

**UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**OPINIÓN DE LOS EGRESADOS DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS MEDICAS EN EL AÑO 1,984, EN RELACION
A SU FORMACIÓN ACADÉMICA Y DESEMPEÑO
PROFESIONAL.**

TESIS

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

POR

MERCEDES LEONOR ORTIZ BARRIENTOS

MEDICA Y CIRUJANA

Guatemala, Octubre del 2,001

**UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**OPINION DE LOS EGRESADOS DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS MEDICAS EN EL AÑO 1,994, EN RELACION
A SU FORMACIÓN ACADEMICA Y DESEMPEÑO
PROFESIONAL.**

TESIS

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

POR

MERCEDES LEONOR ORTIZ BARRIENTOS

En el acto de su investidura de:

MEDICA Y CIRUJANA

Guatemala, Octubre del 2,001

ACTO QUE DEDICO

A DIOS: Fuente inagotable de sabiduría y amor, por ser quien guía mis pasos e ilumina mi camino, por darme la fortaleza y la oportunidad de lograr mi meta.

A MIS PADRES: Manfredo Ortiz Bardales y Dora Barrientos de Ortíz, por ser el pilar de mi vida, por todo su amor, fé , confianza y apoyo, por tener desde el principio la convicción de que lo lograría. Infinitas gracias, por todos los sacrificios y por estar conmigo en todo momento de mi vida. Los amo, el triunfo es suyo.

A MIS HERMANOS: Byrón Auguneth, Deisy Amarilis y Karin Liseth, por todo el amor que nos une y por compartir conmigo, tristezas, alegrías, éxitos y fracasos.

A MIS SOBRINOS: Especialmente a Byrito y a Paúl, por su cariño y por todos los momentos compartidos.

A MIS ABUELITOS: Juan Barrientos Aguirre (+), Aurelio Ortiz Rojas (+), que ya no están conmigo, pero que desde el cielo se alegran de mi triunfo. A mis abuelitas Paulina Guerra Martínez y Emma Bardales García, por todo su amor y por incluirme siempre en sus oraciones, que Dios las bendiga y las guarde.

A MI NOVIO: Por su apoyo incondicional, por estar conmigo en los momentos en los que más lo he necesitado y por compartir conmigo alegrías, penas y preocupaciones. Te amo por todo lo que significas en mi vida.

A MI CUÑADO: Erick Rivera, por haberse convertido en un hermano más para mí.

A MIS PRIMOS Y TÍOS: Por su cariño y por ser parte importante en mi vida. Especialmente a mi tía Benilda Barrientos por ser como una segunda madre para mí.

A MIS AMIGAS Y AMIGOS: Especialmente a Sandra, Karen, Magali, Lisbeth, Elizabeth, Maricarmen y Liseth. Por su amistad incondicional y por todos los momentos compartidos.

A MI ASESOR Y REVISOR: Dr. Edgar Rodolfo de León y Licda. María Antonieta Castillo. Por su ayuda en la realización de esta tesis.

A MIS PADRINOS: Dr. Byrón Fernando Borrayo, Dr. Hugo Leonel Turcios y Dr. Heriberto Rogelio Orellana, por su amistad y por ser un ejemplo digno de seguir.

A MIS MAESTROS: Por compartir conmigo todos sus conocimientos.

A MI CASA DE ESTUDIOS: Universidad San Carlos de Guatemala, especialmente a la Facultad de Ciencias Médicas por permitirme ser parte de sus aulas y formarme como profesional de la medicina.

INDICE

I.	INTRODUCCION					1.
II.	DEFINICION	Y	ANALISIS	DEL	PROBLEMA	3.
III.	JUSTIFICACIÓN					5.
IV.	OBJETIVOS					7.
V.	REVISIÓN				BIBLIOGRAFICA	8.
VI.	MATERIAL		Y		METODOS	46.
VII.	PRESENTACION	Y	ANÁLISIS	DE	RESULTADOS	51.
VIII.	CONCLUSIONES					66.
IX.	RECOMENDACIONES					67.
X.	RESUMEN					68.
XI.	REFERENCIAS				BIBLIOGRAFICAS	69.

I. INTRODUCCIÓN

La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, realizó en Enero de 1,969, un cambio fundamental en su orientación y en su currículo, innovación que está considerada en la llamada Acta de Reformas Globales de la Facultad de Ciencias Médicas.(2,3,4)

Estas Reformas trataban de “elevar el nivel académico y científico de la facultad” y dentro de las consideraciones que se hicieron en ese entonces se encontraban “ la disposición de las autoridades universitarias y del Ministerio de Salud Pública, de integrar recursos para lograr la formación de un profesional de la Medicina adecuado a las características que el país requiere, para hacer frente a sus necesidades de atención de la salud”.(6,7)

Este currículo nuevo, durante sus 32 años de existencia, ha sufrido renovaciones, la mayoría de veces en relación al nombre de las unidades; otras variaciones en el enfoque o en la ubicación de algunos contenidos dentro de la carrera.

En estas circunstancias, ha gozado de la aceptación de la comunidad académica, quien no pone en duda ni el valor de su contenido ni la eficacia del método de enseñanza, además de considerar que aún satisface los requerimientos sociales, culturales y de salud de la población.

Hoy día dado los avances científico-tecnológicos acelerados de la medicina, se hace necesario realizar una revisión y reestructuración periódica del currículo, para que este sea pertinente al entorno natural y humano, con las aspiraciones de los estudiantes, con los principios generales de la esencia de la educación y sus fines fundamentales y que se facilite prepararse para auto-educarse, para tomar decisiones, para enfrentar los nuevos retos que genera el constante cambio social, y contribuir a la transformación y al mejoramiento de la sociedad.

Desde ésta perspectiva es importante y necesario obtener la opinión de los médicos egresados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, sobre la pertinencia y vigencia del currículo, acerca del desempeño de sus funciones, tareas, responsabilidades, habilidades y destrezas, los problemas o necesidades de la población que no están contribuyendo a resolver. Así mismo, las tendencias que observan en su ejercicio profesional, la oferta y la demanda del mercado de trabajo, las exigencias laborales y las barreras encontradas durante su desempeño

1.

profesional; con el objetivo de contar con información que permita apoyar la introducción de ajustes en la estructura académica, para la elaboración de un currículo flexible que se adapte a las condiciones cambiantes del medio guatemalteco y que contribuyan a la formación de profesionales calificados a diversos niveles, con programas centrados en la realidad guatemalteca, y sensibilizados en los problemas nacionales.

Para obtener la información, se entrevistó a una muestra representativa de la promoción objeto de este estudio, utilizando una boleta de recolección de datos específica, elaborada en base a los objetivos planteados para este estudio.

El propósito de este trabajo es contribuir a la operacionalización de las políticas generales de la Facultad de Ciencias Médicas, aprobadas por el Consejo Superior Universitario en el año 2,000. La coordinación del proyecto global, está a cargo del Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud –CICS-.

II. DEFINICIÓN Y ANALISIS DEL PROBLEMA

Guatemala es un país con problemas sociales, económicos y políticos, perpetuados a través de su historia por diferentes situaciones; mismos que se han dejado sentir de una manera trascendental en el proceso salud-enfermedad, el cual se ha visto condicionado por parte de los diferentes niveles decisorios y políticos del país, quienes han impedido generar el impulso necesario para darle solución a dichos problemas; esto ha repercutido de manera importante en el mal abordaje de las políticas y planes de desarrollo para su solución, específicamente por no convenir a los intereses socio-políticos del país.(28)

La Universidad de San Carlos de Guatemala inmersa en la situación del país y comprometida con el mismo, en la búsqueda de soluciones, ha intentado en los diferentes momentos de su historia, aportar el conocimiento necesario a través de la formación de profesionales capacitados para participar de una manera activa en el análisis y solución de dichos problemas; tal es el caso de la Facultad de Ciencias Médicas que como formadora de recurso humano en salud desde 1681 ha producido profesionales aptos y capaces para interactuar de una manera activa dentro de la sociedad, y la cuál al principio de su vida se encontraba mejor adaptada al medio en que se desarrollaba y que incluso influía y determinaba en el estado proporcionando orientación para la toma de decisiones y administración de salud, y otorgando una colaboración eficiente en la solución de pequeños problemas de curación y prevención que se llevaban a cabo en esas épocas.(12,2)

Sin embargo con el devenir de los años y en un intento por adoptar modelos extraños que se creían perfectos y al irse aumentando los procesos de intercambio y las influencias de los países más evolucionados culturalmente, esta conformación inicial se fue deformando; produciendo personal de salud ajeno al medio nuestro, y con muchas limitaciones para desenvolverse satisfactoriamente dentro de la sociedad, y para la

producción y transmisión de un nuevo conocimiento y la contribución a un nuevo patrón de práctica profesional con un rol protagónico para el médico general. (2,24,28,12)

Es por ello, y ante la necesidad inminente, de formar profesionales calificados a diversos niveles, y centrados en la realidad guatemalteca, la Facultad de Ciencias Médicas en 1969 implementa las Reformas Globales al currículo, persiguiendo con ello, readecuar el mismo para que este sea pertinente con el entorno natural y humano, produciendo profesionales autosuficientes, para educarse, tomar decisiones, enfrentar los nuevos retos que genera el constante cambio social, económico, cultural, científico y tecnológico, y contribuir a la transformación y al mejoramiento de la sociedad. (29,32).

