

Para obtener el cumplimiento de esos objetivos se determinó las siguientes estrategias o lineamientos a seguir: (45)

Establecimiento de metodologías para la utilización racional de los recursos e incorporar sistemas y procedimientos técnicos, que garanticen la eficacia y eficiencia de la administración financiera.

Para cumplir con estas políticas se han establecido estrategias y cursos de acción los que están dirigidos a la elaboración de programas y actividades destinados a operar en seis campos de acción prioritarios para mejorar el estado de salud de la población guatemalteca.

En base a estos seis campos de acción, se han venido realizando los programas y actividades de los servicios de salud, siendo estas áreas programáticas: (46)

1. Desarrollo y mantenimiento del sistema de servicios de salud.
2. Atención médica
3. Vigilancia epidemiológica y control de enfermedades.
4. Saneamiento y conservación del medio ambiente.
5. Recursos humanos y Educación para la salud.
6. Nutrición y alimentación

En el desarrollo del proceso histórico de la política de salud, se encuentran los cambios efectuados en este período que fueron: (47)

En 1955, se crea la División de Servicios Rurales de Salud, cuyo propósito fue desarrollar sistemas administrativos para el mejoramiento de los servicios a nivel nacional y el adiestramiento del personal que se haría cargo de los mismos. Dentro de ese programa se inició un sistema de supervisión normatizada con el propósito de sentar bases para su implementación, a nivel nacional.

En 1959, fueron reorganizados los Servicios de Sanidad Pública, estructurándose en seis regiones sanitarias, cada una de ellas a cargo de un equipo multidisciplinario integrado por Médico, Enfermera e Inspector de Saneamiento con adiestramiento en Salud Pública y con funciones de supervisión y apoyo a los niveles locales.

En 1962, se puso en funcionamiento el programa de Unidades Móviles para el área rural (PUMAR) con lo que se iniciaron las acciones de extensión de cobertura, simultáneamente se establecieron unidades médicas básicas en parcelamientos agrarios con núcleos de desarrollo poblacional.

En 1963, se creó la Unidad de Planificación del MSPAS que, en 1964, realizó el primer diagnóstico de salud a nivel nacional.

En 1969, con el Decreto 31-69 del Congreso de la República se reorganizó el Ministerio con un enfoque de integración de los servicios

curativo-preventivo; para lo cual fue creada la Dirección General de Servicios de Salud, de quien dependían cinco regiones y veinte áreas de salud; cada una de estas áreas contaba con un servicio integrado, formado por Hospital y Centro de Salud local. Este servicio integrado ejercía acción sobre otros Centros de Salud ubicados en municipios lo que, a su vez, controlaban puestos de Salud. Cada región era dirigida por un equipo integrado por personal médico, enfermería e inspectoría y saneamiento y contaba con el apoyo de personal de Estadística y Administrativo. El responsable del Área de Salud era el Médico Director del Hospital.

En 1972, se inició el programa de Fortalecimiento de Salud Pública en el Área Rural con la creación de dos regiones más de salud; se implementó, además, con vehículos para supervisión y fondos para construcción y equipamientos de puestos de salud.

En este lapso fue creado el Instituto para adiestramiento para personal en Salud, en el que se enfatizó la formación del Técnico en Salud Rural para reforzar la infraestructura de los Servicio de Salud Pública, además de haberse creado puestos de salud en cada una de las trescientas veintiseis (326) cabeceras municipales del país y en los núcleos importantes de población rural (aldeas y parcelamientos agrarios). (48)

En este mismo año se principió, a nivel nacional con las campañas y cruzadas de vacunación; correspondió a este período la vacunación antisarampiónica, que logró la cobertura arriba del 80%, se continuó en los años siguientes con la anti-polio, la triple y la antituberculosa, sin dejar de atender los núcleos de población susceptible al sarampión. (49)

A partir de 1974, se inició la implementación del Plan Nacional de Salud, formulado anteriormente en que fueron abolidas las regiones de salud y fueron consolidadas las Areas de Salud de acuerdo a la estructura político-administrativa del país, organización que se completó en 1976, quedando establecidas veinte y tres áreas de salud. (50)

Todas estas medidas son de un Estado que, actualmente en Guatemala, tiene las características de un Estado capitalista, reflejadas esencialmente en el tipo de legislación que lo ampara y en las medidas políticas que a menudo se adoptan. Tomando como base la teoría que sobre el Estado Capitalista se ha dado, nos encontramos con que Guatemala es un país cuyo Estado presenta las características básicas siguientes:

a. Consolida y protege la propiedad privada capitalista sobre los medios de producción, especialmente al establecer en la Constitución Política que: "se reconoce la libertad de empresa y el Estado deberá apoyarla y estimularla para que contribuya al desarrollo económico y social del país".

b. Como consecuencia de lo anterior, el Estado se concreta a proteger los intereses de ese régimen económico de tipo capitalista y, de consiguiente, ejerce una política congruente con ello. Por tal motivo resulta justo señalar que se trata de un Estado que protege con mayor énfasis los intereses de los sectores económicamente

hegemónicos. Atiende las gestiones de los que no tienen esa hegemonía, siempre que dichas gestiones se enmarquen dentro del cuadro permitido por el capitalismo y no se atente contra él.

c. Garantiza y protege las condiciones que permiten la utilización de mano de obra asalariada, en función de la producción social; permite que el sector obrero crea riqueza en su trabajo y que buena parte de esa riqueza quede en manos de quienes tienen la propiedad de la producción, en concepto de utilidades económicas, sin ninguna limitación, no importando que por ese hecho se produzca un ascendente proceso de pauperización de la masa.

d. Permite la penetración de las inversiones extranjeras, sin ningún control estatal; permite así, el aprovechamiento de grandes excedentes económicos por parte de empresas transnacionales, especialmente, y la exportación de los mismos, lo que provoca el empobrecimiento guatemalteco, por un lado, y la competencia desproporcionada del capital local, lo cual incide en el grado de subdesarrollo en que permanece el país.

e. Ejerce coerción extraeconómica en forma directa e indirecta sobre los sectores obreros, para asegurar la mano de obra en el proceso productivo prevaleciente, sobre todo, para resolver el problema de las cosechas en las plantaciones agrícolas del Sur y Nor-Oriente del país.

f. Se utilizan mecanismos de diferente tipo para mantener la vigencia del estado con estas características, fundamentalmente las medidas de seguridad nacional, además de los fraudes conocidos internacionalmente a que se ha hecho referencia.

Dentro de este contexto se da una contradicción entre la burguesía y el proletariado. Esta contradicción se ha visto últimamente con mayor claridad, ya que ha aflorado la existencia de una mayor conciencia de clase, puesto que las condiciones imperantes en el actual Estado han permitido la polarización cada vez mayor de intereses. Así, la burguesía lucha tenazmente por la defensa de sus intereses mediante el control político del Estado, con la autorización de partidos políticos que garanticen la inalterabilidad del sistema productivo y, frente a ella, el proletariado defiende sus propios intereses, sobre todo de tipo económico, mediante acciones de carácter legal, dentro del ordenamiento jurídico autorizado por el esquema político vigente. (52)

Por lo anterior, podemos decir o denominar a ese Estado como un Estado Autocrático con un tipo de acumulación Monopólico, altamente dependiente, que llega a influir en la totalidad social. Esta dependencia llegó a manifestarse en todos los aspectos de la vida nacional y, la Universidad, no podía escaparse, tanto es así que, los cambios curriculares efectuados durante esa época se iniciaron con la definición de Objetivos que eran copia de los enunciados por la Asociación de Escuelas de Medicina de Norte América. En 1957, se institucionaliza el Internado Rotativo que se había iniciado en los primeros intentos en la década pasada. (53)

A principios de la década del 60, la problemática de la Salud del país creó la necesidad de definir metas y tareas acorde a la problemática real y plantear soluciones propias alcanzables en plazo razonable. (54)

En 1966, el Doctor Julio de León, recién electo Decano de la Facultad, plantea un esbozo de plan de acción y definición de metas. En Agosto se integra una Comisión de Evaluación 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, sus principales actividades y problemas, sus actitudes y opiniones. Se estudió la práctica Médica. El aspecto sociocultural del medio, la distribución de médicos, etc.. Se estudió al ambiente nacional, situación demográfica, geográfica y el estado socio-educacional del guatemalteco. (55)

En febrero de 1967, como consecuencia de las recomendaciones emanadas del Primer Congreso de Servicio Social Universitario, de agosto de 1966, se suma al internado rotatorio clásico, el de Medicina Preventiva y Social de dos meses de duración en el área rural; al inicio se escogen las localidades de Amatitlán y San Juan Sacatepéquez, después se cambia Amatitlán por el Puerto de San José y, finalmente, en junio de 1969, se traslada todo este programa al Centro de Salud de Chimaltenango, después de suscribirse un convenio entre el Ministerio de Salud Pública, INCAP y Universidad de San Carlos.

Esto modifica el esquema del Internado Rotatorio, asignándoseles tres meses de Medicina, tres a Cirugía, cuatro al Área Materno Infantil y dos a la rotación Rural. Surge, igualmente, en este momento, la concepción integradora - de Materno Infantil a pesar de que en la práctica no ha funcionado como tal (56)

En 1967, y primer semestre de 1968, se lleva a cabo la evaluación de la Facultad de Medicina, que analiza el currículum vigente en esos días, estudiantes y profesores de la Facultad, así como el ejercicio profesional, culminando con el Segundo Seminario de Educación Médica que se verificó en septiembre de 1968.

De manera que, el Primer Congreso de Servicio Social Universitario de Agosto de 1966, la evaluación de la Facultad de Medicina en 1967-68 y el Segundo Seminario de Educación Médica le dan a la Facultad una nueva estructura administrativo-docente en que son abolidos los departamentos clásicos de la Facultad.

Coincide esta transformación con la disolución de la Escuela de Estudios Generales de la Universidad de San Carlos en octubre de 1968, lo que, evidentemente, le da nueva forma, función y estructura a la Facultad. (58)

El 26 de diciembre de 1968, la Junta Directiva aprobó el Acta de Reformas Globales, las cuales constituyan el marco normativo del cambio. (59)

En el Cuadro No. 4, se observan en forma resumida, los cambios efectuados en el currículum de 1960 a 1969.

El 19 de enero es aprobada por el Consejo Superior Universitario el Acta de Reformas Globales No. 724, de la Facultad de Ciencias Médicas a pesar de las convulsiones internas y la oposición externa, se puso en marcha el nuevo plan.

- A partir de 1969, en base al Acta de Reformas Globales, aprobada en 1968, el currículum de la Facultad de Ciencias Médicas tuvo las características estructurales siguientes:
1. La carrera de pregrado disminuyó de siete a seis ciclos anuales.
 2. Desaparecen los departamentos y se organizó la administración docente en tres Fases:
 - Fase I: comprende Primero y Segundo Año con énfasis en el estudio del hombre, la familia y la colectividad, sana.
 - Fase II: comprende Tercero y Cuarto Años, con énfasis en el estudio del hombre, la familia y la colectividad enferma.
 - Fase III: Comprende Quinto y Sexto años, que enfatiza en la aplicación y reforzamiento de los conocimientos adquiridos previamente, mediante prácticas hospitalarias y de campo para la adquisición de habilidades y destrezas de las técnicas de protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Los contenidos generales son organizados en tres grandes áreas: Ciencias Biológicas, Ciencias Clínicas y Ciencias de la Conducta que, en sentido longitudinal, están a cargo de profesores especializados y, en sentido vertical, se enlazan interdisciplinariamente en cada nivel curricular (ver cuadros 5, 6, 7, 8, 9 y 10).

Esta estructura da lugar a un proceso más dinámico que permite cambios constantes en la metodología y técnicas de enseñanza aprendizaje, proceso del que surgen los conceptos de Unidades integradoras, Unidades docentes y otras de nominaciones que aún predominan en la actualidad y en las que se concretan los esfuerzos de interdisciplinariedad pretendida.

En 1970, se inicia una actividad integrada en el Tercer Año; introducción al estudio de la enfermedad, utilizándose el paradigma de Levell y Clarck (concepción multicausal) que sirvió de fundamento para conceptualizar el problema de salud-enfermedad. Se realizan 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 1967, se escogieron 11 enfermedades: por prioridad epidemiológica y por la posibilidad de que estas enfermedades pudieran representar la patología de un sistema del organismo humano. En base a ésto, se determinaron varios conjuntos de actividades que se les dio el nombre de UNIDAES. Estas Unidades fueron: Tuberculosis, Diarrea, Materno-Infantil, Metaxénicas, Insuficiencia cardíaca y Trauma. (61) (Ver cuadro No. 9)

El diseño anterior fue un verdadero "salto" en el proceso después del cual fue posible diseñar un currículum de estudios con Unidades Integradas. (62)

Cada vez se fueron ajustando cada vez más 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. Después de esto se realizó una Unidad denominada: Clínicas Familiares o Unidad Longitudinal; cuya finalidad era utilizarla para la aplicación de los conocimientos de las Unidades Teóricas. De esta manera, tanto las Unidades longitudinales (cuyo desarrollo se efectúa en un tiempo más corto previamente establecido), ayudaron a teorizar nuevas técnicas pedagógicas. Las Unidades de Investigación que se desarrollaron, plantearon la unidad del conocimiento científico a través del Método Científico. (63)

En abril de 1971, la Junta Directiva aprueba un proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado. Se abre el internado en el Hospital de Quetzaltenango, 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. (64)

En 1972, el Internado Hospitalario se extiende a 15 departamentos del interior de la República. Se inaugura la Unidad de Salud de la Universidad de San Carlos, con un programa

que integra la docencia, la investigación y el servicio. Se funda Fase IV (postgrado). 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 Rural (EPS Rural). En Segundo Año se inician las Unidades Integradas las cuales tienen el eje integrador, el origen y utilización de la energía. Estas Unidades están basadas en el Plan Western Reserve, utilizado en las Universidades norteamericanas que tenía como eje integrador los sistemas humanos. (Cuadro 13)

Estas Unidades fueron: Alimentación, Vida de Relación, Deporte, Trabajo, Reproducción, Balance Vital. En este año se crean los comités de fases paritarios (profesores-estudiantes). Se crean bajo esa concepción, pero en su aplicación hubo diferencia en cada Fase (65)

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. A fines de año se realizó un Seminario de Estudios 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 efectuaron en el diseño y estructura de nuevas Unidades. (66)

Dado a que, entre sus conclusiones, el grupo pedía que se debía explicar una ideología del currículum y, por ende, de las Unidades Integradas

pues la no existencia de ésta, dificultaba la existencia de cualquier metodología de enseñanza aprendizaje. (67)

Se incorporó en la estructuración de las Unidades "Elementos Dialécticos" que se aplicaron en el trabajo médico que realizaba la Facultad originando nuevas concepciones sobre la práctica. (68)

Se aprueba la Unidad Técnico Académica con el objeto de trabajar en la formulación y control permanente del currículum, para la detección de problemas para su solución, así como para elaborar bases para la coordinación horizontal del plan de estudios. En el Área Clínica, en el 10. de agosto de 1973, se principian tres nuevos programas a nivel de 5o. año (penúltimo año de la carrera), de dos meses cada uno y, que son: Ginecología y traumatología, Electivo y Medicina Integral; justificados, el primero en razón de la alta prevalencia de patología femenina entre los 15 y 50 años y traumatología por ser también el factor accidentes, de gran mortalidad y morbilidad en el país; el Electivo da oportunidad al estudiante de elegir y profundizar un poco más en alguna disciplina de la carrera que lo haya motivado o bien para llenar deficiencias que él haya notado en su trayectoria estudiantil. Medicina Integral lleva al estudiante a integrar su conocimiento clínico, biológico y conductual en el manejo y recuperación de la salud del paciente y la colectividad. (69)

El 10. de febrero de 1974, se inicia un programa completamente nuevo en el 6o. Año (último de la carrera), que viene a modificar en

en una forma total el esquema del internado ro tatorio hospitalario y rural que se había iniciado el 10. de febrero de 1967, es decir, se implantó el Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) (4) que, esencialmente, consta de tres unidades, dos hospitalarias de tres meses cada una, a saber: la médica quirúrgica y la materno infantil que totalizan seis meses y la tercera en el área rural en centros de Salud tipo "C", en todo el ámbito nacional, en cabeceras municipales en donde no hay centros de Salud tipo "A" o "B". En esta nueva modalidad surge el deseo integrador de la docencia, investigación y servicio, en donde el estudiante pone en juego todos los conocimientos, habilidades y actitudes desarrolladas durante el transcurso de toda su carrera que indudablemente lo "proyectaran" mejor a la colectividad y arraigarán aún más a la nacionalidad". (70)

Se definen las unidades integradas del Primer Año de la carrera: Aprendizaje, Universidad, Causalidad, Organización, Guatemala, Energía y Nutrición. (71)

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 currículum, su dinámica y su punto de partida de la realidad nacional. (72)

En 1975, se inicia con 314 bolsas de estudio y 157 estudiantes en el EPS Rural. Todos los de partamentos de la República y sus municipios son cubiertos por estudiantes de Medicina. Se recibe un aporte de FEPAFEM para el Programa

PROSA en el departamento de Chimaltenango (Programa de Medicina de la Comunidad). Se inicia en el Primer Año, las Unidades Integradas que para 1976 se ordenan dentro de un marco teórico conceptual que de hecho replantea un nuevo enfoque a todo el currículum. El grupo específico nombrado para formular las unidades de Primer Año, partiendo de una concepción dialéctica del mundo, 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, manejaron 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, con la intención de integrarlos. (73)

En 1976, durante el terremoto, 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 este Programa la Universidad de San Carlos actuó ante el problema

con diversas acciones inmediatas, responsabilizándose ante el Comité Nacional de Emergencia de la atención de una de las zonas más afectadas, como son los municipios de Sacatepéquez y Chimaltenango. Múltiples fueron las acciones aplicadas en el área, destacando, entre ellas, las de descombramiento, inhumaciones de cadáveres, atención médica, organización colectiva y otros servicios directos como reparación de acueductos, letrinización, distribución de alimentos y provisión de ropa a los damnificados. (74)

La situación descrita y las actividades realizadas por la Universidad, han conducido a la institución a dos hechos sobresalientes:

1. Tener un mejor conocimiento de la situación.
2. Consolidar su compromiso con el pueblo de Guatemala, al que se debe.

Estos dos hechos definieron la única política que la Universidad debe seguir de allí en adelante, ya que, por un lado, al conocer objetivamente la situación de emergencia, tuvo la posibilidad de aplicar medidas tendientes a solucionar o participar científicamente en la solución del problema global; por otro lado, le permitió revisar su quehacer y su deber ser para convertirse en una Universidad al servicio de los grupos mayoritarios, en quienes se manifiesta el efecto de los desajustes sociales y económicos. La Universidad de San Carlos tiene "super población estudiantil"; sin embargo, analizado dialécticamente, este aspecto

se tornó positivo, pues permite que la institución retorne al pueblo el servicio de miles de elementos humanos, convertidos en instrumentos eficaces para el desarrollo de las numerosas y diversas actividades necesarias para enfrentarse a los múltiples efectos negativos que conforman la situación actual. (76) (85).