Desde esta perspectiva se hace necesario caracterizar la competencia del egresado de la Facultad de Ciencias Médicas; identificar si los conocimientos adquiridos durante su formación académica, se aplican a la práctica profesional, describir si la misma desarrolla las habilidades necesarias del profesional para su desenvolvimiento dentro del campo de la medicina, mediante la obtención de la opinión de los egresados, a cerca de su formación académica, (conocimientos adquiridos, habilidades y destrezas desarrolladas etc), su inserción laboral y las tendencias que observan en su ejercicio profesional, la oferta y la demanda del mercado de trabajo, los avances científico-tecnológicos; para poder contar con las bases suficientes para introducir ajustes en la estructura curricular que favorezcan la búsqueda de la excelencia académica; y que satisfagan la creciente demanda de educación superior sin precedentes del nuevo milenio, que se refleje en el desarrollo sociocultural y económico del país, y que viabilice la construcción de un mejor futuro y calidad de vida para el cual los futuros profesionales deberán estar mejor preparados con más y diversas competencias, conocimientos actualizados e ideales alcanzables.(29)

III. JUSTIFICACIÓN

Guatemala es un país con una extensión territorial de 108.889 km. 2, con una población total de 11,111,461, en el cual el 80% de sus habitantes

viven en condiciones de pobreza, incluido un 59% en extrema pobreza, esto como consecuencia de un desarrollo desigual, inequidad, altas tasas de desempleo y subempleo, salarios fijos y estáticos, injusta distribución de la riqueza, limitado acceso a los servicios básicos como salud, y educación, alta ruralidad, inseguridad y poco espacio político para participar en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones del estado. (29,23,20) La dispersión geográfica y el asentamiento del 65% de la población en el área rural dificultan el acceso a los escasos servicios de salud con que cuenta el país. Nuestro sistema de salud pública privilegia la salud curativa en detrimento de la preventiva, y designa el 81% para la misma del presupuesto global asignado. Aunado a esto, la distribución del presupuesto es altamente centralizada. La región metropolitana, con un poco más del 20% de la población total, recibe el 66% del presupuesto total de salud, y cuenta con el 24% de la infraestructura física total del país (en materia de salud). A nivel nacional, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se calcula que da cobertura efectiva al 25% de la población. Diferentes estudios colocan cifras que oscilan entre un 40 y un 60% de la población sin acceso a servicios de salud.(20) Todo lo anterior se traduce en las altas tasas de morbi-mortalidad del país; (mortalidad general 4.81 x 1000 habitantes), influenciada principalmente por enfermedades infecciosas(bronconeumonías y neumonías: 18.8% y enfermedades diarreicas: 7.5%), desnutrición (2.9%) y premadurez (3.2%); mortalidad de la niñez y materna de 79 y 19 por cada mil y diez mil nacidos vivos respectivamente alta prevalencia de desnutrición infantil (57.2%).(29,20,22) En cuanto al recurso humano, del personal empleado por el Ministerio de Salud, el 23% trabaja en puestos y centros de salud, mientras que el 68% restante lo hace en servicios hospitalarios y en los niveles político-normativos. Del total de profesionales empleados por el

5.

Ministerio, el 50% trabajan en el área metropolitana. De todo lo anterior, se concluye que los recursos estatales de salud han respondido a un esquema altamente centralizador, de carácter curativo, que no ha permitido resolver las necesidades de las comunidades más afectadas.(20) En esta perspectiva, la Universidad San Carlos de Guatemala como un centro de producción, transmisión y utilización del conocimiento y como organización social tiene retos y desafíos por enfrentar permanentemente,

para influir y ser influenciada por los cambios sociales; desarrolla su trabajo académico basada en los avances científico-tecnológico, en la realidad concreta y en los procesos y situaciones históricos. Por esas interrelaciones justifica su existencia, funciones y actividades con la sociedad, con la que debe generar un nexo dinámico, participativo y dialógico, que sea consustancial a su naturaleza y fines. (29) De esta manera y como un aporte a la tarea que realiza la Universidad, con el presente estudio se pretende realizar un análisis del perfil profesional del egresado de la Facultad de Ciencias Médicas, como ente activo dentro de la sociedad, y que influye de una manera determinante en el proceso salud-enfermedad, identificando su inserción laboral, sus aciertos y limitaciones en su desenvolvimiento dentro del campo de la Medicina, su enfrentamiento a la competencia profesional, la oferta y la demanda, etc., evaluando de ésta manera su formación académica así como también la pertinencia del currículo y las reformas efectuadas al mismo en 1969; para contar con la información que permita apoyar la introducción de ajustes en la estructura académica y que contribuya a la formación de profesionales con una sólida formación científico-tecnológica, humanística y moral, altamente capacitados para prevenir la enfermedad, promover y recuperar la salud y optimizar las acciones de rehabilitación; comprometido con la producción social de salud y capaz de generar y recrear conocimiento que promueva el desarrollo del país.(12,26,29)

IV. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL:

1. Caracterizar la competencia del egresado en el año 1994, de la facultad de CCMM de la USAC.

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Identificar a través de la opinión de los egresados si los conocimientos adquiridos durante su formación académica, se aplican a la práctica profesional.
2. Determinar si la formación académica desarrolla las habilidades necesarias para la práctica profesional.
3. Identificar la inserción laboral del médico egresado de la USAC.
4. Obtener la opinión del egresado de la facultad de CCMM de la USAC, sobre la pertinencia del currículo.

V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

A. SITUACIÓN GENERAL EN SALUD Y TENDENCIAS SOCIOECONÓMICAS DE GUATEMALA.

La república de Guatemala tiene una extensión territorial de 108,889 km. cuadrados y limita al norte y noroeste con México, al este con Honduras y El Salvador, al noreste con Belice y al sur con el Océano Pacífico. Está dividida política y administrativamente en 330 municipios, distribuidos en 22 departamentos y estos a su vez en 8 regiones. Cuenta con una población total de 11,111,461 habitantes de la cual el 42.85% es indígena. Un 65.02% de la población vive en zonas rurales en comparación con un 34.98% que vive en zonas urbanas.(21,22); con una densidad poblacional de 102 habitantes por kilómetro cuadrado, el 80% de sus habitantes viven en condiciones de pobreza, y un 59% en extrema pobreza, aunado a bajos niveles educativos y malas condiciones de salud, caracterizándose nuestro país, por tener los peores indicadores de salud en América Latina, (únicamente superados por Haití, sobre todo en lo que respecta a la salud materno-infantil que involucra a los grupos de población mayoritarios y más vulnerables).(29,23,20)

La tasa de crecimiento vegetativo es de 2.9%, la esperanza de vida al nacer es de 67.19 años, tasa de fecundidad 145.63 por mil mujeres en edad fértil, tasa de natalidad 34.04 por mil habitantes e índice de analfabetismo hombres 26.28% y mujeres 39.15%. (22)

La economía nacional es de baja productividad (el Producto Interno Bruto crece a una tasa media anual de 1.11%) por el poco desarrollo de la agricultura, la industria y el comercio, lo que implica altos niveles de importación de bienes y servicios, que se traduce en fuga de recursos económicos al exterior y en una descapitalización que se acentúa con la poca inversión interna.(29)

La economía del país es dependiente y no satisface las necesidades básicas de la población, de donde constantemente grandes sectores de ésta son excluidos del desarrollo humano integral y no tienen acceso a los servicios fundamentales de salud, vivienda y educación. (el índice de exclusión de Desarrollo Social equivale al 27.16).(6) Este proceso económico está agravado por la deuda externa, la devaluación de la moneda y las erráticas políticas de privatización de los bienes estatales. En consecuencia los índices socioeconómicos generales son críticos y la situación de salud se caracteriza por una alta prevalencia de desnutrición en niños menores de 5 años(57.2%), tasa de mortalidad infantil y materna de 40.49 y 94.86 por mil y diez mil nacidos vivos respectivamente, una baja cobertura de los servicios de salud (solamente el 40% de la población tiene acceso a los servicios básicos de salud) y una mortalidad general de 4.81 por mil habitantes influenciada principalmente por enfermedades infecciosas (mortalidad por diarrea 2.92, neumonías 10.78 por diez mil habitantes), desnutrición (1.73 por diez mil habitantes) y premadurez (3.2%). (29,22)

La dispersión geográfica y el asentamiento de la mayoría de la población en el área rural (65%) dificultan el acceso a los escasos servicios de salud con que cuenta el país. Nuestro sistema de salud pública se centra principalmente en la medicina curativa dejando en un segundo plano la atención preventiva. Además la distribución del presupuesto global asignado al Ministerio de Salud Pública es altamente centralizada (Áreas de salud 375,132,330.00, Hospitales 524,110,814.00) El departamento de Guatemala cuenta con el 24% de la infraestructura física total del país (en materia de salud) y concentra el 46% del total de camas hospitalarias. La región metropolitana, con un poco más del 20% de la población total, recibe el mayor porcentaje. A nivel nacional se cuenta con un total de 43 hospitales, 271 centros de salud y 977 puestos de salud. La cobertura poblacional que brindan las instituciones a nivel nacional es la siguiente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 25%; IGSS, 17%; Sanidad Militar, 2.5%; organizaciones no gubernamentales, 4% y sector privado, 10%. Diferentes estudios colocan cifras que oscilan entre un 40% y un 60% de la población sin acceso a servicios formales de salud.(21,20,22)

En cuanto al recurso humano, del personal empleado por el MSP, el 23% trabaja en puestos y centros de salud, mientras que el 68% restante lo

hace en servicios hospitalarios y en los niveles político - normativos.

9.

Del total de profesionales empleados por el Ministerio, el 50% trabajan en el área metropolitana. La OPS ha propuesto en términos generales que deben existir 8 médicos por cada 10,000 habitantes. Según estudio realizado en 1993 se estableció que por cada 10,000 habitantes hay 9 médicos, 3 enfermeros profesionales, 11 auxiliares, 20 parteras y 1.3 odontólogos. Debido a la concentración de este personal en el área metropolitana, la distribución de médicos es de 28 por cada 10,000 habitantes; lo cual reduce las oportunidades de trabajo. Esto se ha señalado en otros países como problema de desempleo, ya que la proporción por habitantes no es homogénea. (34,6)

Estudios recientes demuestran que el médico se encuentra pluriempleado en un 43.1 %, en segundo lugar el empleado con 29 %, el tercero el subempleado con 21.1 %, en cuarto lugar el desempleado con 4.1 % y un 0.6 % trabajando ad-honoren; del total de especialistas el 79.5 % trabajan en la ciudad capital y solo el 20.5 % lo hacen en el interior del país. A cerca de las expectativas de desempeño de los médicos al graduarse el 50.4 % creen que son regulares, el 38.1 % malas y únicamente el 9.4 % creen que son buenas. (6,7,34)

Todo lo anterior, se traduce en la poca capacidad de respuesta de las instituciones que se encargan de velar por la salud, para capacitar eficientemente recurso humano, y contar con recurso físico adecuado e insumos necesarios para ampliar, de manera eficiente y efectiva, la cobertura de los grupos en mayor riesgo (niños, mujeres en edad reproductiva, hombres en edad reproductiva y ancianos); y garantizar el acceso de los servicios de salud a toda la población y especialmente a los menos afortunados.(20)

Estos factores, solos o combinados, favorecen que las poblaciones de las áreas rurales y marginales, continúen padeciendo enfermedades diarreicas, parasitarias, carenciales, respiratorias e infecciosas. Patologías que prevalecen en países subdesarrollados como el nuestro. A la vez se observa, en el perfil epidemiológico del país, el apareamiento de enfermedades crónicas y degenerativas, lo cual es grave pues no se han resuelto los problemas que producen enfermedad y muerte, principalmente en la población materno-infantil.

De todo lo anterior, se concluye que los recursos estatales de salud han respondido a un esquema altamente centralizador, de carácter curativo, que no ha permitido resolver las necesidades de las comunidades más afectadas. (20)

Para revertir tal situación el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, planteó el funcionamiento del Sistema Integral de Atención en Salud, como un nuevo modelo de atención que tiene como objetivo la ampliación de la cobertura y la mejora en la calidad de los servicios; potenciando su utilización de manera preventiva y curativa; el cual aún está en fase de implementación y pretende brindar atención básica a la totalidad de la población que actualmente no tiene acceso a los servicios de salud. (20,22)

Sin embargo es importante destacar que el mayor esfuerzo se ha dirigido a la atención de la enfermedad y no a la preservación de la salud a través de un abordaje integral. Además, se ha estimado que su efectividad y sus resultados serán mínimos si no se incrementa más del 1% del Producto Interno Bruto, que actualmente se destina a la salud pública. (20)

Tomando en cuenta que El Sistema Integrado de Atención en Salud es la estrategia que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala ha decidido impulsar para responder a las necesidades en salud de la población, el cual se basa en la prestación de servicios de salud definidos, simplificados, suministrados por personal voluntario, apoyado y supervisado por personal institucional; para satisfacer las necesidades primordiales en salud de las comunidades formuladas de acuerdo a un perfil epidemiológico y conformadas por las siguientes actividades: 1) atención de la mujer embarazada (control prenatal, aplicación del toxoide tetánico, suministro de sulfato ferroso, atención del parto y el puerperio); 2) atención infantil (vacunación, control de infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas y evaluación y atención nutricional de los menores de 2 años); 3) atención de la demanda de emergencia y enfermedades agudas (diarrea, cólera, infecciones respiratorias, malaria, dengue, tuberculosis, rabia, enfermedades de transmisión sexual y otras según el perfil epidemiológico local). todas las instituciones y organismos existentes

en Guatemala deberían apoyar este esfuerzo para el abordaje multi-causal del proceso de salud-enfermedad.(20,21,22)

11.

Las instituciones principalmente las formadoras de recursos en salud deben propiciar, que el recurso formado tenga una visión integral e integradora de la situación de salud del país, y que posea capacidad y actitud positiva para proponer y ejecutar planes de intervención y que tenga la conciencia y el compromiso social en respuesta a las expectativas de la población.

Tal es el caso de la Universidad de San Carlos de Guatemala (fundada en 1676) a través de la Facultad de Ciencias Médicas, que inmersa en el fenómeno planteado y forzada por sus principios fundamentales, los cuales hacen énfasis en la obligación de analizar y dar soluciones a la problemática general y en este caso, a la problemática de salud-enfermedad, ha intentado en los diferentes momentos de su historia aportar el conocimiento necesario, que facilite la comprensión de este hecho, por medio de la formación de profesionales en el campo de la medicina la cual ha estado orientada sobre todo hacia la creación de grupos de excelencia conocedores de la realidad guatemalteca y preparados para participar activamente dentro de la sociedad en la búsqueda de soluciones al problema actual de salud.(18,29)

B. HISTORIA DE LA MEDICINA

1. Epoca primitiva:

El problema de la salud es algo que ha preocupado a los hombres desde las épocas más remotas; la manera como se han concebido las causas que alteran la salud y los procedimientos para conservarla han variado en forma significativa a lo largo de la historia. En la época primitiva cuando las formas de enfrentarse el hombre con la naturaleza y por lo tanto resolver sus problemas vitales de existencia, requerían de actividades relativamente poco complejas y de instrumentos muy rudimentarios; las formas de conocer lo que pasaba en la naturaleza y la sociedad eran también formas rudimentarias; los hombres tenían imágenes confusas y desordenadas y ante la imposibilidad de encontrar explicaciones racionales sobre los

diferentes fenómenos que lo circundaban, acudían a las explicaciones místicas, mágicas, pre-científicas.

12.

La medicina nace cuando el hombre pretendió conscientemente curar la enfermedad. En los pueblos primitivos la medicina era mágica, el médico era brujo o sacerdote. En el ritual mágico no se perseguía la interpretación de la enfermedad sino la del elemento o fuerza vital que había invadido al enfermo. En las más antiguas civilizaciones (Egipto, Mesopotamia), la medicina era patrimonio de la casa sacerdotal y se interpretaba como intervención de los espíritus o de las fuerzas naturales. (17,10)

Probablemente, la clínica se haya iniciado con la inspección, que es el método más antiguo de examen. Es posible que el hombre primitivo observando a sus congéneres descubriera algunas diferencias e instintivamente incorporara a sus procesos mentales un nuevo razonamiento que lo condujera al uso de la inspección como fuente de información.(39)

Fuera de esos lejanos tiempos ya dentro de la historia escrita de la humanidad encontramos el documento más antiguo de la medicina: el papiro de Ebers, compilado hacia el año 1,500 antes de Cristo, que describe una gran variedad de enfermedades, entre ellas, la inflamación de los ganglios linfáticos, diversas erupciones cutáneas, el pterigión, etc.(17)

El papiro llamado de Edwin Smith que data de la misma época describe las lesiones por armas de guerra, las lesiones del cráneo, las fracturas y luxaciones y los síntomas del tétanos.(17)

2. La medicina Hipocrática:

A Hipócrates corresponde el honor de haber liberado a la medicina de la tutela sacerdotal y el de haberla separado de la filosofía. Con el método hipocrático se creó toda una forma avanzada de conocimiento racional, no solamente por su concepción sistemática del organismo humano, sino por la participación que le da al medio ambiente en la explicación de la salud y la enfermedad. Abordó la enfermedad desde el punto de vista naturalista sin

intervención de las fuerzas divinas. Hipócrates denunció la inutilidad de apearse a la observación inmediata sin tener una instrumentalización

13.

teórica que permitiera integrar el dato proporcionado por la observación a un sistema de interpretación. Introdujo la anamnesis; describió con rigor, científicó los síntomas, el aspecto y la posición del paciente.(17,33)

Entre otras se le debe la descripción del rostro de los enfermos graves y moribundos (fascies hipocrática). Conoció bien las fiebres ardientes (paludismo), la tisis (tuberculosis pulmonar) y el mal sagrado (epilepsia). Fue un maestro de la inspección, usó la percusión y la auscultación aunque en forma limitada. Descubrió el frote pleural comparándolo con el crujir del cuero y el chapoteo del líquido en el tórax que aún en la actualidad se conoce con el nombre de sucusión hipocrática.(17,33)

Entre los logros apuntados por Hipócrates se pueden mencionar los siguientes: realizó un ataque sistemático a las concepciones que admitían la intervención directa de la divinidad en los acontecimientos de la naturaleza. Por otra parte realizó una batalla decisiva contra aquellos que negaban la validez de la medicina en cuanto a ciencia, apuntalando desde ese entonces el camino del posterior desarrollo del conocimiento científico en ese aspecto. Las contradicciones del desarrollo de la sociedad griega, acentuadas con el fortalecimiento de las relaciones de producción esclavista cuya agudización se manifestó en la Guerra del Peloponeso produjeron diversos cambios en las concepciones biológicas y ecológicas hipocráticas.