Visto en esta forma, el problema debió ser analizado en forma global superando la sectorización y atomización del saber a que ha conducido la profesionalización.

El proyecto estuvo basado en el desarrollo de actividades del campo de la salud; pero tanto el análisis del problema como las acciones necesarias para su tratamiento no son exclusivas de este campo; por el contrario, se requirió y se debió integrar equipos multiprofesionales para enfrentarse a una situación que era multicausal. (77)

La Facultad de Ciencias Médicas tomó la responsabilidad del desarrollo de las actividades en salud comprendidas en el programa de Control y Limitación del Daño, en el que se integró las actividades de investigación, servicio y docencia, constituyéndose como una actividad curricular para alumnos y profesores participantes. Dicho programa se desarrolló en la ciudad capital y municipios de los departamentos de Guatemala, Chimaltenango, Sacatepéquez y en otros departamentos que se hiciera necesario, dependiendo de las características y magnitud del daño sufrido y de la presencia de estudiantes de Medicina en EPS y en práctica de Medicina Integral. (78)

En 1978, se realizaron dos seminarios tendientes a revisar y modificar el currículum, tomando en cuenta los casi diez años de trabajo con dicho currículum y así limar las asperezas existentes y continuar con su proyección nacional. (79)

A partir de 1978, con las bases de la política educativa trazada por la nueva administración, se ha venido trabajando en el análisis del currículum vigente, en las características de los cambios ocurridos a partir de 1969 y a la revisión del marco teórico y su reformulación a manera de impulsar un nuevo currículum, actualizado y acorde con las posibilidades de su desarrollo y con las estimaciones relativas a los cambios que pueden ocurrir en la atención médica nacional. (80)

Con esos fines, en 1978, se creó el Organismo de Planificación y Coordinación Académica, OPCA, el que, a la fecha, ha trabajado en dos acciones fundamentales: una, dirigida a superar las deficiencias del actual currículum, habiéndose así, modificado los programas de Primero y Segundo Años, acción que se realizará posteriormente con el Programa de Tercer Año.

La otra, en razón de que la experiencia ha demostrado las dificultades de realizar cambios sustanciales de currículum en corto plazo, está dirigida a elaborar un currículum ajustado a la realidad, lo que implica un proceso de investigación de diversos campos. (81)

El Organismo de Planificación y Coordinación Académica, OPCA, de la Facultad de Ciencias Médicas se creó tomando el problema de la capacidad de personal para la salud y, entre ellos, el de la capacitación del personal médico, que debe ser tan dinámico como lo es el cambio social y que, por lo tanto, debe de ser objeto de un proceso, también dinámico de revisión y evaluación, no sólo desde el punto de vista de su aplicación, sino también, su relación a su estructura general incluyendo el marco conceptual, objetivos, cargos y responsabilidades profesionales que cubre al graduarse y, finalmente, la calidad de trabajo que hace en función de producto del proceso formativo al que estuvo sometido. Basados en que el plan de estudios vigente, hasta este momento, en la Facultad reunía características enmarcadas en el planteamiento antes expuesto, desde el momento que contaba con un marco conceptual, objetivos concretos dirigidos a formar el personal médico necesario al país y otros elementos arriba considerados, sin embargo, dicho plan ha sido sometido sólo en forma esporádica y en algunos de sus componentes a evaluaciones que no han cumplido los propósitos de un proceso sistemático para retroalimentarlo. (82)

Como consecuencia de lo anterior y de acuerdo con algunos análisis de carácter general realizados recientemente y otros elementos de juicio de distintos sectores de la población médica nacional (estudiantes, profesores y profesionales) puede aseverarse que el programa de la Facultad de Ciencias Médicas aunque tenía vigencia en cuanto a su concepción general, fines y proyecciones, padece deficiencias en sus aspectos estructurales de aplicación y de desarrollo total.

Cabe mencionar, por ejemplo, la falta de coordinación entre sus distintos componentes administrativo-docentes y, consecuentemente, en la coordinación académica, falta de planificación integral lo que conduce, entre otras cosas, a la dispersión de contenidos y repetición frecuente de los mismos en distintos niveles curriculares, do-
sificación deficiente de la profundidad en que se ofrecen aquellos conocimientos que, necesariamen-
te, deben ser adquiridos en forma longitudinal y progresiva por el estudiante. (83)

Por lo expuesto anteriormente y siendo uno de los objetivos de la actual Junta Directiva, el procurar el pleno desarrollo y mejoramiento de sus políticas de trabajo, el cumplimiento de los incisos 1 y 2 del Acta de Reformas Globales de la Facultad de Ciencias Médicas, que preveía las situaciones planteadas, estableciendo que debía: (84)

- a. Hacer un plan de desarrollo a diez años pla-
zo.
- b. La meta a conseguir en el año diez se hará en aproximaciones sucesivas de un año de duración, las cuales serán llamadas metas anuales.

Como los plazos aprobados estaban por cumplirse sin que se hubiera logrado lo indicado, la polí-
tica enunciada se plasmó mediante dos objetivos generales:

1. Organizar las actividades académicas median-
te un proceso de planificación global y pro-
gresiva del currículum que conduzca a un
rendimiento óptimo del sistema educativo.

2. Implementar los mecanismos que garanticen la coordinación entre las actividades aca-
démicas y las acciones administrativo-do-
centes de la Facultad.

Para cumplir la política de mejoramiento y de-
sarrollo del currículum, la Junta Directiva en Punto 3.1.9 Inciso a, del Acta 10/78 del 3 de marzo de 1978, creó el Organismo de Planifica-
ción y Coordinación Académica, OPCA, dependen-
cia directa del decanato, responsable de progra-
mar, organizar y coordinar la ejecución de las
actividades necesarias al logro de los obje-
tivos establecidos. (85) Ver cuadros No. 15,
16 y 17.

En la misma fecha se aprueban los objetivos -
del organismo, sus funciones y el plan de tra-
bajo para 1978, entre cuyas actividades impor-
tantes se incluyeron las siguientes: (86)

1. Estructurar el sistema y el Organismo de Planificación y Coordinación Académica, definiendo objetivos específicos y acti-
vidades.
2. Coordinar la evaluación del currículum de estudios y proponer alternativas de cambio y/o ajuste del mismo.
3. Normar la selección del personal docen-
te.
4. Diseñar el sistema de retroalimentación de las Fases, Areas y Programas hacia - el Organismo y viceversa.

5. Normar el sistema de evaluación promocional del estudiante.
6. Diseñar e implementar el sistema de coordinación intra-área, intra e inter fases de la Facultad y con las instituciones en donde se desarrollan actividades de docencia-servicio.

Se presentan, asimismo, las necesidades del Organismo en cuanto a recursos humanos y materiales. Posteriormente se nombra al Coordinador y Asesores del Organismo. (Ver Organigramas. Cuadros No. 15 y 16).

En abril de 1979, OPCA presenta, en su primer año de actividades, una propuesta de ajuste al proceso de Adecuación Curricular.

De acuerdo con las autoridades de la Facultad, se estableció un orden de prioridades en el cumplimiento de las funciones del Organismo a manera de concretar el logro de los objetivos más inmediatos establecidos por la política educativa aprobada. En tal virtud, el Organismo aún cuando, en forma simultánea inició actividades en distintos aspectos de su plan de trabajo anual, hizo énfasis en los siguientes: (88)

1. Adecuación del currículum:

Que se llevó a cabo estudiando todo el material disponible sobre planificación y desarrollo del currículum. Pero sólamente encontró material de carácter teórico, no así modelos metodológicos que fueran

compatibles con el desarrollo que ha seguido la Facultad y además por su diversidad que impidió compararlo con la bibliografía de Educación Médica, que condujo, finalmente, a utilizar un método llamado "Diseño Sistemático de Curriculum", que ofrecía ventajas.

La metodología se desarrolló en tres etapas denominadas: Descripción del Desempeño Profesional, Descripción del Desempeño estudiantil y Planeación del Aprendizaje. Después de estudiar ventajas y desventajas, posibilidades de aplicación y otros aspectos del método, propuso a Junta Directiva su adopción y habiendo sido aceptado y aprobado, se inició la actividad de planificación del trabajo (ver: "Adecuación del Curriculum de la Facultad de Ciencias Médicas al Requerimiento de Formación del Médico necesario a Guatemala"). El que, finalmente, se desarrolló mediante las siguientes actividades:

1.1 La descripción del Desempeño Profesional Deseado, etapa que se cumplió realizando:

- Una encuesta a médicos para que definieran las características del médico recién egresado en término de los cargos que debe desempeñar.
- Talleres:

- Grupos de trabajo organizados en las instituciones de servicio, integrados con médicos, enfermeras y otros de personal de salud, que trabajaron con los mismos fines que en el inciso 1.1.1
- Grupos de médicos y estudiantes representantes de instituciones de salud (MSPAS, IGSS y otros), catedráticos de la Facultad y estudiantes de 6º Año de la misma.

Estas actividades se realizaron en el mes de julio de 1978, produciéndose un informe que contiene los Roles Deseados a ser desempeñados por el Médico recién graduado, incluyendo sus responsabilidades, conocimientos y habilidades y actitudes.

1.2 La descripción del desempeño profesional actual:

Este paso necesitó de toda la documentación disponible acerca de qué es lo que actualmente realiza el médico recién egresado en los cargos definidos como DESEADO, para lo cual se obtuvo:

- a. Información escrita de descripción de cargos en Servicio Civil, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Hospitalares

Roosevelt y General "San Juan de Dios".

- b. Encuesta a médicos desempeñando cargos que pueden ser asumidos por médicos recién egresados.
 - c. Entrevista a médicos con lista de cotejo, elaborada con toda la información obtenida.
- 1.3 Análisis de discrepancias y Descripción Final del Desempeño Profesional.

Este paso se cumplió realizando un Segundo Taller en el que participaron las mismas personas que intervinieron en el primero, llegándose a la meta buscada, de la cual se elaboró un informe.

Este material debe ser motivo de nuevos análisis, puesto que contiene información valiosa, que, por una parte, indica las necesidades institucionales del médico requeridas para satisfacer el cumplimiento de sus programas de servicio y, por otra parte, en términos generales, la formulación de objetivos educacionales que la Facultad debe someter a revisión en su actual currículum.

2. Programa de Primer Año para el ciclo lectivo 1979:

Como utilización inmediata del producto de ese proceso y anticipándose a los análisis antes indicados, el material fue de suma utilidad en el diseño del Programa de Primer Año para el ciclo lectivo 1979.

La adecuación del currículum de Primer Año fue la actividad final del año de 1978. Se inició con una evaluación de las Unidades con que se trabajó en 1977-1978, realizada con la participación activa del personal docente de ese año, a la que siguió una semana de trabajo intenso durante la cual, los profesores, previa orientación sobre formulación de objetivos y diseño de programas, formularon una primera versión de las Unidades a poner en marcha en 1979.

Este material fue reelaborado por OPCA, consultando a distintos profesores, hasta formular la versión aprobada por Junta Directiva.

3. Revisión del Reglamento de Evaluación y Promoción estudiantil:

El actual Reglamento de Evaluación y promoción de los estudiantes que fuera aprobado mucho tiempo después de haberse puesto en ejecución, continúa siendo uno de los obstáculos al mejor desarrollo de la Facultad. Sus características y situación legal han dado lugar a que el proceso de evaluación se haya realizado, hasta ahora, con grandes deficiencias. Las enmiendas que ha sufrido sólo han servido para resolver situaciones circunstanciales.

Debido a lo anotado, Junta Directiva encomendó a OPCA la elaboración de un nuevo Reglamento, pero, posteriormente, confrontando el proceso de adecuación con la situación que ha de imponer hasta que el proceso concluya en su etapa inicial se decidió que lo que se necesitaba era superar en el Reglamento vigente, aquellos aspectos de orden general y técnico que han limitado el desarrollo de un proceso de evaluación eficiente y que han permitido en ocasiones interpretaciones equivocadas de sus disposiciones.

Para cumplir este trabajo se realizaron reuniones con los Directores de Fase, discutiendo los problemas que el Reglamento vigente ocasiona en la evaluación y promoción estudiantil. Con esos elementos de juicio y un análisis de los problemas de evaluación atendidos por Junta Directiva en años anteriores, se elaboró una primera versión de un Reglamento modificado

la cual, después de ser discutida por Comités de Fase y Profesores, dio origen a la versión final que fuera presentada a Junta Directiva para su consideración.

4. Evaluación del funcionamiento de la Facultad:

Con el propósito de establecer las características del funcionamiento actual de la Facultad y detectar los problemas que limitan la buena marcha de las actividades docentes, se elaboró una encuesta de opinión entre grupos representativos de estudiantes, profesores y autoridades. Los resultados del estudio evidenciaron y confirmaron algunos de los problemas ya previstos en cuanto a falta de coordinación administrativo-docente, inter e intra fases, la

falta de organización del currículum y la insatisfacción de los distintos sectores facultativos en cuanto a la forma como se venían enfrentando y solucionando los problemas.

Las anteriores actividades fueron las principales de OPCA, durante el año de 1978 y que incidieron de una u otra forma en el currículum, tratando de llevarlo con el estudio y la descripción del Desempeño Profesional a ser científico y con objetivos mejor dirigidos para la formación del médico que el país necesita.

En 1979, OPCA planificó el Tercer Taller (adecuación del currículum). Este Taller fue una actividad diseñada dentro del proceso general del programa de adecuación del currículum a las necesidades del médico que requiere Guatemala.

Su planificación estuvo a cargo del personal de OPCA iniciándose en el mes de mayo, habiéndose programado en cuatro etapas y Guías de Trabajo a analizar. (89)

Primera Etapa: Tema:

Sobre elementos teóricos que orientan la filosofía de la Facultad de Ciencias Médicas:

Guía 1:

Qué elementos de orden metodológico deben contribuir a que en la Facultad de Ciencias Médicas se tenga un conocimiento científico acerca de:

- La problemática salud-enfermedad

- La estructura y nivel de la morbimortalidad.
- La sociedad guatemalteca
- La problemática de la dependencia científica, económica, técnica e ideológica.
- Relaciones internas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos.

Considerando las características particulares que asume la organización de la estructura social y económica de la sociedad guatemalteca; la problemática de la dependencia científica, económica, técnica e ideológica, así como el nivel y estructura de la morbimortalidad (magnitud y distribución de la enfermedad y la muerte); definir las concepciones filosóficas que deben orientar el quehacer de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos, en relación a:

- El fenómeno salud-enfermedad (factores que intervienen en la determinación o condicionamiento del fenómeno y los mecanismos a través de los cuales se integran entre sí).

- Práctica Médica

- Saber Médico

En función de lo anterior, cómo se estructura el Saber Médico para que, a través de su expresión curricular llegue a postular una práctica médica transformadora.

Segunda Etapa: Tema:

Características del Médico a egresar por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Guía 1:

En base a las conclusiones a que arribó el grupo acerca de los elementos teóricos y conceptuales que deben orientar la filosofía de la Facultad de Ciencias Médicas, proponer que características debe procurarse que posea el egresado en cuanto a:

- La salud-enfermedad

- El saber médico:

- Científico
- Tecnológico
- Ideológico

- La práctica médica:

- Quehacer del médico
- Organización, sistemas y formas de atender las necesidades individuales y colectivas.
- Otros

De acuerdo con las características del médico a egresar propuestas, qué estrategias se considera convenientes para desarrollar un currículum

congruente con la necesidad de formar dichos recursos.

Tercera Etapa: Tema:

Objetivos de la Facultad de Ciencias Médicas

Guía:

En base al análisis de los documentos estudiados (entre otros, Acta de Reformas Globales, Plan Nacional de Desarrollo del Sector Salud, Descripción del Desempeño Profesional) y de las conclusiones a que arribó el grupo y los otros grupos en la discusión de los temas anteriores:

1. Discutir la necesidad de que la Facultad de Ciencias Médicas amplíe o restrinja su programa en terrenos diferentes a la formación del médico.
2. Proponer los objetivos generales de la Facultad y los del nivel de pre-grado.

Cuarta Etapa: Tema:

Lineamientos generales para el desarrollo del currículum de la Facultad.

Guía:

En la literatura de las Ciencias de la Educación, parece haber tantos conceptos de currículum como autores se consulten.

La diversidad de conceptos es tan basta, que da la impresión que cada autor enfoca su concepto según el mayor interés que él tiene en algún aspecto particular de la educación, así, algunos lo enfocan hacia la organización del proceso educativo, otros hacia los contenidos en particular, otros hacia los objetivos de aprendizaje; otros hacen énfasis en la previsión de la metodología a utilizar en los sistemas de evaluación etc.

En el desarrollo del Tercer Taller de Adecuación del Curriculm, hasta este momento, se han revisado los conceptos de marco teórico, las características del médico a egresar por la Facultad y los objetivos generales de la institución, en base de lo cual:

1. Discuta en qué medida los siguientes elementos del curriculm actual responden al desarrollo de la Facultad basado en los planteamientos anteriores.

1.1 Organización administrativo-docente de la Facultad en Fases:

- Fase I: Hombre, familia y comunidad sanos.
- Fase II: Hombre, familia y comunidad enfermos.
- Fase III: Recuperación

1.2 Organización de los contenidos en áreas:

- Ciencias Clínicas

- Ciencias de la Conducta

- Ciencias Biológicas

1.3 Organización del contenido en Unidades Integradoras del aprendizaje

1.4 Metodología de:

- Enseñanza

- Aprendizaje

- Evaluación del rendimiento estudiantil

- Evaluación del curriculm

1.5 Recursos:

Docentes Humanos Administrativos

Didácticos y de equipo

Instalaciones de la Facultad

Institucionales extrafacultativos para la docencia

Comunidad

1.6 La investigación

1.7 El servicio o extensión

2. Proponga, si es necesario, los elementos para un nuevo enfoque del currículum

- 2.1 Organización administrativo-docente
- 2.2 Organización de los contenidos
- 2.3 Metodología

- Enseñanza

- Aprendizaje

Rendimiento estudiantil

- Evaluación

2.4 Recursos

2.5 Investigación

2.6 Servicio o extensión

2.7 Otros

3. Qué debe entender la Facultad por Curriculm

4. Cuál es el concepto de integración que el grupo recomienda en el quehacer de la Facultad como parte del currículum

Al finalizar el Taller, la coordinación procedió a realizar una glosa de relatos donde se analizó, revisó y concluyó sintetizando los relatos preliminares de cada tema. (90)

Con respecto a la primera etapa y primera pregunta, todos los grupos de discusión coincidieron en que: "los elementos metodológicos que deben contribuir a que en la Facultad se obtenga conocimiento científico, corresponden al Método Científico, el que, a juzgar por los pronunciamientos

utilizados, es aquel proceso que conduce a la búsqueda del conocimiento de la verdad, con "arreglo a los mismos instrumentos metódicos generales". Se trató de conceptualizar la problemática salud-enfermedad, sintetizándose como un proceso tanto como una problemática, no llegando a unificar criterios acerca de la categoría a que pertenece. Se establece una relación de determinación de la "formación social" "la estructura social y económica", "una crisis económica social, secundaria a un desequilibrio en la relación de los medios de prevención", etc. sobre lo que es salud-enfermedad. Es decir que, hubo diversidad de criterios o vaguedad en la relación de "lo social y salud-enfermedad". (91)

En cuanto a los elementos metodológicos a utilizar, para que en la Facultad se tenga un conocimiento científico acerca de la sociedad guatemalteca, los grupos no se pronunciaron con mucha claridad, pero, algunos pronunciamientos de orden general encontrados, puede mencionarse lo siguiente: "la sociedad guatemalteca se estudia (se enfoca) dentro del proceso histórico, mediante el estudio de las clases sociales determinadas por el modo de producción imperante". (92)

Sintetizando las conclusiones a que llegaron en este Taller, podemos decir:

1. Que el método a utilizar para que se obtenga un conocimiento científico es el Método Científico, con la aplicación de las categorías del materialismo dialéctico e histórico.

2. Que dentro del estudio del proceso histórico de la sociedad guatemalteca las clases sociales están determinadas por el modo de producción.

En cuanto al tema "Características del médico a egresar por la Facultad...." se sintetizan en las siguientes propuestas:

1. El médico al egresar de la Facultad debe ser capaz de interpretar críticamente (científicamente) las constantes aproximaciones conceptuales a lo que es salud-enfermedad. Así, estará capacitado para actuar eficientemente en la aplicación y generación de técnicas que le permitan intervenir en el desarrollo de la salud-enfermedad. Para ello es preciso que el egresado:

- 1.1 En el proceso obtenga información y experiencia práctica acerca de la interrelación entre lo histórico, lo social y lo político que determinan la salud y la enfermedad como fenómenos colectivos y su expresión en el individuo.

- 1.2 Acepte que la población no es el objeto de las tareas de salud, sino que éstas deben realizarse en función de satisfacer una de sus múltiples necesidades; esto constituye un derecho inalienable que incluye otros: el de decidir qué tipo de actividades, en qué momento y en qué lugar se han de realizar, así como la forma en que la misma población debe participar en ella.

- 1.3 Tenga claridad de que el concepto de salud-enfermedad vigente es manifestación de la ideología predominante y que de él deriva el conocimiento y la práctica médica, en ese momento dado.

Posteriormente al Tercer Taller, se presentó un diseño curricular, basado conceptualmente en el método científico, que constituye el vínculo entre la filosofía y la ciencia, que permite el desarrollo en el producto de conocimientos generales y particulares, además de permitir introducir un modelo de análisis con aplicación de categorías. En un enfoque más particular, el Método Científico, que es general, expresado en el método epidemiológico a un nivel particular, y el método clínico a un nivel singular, permite el análisis de la salud-enfermedad como fenómeno que se manifiesta en la colectividad y se concreta en el individuo. Esto nos lleva a una primera aproximación de un diseño curricular en base de la Categoría, Contenido y Forma. (93)

La distribución de los contenidos según las categorías permite agruparlos en tres grandes áreas del conocimiento:

1. Las ciencias generales, sustituyendo en el currículum actual a Ciencias Biológicas.
2. Medicina y Sociedad que sustituyen a Ciencias de la Conducta.
3. Ciencia y Tecnología Clínica sustituyen a Ciencias Clínicas.

En cuanto a la forma se pretende aproximar por medio de la organización del proceso de enseñanza-aprendizaje a la integración (ver cuadro No. 17).

Este diseño, al analizarlo y discutirlo, se llegó a la conclusión que en su aplicación no era adecuado para la Facultad. Actualmente se trabaja en un diseño en el que se trata de ubicar el fenómeno salud-enfermedad en un nivel de Determinaciones. Científicamente se buscarán las Determinaciones del objeto y hacia la naturaleza esencial del objeto de estudio. (94)

El problema de la determinación tiene cualidades diferenciales que se captan en dos conceptos: el de la sobredeterminación y el de la determinación secundaria, que, siendo del objeto permitirán una forma de análisis (sujeto) integral y no disagregable del problema.

Se tratará de ubicar el fenómeno salud-enfermedad en términos de éstos conceptos como opción de una forma de análisis:

A. Nivel de las Sobre-determinaciones

1. Determinación del fenómeno salud-enfermedad a nivel del modo de producción capitalista.
2. Determinación del fenómeno salud-enfermedad a nivel de la estructura social.

B. Nivel de las determinaciones secundarias

1. Determinación del fenómeno salud-enfermedad a nivel de la práctica médica.

C. Nivel de las determinaciones condicionantes

1. Determinación del fenómeno salud-enfermedad a nivel de la ideología.

Estos conceptos se aplicarán a la realidad guatimalteca en el análisis de los siguientes factores:

1. Acciones del Estado
2. Modo de producción
3. Universidad de San Carlos; Facultad de Ciencias Médicas
4. Práctica Médica
5. Perfil epidemiológico

Se espera que la proposición del anterior diseño, responda a la necesidad de formar al médico que el país necesita.

Continuando con el desarrollo del proceso histórico del currículum, encontramos que, en 1979, ante la dificultad de integrar las Ciencias básicas y las Ciencias Sociales, se introduce: en Primer Año, el concepto de Módulos, que es una estructura integrativa, multidisciplinaria de actividades de aprendizaje, que en un período de tiempo flexible permite alcanzar objetivos educacionales cognoscitivos, psicomotores y afectivos; formados por siete

Unidades, que se entiende por la parte estructural del módulo que permite alcanzar objetivos operacionales, contenido programático, metodología, tiempo dedicado a cada actividad y los medios de EVALUACION; los que sin pretender fragmentar el conocimiento, persiguen superar las deficiencias formativas con que ingresan los estudiantes a la Facultad.

En el Módulo hombre y sociedad se pretende establecer un enlace más claro de las Ciencias Sociales con la práctica médica, evitando los problemas encontrados en los años anteriores, en que el estudiante no vinculaba fácilmente la teoría social con los aspectos concretos de su futura profesión. En virtud de que los contenidos de Ciencias Sociales le eran entregados en forma pura, sin establecer claramente la relación entre la dinámica social y las características y evolución de los problemas de los servicios de salud.

En el módulo hombre y naturaleza, que incluye Biología, Química, Físico-Matemáticas y Estadística, se realizó el esfuerzo y, se continúa en él, de estructurar Unidades incluyendo en cada una de ellas, contenidos de cada una de las disciplinas a manera de correlacionarlos estrechamente para lograr el apoyo de un contenido al otro y de todos entre sí. (Ver cuadro No. 18)

SEGUNDO AÑO:

Las Unidades, en Segundo Año, giran alrededor del eje integrador "Energía" el que, mediante las cinco Unidades de enseñanza-aprendizaje: Alimentación, Vida de Relación, Deporte, Trabajo y Reproducción, permite el estudio del

hombre en relación con la obtención, procesamiento, utilización biológica y social de la energía y la perpetuación de la especie humana.

En las Unidades, los contenidos derivan de la Anatomía (estudios macroscópicos), Histología (estudios microscópicos), Fisiología (procesos funcionales) y de Bioquímica (procesos metabólicos); las Ciencias Clínicas (manifestaciones en el hombre de la energía) y las implicaciones sociales y económicas de los procesos energéticos enunciados (Ciencias de la Conducta).

La aplicación inmediata de estos conocimientos se logra mediante la práctica que los estudiantes de Segundo Año realizan en el Programa de Salud Escolar que la Facultad opera en 18 escuelas públicas del nivel primario en la ciudad capital. En este programa los estudiantes, supervisados por sus docentes, levantan ficha clínica de los escolares de Primero y Sexto Grado, adquiriendo así habilidades para:

- Efectuar la entrevista
- Realizar examen clínico por regiones a personas normales
- Se inicia en la detección de anomalías anatómicas y funcionales mediante visitas en el domicilio de los niños con problemas, establecen relación entre las alteraciones de la salud y condiciones de vida del núcleo familiar y da apoyo para la atención del enfermo hacia los Servicios de Salud. Ver cuadro No. 19.

TERCER AÑO:

El Tercer año está estructurado en tres programas y, dentro de ellos, se desarrollan Unidades de enseñanza-aprendizaje. El Programa de Medicina de la Colectividad, de cuatro meses de duración, se desarrolla mediante una actividad central de carácter práctico en la que los estudiantes, distribuidos en dos áreas marginales de la ciudad capital, realizan estudios de familias para establecer: la estructura social, la integración del núcleo familiar, las condiciones de vivienda y de saneamiento básico, las características y situación laboral y los problemas de salud del núcleo. Simultáneamente se desarrollan tres Unidades de enseñanza-aprendizaje, predominantemente teóricas: Diarrea, Desnutrición y Enfermedades Respiratorias, entidades nosológicas de la más alta incidencia en Guatemala. La relación de los contenidos y del material de estudio, y las técnicas de enseñanza-aprendizaje utilizadas (discusión de grupos con participación interdisciplinaria de docentes), permiten que cada una de las Unidades se constituya en un modelo de estudio para entidades nosológicas de un mismo sistema orgánico (digestivo, respiratorio, nutricional, etc.), de los factores socioeconómicos determinantes de los mismos y de técnicas generales para su solución. Los conocimientos adquiridos son aplicados inmediatamente en las familias que los estudiantes atienden en la práctica de la Colectividad, a través de actividades educativas, referencia de casos a los servicios de salud, organización de grupos comunitarios y su movilización para gestionar mejoras en el ambiente, etc.

En el segundo Programa, llamado "Enfermedades Infecciosas" los estudiantes realizan prácticas en servicios de Infectología, consistente en el análisis y discusión de casos hospitalizados, su evolución, observación de pacientes (sin ninguna participación en el proceso de atención de los mismos), tabulación de datos de morbilidad hospitalaria, y otras.

Simultáneamente cursan la Unidad "Infección", consistente en el estudio del proceso infeccioso de los agentes infecciosos más importantes, los medios auxiliares de diagnóstico más útiles, la distribución de los procesos infecciosos en la población según distintas variables de orden demográfico, económico y social y los recursos terapéuticos más viables para enfrentar grandes grupos de infecciones, las medidas epidemiológicas operantes a nivel nacional para el control y erradicación del problema infeccioso, etc.

El tercer programa "Salud Laboral", consiste en la práctica que los estudiantes realizan en Centros Laborales importantes de la ciudad capital, durante la cual analizan la incidencia de enfermedades cuya relación causal en condiciones de trabajo es plenamente clara; estudian los posibles mecanismos causales en cada trabajador y el conglomerado; estudian la existencia y pertinencia de las medidas de protección y hacen inferencias acerca de la magnitud de cada tipo de problema detectado.

En el aspecto teórico, cursan las Unidades: "Dermatología y Venéreas" y "Trauma I", aprovechando así la alta incidencia de estos problemas en la población laboral.

En el transcurso de todo el ciclo académico y en forma simultánea con los programas descritos, los estudiantes de Tercer Año llevan dos unidades longitudinales: "Necropsias", consistente en una práctica de las técnicas de autopsias clínicas y médico forenses y la unidad de Investigación, en la que, en grupos de diez estudiantes asesorados por un profesor, deben realizar un trabajo de investigación del cual elaboran el protocolo, plantean el problema, definen el objeto de estudio, elaboran instrumentos, realizan las observaciones, recogen y procesan información, hasta la emisión del informe final. (Ver cuadro No. 20)

CUARTO AÑO:

El Cuarto Año se desarrolla en dos programas eminentemente prácticos, cada uno sustentado en Unidades Teóricas. El primero, llamado "Atención Médico Hospitalaria", se realiza en servicios de Medicina y Cirugía, de seis meses de duración. Es la tradicional práctica de externado en la que el estudiante participa con el personal médico, sin tomar decisiones terapéuticas, en la atención de pacientes hospitalizados. Actúa bajo constante supervisión de Residentes y Jefes de Servicio y participa en actividades de orden académico intrahospitalarias.

Debe estudiar el problema-motivo de hospitalización y los problemas secundarios de cada paciente que le es asignado. Durante la práctica cursa dos unidades: "Shock y Coma", que, con las características metodológicas ya descritas, en las unidades de Tercer Año, persiguen que el estudiante, además de adquirir conocimientos sobre los dos problemas centrales

de las Unidades, adquieran habilidades para enfrentarse a problemas y desarrollen un método de trabajo clínico eficiente, extrapolable a cualesquier otros problemas médicos. Simultáneamente, realiza actividades teórico-prácticas relativas a Medicina Legal.

El otro Programa, llamado "Clínicas Familiares", consiste en una práctica médica que se realiza en 18 servicios organizados por la Facultad en apoyo de instituciones y grupos privados.

Estos servicios, "Clínicas Familiares", están localizados en áreas marginales de la capital, donde la mayoría de los pobladores no tienen acceso a los servicios de Salud Pública ni a los del sistema de Seguridad Social.

Esta práctica tiene apoyo teórico con el estudio de la técnica del examen pediátrico y obstétrico, sistemas de atención médica del adulto y análisis del perfil epidemiológico nacional.

Como parte de este programa los estudiantes rotan en grupos, durante un mes, por servicios de Traumatología de los hospitales nacionales, y el Hospital de Traumatología del IGSS para cursar la Unidad "Trauma II" de orden teórico-práctico.

Simultáneamente, durante los seis meses, los estudiantes hacen una investigación en grupo, cumpliendo requisitos establecidos de elaborar desde el protocolo hasta la presentación del informe final. Ver Cuadro No. 21.

QUINTO AÑO:

Este nivel curricular está estructurado en tres programas: el primero llamado de "Atención Materno Infantil", de ocho meses de duración, se realiza en hospitales nacionales, con carácter de externado. En el transcurso de los ocho meses los estudiantes rotan por servicios de Gineco-obstetricia y Pediatría, realizando prácticas en los distintos departamentos y niveles de atención. En cada rotación, siete en total, cursan una Unidad teórica, cuyos contenidos y temas están relacionados íntimamente con los problemas que se atienden en el servicio hospitalario donde hacen su práctica en el mismo lapso.