Los prácticos y estudiosos de la medicina virtualmente retornaron a las concepciones presocráticas ante el vacío dejado por Hipócrates a su muerte y la corriente metodológica de Hipócrates declinó.(17,33)

3. La medicina romana: (Predominio de Galeno)

En términos generales se puede afirmar que este período se caracterizó por su pobreza en comparación a la medicina griega. Los descubrimientos de la medicina hipocrática fueron desarrollados por la civilización romana. Galeno (120-199 d.c.), fue el principal continuador de las ideas de

Hipócrates, y la base de la medicina propuesta por él, se relacionaba con los escritos hipocráticos. Fue un gran recopilador de los conocimientos hasta entonces existentes, un estudioso y un polemista que no se contentó con explicaciones verbales.

14.

Es cierto que en el pensamiento galénico late el de los famosos filósofos y científicos, principalmente Platón, Aristóteles, además de los movimientos médicos de la época. La dedicación de Galeno a la anatomía fue directa y total. Sus observaciones se basaron en un gran número de animales incluso llegó a disecar un elefante, si bien sus experiencias anatómicas las llevó a cabo en una variedad de monos. El, como los demás intelectuales de la antigüedad no conocía la circulación de la sangre. Suponía que la sangre pasaba desde el corazón a los tejidos indistintamente por arterias y venas. Esto explica por ejemplo su afirmación sobre la existencia de una comunicación anatómica en el tabique interventricular, que las venas se originaban en el hígado, etc. Estableció los principios de una práctica rigurosamente analítica de la medicina y su influencia se manifestó durante siglos hasta la época del Renacimiento. Areteo de Capadocia, en el siglo II de la era cristiana estudió el sonido del timpanismo abdominal. (17,10,33)

El período de investigación médica de la antigüedad terminó con Galeno. Después de su muerte cesaron las búsquedas anatómicas y fisiológicas. Después de Galeno la medicina entró en un periodo de decadencia. Dejó de ser científica, experimental, para transformarse en dogmática. A medida que el imperio Romano se desintegraba, los autores médicos se fueron convirtiendo en recopiladores. Cuando Constantinopla pasó a ser la capital del imperio Bizantino a la caída de Occidente en el año 476, algunos personajes se esforzaron en mantener la antorcha griega. Los primeros y más importantes fueron los padres de la Iglesia.

Pero esta atención favoreció que las teorías galénicas se asimilaran al credo cristiano. El cristianismo en el siglo VII dominaba ya el paganismo y los restos de la enseñanza y de las ciencias clásicas, se fueron plegando en los monasterios. Pero a medida que transcurrió el tiempo a pesar de las recopilaciones, la medicina monástica solamente pensó en la inmediata curación del enfermo, diluyéndose los pocos conocimientos anatómicos y fisiológicos hasta quedar absorbidos en lo sagrado. Durante la época bizantina la clínica se estancó lejos de la cultura greco-romana y el arte

médico cayó en manos de charlatanes. La única originalidad de esta época es la multiplicación de los Hospitales, el primero de los cuales fue fundado en Cesárea en el año 370.

15.

La iglesia por espíritu de caridad, se esforzó en construir establecimientos de asistencias públicas para acoger a los enfermos.(17,33)

La herencia greco-romana fue transmitida y conservada por las traducciones de los árabes que complementaron las observaciones de sus predecesores. La influencia de la medicina árabe se extendió a las primeras universidades europeas (Salerno fundada en 1,050, Montpellier en 1,220).(17,33)

De ésta época son los notables médicos siguientes: Averroes que estudió y transmitió los conocimientos clínicos de Galeno; Maimónides cuyo tratado de los venenos es el ancestro de los modernos tratados de toxicología. A los árabes de la edad media se deben los jarabes y los elixires. Razés fue el primero en usar el alcohol y el alcanfor. Avicena prescribió las tinturas. Los chinos usaban el opio como anestésico, el arsénico y el azufre para las enfermedades de la piel.(17,33)

4. La edad media y las transformaciones de los siglos XIV – XVIII:

La medicina europea de la edad media estuvo dominada por la superstición y los dogmas. Los hospitales y las leproserías se edificaban a la sombra de los monasterios. La medicina se volvió conventual y era ejercida, la más de las veces, por los clérigos.(17)

La edad media, período fértil en guerras, hambruras y epidemias (como la peste bubónica o muerte del siglo XIV) fue otro período de atraso. La noción imprecisa del contagio obligó a los médicos a tomar medidas profilácticas como la cuarentena.(17,33)

Durante el Renacimiento (1400-1600) la medicina participó del movimiento renovador de las ciencias y de las artes y se caracterizó por la observación directa de los fenómenos. Son trascendentales los estudios

anatómicos de Vesalio y la introducción de la química en la medicina de Paracelso, pero la medicina práctica estaba sujeta a un racionalismo equivocado, basado en conocimientos incompletos e interpretaciones falsas y los médicos solo tenían a su disposición como procedimientos de examen del enfermo la palpación del pulso y la inspección de la orina.

16.

En el año de 1450, Nicolás de Cusa sugirió determinar la frecuencia del pulso y de la respiración.(17,33) Jerónimo Fracastoro describió el tifus exantemático y lo diferenció de otras enfermedades. Atribuyó la infección a la acción de cuerpos infinitamente pequeños. Estableció con precisión la naturaleza del contagio directo e indirecto por lo que se le consideró el padre de la epidemiología. La ligadura de las arterias practicada por Ambrosio Paré dio un gran impulso a la cirugía. Pedro Franco estudió y operó las hernias. Gaspar Taglicozzi inventó la cirugía plástica y el injerto de piel con el que reconstruye orejas, labios y narices.(17,33)

El siglo XVII marcó el hallazgo memorable de la circulación por Harvey y Servet y estuvo dominado por la presencia de Thomas Sydenham (el Hipócrates Inglés) quien entre otras cosas, estudió la historia natural de las enfermedades tratando de comprender el origen y la marcha de las epidemias. Santorius en 1630 inventó el termómetro y se pesó en una balanza, pero los datos correspondientes al peso, frecuencia cardíaca y respiratoria y temperatura no se usaron racionalmente sino muchos años después. En la mitad del siglo XVII surgió la clínica como ciencia y arte del diagnóstico.(25,27)

En este siglo Mauriceau desarrolló el estudio clínico del embarazo y el parto dando origen a la especialización denominada obstetricia. La maniobra que lleva su nombre es de uso corriente en la actualidad. Gaspar Aselli descubrió la linfa y Pecquet la circulación de la misma. En 1776 Denis realizó la primera transfusión de sangre. Chamberlain inventó el fórceps para resolver partos difíciles.(17,10)

En el siglo XVIII la clínica consolidó su individualidad gracias al progreso de las ciencias fundamentales: Fisiología, Anatomía patológica y Patología médica. Las primeras cátedras de clínica médica fueron fundadas en las Universidades de Edimburgo y Oxford en 1741 y 1780 respectivamente. (17,10)

El descubrimiento de la percusión por Auenbrugger en 1761 y de la termometría clínica por Haen y Van Swieten unos años después sentaron las bases de la exploración de los enfermos con métodos y fundamentos científicos. Por esa misma época, Daviel practicó la extracción del cristalino para eliminar las cataratas.(17,10)

17.

La medicina del siglo XVIII progresó considerablemente en el campo de la fisiología y de la anatomía patológica, así como en la clasificación de las enfermedades. La viruela pudo al fin prevenirse con la vacuna descubierta por Jenner. Pine individualizó la clínica de las enfermedades mentales. Pero el interrogatorio, la inspección y la palpación permanecieron sin cambio.(17,10)

5. La revolución industrial y la época moderna:

Durante el período de la revolución Industrial y la Revolución Francesa (siglo XVIII), la ciencia alcanzó un alto grado de desarrollo como consecuencia de las condiciones económicas y políticas de ésta época.

La revolución introducida por Pasteur constituyó efectivamente la fundación de la medicina científica. Planteó la teoría de los gérmenes, antes de ésta teoría era imposible entender lo que ocurría en las enfermedades infecciosas agudas, y los médicos se limitaban a observar su desarrollo y, algunas veces, hasta contribuían a su propagación. Una vez que se comprendió claramente la teoría de los gérmenes y su aplicación, hubo muchos médicos que se dedicaron a estudiar las enfermedades infecciosas, investigando cuales son los gérmenes que las producen y a veces, aunque no siempre, pudieron encontrar un suero inmunizador o curativo; en otros casos, al menos pudieron señalar las precauciones necesarias para detener las epidemias. (17,10)

Con el mejoramiento de la salubridad en Europa, empezaron a desaparecer las enfermedades de origen hídrico, como la tifoidea y empezó a disminuir la mortalidad infantil secundaria a otras enfermedades, como la difteria. A la vez algunos azotes como el cólera, la peste y la malaria fueron también dominados, excepto en aquellos sitios en donde la miseria hacía que fuera imposible aplicar las medidas de prevención. (17,10)

Durante el siglo XIX la clínica afianzó sus métodos y principios con nuevos descubrimientos. En 1819 Laennec descubrió la auscultación que no solo contribuyó a completar los procedimientos directos de exploración

18.

del enfermo sino que enriqueció la patología con la descripción de las enfermedades del aparato respiratorio y las afecciones del aparato circulatorio. (17,10)

Claude Bernard publicó en 1865 su “Introducción a la medicina experimental” que constituye el verdadero método de observación y experimentación científica. Su concepción funcional de las reacciones orgánicas frente a la enfermedad hicieron posible la explicación de los síntomas y su mecanismo que es el fundamento de la Patología funcional o Fisiología, terminó para siempre con las mismas, la generación espontánea y otras absurdas ideas relativas a las enfermedades infecciosas y parasitarias. Virchow y Cruveilhier, fundadores de la patología celular, mostraron las íntimas lesiones estructurales producidas por la enfermedad. Estas lesiones junto con las alteraciones funcionales demostradas por Claude Bernard explicaron toda la sintomatología y la fisiopatología de las enfermedades y constituyeron la realidad demostrable que sirvió de base al razonamiento clínico.