El segundo programa, llamado "Medicina Integral" consiste en una práctica de dos meses de duración que se realiza en servicios de atención primaria situados en el área rural del país, pertenecientes al sistema oficial de salud, a instituciones privadas y a grupos organizados en Cooperativas Agrícolas. Durante la práctica los estudiantes deben satisfacer la demanda de atención médica, dar atención domiciliar a pacientes de alto riesgo, participar en el programa de vigilancia epidemiológica y contribuir a la elaboración del perfil epidemiológico local. Al final de la práctica entregan un informe detallado de todas las actividades realizadas.

El tercer Programa de Quinto Año, llamado "Elegido", se realiza en un período de dos meses en que el estudiante elige su quehacer en el campo clínico, de investigación o servicio o en el campo de la Medicina Social. El mismo elabora su proyecto de programa y propone un asesor;

ambos deben ser aprobados por la Dirección del Programa. Una vez ejecutado, el estudiante debe presentar su informe final. Ver cuadro No. 22.

SEXTO AÑO:

El último año de la carrera, llamado Ejercicio Profesional Supervisado (EPS), está dividido en dos prácticas: El EPS Rural de seis meses de duración, se realiza en los servicios de atención primaria del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. El estudiante asume la Dirección del Puesto de Salud y es responsable de todos los programas que deben ejecutarse en la jurisdicción de ese servicio.

En consecuencia, debe atender la demanda de atención por morbilidad, las consultas de Niño Sano y de pre y post natal, el Control de enfermedades transmisibles, la planificación y ejecución de acciones educativas tendientes a dar apoyo a los programas de protección y promoción de la salud.

Son también responsables del Programa de Vigilancia Epidemiológica iniciado por la Facultad en coordinación con el Programa de Epidemiología de los Servicios de Salud. Esta actividad es motivo de un amplio informe final que forma parte de los requisitos que el estudiante debe satisfacer.

La práctica de EPS Hospitalario, de seis meses de duración, completa el Sexto Año y consiste en el tradicional internado rotatorio.

El estudiante distribuye sus seis meses de

internado en dos meses de trabajo en Servicios de Medicina General, un mes en Servicios de Ci-
rugía, dos meses en Pediatría y un mes en Obs-
tetricia.

Al finalizar el año de EPS (Rural y Hospitala-
rio) el estudiante se somete a una prueba teó-
rica, equivalente al examen general privado
del plan anterior y al superar este examen pue-
de someterse al examen público de Tesis y Gra-
duación.

En la Facultad de Ciencias Médicas de la Univer-
sidad de San Carlos de Guatemala, prevalece la
organización de los conocimientos en Unidades
Integradoras de enseñanza-aprendizaje. El crite-
rio que se utiliza es el del estudio alrededor
de problemas fundamentales de morbimortalidad
del país.

Estos problemas dan origen a distintas Unidades
que a lo largo de la carrera permiten profundizar
el conocimiento, las habilidades y la forma-
ción de actitudes para la solución de los mismos.

El currículum de la Facultad de Ciencias Médicas
de la Universidad de San Carlos de Guatemala, se
fundamenta en el principio general de la Univer-
sidad de San Carlos de realizar todo su quehacer
mediante la docencia, la investigación y el ser-
vicio. En las Unidades Integradoras y en todos
los programas se busca articular armónicamente,
en forma cualitativa y cuantitativa, la teoría
con la práctica. Dentro de ello cabe el estudio
de las Ciencias Básicas y Clínicas como elemen-
tos de los problemas que dan origen a las Unida-
des Integradoras. Completa el estudio de estos

problemas, las determinaciones sociales de los
mismos y sus manifestaciones en el individuo y
en la sociedad. Ver Cuadro No. 23.

En el Cuadro No. 24 se muestra el esquema de
la estructura administrativa de la Facultad.

7. INTERPRETACION Y ANALISIS:

Después de concluida la descripción del desarrollo del proceso socioeconómico (modo de producción), de la forma de proporcionar salud (políticas de salud) y del currículum de la Facultad de Ciencias Médicas, se pretende interpretar y analizar cada una de las etapas del proceso:

7.1 Período Precolombino:

Al igual que civilizaciones primitivas de la humanidad, la estructura social de los Mayas conoció los modos de producción primitivo, esclavista y feudal; también al no encontrar respuestas lógicas y científicas que explicaran los fenómenos naturales que observaban, fueron creando seres con poderes sobrenaturales (dioses) que se identificaran y explicaran los fenómenos, dudas y temores. Así se dio paso a la creación de la casta de los sacerdotes, brujos o hechiceros, que aprovechando estas creencias, dominaban y explotaban a la población con anuencia del que gobernaba (rey, cacique, etc.), que representaba al dios o dioses y/o sus poderes en la tierra. Estas dos clases sociales, rey y sacerdotes, fueron adquiriendo poder y riqueza a través de los tributos y sacrificios que pedían para "honrar a los dioses". Estas clases mantenían su dominación a través de la transmisión del poder a los familiares y de generación en generación. Los conocimientos de los reyes y sacerdotes, se daban en una forma no-sistemática.

Con la creencia de los poderes divinos, se fue dando respuesta a lo que no se le encontraba explicación y, dentro de estos fenómenos, se encontraban las enfermedades que en esa época azotaron a los Mayas con epidemias y plagas que aprovechaban los sacerdotes para pedir y exigir tributos para "aplacar la ira de los dioses". Así era la forma como el Estado actuaba. Ya que, siendo un Estado basado en la creencia de los poderes divinos, era por medio de ello que se imploraba para resolver los problemas y gobernar, aún no como Estado, aunque tenían el poder sobre las demás clases, ya que individualizaba la aplicación de la resolución de los problemas.

7.2 Período de la Conquista:

A la llegada de los españoles, la creencia de los poderes divinos no cambió, sólamente cambió la forma y número, ya que ahora, únicamente era un dios, en comparación de la infinidad que los indígenas adoraban. Y el poder político, económico y social que los sacerdotes y brujos poseían, pasó a los representantes de este nuevo dios, es decir, a los frailes y misioneros que "abogaban" por los derechos de los indígenas en nombre de ese dios, pero para conveniencia e interés de un sojuzgamiento por parte de la población conquistada. Pero a los conquistadores no les bastó la riqueza encontrada y comenzaron a apropiarse de la otra riqueza que era la tierra. Necesitaban fuerza de trabajo que cultivara la tierra y la encontraron en los pobladores

en forma de esclavitud y en forma tributaria, "autorizados en nombre de dios", por el Rey de España y el Papa.

Para mantener la creencia que el dios era un "Dios de Amor" y así sus representantes, obtenían la confianza y "demostraban" su "interés" por los "pobres indígenas incivilizados" y, además, mantenían la fuerza de trabajo en condiciones mínimas. Los españoles fundaban en cada ciudad un hospital de beneficencia, donde "caritativamente" se atendía, se cuidaba y ayudaba a los necesitados y enfermos. Estos hospitales eran atendidos por religiosos, pero sin bases científicas, sólamente ayudados, posiblemente, por los conocimientos de Botánica y por brujos hechiceros aborígenes. No hay referencia de la llegada de algún médico con los conquistadores.

Era así como, los que poseían el poder (los conquistadores) proporcionaban salud en ese entonces. Es decir que, los conquistados tenían que recibir la "benevolencia" y "caridad" de los conquistadores.

7.3 Período Colonial:

En esta época, las formas de esclavitud disminuyeron, no así los impuestos y tributos a pagar a la corona española, que empieza a entrar en contradicción y conflicto por la división de clases: criollos, mestizos e indígenas, y el trato clasista que se daba a la población. En este período se inicia la educación médica sis-

tematizada con apertura de la Universidad y la importación de Médicos que pudieran impartir cátedras en la Universidad. Junto con los médicos se importaba metodología, objetivos e intereses que se aplicaban en una sociedad diferente y, desde entonces, viene sucediendo esta situación. El grupo en el poder, los criollos, empiezan a observar la necesidad de aplicar la medicina en forma científica ya que las constantes epidemias que afectaban en esa época eran de proporciones y efectos graves, y además diezaban a la población viéndose afectados al diminuir los trabajadores en las fincas en donde trabajaban como mozos.

Los grupos en el poder, no se habían organizado en Estado, como tal, actuaban de una manera práctica y utilitaria, ya que, sólo en momentos, como las epidemias, realizaban medidas tendientes a mejorar el estado de salud de la población para no perder esa fuerza de trabajo que la población constituía.

También las epidemias constituyeron motivo para que se organizara o reorganizara el estudio médico de la época. Ya el Estado organizado como tal, y verse imposibilitado como esto para la aplicación adecuada de medidas tendientes a mejorar la situación general de la población, deciden que los organismos de la Facultad tendrían la atribución de ser consultantes del gobierno a través de un organismo llamado Protomedicato.

Los hospitales de beneficencia constituyen una oportunidad para los médicos de la época para aumentar sus experiencias prestando sus servicios gratuitamente, pero las experiencias allí

practicadas les servían para sus servicios y prácticas privadas. Es decir que, los hospitales a donde iban los más necesitados, los aprovechaban como oportunidades para aplicar nuevos conocimientos y técnicas que luego les serviría para aplicarlas en el campo privado. Aquí también se inicia la aplicación clasista de la medicina.

7.4 Período 1871-1944: Estado Oligárquico-Terrateniente (Acumulación Originaria)

Con el inicio de la etapa del capitalismo, el Estado toma el poder de decisión con respecto a lo que se refiere a salud, ya que suprime el Protomedicato y cierra la Facultad por un tiempo, para abrirla nuevamente años después, con otra organización basada posiblemente con influencias alemanas. Se inicia en esta época, también, la teoría de los gérmenes (microbios) como causa de enfermedad, y por lo tanto, un modelo que explicaba el fenómeno de salud-enfermedad (bacteriano y unicausal).

Las acciones del Estado en materia de salud y su relación con el modo de producción capitalista, se inicia con medidas sanitarias tendientes a mejorar las condiciones sanitarias en los centros de circulación de mercancía como eran los puertos marítimos y el campo de la productividad, en el campo de cosecha de café y algodón; también aquí se observa el sentido utilitario y práctico que se daba tanto en la educación médica ya que ésta se daba como fiel espejo de las lecciones hospitalarias y de la aplicación de la salud, ya que ésta

funcionaba para la conservación y reproducción de la fuerza de trabajo.

El discurso médico se inicia también, no como un resultado del juego libre del pensamiento, sino como una concepción del campo social que hay que "conquistar", basado en el discurso militar de la época.

7.5 Período 1944-1954: Estado Nacional Búrgués (Acumulación de capital independiente)

En esta época histórica, donde los cambios efectuados, a pesar de que benefició en cierta medida a la población desposeída, no intentaba llegar a un cambio radical, simplemente consolidó y evolucionó el capitalismo en una etapa industrial y de proletarización, pero basados en los medios de producción nacional, lo que lo llevó a enfrentarse a intereses de los Estados Unidos que ya los poseía en el país. A pesar de lo nacionalista de los cambios socioeconómicos, la educación médica y las políticas de salud recibieron influencia de ese país, ya que el currículum se modificó en base a un plan con ideología positivista - que definía el proceso de salud-enfermedad, en parte, biológicamente y, en parte, socialmente. También los cambios realizados se llevan a cabo a través del Estado por medio de convenios bilaterales con Estados Unidos y la influencia del positivismo que le dio un carácter "científicista" a la práctica y enseñanza médica, la lleva a la práctica basada en el laboratorio y aplicada a la atención de hospital, por lo que las actividades estatales sanitarias se dirigen a apoyar la atención

médica especialmente a través de la construcción de hospitales y centros de salud. Se divide, aún más, la atención médica en clases, al crearse el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, lo que incrementa la atención médica privada. A pesar de todo, en esta etapa se trató de mejorar las condiciones generales de vida de las grandes mayorías al distribuir de una manera reformista y popular grandes extensiones de tierra.

Período 1954-1980: Estado Autocrático (Acumulación de capital monopólico)

El proceso productivo actual ha llevado a la sociedad a un establecimiento de clase sociales muy diferenciadas, por lo que ha llevado a la sociedad a desequilibrarse dándose un desarrollo muy desigual y, por lo tanto, se forman grupos sociales en condiciones de salud deplorables.

Además, las políticas de salud actuales, están basadas en lineamientos emánados de organismos y eventos internacionales, en los que la hegemonía de los países desarrollados se impone mediante mecanismos diplomáticos, administrativos, financieros y técnicos; no pueden ofrecer a los países atrasados otra alternativa que la de desarrollar programas y acciones coherentes con los intereses económicos y políticos del sistema dominador.

En esta etapa, el Estado le traslada la decisión de actuar en lo que a salud se refiere, ya que los grupos industriales capitalistas organizados en monopolios y en asociación

con el Estado que les proporcional seguridad a través de grupos policiacos y militares, se dan cuenta que proporcionar salud a la clase proletaria no es rentable, por lo que al Estado le compete esta atribución y, por lo que, también, se da la salud dosificada ya que al Estado no le interesa mantener en condiciones mínimas esa fuerza de trabajo en abundancia y barata.

El costo de reproducción de esta fuerza de trabajo, es pagada por ella misma. Las precarias condiciones de salud, se mantienen bajas ya que al proporcionar sistemas de salud compleja y generalizadamente, esto se traduciría en un aumento del costo de reproducción de la fuerza de trabajo (por mejoramiento de una de sus condiciones) lo que incidiría en un aumento del precio total de la producción, lo cual presionaría por un aumento general del valor de la fuerza de trabajo pagada, es decir, de los salarios.

Además la división de clases ha llevado a que la clase en el poder disfrute de los servicios médicos privados, los proletarios de los servicios de asistencia social y los campesinos y lumpemproletariados a los centros y puestos de salud, es decir, que la salud es un bien, un servicio cuya accesibilidad depende exclusivamente de la capacidad de pago de parte de los distintos sectores de la población.

Supuestamente, la Universidad de San Carlos, persigue, dentro de sus fines y objetivos, beneficiar a la mayoría de la población, que es la más afectada en este sentido, como es

a través de la investigación de problemas nacionales y proposición de soluciones científicas; ésto, siendo la Facultad de Ciencias Médicas parte de la Universidad de San Carlos, persigue beneficiar a esa población que carece de las más mínimas condiciones de vida para mantenerse en un estado saludable, tratando de solucionar estos problemas, atacando las causas no los efectos y formando personal profesional capacitado para ello. Mientras la Universidad de San Carlos a través de la Facultad de Ciencias Médicas, mantenga esta posición de tratar de ser científico-total en la formación del personal profesional en el campo de la salud, estará en un conflicto al no poder conciliarse con la política que sigue el Estado a través de las políticas de Salud; ya que, éstas son científico-parciales; a simple vista no existen puntos de conciliación a no ser por un cambio de las estructuras socioeconómicas del país.

CONCLUSIONES:

Después de haber descrito y analizado el desarrollo del proceso histórico, se concluye en lo siguiente:

1. Este trabajo constituye una aproximación descriptiva y documental a manera de ensayo de la relación y determinación del modo de producción sobre los cambios y/o "innovaciones" del Curriculum de estudios de la Facultad de Ciencias Médicas y de las Políticas de Salud por parte del Estado.
2. El modo de producción ha sido determinante en la división de la sociedad en clases muy diferenciadas, por lo que la sociedad se encuentra en desequilibrio, conduciendo ésto a que se dé un desarrollo muy desigual de la potencialidad humana; dándose grandes grupos sociales en condiciones de salud deplorable, por lo que:

La salud es proporcionada en forma diferente a cada clase.

3. Las políticas sanitarias actuales, basadas en lineamientos emanados de organismos y eventos internacionales, en las que la hegemonía de los países desarrollados se impone mediante mecanismos diplomáticos, administrativos, financieros y técnicos no pueden ofrecer otra alternativa que la de desarrollar programas y acciones coherentes con los intereses

económicos y políticos del sistema dominador-dominado, por lo que, de esta situación deriva que:

El proceso productivo y el sistema social que lo sustenta definen el alcance de los propósitos y las formas de atender la salud de la población, haciéndolo basado en políticas y estrategias mal definidas sin un análisis de los procesos de salud y de enfermedad del país, es decir, de las necesidades reales de la población, de sus determinantes y de sus manifestaciones; con objetivos que adolecen de una clara definición, clarificación y cuantificación; con proyecciones idealistas y utópicas, haciendo énfasis en medidas curativas y dejando los aspectos preventivos en un plano secundario.

4. Por las características del Estado actual, las políticas de salud están destinadas a mantener en condiciones mínimas de salud a las fuerzas productivas y lograr mantener su reproducción.
5. La Educación Médica en sus inicios fue asistencialista e individual, atendiendo a la formación médica individuos de la clase dominante, siendo, además práctica y utilitarista atendiendo a las políticas de salud y, por ende, al modo de producción.

6. La Educación Médica, a través de su proceso, ha venido sistematizándose, pretendiendo formar personal médico en base a objetivos científicos totales, estando en desacuerdo con los objetivos y estrategias de las políticas de salud de parte del Estado, que son científico-parciales.

SUGERENCIAS: ~~sección y trae las bases de~~
~~análisis y conclusiones~~ y ~~soluciones~~

Se considera que, después de la descripción, análisis y conclusiones se puede sugerir lo siguiente:

1.1.1. Siendo este trabajo una aproximación, a manera de ensayo, descriptivo y documental, se sugiere que:

1.1.1.1. Se realice un trabajo exhaustivo explicativo y definiendo el objeto de estudio de la totalidad social que explique la causalidad del fenómeno salud-enfermedad; analizando lo siguiente:

- 1.1.1.1.1. Modo de producción
- 1.1.1.1.2. Acciones del Estado
- 1.1.1.1.3. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas
- 1.1.1.1.4. Saber Médico
- 1.1.1.1.5. Práctica Médica
- 1.1.1.1.6. Perfil epidemiológico, según clase sociales

Esperando que, con el análisis de lo anterior, se responda a la necesidad de formar al médico que el país necesita.

2. Se recalca, ya que a través de varios trabajos científicos de problemas sociales y económicos, se ha sugerido y recomendado que para la solución de dichos problemas es necesario e imprescindible el cambio de la estructura social, económica y política imperante, ya que, sólamente así,

se podrá aplicar y formular objetivos, estrategias y políticas de salud que tiendan a resolver y solucionar los problemas desde sus causas básicas, que respondan a las necesidades reales de la población; además de que no existiera el desacuerdo entre los objetivos y fines de la Universidad de San Carlos a través de la Facultad de Ciencias Médicas, en la formación del personal médico y el Estado, en la articulación de ese personal en la aplicación de las políticas de salud; y con lo cual sería posible la formación del médico que el país necesita.

10. ANEXO

DATOS GENERALES Y DE SALUD EN GUATEMALA:

En Guatemala, la atención de la salud-enfermedad, es parte de la superestructura del sistema económico-social, junto a las leyes, la educación, la religión, el Estado, etc.; por tanto, está condicionada a diversos factores, condiciones y circunstancias propias del sistema capitalista en que vivimos.

Datos Demográficos:

Guatemala tiene 6.435,773 habitantes (1977) en un territorio de 108,689 kilómetros cuadrados, (sin incluir Belice).

Promedio de habitantes: 59.1 x Km²

El 61.32% de esta población vive dispersa en 17,915 comunidades de 500 hasta menos de 2000 habitantes y constituye el 98.7% del total de comunidades del país. El resto vive en cabeceras municipales, cabeceras, departamentos y la Ciudad Capital.

La distribución de la población por grupos de edad, es la siguiente:

GRUPOS DE EDAD	POBLACION	%
0-4	1096.022	17,0
5-16	1639.920	26.3
14-44	2747.045	42.7
45-64	703.705	10.9
65 o más	200.081	3.1
TOTAL	6.435.773	100%

Por tanto, el 45% de la población es menor de 15 años. La pirámide demográfica resultante es una población joven.

El crecimiento vegetativo de la población es de 2.9%, por tanto, la población puede duplicarse en 24 años.

La "expectativa de vida" promedio es de 53.2 años (1971); siendo de 44.5 para la población "indígena" y de 60.7 para la población "ladina".

Natalidad:

El número de nacimientos es de 41 por cada 1000 habitantes, como promedio. (Último quinquenio)

Morbilidad:

Las principales causas de enfermedad son las diarreicas y parasitarias, así como, las respiratorias y, en general, las llamadas transmisibles (infectocontagiosas) a las cuales se suma la desnutrición.

El 41.3% de la población está aquejado por más de alguna enfermedad.

En 1965, el 80% de la población menor de 5 años estaba afectada de desnutrición.

En 1965, se encontró deterioro y déficit alimentario nutricional familiar en un 42%.

En 1975, este déficit subió a un 70% (encuestas INCAP, DGSS).

Mortalidad:

Las enfermedades diarreicas, parasitarias y respiratorias constituyen el 41.3% del total de defunciones.

El 46% de las defunciones ocurren en niños menores de 5 años.

La tasa de mortalidad general es de 12.9 x 1000 en 1975; en algunos departamentos de población predominantemente rural, alcanza hasta 21.5% por 1000 habitantes.

El 25% de defunciones tuvo algún tipo de asistencia médica.

El 75% restante no tuvo asistencia o fue atendido por "empíricos".

De acuerdo al Plan de Desarrollo del Consejo Nacional de Planificación Económica - Sector Salud- existen los siguientes programas o actividades a cargo de las instituciones de salud:

- a. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- b. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
- c. Sanidad Militar
- d. Instituciones privadas (ayuda mixta privada y el Estado):

Cruz Roja, Liga contra el Cáncer, Liga de la Poliomielitis, Liga antituberculosa, etc.

e. Instituciones privadas:

Hospitales y Clínicas Privadas

f. Consultorios municipales

Los programas son:

1. Atención Médica:

37 hospitales nacionales y 25 del IGSS

Centros de Salud Tipo A y B; 158 nacionales y 14 del IGSS.

490 Puestos de Salud Nacionales y 27 del IGSS, para consultas externas y hospitalización.

Las demás instituciones prestan servicios pero poco significativos.

Hay 32 Hospitales y Casas de Salud, privados.

2. Atención Materno Infantil y Familiar:

Para consultas, hospitalización y actividades familiares.

Se atendieron:

En hospitales nacionales:

284,391 consultas maternas

464,262 consultas infantiles

En el IGSS:

94,132 consultas maternas

En conjunto, se logró dar atención únicamente al 17% de la población materna.

En lo referente a partos:

Atendidos en hospitales:	18%
Atención empírica	2%
Sin atención	80%
Atendidos por médico o comadrona	26%
Con atención empírica	66%
Sin atención	8%

O sea que, de 242,657 partos ocurridos en 1975, 160,154 fueron atendidos empíricamente y 19,412 sin atención.

3. Vigilancia epidemiológica Control de Enfermedades trasmisibles:

Inmunizaciones (vacunaciones) se obtuvo un 50% de cobertura.

Control de la malaria (páludismo): en 1977 hubo 34,907 casos.

Control de Enfermedad de Chagas. Con programa, sin completo control.

Control de Oncocercosis. Con programa, sin completo control.

Control de Tifus. Bajo control

Control de Fiebre Amarilla. Bajo control

Control de Enfermedades Venéreas. Con programas de atención pero sin lograr total cobertura del programa.

Control de rabia, poliomielitis, tuberculosis, etc.

Todas bajo control pero con una cobertura aún más baja de lo necesario.

4. Atención de Nutrición y Alimentación:

Servicios de educación y recuperación nutricional.

Programas de Bienestar Infantil y Familiar

El 80% de los niños de 0 a 5 años tiene algún grado de desnutrición y su atención apenas llega al 0.5% de Desnutridos de todo el país.

5. Programas de Saneamiento Ambiental:

Dotaciones de agua potable, acueductos, alcantarillado.

La población beneficiada urbana es el 76%; de la población rural el 18.4%.

Drenajes, letrinas y fosas sépticas. Teniendo el 51% de la población urbana beneficiada y tan sólo el 11% de la población rural.

Disposición de desechos: basureros, drenajes de aguas negras.

Con programas que pretenden el control pero no se tienen mayores datos.

Control de mercados para 1973; sólo 147 municipios tenían mercado, el 45%.

Control de rastros, para 1973; sólo 71 municipios tenían rastro, el 22%.

Control de alimentos por Inspectores Sanitarios en Centros y Lugares de distribución de alimentos (mercados, tiendas, etc.).

Programa que no logra ni el control ni la cobertura del problemas.

En resumen, la situación de saneamiento ambiental es bastante crítica, pues, la mayor parte de la población no cuenta con los servicios básicos.

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL:

Atiende los siguientes programas:

1. Accidentes, en general
2. Enfermedad Común
3. Maternidad
4. Invalidez, vejez y sobrevivencia (IVS) en desarrollo.

Los programas del IGSS sólo cubren a la población afiliada, por ser trabajadores del Estado o Empresas Privadas y su cobertura es parcial a algunos departamentos (los menos) así como cubre parcialmente en el caso de los niños a quienes atiende hasta los dos años.

Por tanto, la mayoría de la población queda fuera de los programas del IGSS. Las demás instituciones mencionadas tienen sus programas, pero su cobertura es baja, parcial, temporal y llena un mínimo de eficacia en cuanto al alto porcentaje de necesidades.

RECURSOS DE SALUD:

Para este panorama, los recursos de salud son los siguientes:

1. Recursos físicos:

Hospitales, Centros de Salud, Puestos de Salud, Consultorios y Clínicas ya mencionados.

Hospitales nacionales.....	9,045 camas	75.0%
Hospitales del IGSS.....	2,017 camas	15.6%
Hospitales privados.....	1,024 camas	8.4%
TOTAL-.....	12,086 camas	100%

Datos de 1975

El Sector Salud para atender aceptablemente a la población, necesitaría ampliar su número de camas por lo menos a 18,000 o sea: 3 x 1000.

2. Recursos humanos: (1976)

Servicios de Salud IGSS

Médicos	1329	570
Odontólogos	120	30
Enfermeras P	800	1564
Auxiliares	3911	6.1
enfermería		4.1
Inspectores	193	2.1
TS	146	2.1
Laboratoristas	322	

La distribución del personal médico y paramédico se concentra, en su mayoría, en la capital, produciéndose una desproporción manifiesta entre los Departamentos y la Capital.

Debe asentarse claramente que el personal de salud médico y paramédico es aún muy bajo para cubrir las necesidades del país y la Facultad de Ciencias Médicas por medio de sus alumnos-practicantes y médicos infierri en EPS, ayudan efectivamente a la cobertura de la atención médica en casi todo el país.

3. Recursos económicos:

El presupuesto es bajo, pues las necesidades de servicios de salud son altos y se deberían incrementar, pues, hacia 1975, el presupuesto llegó al 5.4% del gasto total del Sector Público del Presupuesto Nacional.

Tomado de : Gaitán, Mario A., "Estructura de la práctica médica de Guatemala, Organización de la atención médica en Guatemala". Fac CCMM USAC.

Estructura social guatemalteca:

1. Estructura Agraria:

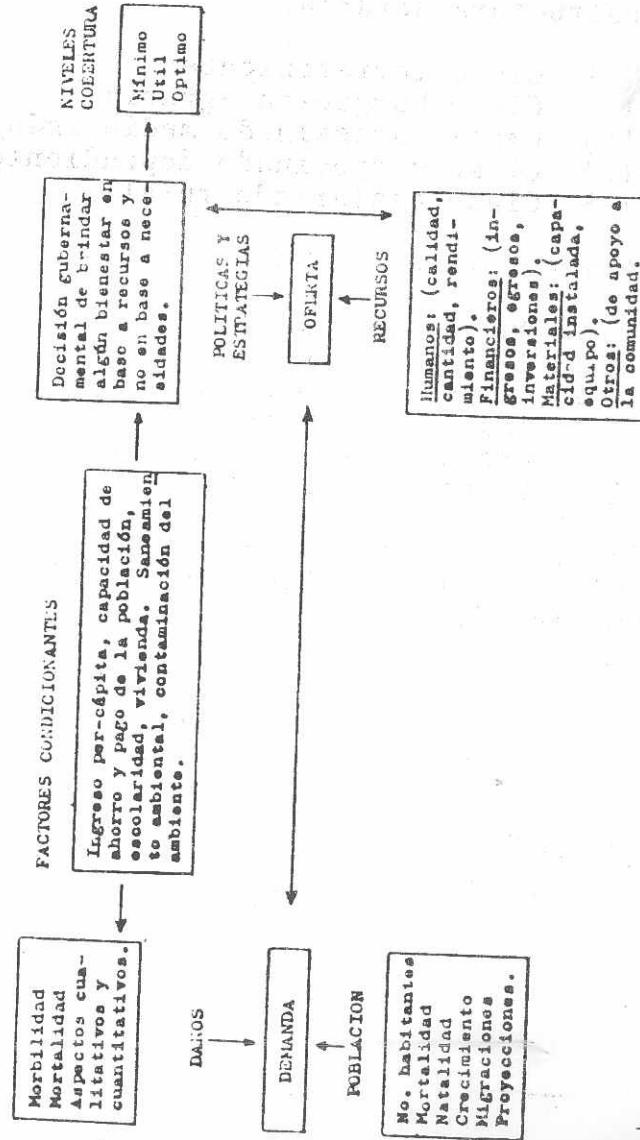
- 1.1 Clase terrateniente
- 1.2 Clase burguesía agraria
- 1.3 Clase campesinado medio independiente
- 1.4 Clase campesinado dependiente
- 1.5 Clase asalariado rural

2. Estructura Urbano Industrial:

- 2.1 Burguesía industrial
- 2.2 Burguesía comercial
- 2.3 Burguesía financiera
- 2.4 Asalariados medios
- 2.5 Proletariado Urbano-Industrial
- 2.6 Lumpen-proletariado

Tomado de: "Elementos teóricos y conceptuales para el análisis del fenómeno salud-enfermedad en Guatemala". OPCA. Fac CCMM. 1979.

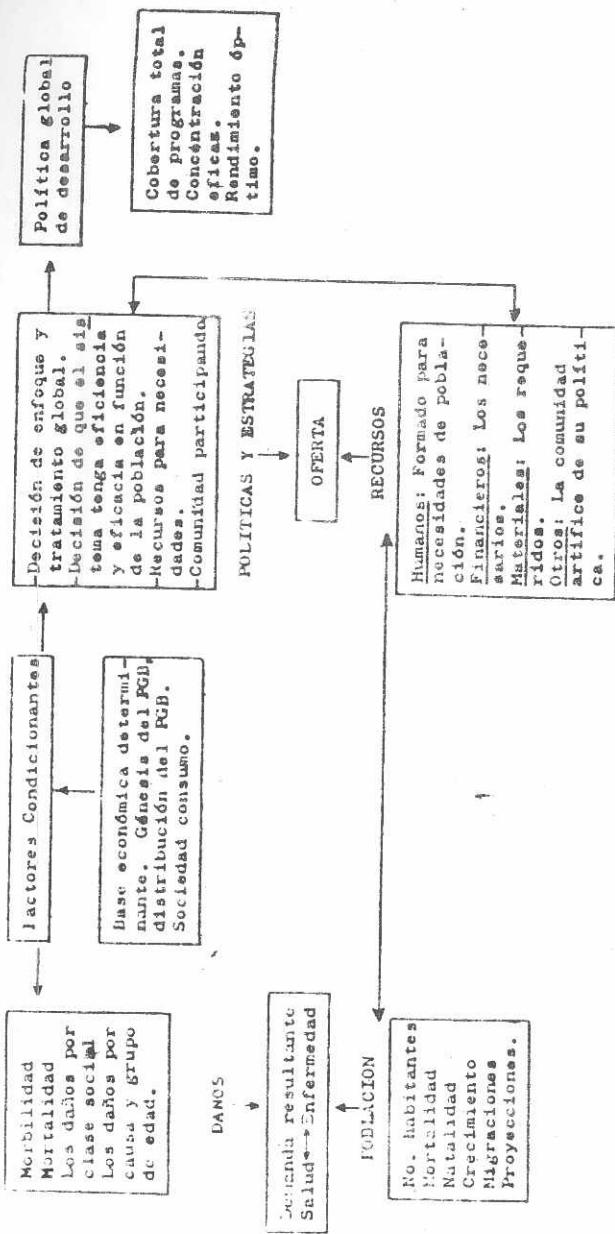
CUADRO N° 1: ELEMENTO A TENER EN CUENTA PARA DEFINIR POLITICAS Y ESTRATEGIAS DE SALUD, BASANDOSE EN LA CAPACIDAD DE PAGO DE LA POBLACION Y EN RECURSOS.



IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

Tomado de: Nilia E., Héctor A. "Elementos a tomar en cuenta para definiciones de Estrategias y Políticas de Salud". Facultad de Ciencias Médicas. Fase III

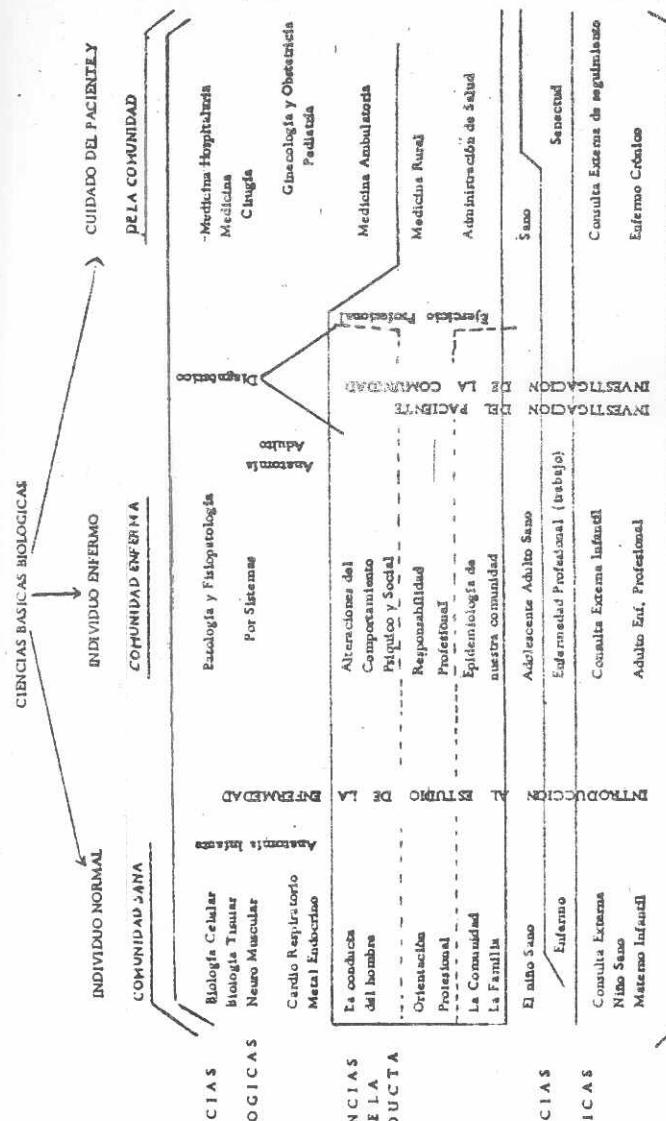
DISEÑO DE POLITICAS Y ESTRATEGIAS



IDENTIFICATION OF STOMAT

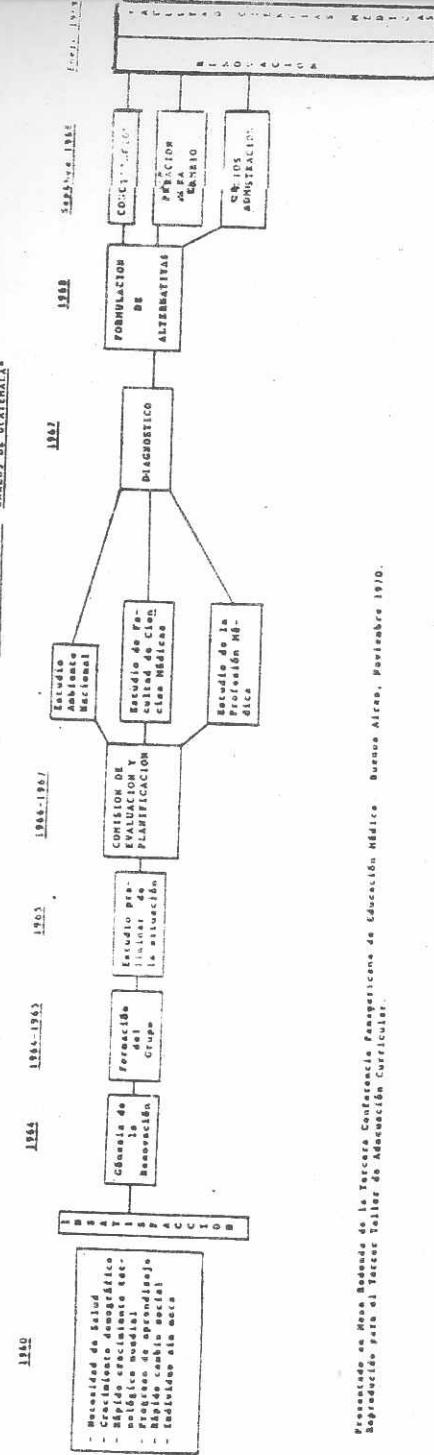
Tomado de: Null h., Héctor A. "Elementos a tomarse en cuenta para definiciones de Estrategias y Políticas de Salud". Facultad de Ciencias Médicas. Encuentro III.

卷之三



Tomado de: *Diseño Curricular 1968. Facultad de Ciencias Médicas. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de La Plata.* Luna A., Ronaldo. Características del Nuevo Curriculum. GUARO No. 3

ESTRATEGIA DEL CAMBIO CURRICULAR DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA



Presentado en Mesa Redonda de la Tercera Conferencia Panamericana de Educación. Reproducción fechada por Taller Taller de Adapación Curricular. Buenos Aires, noviembre 1910.

CUADRO N° 4

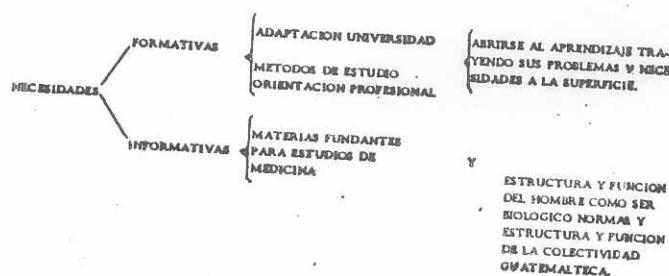
PLAN DE ESTUDIOS FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS	PRIMERA FASE			SEGUNDA FASE			TERCERA FASE			FASE	
	1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10.	11o.
CIENCIAS BIOLOGICAS	Mate. I Quim. I Biol. I f.s.	Matem. II Quim. II Biol. II f.s.	Anatomía Macrofísica Biol. II f.s.	Patología Histología Celular y Humana Biol. II f.s.	Patología Histología Celular y Humana Biol. II f.s.	Patología Histología Celular y Humana Biol. II f.s.	Psicopatología Humanas Taller Biol. II f.s.	Psicopatología Humanas Taller Biol. II f.s.	Psicopatología Humanas Taller Biol. II f.s.	Psicopatología Humanas Taller Biol. II f.s.	Psicopatología Humanas Taller Biol. II f.s.
CIENCIAS DE LA CONDUCTA	Psicolo. de la Personalidad y Ecológia	Comunil. y Lenguaje Antropolo. gía	Desarrollo de la Personalidad Individual y Sociología a la Guanajuatense	Desarrollo de la Personalidad Individual y Sociología a la Guanajuatense	Desarrollo de la Personalidad Individual y Sociología a la Guanajuatense	Desarrollo de la Personalidad Individual y Sociología a la Guanajuatense	Psicopatología Individual Social	Psicopatología Individual Social	Psicopatología Individual Social	Psicopatología Individual Social	Psicopatología Individual Social
CIENCIAS CLINICAS	Métodos de ESTUDIO	ORIENTACION PROFESSIONAL	MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN	MÉTODOS DE RESPONSABILIDAD DEL TRABAJO	MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN	MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN	MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN	MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN	MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN	MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN	MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN
	ENTREVISTA	CLINICA NUNO SANO	CLINICA NUNO SANO	CLINICA INF. NUTRICION Adolesc. Adulto Sane	CLINICA INF. NUTRICION Adolesc. Adulto Sane	CLINICA INF. NUTRICION Adolesc. Adulto Sane	CLINICA INF. NUTRICION Adolesc. Adulto Sane	CLINICA INF. NUTRICION Adolesc. Adulto Sane	CLINICA INF. NUTRICION Adolesc. Adulto Sane	CLINICA INF. NUTRICION Adolesc. Adulto Sane	CLINICA INF. NUTRICION Adolesc. Adulto Sane

CUADRO No. 5

Diseño curricular 1969. Luna A., Ronaldo. Facultad de Ciencias Médicas. Características del nuevo currículum de la Escuela. Facultad de Ciencias Médicas.

OBJETIVOS DE LA FASE I.

LOS OBJETIVOS DE LA FASE I. SON LOS DE SATISFACER LAS NECESIDADES ESTUDIANTILES SIGUIENTES:



PRIMERA FASE

CONTENIDO GENERAL

CIENCIAS BIOLOGICAS	70% ORGANISMO VIVO	70% LA ESTRUCTURA Y FUNCION DEL HOMBRE COMO SER BIOLOGICO NORMAL
	a) Materias Fundantes b) Introducción a Estudios Bio-Médicos	
CIENCIAS DE LA CONDUCTA	20% SE HUMANO	20% LA ESTRUCTURA Y FUNCION DE LA PERSONALIDAD HUMANA NORMAL
	a) METODOS DE ESTUDIO (x) b) INTRODUCCION A ESTUDIOS PSICO-SOCIALES	
CIENCIAS CLINICAS	c) ORIENTACION UNIVERSIT. (x)	LA ESTRUCTURA Y FUNCION DE LA COLECTIVIDAD GUATEMALTECA
	10% INTRODUCCION A LOS ESTUDIOS CLINICOS.	
ORIENTACION PROFESIONAL		10% CRECIMIENTO Y DESARROLLO HUMANO

(x) = Curso Integrado.

CUADRO No. 6

Diseño curricular, 1969. Luna A., Ronaldo. Características del nuevo
Curriculum. Facultad de Ciencias Médicas.

FASE I.

CONTENIDO ESPECIFICO
PRIMER AÑO.

		2a. 8 Semas.	2a. 2a. 8 Semanas	2a. 11 Semanas	1a. Semanas.
CIENCIAS BIOLOGICAS	UNIVERSITARIA	MATE ESI - BIOLO - QUI -	LIBRE PROFEDEUTICA DE LA CIENCIA	MATICAS CA GIA MICA	BIOMATEMA BIOFISICA - BIOLOGIA - BIOQUIMICA -
CIENCIAS DE LA CONDUCTA	ORIENTACION	PSICO LA PER ECOLO	LIBRE	LOGIA DE SONALIDAD GIA	ESTUDIO COMUNICACION Y ANTROPOLOGIA
CIENCIAS CLINICAS		ACTIVI- DAD	OPTATIVA	METODOS INTRODUCCION ESTUDIOS	UNIDAD DE LA VIDA LENGUAJE SOCIAL A LOS CLINICOS

FASE I.

CONTENIDO ESPECIFICO DE
SEGUNDO AÑO.

		2a. 6 Semanas.	2a. 2a. 8 Semanas	1a. 2a.	16 Semanas.
CIENCIAS BIOLOGICAS	PROFESSIONAL	INTRODUCCION BIOLOGIA BIOLOGIA	ESTADISTICA MEDICA	A LA HUMANA CELULAR	BIOLOGIA HUMANA POR SISTEMAS
CIENCIAS DE LA CONDUCTA	ORIENTACION	DESARROLLO PERSONA	LIBRE ESTADISTICA MEDICA	DE LA LIDAD	SOCIOLOGIA MEDICA DE LA FAMILIA GUATEMALTECA
CIENCIAS CLINICAS		CRECI Y DEZA	ESTADISTICA MEDICA	MENTO RROLLO	CRECIMIENTO Y DESARROLLO UNIDAD DE SALUD

CUADRO No. 7

Contenidos Específicos de Fase I. Diseño Curricular, 1969. Ronald A. Luna A. Facultad de Ciencias Médicas. Características del Nuevo Curriculum.

OBJETIVOS DE LA FASE II



SEGUNDA FASE

CONTENIDO GENERAL

TERCER AÑO:		CUARTO AÑO:	
INTRODUCCION AL ESTUDIO DE LA ENFERMEDAD	60% ORGANISMO ENFERMO		
	PATOLOGIA CELULAR Y TISULAR	UNIDADES INTEGRADAS SOBRE PROBLEMAS ESPECIFICOS	
	20% EL SER HUMANO ENFERMO		20% FISIOPATOLOGIA DEL ENFERMO
	PSICOPATOLOGIA INDIVIDUAL Y SOCIAL	UNIDADES INTEGRADAS	UNIDADES FISIOPATOLOGIA CLINICA
	EL SER COLECTIVO ENFERMO		
	20% EL ENFERMO	UNIDADES INTEGRADAS	20% EL CONFLICTO DE LA ENFERMEDAD
	SU FAMILIA Y SU MEDIO		UNIDADES MEDICINA PSICOSOMATICA MEDICINA DEL TRABAJO
	EL ENFERMO CRONICO		EL QUE HACER COLECTIVO QUE ENFERMA
			60% UNIDADES INTEGRADAS
			MEDICINA GENERAL
			MEDICINA AMBULATORIA MEDICINA HOSPITALARIA
MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN DE PACIENTE Y COLECTIVIDAD			

CUADRO No. 8

Contenidos y Objetivos Específicos de Fase II. Diseño Curricular.
Luna A., Ronaldo. Características del Nuevo Curriculum, 1969.
Facultad de Ciencias Médicas.

FASE II
CONTENIDO ESPECIFICO
TERCER AÑO

CIENCIAS BIOLOGICAS CIENCIAS DE LA CONDUCTA CIENCIAS CLINICAS	INTRODUCCION ESTUDIO DE LA ENFERMEDAD	METODOLOGIA DEL ESTUDIO DEL ENFERMO										CLINICAS
		NECROPSIAS	GENETICA	DESTITUCION	TUBERCULOSIS	LIBRE	DIARREA	MALARIA	ANEMIA	CARDIOVASCULAR	RENAL	
LIBRE												

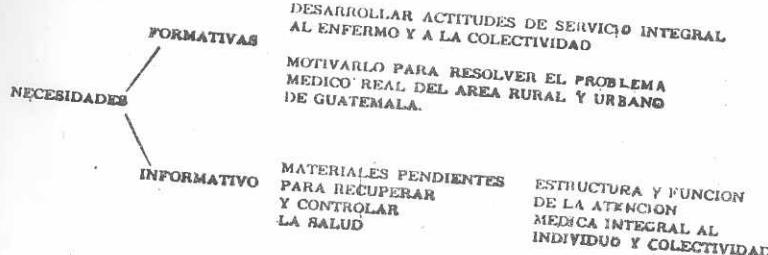
FASE II
CONTENIDO ESPECIFICO
CUARTO AÑO

CIENCIAS BIOLOGICAS CIENCIAS DE LA CONDUCTA CIENCIAS CLINICAS	METODOS DE INVESTIGACION DE PACIENTE COLECTIVIDAD	18 Semanas		20 Semanas		22 Semanas		UNIDAD INTEGRADA DE MEDICINA CIRUGIA CONSULTA EXTERNA SALAS DE MEDICINA DOMICILIARIA VISITA	
		AUTOPSIAS	CLINICAS	UNIDAD DE TRABAJO	TRAJMA	UNIDAD DE CAMPO	OTORRINOLARINGOLOGIA	RESPONSABILIDAD PROFESIONAL	
		NEUROLOGIA PSICOSOMATICA MATERIAL INFANTIL LIBRE		UNIDAD DE TRABAJO TRAJMA UNIDAD DE CAMPO OTORRINOLARINGOLOGIA VENERAS					

CUADRO No. 9
Diseño Curricular 1969. Lunes A., Ronald. Características del Nuevo
Curriculum. Facultad de Ciencias Médicas.

OBJETIVOS DE LA FASE III

LOS OBJETIVOS DE LA FASE III SON LOS DE SATISFACER LAS NECESIDADES ESTUDIANTILES SIGUIENTES:



TERCERA FASE

CONTENIDO GENERAL

QUINTO AÑO	SEXTO AÑO:
10% INTERPRETACION BIOLOGICA DE LA ENFERMEDAD	10% DE LA CIENCIA BIOLOGICA TECNOLOGIA
20% DINAMICA EMOCIONAL DEL ENFERMO	20% MANEJO DEL ENFERMO MENTAL
MANEJO DE LA SALUD COLECTIVA	PROGRAMACION DE SALUD PUBLICA.
70% MANEJO DEL PACIENTE HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	70% REHABILITACION DEL ENFERMO HOSPITALARIO Y AMBULATORIO.

EJERCICIO PROFESIONAL
UNIDADES CLINICAS INTEGRADAS
SERVICIOS INTEGRADOS

CUADRO No. 10

Diseño Curricular 1969. Luna A., Ronaldo. Características del nuevo currículum. Facultad de Ciencias Médicas

INVESTIGACION	NECROPSIA									
	VIDA Y MUERTE	ENFERMEDAD MENTAL	DES NUTRICION	DIARREA	TUBERCULOSIS	RECESO	DERMATOLOGIA	INFURINAMIA	METAXENICAS	MEDICAMENTO
INVESTIGACION										
METODOLOGIA CLINICA	SALUD ESCOLAR SALUD UNIVERSITARIA SALUD LABORAL									
MEDICINA COLECTIVIDAD										

CUADRO No. 11

Diseño Curricular 1977 Luna A., Ronaldo. Características del nuevo Currículum.
Facultad de Ciencias Médicas,

CIENCIAS BIOLÓGICAS	TRABAJO EN EL HOSPITAL	TRABAJO EN CLINICAS FAMILIARES
	MEDICINA Y CIRUGIA	
CIENCIAS DE LA CONDUCTA	UNIDAD DE ATENCION MEDICA HOSPITALARIA	UNIDAD MEDICINA FORENSE
		UNIDAD TRAUMA
CIENCIAS CLÍNICAS	SHOCK	COMA
		UNIDAD INVESTIGACION

TERCERA FASE
CONTENIDO ESPECIFICO
QUINTO AÑO

3 Semanas 8 Sem. 2a. 8 Sem. 8 Sem. 8 Sem.

Unidades:	CLINICAS			INTEGRADAS:
	CIRUGIA	MEDICINA	SALUD PUBLICA	
CIENCIAS			AREA RURAL	
BIOLOGICAS			ADMINISTRACION	
CIENCIAS DE LA			EXERCICIO PROFESIONAL	
CONDUCTA.			OBSTETRICIA	
CIENCIAS CLINICAS.			PEDIATRIA	
			ELECTIVO.	

TERCERA FASE
INTERNADO

SERVICIOS	INTEGRADOS.		
	Ciencias	Biologicas	Medicina
CIENCIAS			PEDIATRIA
BIOLOGICAS			RURAL (Chimaltenango)
CIENCIAS DE LA			CIRUGIA
CONDUCTA.			OBSTETRICIA
CIENCIAS CLINICAS.			OPTATIVA.

CUADRO No. 12

Diseño curricular 1969. Luna A., Ronaldo. Características del nuevo
Curriculum. Facultad de Ciencias Médicas

FASE I
PRIMER AÑO

DISEÑO DE
1977

	EPISTEMOLOGICO		CIENTIFICO			TECNOLOGICO	
	APRENDIZAJE	UNIVERSIDAD	CAUSALIDAD	ORGANIZACION	GUATEMALA	ENERGIA	NUTRICION
CIENCIAS BIOLOGICAS	A P R E N D I Z A J E	U N I V E R S I D A D	C A U S A L I D A D	O R G A N I Z A C I O N	G U A T E M A L A	E N E R G I A	N U T R I C I O N
CIENCIAS DE LA CONDUCTA							
CIENCIAS CLINICAS							

FASE I
SEGUNDO AÑO

CUADRO N° 13

	FORMACION → CAPTACION ENERGIA → MOVIMIENTO → PRODUCCION → REPRODUCCION					
	ALIMENTACION	VIDA RELACION	DEPORTE	TRABAJO	REPRODUCCION	VITAL
CIENCIAS BIOLOGICAS	A L I M E N T A C I O N	V I D A R E L A C I O N	D E P O R T E	T R A B A J O	R E P R O D U C I O N	B A L A N C E
CIENCIAS DE LA CONDUCTA						
CIENCIAS CLINICAS						

Diseño Curricular. Luna A, Ronaldo. Facultad de Ciencias Médicas.