Del caos de las fiebres continuas, Louis aisló e individualizó la Fiebre Tifoidea. Bright identificó las manifestaciones clínicas de los padecimientos renales y la escuela francesa sentó las bases de la neurología y de dermatología. La anestesia general, descubierta por Wells en 1844 haciendo inhalar óxido nitroso, progresó rápidamente con el uso de éter por Monton y del cloroformo por Simpson. La utilización de la anestesia raquídea se debe al médico alemán Bier. (17,10)

En 1867 se introdujeron en cirugía los métodos antisépticos, pudiéndose decir que la moderna cirugía comenzó con Lister. Observó que las fracturas simples se curaban sin formación de pus, mientras que en el resto de las heridas aparecía siempre la supuración. Más adelante averiguó que la contaminación no procedía del aire sino de las manos e instrumentos sucios de los cirujanos, con lo cual la cirugía antiséptica fue sustituida por la aséptica. A los pocos años de la publicación de Lister se estableció definitivamente el carácter bacteriano de las enfermedades infecciosas.

Pasteur mediante la laboriosa aplicación de los principios científicos, puso los cimientos de la medicina preventiva y la higiene que en la actualidad constituyen parte integrante de la civilización. (17,10)

19.

Semmelweis, gran precursor de la antisepsia, preconizó en 1847 el simple lavado de las manos en una solución de cloruro de calcio para combatir la temible fiebre puerperal. A finales del siglo XIX y principios del XX se desarrolló la Parasitología, ciencia hermana de la Bacteriología, cuyo nacimiento se sitúa en 1880 cuando Laveran descubrió el hematozoario del paludismo.(17,10)

En las historias clínicas de entonces, comenzaron a incluirse los resultados de los exámenes hematológicos introducidos por Marey en 1853 y de los reflejos (gracias a Stick) unos años más tarde. La introducción del oftalmoscopio y de la endoscopía permitió examinar el fondo del ojo y los órganos internos. Skoda, publicó en 1839 un resumen integral de la percusión y de la auscultación exponiendo las bases físicas para explicar científicamente los hallazgos obtenidos con los nuevos métodos de examen. La percusión llegó a ser de uso general y el estetoscopio se convirtió en el símbolo universal del trabajo clínico. El inmenso desarrollo de las ciencias relacionadas con la medicina produjo un acelerado progreso en la investigación de las enfermedades, sus causas y sus tratamientos.

Coincidentemente, los avances tecnológicos pusieron al servicio del médico, procedimientos portentosos como los rayos X, el electrocardiograma, el esfigmomanómetro, el electroencefalograma, etc.(17,10)

En la época contemporánea son notables los siguientes descubrimientos: las vitaminas, las hormonas, las sulfamidas y sobre todo Penicilina descubierta por Fleimng en 1928 y usada en gran escala hasta 1943, gracias a las investigaciones de Chain y Florey. Este hallazgo es el origen de numerosos antibióticos de que se dispone actualmente. El proceso de la clínica no puede separarse del progreso alcanzado por las ciencias en general. La medicina se beneficia de las nuevas técnicas, de los medios de investigación y de tratamiento. Pero no hay recompensas más seguras que las recibidas por dedos y oídos experimentados.(17,10)

Durante el siglo XX la ciencias clínicas han sido profundamente modificadas por numerosos y excepcionales progresos técnicos. Las

nuevas adquisiciones en el conocimiento de la genética, citología y bioquímica han influido drásticamente en la práctica clínica y en el diagnóstico y manejo de las enfermedades.(17,8,10)

20.

Algunos ejemplos de los descubrimientos del presente siglo son los siguientes: los esteroides(Kendall) en 1914, el psicoanálisis (Freud) en 1914. La insulina (Banting y Best) en 1921; los conceptos de inmunidad, alergia y anafilaxia en la década de 1920-1930 que abrieron el amplio capítulo de las enfermedades autoinmunes; el efecto de los cambios ambientales sobre las funciones fisiológicas y su adaptación descrito en 1916 por Hans seyle con el nombre de Stress (o síndrome general de adaptación) que junto con el psicoanálisis aclaró la patogenia de la neurosis; las prostaglandinas (Cori) en 1968 y el monofosfato cíclico de adenosina (Sutherland) en 1971, que como mediadores de las hormonas regulan los procesos metabólicos intracelulares y otros procesos químicos sistémicos.

Por otro lado, la electrónica, desde el descubrimiento de los Rayos X, ha aportado múltiples perfeccionamientos que facilitan el trabajo clínico con menos riesgo para los pacientes, por ejemplo: la cinerradiografía, los monitores de función, el centellograma, la ultrasonografía, la tomografía axial computarizada, la resonancia magnética nuclear y muy recientemente la tomografía por emisión computarizada de fotones, la tomografía por emisión de positrones y la angiografía por sustracción digital. Pero todos estos procedimientos deben ser practicados juiciosamente por el clínico.(17,8,16,33)

El presente carácter científico de la práctica clínica es relativamente reciente. Durante los siglos pasados la medicina estuvo dominada por el empirismo y encadenada por los dogmas. Los diagnósticos no eran exactos. Los cambios fundamentales se produjeron a partir del siglo XIX, cuando los nuevos principios de la física y de la química fueron aplicados a la medicina. Pero los conocimientos científicos no son estáticos y se modifican constantemente por los nuevos descubrimientos que hacen que las interpretaciones erróneas se descarte. La clínica se basa firmemente en las ciencias biológicas, las que a su vez derivan de la química y de la física. (17,8,16,33)

Las ciencias médicas han proporcionado en la actualidad al mundo un período de máxima salubridad, no obstante no haber alcanzado aún toda su perfección. Los progresos alcanzados significan muy poco comparados con el camino que aún queda por recorrer en el futuro, en lo que respecta a la prevención de las enfermedades, alivio de los sufrimientos y prolongación de la vida del hombre.

21.

C. LA MEDICINA EN GUATEMALA

1. Epoca indígena:

Como fuentes del conocimiento actual de la medicina Maya se mencionan tres elementos:

- a) Material artístico; que representaban las enfermedades más significativas y aspectos biológicos (vejez-embarazo.
- b) Libros sagrados y crónicas indígenas (Popol-Vuh)
- c) Historia recogida por los viejos cronistas que observaron aún tradiciones y costumbres.(17)

Los Mayas, a semejanza dieron a la medicina un carácter sagrado, cuya liturgia solo era conocida por los sacerdotes. La mitología Maya era variada, numerosa: Itzanmá era el padre de la medicina; Ixchel era la diosa de la maternidad.(17)

En los antiguos Mayas los problemas de las epidemias fueron causa de abandono de imperios y decadencia racial, además, la tierra se volvió estéril y la falta de alimentación los obligó a emigrar. Las enfermedades que padecieron eran numerosas y graves.(17)

Los conocimientos anatómicos que tuvieron, se derivaron de los sacrificios humanos y de los animales que servían de alimentos. Consideraron al frío y la humedad como agentes causales del reumatismo y catarro. Los vientos producían y agravaban enfermedades. También como etiología de enfermedades consideraron el contagio y las denominaron a éstas, enfermedades contagiosas. La enteritis, angina de pecho, asma, hemoptisis recibieron otros nombres.(17)

Conocieron enfermedades genito-urinarias como litiasis vesical, esterilidad, blenorragia. Los tumores fueron confundidos con otras enfermedades, como el chancro o la gangrena. Sin embargo, describieron correctamente algunos tumores como el cáncer del pene.(17)

22.

Las fracturas eran conocidas y bien tratadas así como clasificadas topográficamente. La terapéutica era a base de hierbas y plantas. Conocían costumbres higiénicas a base de dietas y baños.(17)

2. Epoca de la conquista:

Por medio del memorial Tecpán-Atitlán se conocen las pestes que asolaron Guatemala; en los albores y durante la conquista.(17) Los mismos soldados –indios o españoles- hacían de cirujanos. Las hazañas quirúrgicas de la conquista no pasaron a la posteridad y Guatemala no recuerda a ninguno de esos héroes anónimos.(17)

En este período se fundó la ciudad de Guatemala en el Valle de Almolonga y en el Acta De la misma se destinó un sitio para casas de caridad de los enfermos (hospital). En aquellos tiempos no habían médicos ni cirujanos. A pesar de todo, el hospital de la Misericordia triplicó sus actividades hacia el año de 1534. Remesal menciona a un herbolario que más por inclinación que por ciencia ejerció el arte de curar aún después de la destrucción de la segunda ciudad de Guatemala de 1541.(17)

3. Epoca colonial pre-universitaria:

Destruída la ciudad de Almolonga por la terrible inundación en septiembre de 1541; se traslada al Valle de Panchoy.(17)

La medicina era empírica, practicada por boticarios, barberos, curanderos y los hospitales eran lugar de Asilo de Enfermos. Los sacerdotes curaban implorando favores de Dios.(17)

En 1543, de Nueva España llegó el primer médico importante llamado Juan de los Ríos; dando paso a la cirugía científica, cuyos mejores

representantes fueron Juan de los Ríos y Juan Vásquez de Molina quien además defendió a la profesión de los charlatanes.(17)

Se fundaron hospitales de atención como el de Indios, Real de Santiago, etc. En este período hay que mencionar al Obispo Marroquín por haber fundado la Iglesia, la Universidad y el Hospital de Guatemala.(17)

23.