FASE III
QUINTO AÑO

DISEÑO DE

1977

CIENCIAS BIOLOGICAS	EJERCICIO PROFESIONAL								INTEGRADO	
	MATERNO				INFANTIL				E L E C T I V O	M E D I C I N A I N T E G R A L
	PER F E R T I L I D A D	M B A R A Z O D A D	P R O B O L E S M A S I C O E	P R E R I N A T O L O G I A	N I N O S A N G O	M A I N U T R I C I O N	N I N O S A N G O	M A I N U T R I C I O N		

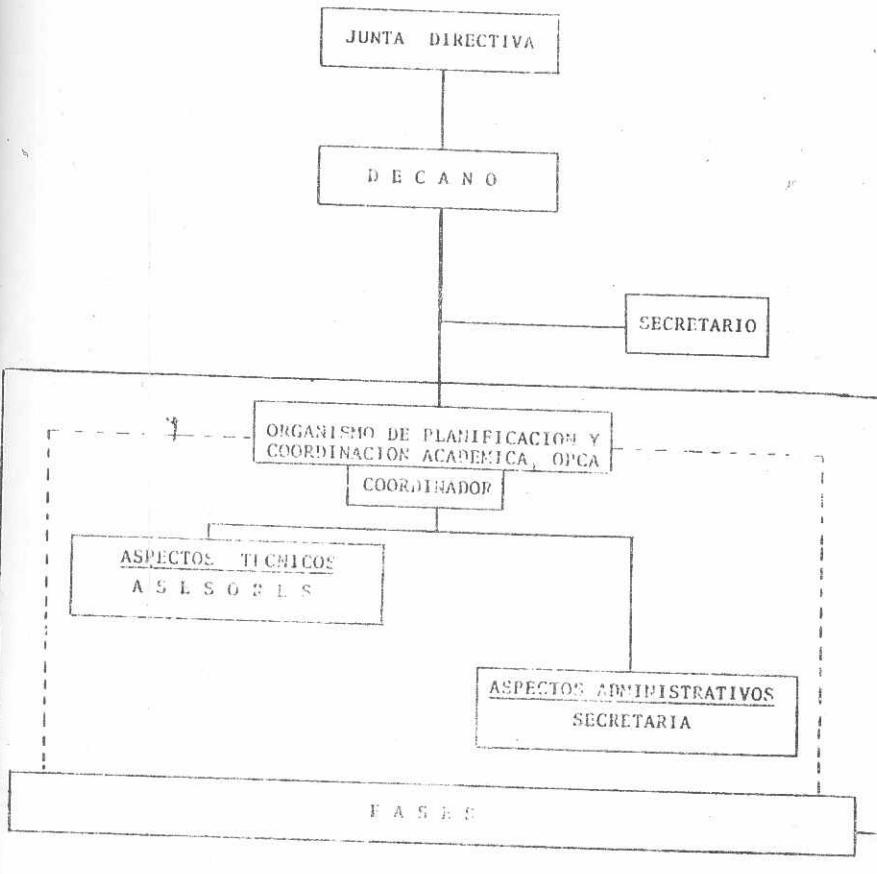
FASE III
SEXTO AÑO

CIENCIAS BIOLOGICAS	EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO		
	EPS HOSPITALARIO		EPS RURAL

CUADRO No 14

Diseño Curricular. Luna A., Ronaldo. FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ORGANISMO DE PLANIFICACION Y
COORDINACION ACADEMICA, OPCA

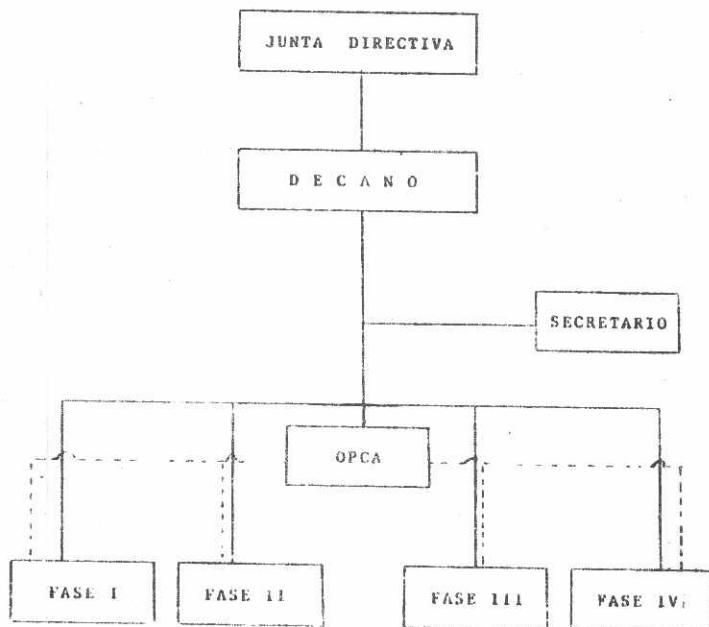


CUADRO No. 15

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ORGANISMO DE PLANIFICACION Y
COORDINACION ACADEMICA, OPCA

UBICACION DEL ORGANISMO DE PLANIFICACION

Y COORDINACION ACADEMICA, ("OPCA")

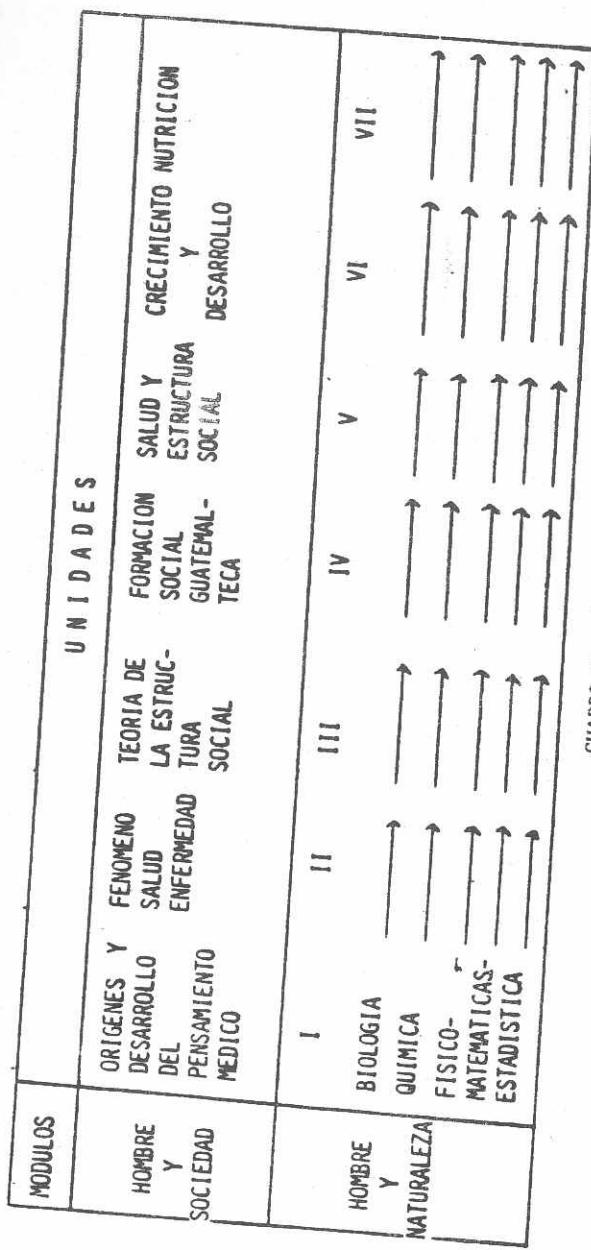


CUADRO No. 16

CATEGORIA	CONTENIDO	CONTENIDOS		AREAS
		CIENCIA Y TECNOLOGIA	CIENCIAS TECNICAS	
LO GENERAL	CIENCIAS SOCIALES: Conocimiento científico de la sociedad	Integridad de la ciencia	(LO UNIVERSAL) Filosofia científica	
LO PARTICULAR	Epidemiología: Conocimiento científico del proceso (fenómeno) salud-enfermedad en Guatemala	Saber médico integrado	(LO GENERAL) Historia, economía, sociología y epistemología	ESTADISTICA CC. GENERALES
LO SINGULAR	Biología y Clínicas: Conocimiento científico del proceso salud-enfermedad en el individuo	Praxis médica integral	Historia, economía y sociología de Guatemala. Ciencias Biológicas Matemáticas	EPIDEMIOLOGIA ESTADISTICA

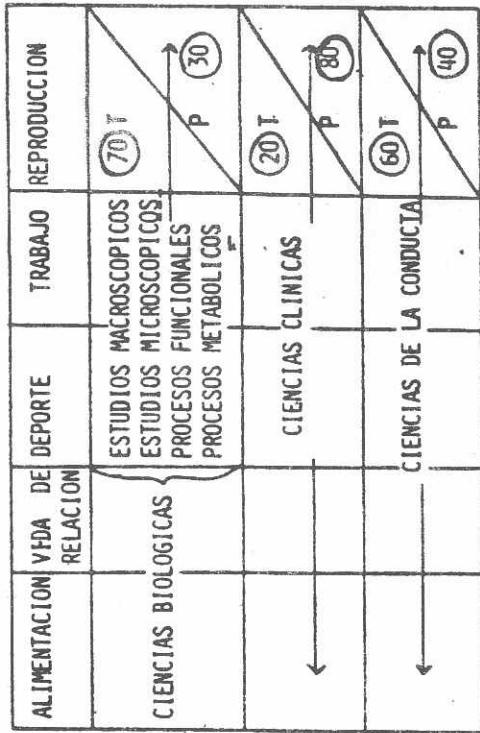
Adecuación del Curriculun. OPCA, 1980. CUADRO No. 17. Facultad de Ciencias Médicas. Cuarto Taller.

PRIMER AÑO



CUADRO No. 18

Curriculum actual



CUADRO N°. 19

Curriculum actual

NECROPSIAS

DES NUTRICION-DIARREA-ENFERMEDAD RESPIATORIA		N F E C C I O N		DERMATOLOGIA TRAUMA I Y VENEREAS
COLECTIVIDAD		ENFERMEDADES INFECCIOSAS		SALUD LABORAL

INVESTIGACION

CUADRO N°. 20 Curriculun actual

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CUARTO AÑO

ATENCION MEDICA HOSPITALARIA	
MEDICINA Y CIRUGIA	
UNIDAD SHOCK	UNIDAD COMA
	UNIDAD MEDICINA FORENSE

ATENCION MEDICA AMBULATORIA	
CLINICA FAMILIAR	TRAUMA II
UNIDAD MEDICINA FAMILIAR	
INVESTIGACION	

CUADRO No. 21

Curriculum actual

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

QUINTO ANO

CUARTO NÚMERO 12

Curriculum action

19

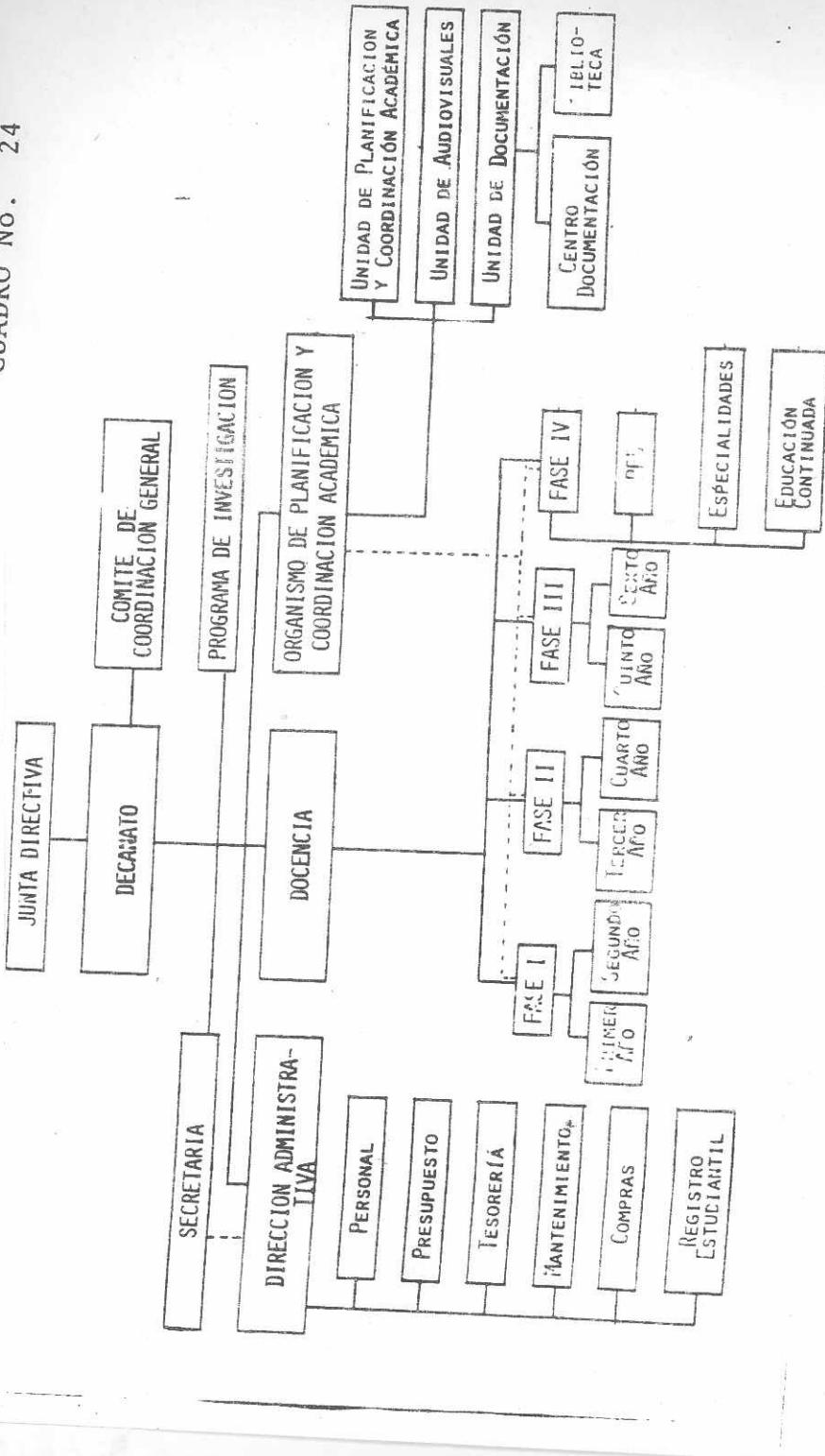
SEXTO AÑO

EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO RURAL	EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO HOSPITALARIO - MÉDICO QUIRÚRGICO - MATERNO INFANTIL
---	---

CUADRO No. 23 Curriculum actual

ESQUEMA DE LA ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.
1980.

CUADRO No. 24



REFERENCIAS:Visión Teórica y Conceptual

1, 2, 3, 4, 5 y 6: Harnecker, Marta. "Los conceptos elementales del materialismo histórico". Siglo XXI. México. 40a. 1979.

7, 8, 9, 10, 11 y 12: OPCA. Cuarto Taller de Adecuación del Curriculum; Modelo teórico de curriculum". Fac CCMM. USAC. 1980.

13, 14, 15, 16 y 17: Aguilera, Gabriel y equipo de investigadores de CIDCA, "El Estado, la lucha de clases y la violencia en Guatemala". Revista de extensión cultural, Universidad Centroamericana. José Simeón Cañas. Año XXXIII. junio-julio 1978.

18: Nuñez Tenorio, J. R. "Noción política. Doc 2. Fase III. Fac CCMM , USAC. 1977.

19: Sánchez, López. José Rómulo. "Las ciencias sociales y la salud". Escuela de Trabajo Social. USAC.

- 20, 21, 22, 23, 24, 25 y 26: Waldheim C., Carlos. "Normas en la atención de la Salud". Fac CCMM. USAC. 1978.
- 27, 28, 29, 30 y 31: _____. "La Salud, la política sanitaria y la formación del recurso humano para la salud en los países subdesarrollados. Trabajo preparado con ocasión del Primer Taller del Proceso de Adecuación del Curriculum. Fac CC MM. USAC.
- 32, 33, 34 y 35: Nuila E., Hector A. "Elementos a tomarse en cuenta para definición de estrategias y políticas de salud" Fac CCMM. USAC. Fase III. 1976
- Desarrollo del Proceso Histórico:
- Período precolombino. Estado teocrático politeísta.
- 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20: Tomado y mencionado en Guzman Boëckler, Carlos y Jean Loup Herbert. "Gu-

- temala: una interpretación histórico social". Siglo XXI. México. 5ta. 1975.
- 21 y 22: Jonas Susa, y David Tobis. "Guatemala: una historia inmediata" Siglo XXI. México. 2da. 1979.
- 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43 y 44: Martínez Durán, Carlos. "Las Ciencias médicas en Guatemala; origen y evolución". Ed. Universitaria. Guatemala. Vera. 1964.
- 45: Guzmán Boëckler, op.cit pp 29
- 46: Ibid, pp 31
- Período de la Conquistación y el asentamiento
- 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, y 17: Luján Muñoz, Jorge. Inicios del dominio español en Indias. Eds Universitaria. Guatemala. 1a Ed. 1968.

- 18: Jonas Susane y David Tobis. Guatemala. Una historia inmediata, Siglo XXI. Ed. México 2da. 1979.
- 19: Guzman Boeckler, Carlos Jean LoupHerbert. Guatemala, una interpretación histórica social Siglo XXI. Ed. México. 5ta. 1975.
- 20, 21, 22, 23, 24 y 25: Jonas, op cit. p 37-39
- 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34 y 35: Martínez Durán, Carlos. Las Ciencias Médicas en Guatemala. Origen y evolución. Ed universitaria. Guatemala 3a. 1964.
- 36: Guzman B., op cit
- 37: Jonas, op cit pp 39
- Período colonial:
- 1, 2, 3, 4 y 5: Guzman B., Carlos Jean LoupHerbert. Guatemala, una interpretación histórico social. Siglo XXI. Ed. México 5ta. 1975.

- 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46:
- Sierra, Mario Rolando. Recopilación histórica de "La vida económica durante la época colonial", Diario el Gráfico. Guatemala. 1980. p7
- 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54 y 55: Jonas Susane David Tobis. Guatemala: una historia inmediata Siglo XXI. Ed. México 2da. 1979
- 56: Martínez Peláez. "La política agraria, colonial y los orígenes del latifundismo en Guatemala, Revista Económica. No. 22 IIES. USAC. Del mismo autor, La patria del criollo. Ed universitaria. 1971
- 57 y 58: IIES. Los rasgos fundamentales de la formación social guatemalteca. No. 62 Año XVII. 1979.

59, 60 y 61: Martínez Durán, Carlos. Las Ciencias Médicas en Guatemala, origen y evolución. Ed universitaria. 1964.

62, 63, 64, 65, 66, 67 y 68: Aguilera, Gabriel. Equipo de investigadores CIDCA. "El Estado la lucha de clases y la violencia en Guatemala. Universidad centroamericana José Simeón Cañas. Año XXXIII. junio-julio 1978

1871-1944 Estado Oligárquico terrateniente (acumulación originaria)

1, 2, 3, 4 y 5: Susane Jonas, David Tobis. "Guatemala; una historia inmediata. Siglo XXI. México, 2da. 1979.

6: Cueva, Agustín. "El desarrollo del Capitalismo en América Latina". Siglo XXI. 1977

7, 8, 9, 10 y 11: Jonas. op cit p 41

12 y 13: IIES: "Los rasgos fundamentales de la formación social guatemalteca" Revista de Económicas No. 62. Año XVII. 1979.

14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20: Martínez Durán, Carlos. "Las ciencias médicas en Guatemala; origen y evolución". 1964

21, 22, 23, 24 y 25: García, Juan César. "La articulación de la medicina y de la educación en la estructura social".

26: Soper, Fred L. "Building the health bridge". mencionado en García, Juan César, op cit p 10

27, 28 y 29: García. op cit p 10

30, 31, 32, 33 y 34: Aguilera Gabriel y equipo de investigaciones de CIDCA. "El Estado la lucha de clases y la violencia en Guatemala. junio-julio 1978.

1944-1954 Estado Nacional-Burgués (acumulación de capital independiente).

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14:

14: Jonas Susane, David Tobis; "Guatemala una historia inmediata", Siglo XXI. 1979.

15: de León, Julio. "Educación Médica", Eros. ACAFAM. 1976.

16: García, Juan César. La articulación de la Medicina y la educación en la estructura social. Fotocopiado.

17: de León. op cit p 126

18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26: García. op cit

27, 28, 29, 30, 31, 32, 33: Aguilera Gabriel y equipo de investigaciones CIDCA. El Estado la lucha de clases y la violencia en Guatemala. junio-julio 1978.

1954-1980 Estado Autocrático (acumulación de capital monopólico)

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14,

15, 16, 17, 18: Jonas Susane, Tobis David.

Guatemala, una historia inmediata. Siglo XXI. 1979

19, 20, 21, 22, 23, 24, 25: IIES. Los rasgos fundamentales de la formación social guatemalteca. Revista de Economía No. 62. Año XVII. 1979

26, 27, 28, 29, 30, 31: García, Juan César. La articulación de la medicina y de la educación en la estructura social. fotocopiado.

32: Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XXIII Reunión del Comité Regional para las Américas. Washington D.C. 1971.

33: García. op cit - p 40

34, 35, 36: Pampana, Emilio. La erradicación de la malaria. Boletín OPC. 1958.

37: Payer, Anthony B. La erradicación de enfermedades como factor económico. OSP 1963.

38: H. Fossaert, A Llopis y C. H. Tigre. Sistemas de vigilancia epidemiológica.

- 39: K, Raska. The epidemiological surveillance programe. Vol 8. 1964.
- 40: Forssaert. op.cit
- 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50: Plan Nacional de Desarrollo, Sector Salud. 1978-1982.
- 51, 52: Aguilera P., Gabriel y equipo de investigadores de CIDCA. El Estado la Lucha de clases y la violencia en Guatemala. junio-julio 1978.
- 53: Luna A., Ronaldo. Facultad de Ciencias Médicas. USAC. 1963-1969. Doc 46. 1979.
- 54: OPCA. Algunas consideraciones sobre cambios ocurridos en la Facultad de Ciencias Médicas. 1963-1969. Doc 46. 1979.
- 55: Luna A., Ronaldo. El desarrollo histórico del cambio en la Facultad de Ciencias Médicas. UDIES. Fac CCMM. USAC. 1977

- 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73: de León, Julio. Educación médica, estrategias y tácticas de cambio. ACAFAM. 1976.
- 60: OPCA. Resumen de la estructura y dinámica del curriculum de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos. 1980.
- 74, 75, 76, 77, 78: Waldheim, Carlos. Programa de control y limitación del daño. Fase III Fac. CCMM. USAC. 1976.
- 79, 80, 81: Luna A., Ronaldo. op.cit
- 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88: OPCA. Informe de Trabajo del Organismo de Planificación y Coordinación Académica, OPCA, 1978.
- 89: Adecuación del curriculum de la Facultad de Ciencias Médicas al requerimiento de formación del médico necesario a Guatemala. Informe dos primeros talleres. 1978.

- 90, 91, 92: Glosa de relatos. Tercer Taller de Adecuación del Curriculum. OPCA. 1979
- 93: OPCA. Cuarto Taller de adecuación del curriculum. Fac CCMM. USAC. 1980
- 94: OPCA. Elementos teóricos y conceptuales para el análisis del fenómeno salud-enfermedad en Guatemala. Fac CCMM. USAC. 1980
- 95: OPCA. Resumen de la estructura y dinámica del curriculum de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos. Fac CCMM. USAC. 1980

BIBLIOGRAFIA GENERAL:

1. Crocker Sagastume, René. Análisis de los programas de atención materno infantil en Guatemala, y recomendaciones para su mejoramiento. Tesis. 1978.
2. Portillo Martínez, Luis Roberto. Medicina Social y Educación Médica. Tesis. 1979.
3. Organización Mundial de la Salud, OMS, Pobreza, desarrollo y política de salud. 1978.
4. Martínez Durán, Carlos. Las Ciencias Médicas en Guatemala; origen y evolución. Ed Universitaria. 3a. Ed. 1964.
5. de León Méndez, Julio. Educación Médica; estrategia y tácticas de cambio. 1976. ACAFAM.
6. Laurell, Asa Cristina. Investigación en Sociología Médica; salud, problema. UAM-X. No. 1. 1978.
7. García, Juan César. La articulación de la medicina y de la educación en la estructura social
8. Frenk, Julio. Salud, educación y medicina; expectativas y limitaciones.

9. Andrade, Jorge. Marco conceptual de la educación médica en la América Latina. *Educación Médica y Salud*. Vol. 12, No. 3. 1a., 2a., 3a. y 4a. parte.
10. Foucault, Michel. ¿Crisis de un modelo en la medicina? PFD. Fac CCMM, USAC 1980.
11. Eyer, Joseph y Peter Sterling. Mortalidad relacionada con el stress y la organización social. PFD. Fac CCMM. USAC Fase IV. 1979.
12. García, Juan César. Medicina y Sociedad: ideología y filosofía. Fotocopiado.
13. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Fase I. El desarrollo del conocimiento en el campo de la salud en diferentes etapas históricas. Área de Conducta Colectiva. 1980.
14. Berlinguer, Giovanni. Medicina y Política. Mimeografiado. PFD. Fase IV. Fac CCMM USAC. 1977.
15. Contí, Laura. Estructura Social y Medicina. Fotocopiado.
16. Timio, Mario. Clase social y enfermedad. PFD. Fase IV. Fac CCMM. USAC 1973

17. Modo de producción y salud. Mimeografiado. Fase I. Fac CCMM. USAC. 1980
18. Laurell, Asa Cristina. Proceso de trabajo y salud. PFD. Fase IV. Fac CCMM. USAC. 1978
19. Gándara Jr., Domingo. Consideraciones sobre la naturaleza y la dinámica de la práctica médica. Fac CCMM. Fase II. USAC. 1979.
20. de León M., Julio y Mario Moreno C. Salud Enfermedad; el saber médico y la integración de la enseñanza de la medicina. Mimeografiado. Fac CCMM. USAC. 1978.
21. Nuestro quehacer; estudio filosófico. Mimeografiado. Fac CCMM. USAC 1979.
22. Organismo único de salud. Estudio filosófico, metodológico y práctico. Fase III. Fac CCMM. USAC 1978.
23. La Enseñanza de las Ciencias Sociales en la Educación Médica latinoamericana. Mimeografiado. Conducta Colectiva. Fase I. Fac CCMM. USAC 1977.
24. Valladares, León. El concepto de salud-enfermedad según posición social. Fase I. Mimeografiado. Fac CCMM. USAC.

25. Organismo de Planificación y Coordinación Académica, OPCA. Adecuación del currículum de la Facultad de Ciencias Médicas, al requerimiento de formación del médico necesario a Guatemala: Informe de los dos primeros Talleres. Mimeografiado. OPCA. Fac CCMM. USAC. 1979.
26. Politzer, Georges. Cursos de Filosofía; principios elementales y principios fundamentales. Ediciones de Cultura Popular, México. 1976.
27. Marx, Carlos. El capital. Editorial Epoca. México. 1975.
28. Harnecker, Mata. Los conceptos elementales del materialismo histórico. Siglo XXI México. 1979.
29. Nikitin, P. Economía Política. Editores Mexicanos Unidos. México. 1977.
30. Alexandrov, N. G. El Estado y el Derecho. Colección de textos jurídicos, No. 1. Departamento de Publicaciones. Fac. Ciencias Económicas. USAC. 1978.
31. Núñez Cerroni, Duverger. Introducción a la Ciencia Política. Colección Ciencia Política No. 1. Depto. de Publicaciones F. CCEE. USAC. 1977.
32. Poulntzas, Nicos. Poder político y clases sociales en el Estado capitalista. Siglo XXI. México. 7a. 1973.

33. Luján Muñoz, Jorge. Inicios del dominio español en Indias. Editorial Universitaria, Colección de Textos. Vol. 4. USAC. 1979.
34. Guzmán Böckler, Carlos. Colonialismo y revolución. Siglo XXI. México. 1a. 1975.
35. Martínez Peláez, Severo. Racismo y análisis histórico en la definición del indio guatemalteco. Colección Investigación para la docencia No. 1. Departamento de Publicaciones Facultad de Ciencias Económicas. 4a Ed. 1979.
36. Guzmán Böckler, Carlos. Guatemala, una interpretación histórica-social. Siglo XXI. México 5ta. 1975.
37. Figueroa Ibarra, Carlos. Textos sobre la realidad social de Guatemala. Tomado de la obra: El proletariado rural en el agro guatemalteco. Área Conducta colectiva. mimeografiado. Fac CCMM. USAC. 1978.
38. Galeano, Eduardo. Las venas abiertas de América Latina. Siglo XXI. 20ava. México. 1978.
39. Huizer, Gerrit. El potencial revolucionario del campesino en América Latina. Siglo XXI. México, 2da. 1974.
40. Melville, Thomas y Marjorie. Tierra y poder en Guatemala. Editorial Universitaria, EDUCA. Costa Rica. 1975.

41. Editorial Universitaria Centroamericana, EDUCA, San José de Costa Rica.
3a. 1980. Tenencia de la tierra y desarrollo rural en Centro América. Estudio elaborado por expertos de CEPAL. FAO. OIT, IICA, SIECA, OCT, OEA.
42. Susanne Jonas, David Tobis. Guatemala: una historia inmediata. Siglo XXI México. 1979.
43. Toriello Garrido, Guillermo. Guatemala: más de 20 años de traición. 1954-1979. Editorial universitaria. USAC. 1979.
44. Guatemala, drama y conflicto social. Estudios centroamericanos, Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas". San Salvador. año XXXIII junio-julio 1978.
45. Orellana G. René Arturo. La situación socioeconómica de la población y el proceso inflacionario en Guatemala. Mimeo. Fac CCMM. USAC
46. Osorio Paz, Saúl. Panorama socioeconómico de la sociedad guatemalteca. Mimeo. Fac CCMM. USAC 1979.
47. IIES. Rasgos fundamentales de la formación social guatemalteca. I Congreso Científico Universitario: La problemática de la niñez guatemalteca. Año XVII. 1979.

48. Educación Médica; informes de los comités del programa de libros de texto. OPS 1968-1977. Serie desarrollo de recursos humanos No. 25. OPS.
49. Educación médica y salud. OPS. Vol 5 No. 3. 1971.
50. Boletines de OPS, Vol LXXI, No. 6. 1971. Vol XXII No. 1, 1972. Vol LXXVII No. 6, 1974. Vol LXXIX, No. 6, 1975. Vol LXXX No. 3, 1976.
51. Plan Nacional de desarrollo 1979/1982 sector salud. Oficina de Planificación socioeconómica, Ministerio de Finanzas.
52. Bases de la Política educativa de la Facultad de Ciencias Médicas, Período 1978-1982. Fac CC MM. USAC 1978.
53. Enfoque crítico sobre los elementos fundamentales que caracterizan la concepción dominante del fenómeno salud-enfermedad. Mimeo. Fac CCMM. USAC. 1980 Fase I.
54. OPCA. Elementos teóricos y conceptuales para el análisis del fenómeno salud-enfermedad en Guatemala. Mimeo. Fac CC MM. USAC 1980.

55. A manera de introducción Estructura social y Salud guatemalteca. Mimeografiado. Fase I. Fac CCMM USAC. 1979.
56. Organización social. Mimeografiado. 1977 Fac CCMM USAC
57. Pomés, Carlos Enrique, Luna A., Ronaldo, Villagrán M., Francisco; Resumen del informe de la comisión de evaluación de la Facultad de Ciencias Médicas. Mimeografiado. Fac CCMM. USAC. 1968.
58. Luna A., Ronaldo. Características del nuevo currículum, diseños de 1968 a 1977. Revista del colegio médico. Vol 22. No. 1. Marzo 1971,
59. Acta de Reformas Globales de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Fac CCMM USAC. 1969.
60. OPCA. Algunas consideraciones sobre cambios ocurridos en la Facultad de Ciencias Médicas entre 1963 y 1979. OPCA. Fac CCMM USAC. 1979.
61. Estudio de las habilidades, valores e intereses de los alumnos de primer ingreso a la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala en 1979-1980. Mimeografiado. 1980.

62. OPCA. Características socioeconómicas de los estudiantes de primer ingreso a la Facultad de Medicina ciclo lectivo 1978. OPCA. Fac. CCMM. USAC 1978.
63. OPCA. Tercer Taller de adecuación del currículum. mimeografiado. Fac CCMM USAC. 1980.
64. OPCA. Informe de trabajo del Organismo de Planificación y Coordinación Académica, OPCA. Fac CCMM. USAC. 1978.
65. Martínez, P. Severo. La patria del criollo. EDUCA. Costa Rica, 1973.
66. Solórzano, Valentín. Evolución económica de Guatemala. Seminario de integración social guatemalteca. Editorial José de Pineda Ibarra. Ministerio de Educación. 1970.
67. Piedrasanta Arandi, Rafael. Introducción a los problemas económicos de Guatemala. Editorial universitaria.
68. Poitevan Dardón, René. El proceso de la industrialización en Guatemala. Editorial universitaria Centroamericana EDUCA. Costa Rica. 1977.
69. OPCA. Resumen de la estructura y dinámica del currículum de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. 1980.

70. Constitución de la República de Guatemala,
Decretadas por Asambleas Nacional
Constituyente en 1945 y 1965. Tipografía Nacional.

Edgardo
B. Edgar Rodolfo de León Barillas

Orde de fortin
Dr. Asesor
Dra. Annette Morales de Fortin

J. Gomez O
Dr. Revisor
Dr. Jaime Gómez Ortega

C. Waldheim
Dr. Director de Fase III
Dr. Carlos A. Waldheim C.

G. Castillo R.
Dr. Secretario
Dr. Rolando Castillo R.

V.O. Bo.

R. Castillo Montalvo
Dr. Decano
Dr. Rolando Castillo Montalvo