Durante este período también aparecieron pestes (sarampión, tifo exantemático) como el período anterior y nuevas como la viruela en 1564 traída del viejo continente. (17)

En la primera mitad del siglo XVII llegaron a Guatemala numerosos médicos y Cirujanos llegados de España; mejorando la atención de las enfermedades y de los enfermos. En el año de 1622 los Doctores Domingo López Ruíz y Juan del Castillo practicaron la primera autopsia en Guatemala, cuando se investigó la muerte de un preso por lo que se considera fundadores de la medicina forense. A mediados del siglo XVII iluminó a Guatemala la virtud de Pedro de Betancourt, el hermano Pedro fundador de hospitales.(17)

4. Época colonial Universitaria:

a). *Historia de la Facultad de Ciencias Médicas:* *Cátedra de Prima.*

La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad San Carlos de Guatemala inició sus actividades académicas el 20 de Octubre de 1681, en lo que se conoce como cátedra prima de medicina, la cual constituye el punto de partida histórico para los estudios médicos; se llamó así por impartirse por la mañana y eran consideradas las más importantes ; también se impartían asignaturas por la tarde a estas se les denominada de vísperas ; su primer catedrático propietario fue el Dr. Miguel Fernández y el Br. Nicolás de Sousa. Los estudios de Medicina en aquel entonces no tuvieron mucha aceptación por parte de los estudiantes ya que para la mayoría ésta solamente era un oficio y por lo tanto solo se graduaron de Bachilleres en Medicina don Vicente Ferrer González y don José de Medina, en esa primera época.(2,24,18,4)

El 20 de Agosto de 1703 don Vicente Ferrer cumpliendo con los estatutos universitarios efectuó el examen de grado de Bachiller aprobado por unanimidad ; y el 30 de Junio de 1917, al continuar con los estudios, obtuvo el título de Licenciado, y el de Doctor el 2 de Septiembre del mismo año.(2,18,4)

24.

Los primeros graduados como Bachilleres en Medicina fueron los siguientes : el 20 de Agosto de 1703 : Vicente Ferrer Gonzalez ; el 19 de Enero de 1712 : José Medina ; el 4 de Marzo de 1723 : Cristóbal de Hincapié ; el 27 de Octubre de 1723 : Pedro Palacios y Cobar ; el 19 de Octubre de 1723 : Manuel Avalos y Porras, quién destacó por sus triunfos facultativos privados, la enseñanza universitaria al ser catedrático y distinguiéndose como innovador y hombre de ciencia pasando a la historia como representante de la medicina colonial. (2,4)

En 1770 el Dr. José Felipe Flores orientó la reforma de la enseñanza médica, introduciendo las ciencias básicas con énfasis en Filosofía y Anatomía y el recurso de figuras de cera como modelos y demostraciones en el Hospital. En 1803 Esparragoza y Gallardo fundan el colegio de cirujanos para instruir a personas sin educación ecolástica universitaria, la mayoría eran indígenas y su objetivo era producir personal médico para mejorar la salud en el área rural. (18)

5. Época independiente:

En 1832 se creó la Academia de Estudios encargada de revisar la educación médica. Se introdujo la enseñanza de Farmacología, Higiene, Patología, Diagnóstico físico y Terapéutica. Se enfatizó en la importancia del adiestramiento práctico.(18)

El 7 de Noviembre de 1840 se fundó la facultad de Medicina de Guatemala ; que produjo en sus inicios un graduado por año durante los primeros 8 años, además se formó la Sociedad Profesional de Medicina y Cirugía y la reglamentación del ejercicio de la profesión médica en Guatemala. La creación de la facultad de Medicina fue el resultado de un fenómeno renovador que ocurrió después de la decadencia en que cayó la docencia médica en la época previa y posterior a la independencia, marcándose especialmente en la década que siguió a la efemérides patria.(24,18)

Los problemas de tipo político absorbieron la vida de la nación; razón por la cual se notó marcada decadencia de los estudios de Medicina, tanto de la docencia superior del país como de la docencia médica; cerca de medio siglo, la cual se atribuyó a los trastornos, político-militares que

25.

ocurrieron en Centro América y que destruyeron la patria grande y establecieron 5 pequeños países en lugar del que históricamente nos correspondía. El Dr. Pedro Molina, prócer de la Independencia Patria, antes que este acontecimiento sucediera, intentó una reforma estructural de la docencia médica, la cuál no tuvo éxito ; también el Dr. Mariano Gálvez intentó cambios en la docencia médica a través de la Academia de Estudio, pero la época y el momento no hicieron posible que tal situación fructificara. Introdujo en el estudio de la Medicina las disciplinas como: Farmacología, Patología, Semiología, Terapéutica, etc. (24,17)

La creación de la facultad de Medicina fue la culminación de los esfuerzos que desde el mes de Julio de 1840 habían emprendido el Dr. José Luna Arbizú y el Dr. Quirino Flores ; estos médicos, con esta motivación , hicieron estudios al respecto y plantearon sus inquietudes de mejora y de cambio en la docencia médica del país ; la meta que se perseguía era establecer una estructura docente a través de la cual se pudiera elevar las ciencias médicas a un nivel académico adecuado y acorde a los adelantos y conocimientos de la época y rescatarlas del atraso en que habían caído. En el año 1850 obtuvo su propio edificio.(24,17) En el año de 1847 el Dr. José Luna introdujo la anestesia por el éter, persona renovadora y dinámica; quien fué reformador de técnicas quirúrgicas en ginecología así como de instrumentos de esta disciplina. (17)

La Facultad de Medicina surgió a través del Decreto No 110 de la Asamblea Constituyente del Estado de Guatemala con fecha 27 de Octubre de 1840 ; este decreto fue sancionado por el ejecutivo y entro en vigor en fecha 7 de Noviembre del mismo año. Es de mencionar que la Asamblea emitió posterior a este decreto, con fecha de 5 de Noviembre de 1840, el decreto que aprobaba los estatutos estableciendo de nuevo la Universidad de San Carlos. (24)

Cuando se estableció la Facultad de Medicina le tocó al Dr. Quirino Flores la tarea de organizarla y encaminarla en sus primeros pasos , pues él desempeñaba la posición de Protomédico desde el año 1824 y la facultad

fue organizada en base a la dirección de un Presidente y un Protomédico nombrado por el Gobierno y de duración perpetua, así como de 8 profesores elegidos entre los miembros de la facultad, uno de los cuales tendría calidad de Vicepresidente y sustituiría al Protomédico en su ausencia. (24)

26.

Como institución que nacía, la facultad de Medicina no pudo, en un principio, iniciar sus actividades de la forma rápida con que hubiera deseado. Muchos factores influyeron en ello, pero tal vez el de mayor envergadura fue el clima político que imperaba y el cual en esa época iniciaba su estabilización, la cual duraría treinta años.(24)

Se inició la Facultad con las cátedras de Medicina, Cirugía, Anatomía y Clínica; la carrera de farmacia fue estructurada en base a tres años, uno de los cuales era de estudios teóricos y los otros dos de práctica. En su primer año de existencia, es decir en el año 1841, se le asignaron rentas para que pudiera iniciar su función docente, estas fueron aumentadas en el año 1856.(24)

En el año de 1847 tomando la posición de integrante y dependencia de la reestablecida Universidad de San Carlos se le otorgó su primera sede en la sede oficial de esta. La inquietud científica hizo que las mejoras se aumentaran en beneficio de la docencia y así en el año 1869 se establecieron nuevas cátedras, estas son las de: Medicina legal, Obstetricia, terapéutica y Farmacología. (24) En 1847 la facultad de Medicina funcionó en el edificio de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que hoy corresponde al Museo de la USAC, en la antigua Facultad de Derecho situada en la 9ª. Avenida y 10ª. Calle de la zona 1. (4)

6. Época liberal:

En el año de 1871 fue clausurada la Facultad de Medicina y se iniciaron actividades nuevamente a partir de 1875 con un plan de estudios de cinco años. En el año de 1875 el movimiento reformista liberal le introdujo cambios al renovar la educación superior, se establecieron cinco años de estudios, cuatro años de estudios puramente médicos y un año preparatorio donde se incluía, Física, Química, Zoología y Botánica; también los estudios de Farmacia fueron aumentados a un año más. (24,4)

El Dr. Martínez Durán en su obra las Ciencias Médicas en Guatemala, refiriéndose a la Facultad de Medicina, y en relación a la reforma educativa y efectuada por el gobierno en el año 1875, asienta que esta sirvió de modelo para la creación del resto de Escuelas Facultativas. (24)

27.

El 13 de Enero de 1880 el presidente de la República General Justo Rufino Barrios otorgó una sede propia a la Facultad de Medicina; así esta fue trasladada al edificio ubicado entre 12 y 13 calles y entre 1ª. Y 2ª. Avenidas de la hoy zona 1; otro cambio de trascendencia fue que la antigua figura de Presidente y Protomédico fue cambiada y desde ese entonces se le denomina Decano, siendo el primero en ostentar este título el Dr. Joaquín Yela; también en esa época se reestructuró la integración de la Junta Directiva.(24,4)

La escuela de Medicina y Farmacia se desarrolló grandemente a finales del siglo XIX y a principios del XX, llegando a constituir un orgullo no sólo para la profesión médica, sino también para el país. En el año 1878 fue fundada la Escuela de Medicina y Farmacia de Occidente con sede en Quetzaltenango, siendo clausurada en el año 1896. (24)

En 1880, se publicó la primera revista científica “Unión Médica”. En 1887 se estableció el Internado en el Hospital General San Juan de Dios, combinando el servicio y la enseñanza. En 1896 el Dr. Estévez fundó la cátedra de Anatomía Patológica. (18) En el año 1895 se estableció el Instituto Dental a través de la Asamblea Nacional Legislativa de ese año; este establecimiento reconoció oficialmente la Odontología como profesión liberal y nace dependiendo de la Escuela de Medicina y Farmacia. Este Instituto se transformó en la Facultad de Odontología a través del decreto 2405 de la asamblea Legislativa de fecha 29 de Marzo de 1940. (24)

También en el mismo año, 1895, se estableció la Escuela de Comadronas, fue considerado como una proyección de la medicina hacia la comunidad. Los terremotos de los años 1917-1918, destruyeron completamente el edificio de la Escuela de Medicina y Farmacia, así como la totalidad de la biblioteca, documentos históricos, mobiliario y equipo existente, y se inicia un calvario para impartir la docencia médica; como medida necesaria la sede es trasladada al antiguo convenio de Santa Catarina Mártir, actual conservatorio de Música, donde anteriormente estuvo una sección de policía, en la esquina de la 5ª. Calle y 3ª. Avenida de

la hoy zona 1. El 23 de Enero de 1921, algunos “interesados” incendiaron los archivos de la Facultad, perdiéndose además los modelos de cera, varias colecciones de periódicos y todo el trabajo del Quinto Congreso Médico Panamericano (Periódico el Unionista, del martes 25 de Enero de 1921, número 297). (24,4)

28.

Con la creación de la Universidad Nacional “Estrada Cabrera”, el 21 de Agosto de 1918, se estableció la facultad de ciencias Naturales y Farmacia, independizando esta profesión de la Escuela de Medicina y Farmacia la cual se transformó en la Escuela de Medicina y Cirugía y mantuvo este nombre hasta la alborada del 1 de diciembre de 1944 en que se transformó en la Facultad de Ciencias Médicas. (24)

Nuevamente fue necesario trasladar la Escuela de Medicina a un nuevo edificio situado en la 12 calle poniente número 22, propiedad del Dr. José Azurdia, (12 calle 2-55, zona 1), dónde estuvo hasta mediados de 1931. La Escuela de Medicina y Cirugía tuvo su sede temporal en la 12 calle entre 2ª. Y 3ª. Avenidas de la zona 1, y se trasladó de nuevo a su sede original de forma paulatina a partir del año 1931, a la sede que hizo construir el gobierno del general Lázaro Chacón, un año después que se inauguró el Anfiteatro Anatómico; lugar propio en donde mantuvo su sede hasta el año 1975, año en que ya con su actual denominación fue trasladada a la Ciudad Universitaria.(24,4)

La Facultad de Ciencias Médicas desde su fundación ha sufrido las vicisitudes que han acompañado a la Universidad de San Carlos, formando parte de esta en sus diversas etapas con dependencia estatal, estas han sido: el reestablecimiento de la Universidad de San Carlos en el año 1840: en el año 1875 su transformación en la Universidad de Guatemala y con posterioridad a esta la dependencia directa del Ministerio de Instrucción

Pública; en el año 1918 nuevamente entró a formar parte de una estructura administrativa de tipo universitario al crearse la Universidad Estrada Cabrera, cuya nominación fue efímera; en el año 1927 formó parte de la Universidad Nacional, la cual tuvo duración hasta el año 1944. (24)

7. Época Revolucionaria:

A partir de 1944 se inició la autonomía de la Universidad de San Carlos y con ella la modificación de la política educativa que prevalecía. Participaron el gobierno facultativo, estudiantes y egresados profesionales.

Se organizó un plan de estudios con visión modernista, se planteó la necesidad del servicio social médico rural, el cual no se llevó a cabo. En 1953 la Facultad se organizó por departamentos. En 1957 se institucionalizó el internado rotatorio y los convenios bilaterales entre los hospitales y la Facultad de Ciencias Médicas.(18)

29.

En 1944 se creó el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que absorbió a los diferentes hospitales. En el año de 1945 fue creado el Instituto Guatemalteco de Seguridad social, para protección médica de la población; cuyo origen fue en Europa Occidental en el período de 1883-1889. (17)

D. LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS A FINALES DEL SIGLO XX Y SU PERSPECTIVA AL SIGLO XXI

En los años sesenta, la Universidad de San Carlos comenzaba a sufrir el desequilibrio entre su presupuesto, su estructura física y la demanda estudiantil que se incrementaba a pasos agigantados.(15) En esta época la Universidad optó por la política de puertas abiertas en el ingreso de sus estudiantes. Existía entonces la Escuela de Estudios Generales, que consecuente con la política de puertas abiertas, nivelaba en ciencias básicas a los estudiantes que ingresaban de los diferentes diversificados que existen en nuestro país. Su función era excelente, sus metas indiscutibles, pero los resultados nada elocuentes, para los estudiantes que presionaron con medidas de hecho a las autoridades y consiguieron el cierre de la misma, en forma definitiva para 1969. La demanda de servicios y la presión tecnológica en la práctica médica, así como las inquietudes de profesores, estudiantes y profesionales hicieron cuestionar el contenido de la Educación Médica de la época y la formación del médico que egresa, así como su impacto en la salud de la población guatemalteca. En 1968 se realizó el II Seminario de Educación Médica cuyo producto fue la base del cambio en el desarrollo de una nueva facultad. (15,18)

En 1965 el Dr. Julio de León, docente y médico previsor, nombró por sugerencia del grupo de estudios de Salud Pública una comisión para que realizara una evaluación de la Facultad de Ciencias Médicas, estudio que debía enfocar tres sectores básicos:

- * La Facultad de Ciencias Médicas
- * El producto de la Facultad y el ejercicio de la profesión, y

* El ambiente del ejercicio profesional en el país.

Esta comisión rindió informes periódicos que por su calidad dio cabida a acciones inmediatas, cuando se juzgó pertinente, necesario y oportuno.

30.

De estas acciones merece destacarse el comienzo del Internado Rural en 1967 y la modificación de la política administrativa de la Facultad. (15)

Esta comisión de evaluación se transformó, posteriormente, en Comisión de Planificación en 1968, y fue producto de esta comisión, con la comisión de docencia, la nueva estructura de la Facultad de Ciencias Médicas. Hecho por el cual, cuando en octubre de 1968, fue clausurada la Escuela de Estudios Generales, la Facultad de Ciencias Médicas súbitamente incrementó su inscripción a 1200 nuevos estudiantes para 1969. (15) Por tal motivo el planteamiento de la Comisión de Planificación se resume y transcribe en lo que posteriormente fue aprobado por Junta Directiva, como

EL ACTA DE REFORMAS GLOBALES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, el 11 de Enero de 1969. Los lineamientos filosóficos que sustentaron estos cambios pretendían encontrar nuevos métodos y sistemas de asistencia médica acordes a nuestra realidad nacional y a las características económicas, sociales y culturales del guatemalteco. El esquema que se implantó a partir de 1969, corresponde al modelo desarrollado por la Escuela de Medicina de la Universidad de Wester Reserve, Cleveland, Ohio, Estados Unidos en 1952. La carrera se disminuyó a seis años y se dividió estructuralmente en tres fases con dos años de duración cada una.(6) Se concibió entonces una filosofía positiva de salud que, haciendo énfasis en la prevención, proponía una teoría curricular basada en tres grandes áreas integradas: Ciencias Clínicas, Biológicas y de la Conducta, que determinaron una estructura de administración curricular en forma horizontal y vertical a través de tres Fases y tres Areas.(15,18,2,3,4)

- Fase I (primero y segundo año, con un contenido basado en el individuo, la familia y la comunidad sanas)
- Fase II (tercer y cuarto años, con un contenido basado en el individuo, la familia y la comunidad enfermas) y
- Fase III (quinto y sexto años, con un contenido basado en la rehabilitación del individuo, la familia y la comunidad enferma).(24)

1. Primer año: En 1969 se asignó cursos semestrales de biología, matemática, química física, psicología de la personalidad, métodos de estudio, ecología, comunicación y lenguaje, antropología social y un curso denominado práctica clínica.(3,4)

31.

En 1970 sufrió una nueva modificación, la cual consistió en que los cursos semestrales que se dictaron en 1970, se volvieron anuales; este programa se mantuvo hasta 1974. En 1975 empezó a utilizarse la metodología de unidades integradas. Se implementaron siete unidades: Universidad, Aprendizaje, Guatemala, Energía, Nutrición, Organización y Causalidad; se eliminó Ecología, Antropología Social y Métodos de Estudio.(3,4)

Se inició al estudiante en el conocimiento de la realidad nacional, para lo que el estudiante realizó algunas prácticas de campo en el área marginal capitalina y rural. Este programa con pocos cambios, continuó vigente hasta 1977.(3,4) En 1978 se reacondicionaron los contenidos en solo seis unidades, las cuales mantienen su nombre. Se empieza a titular conducta individual a los aspectos de psicología y conducta colectiva.(3,4)

En 1979 se ejecutó un nuevo giro metodológico contenidos en dos módulos: Hombre y Naturaleza y Hombre y Sociedad y cada módulo en seis unidades. En el módulo Hombre y Sociedad, se integraron conocimientos del área de ciencias de la conducta (conducta individual y conducta colectiva) y ciencias clínicas. En el módulo Hombre y Naturaleza, se persiguió la afinidad de las ciencias biológicas (física-matemática, estadística, química y biología). Los contenidos del módulo Hombre y Naturaleza casi no variaron y en cuanto al módulo Hombre y Sociedad, se incrementó considerablemente los contenidos de epidemiología y salud pública. Además se incluyó en el área de clínicas algunos contenidos básicos de Anatomía. Este programa se mantuvo vigente hasta el año de 1982. (3,4)

2. Segundo año: En 1969, se incluyeron los cursos de biología celular, anatomía macroscópica, estadística médica, desarrollo de la personalidad, sociología médica guatemalteca, crecimiento y desarrollo y biología humana. (3,4)

En 1970 se reformó la metodología, manteniendo los mismos contenidos: anatomía macroscópica, dando anatomía general en el primer

semestre y neuroanatomía en el segundo; se agregó el curso de orientación profesional y se inicia una práctica clínica.(3,4)

32.

En 1971 volvió a variar el régimen semestral por régimen anual, se eliminó el curso de orientación profesional y se inició una práctica clínica dentro del curso de crecimiento y desarrollo.(3,4)

En 1972 se inició el establecimiento de la metodología de unidades integradas, con seis unidades: alimentación, vida de relación, deporte, trabajo, reproducción y balance vital, englobándose los contenidos de anatomía, fisiología, bioquímica e histología en el área de ciencias biológicas; en el área de ciencias clínicas se inició el aprendizaje del examen físico e historia clínica del niño sano en el Centro de Recuperación Nutricional, Hogar Temporal, INCAP e Instituto Neurológico.

En el área de ciencias de la conducta se fortalecieron los aspectos de estadística médica, epidemiología, sociología médica, salud pública y psicología.(4)

En 1975 se logró un convenio con el Ministerio de Educación Pública, para realizar la práctica del área de ciencias clínicas y ciencias de la conducta en escuelas de la ciudad capital. Estas unidades y sus contenidos se mantuvieron vigentes hasta 1977.(3)

En 1978 se reorganizaron los contenidos en cinco unidades: alimentación, vida de relación, deporte, trabajo y reproducción. En el área de ciencias biológicas no se ejecutaron variaciones en anatomía, fisiología y bioquímica, solamente se alteró el ordenamiento de los mismos. El área de ciencias clínicas y ciencias de la conducta, mantuvieron el programa de Salud Escolar con investigación en algunos municipios de Guatemala y Sacatepéquez, que se realizó durante dos años.(3)

Estos programas se mantuvieron vigentes hasta 1982. En 1982 el área de ciencias de la conducta separó su actividad práctica del área de ciencias clínicas.(3)

En 1983 se dan algunas modificaciones: anatomía se alejó completamente del esquema metodológico de la unidad, para asumir un

contenido propio. El área de ciencia de la conducta cambió totalmente para implementar un programa de epidemiología. El área de ciencias clínicas no modificó su programa.(3)

33.

3. Tercer año: En 1969 se proporcionaron los cursos de medicina interna, clínica médica, semiología, bioestadística, laboratorio clínico, medicina sicosomática, terapéutica clínica, epidemiología y enfermedades transmisibles.(3) En 1970 se empezó incrementando tres áreas: Ciencias Biológicas II, Ciencias Clínicas II y Ciencias de la Conducta II.(3)

En el área de ciencias biológicas se impartían patología, microbiología, parasitología, farmacología, inmunología, bacteriología; en el área de ciencias de la conducta se insertaron contenidos de sociología, psiquiatría, epidemiología y bioestadística.(3)

Durante 1971 y 1972, se inició la aplicación de la metodología de unidades: diarrea, infección urinaria, hemorragia vaginal, tuberculosis, desnutrición, dermatología, enfermedades de transmisión sexual (venéreas), metaxénicas y la unidad longitudinal de investigación.(3) De 1973 a 1975 se constituyeron las unidades de vida, muerte y angustia; en este periodo se aumentaron los temas de sociología, epidemiología y bioestadística.(3)

En 1976 las unidades de vida y muerte se reducen en una; la unidad hemorragia vaginal se incorporó a la unidad de infección urinaria; se mantuvieron las mismas materias y las mismas disciplinas con muy pocos cambios.(3)

En 1977 y 1978, nuevamente se cambió la organización; se inició el año con una unidad introductoria que se llamó salud-enfermedad; se impartían las unidades de tuberculosis, dermatología y venéreas, salud laboral, medicina forense, hemorragia vaginal e infección urinaria, metaxénicas, desnutrición y trauma, y la unidad longitudinal de investigación, manteniendo similares analogías de las mismas disciplinas.(3)

En 1979 se separó el programa en unidades transversales; salud-enfermedad, tuberculosis, infección, dermatología y venéreas, desnutrición y trauma y las unidades longitudinales de medicina de la colectividad, enfermedades infecciosas, salud laboral, necropsias e investigación.(3)

De 1980 a 1982 se inició otra reorganización; se impartió la unidad introductoria que se llamó salud-enfermedad y ciencias; se organizaron asignaturas y estas a, su vez en unidades dermatología y venéreas y trauma ; el programa enfermedades infecciosas con la unidad infección.(3)

34.

En 1983, la unidad introductoria se denominó proceso salud-enfermedad; se continuó idénticamente con medicina de la colectividad, infecciosas y medicina del trabajo y además, necropsias.(3)

4. Cuarto año: En 1969 se estipularon los cursos de cirugía y ginecología. En 1970 se impartieron los cursos de cirugía, pediatría, ginecología y medicina preventiva.(3) En 1971 se inició la metodología integrada. Desde sus inicios se manejó la evolución globalizada, se magnificaron las unidades de investigación, cardiovascular, atención médica, trauma, hipertensión endocraneana e insuficiencia cardiaca; en estas unidades se manejaban los estudios de medicina, cirugía y traumatología, con actividades prácticas hospitalarias a nivel de externado y ambulatorias en las clínicas familiares. Este programa se mantuvo prácticamente igual hasta 1974.(3)

En 1975 se impartieron las unidades de shock, coma, trauma, medicina forense e investigación. Los contenidos siguen siendo correspondientes a medicina interna, cirugía general y traumatología; éstas unidades se mantuvieron hasta 1979.(3)

En 1980 se hizo una nueva disposición: se denominan unidades longitudinales a aquellas que a lo largo del año mantienen actividades prácticas : Unidad Longitudinal de Atención Médico-Hospitalaria y Unidad Longitudinal de Atención Médica Ambulatoria; se implementan las Unidades Transversales de Atención Médico-Quirúrgico, Fallo Circulatorio, Coma, Trauma. Era obligatorio realizar un trabajo de investigación a nivel hospitalario. Se continuó con medicina interna, cirugía general y traumatología y a nivel ambulatorio.(3)

En 1981 se agregó la Unidad Medicamento y la Unidad Hospital, se mantuvo el aprendizaje de medicina interna, cirugía general y traumatología; se conservaron las actividades de prácticas hospitalarias y ambulatorias; hasta ese momento, se mantuvo globalizada la calificación. A partir de 1982, se separaron los Programas de Externado de Medicina y

Programa de Externo de Cirugía, manteniéndose las actividades prácticas a nivel hospitalario y ambulatorio en clínicas familiares.(3)

5. Quinto año: En 1969 se abarcaron cursos de pediatría y medicina legal. En 1970 y 1971, obstetricia, medicina legal, medicina social, medicina

35.

familiar, pediatría social, oftalmología, otorrinolaringología, dermatología, clínica psiquiátrica, trauma-fisiología, radiología, historia de la medicina.
(3)

En 1972 se inició el programa de electivo, durante el cual el estudiante realizaba por dos meses una actividad electiva en cualquier especialidad; además, continuaron los cursos de medicina, cirugía y materno infantil y énfasis en medicina interna, cirugía general, pediatría y obstetricia, teniendo actividades prácticas a nivel hospitalario.(3)

En 1973, además del electivo, medicina, cirugía y materno infantil, se amplificaron los programas de medicina integral, ginecología y traumatología, se contemplaron aspectos de medicina interna, cirugía general, pediatría, obstetricia, ginecología, traumatología, salud pública, epidemiología y actividades prácticas a nivel hospitalario y una actividad electiva durante dos meses. De 1974 a 1976, se establecieron programas de medicina y cirugía, materno infantil, medicina integral y electivo. DE 1977 a 1981, el quinto año comprendía los programas de materno infantil de ocho meses, medicina integral de dos meses y electivo de dos meses; la enseñanza de medicina y cirugía únicamente se realizaba en cuarto año. En este grado se impartía; pediatría, obstetricia, ginecología, salud pública y epidemiología. Desde 1982 desapareció del pénsum de medicina el programa materno infantil a diez meses.(3)

6. Sexto año: Este año académico ha sufrido pocos cambios. De 1969 a 1972, se cumplían dos programas; el Internado Rotativo y la Práctica Rural. En el internado rotativo, el estudiante hacía práctica hospitalaria cuatro meses en medicina, cuatro meses en cirugía y dos meses en pediatría; en la práctica rural, dos meses.

Desde 1972 se inició el Ejercicio Profesional Supervisado, con un año de duración. El estudiante pasaba seis meses rotando por los servicios de medicina, cirugía, pediatría y obstetricia, y seis en el área rural. Cumpliendo actividades de salud pública en los centros de salud.(3)

En 1975 la facultad instaló su sede definitiva en el cámpus de la Ciudad Universitaria, en lo que actualmente conocemos como Edificios M1, M2 y M4.(15,19)

36.

Para ese entonces aún no se lograba consolidar lo propuesto en el Acta de Reformas Globales, la innovación metodológica que se propuso en 1969, mediante el sistema de Unidades Integradas pretendía que el estudiante, por medio de un centro de interés tuviera las opciones necesarias de aprendizaje que le permitieran que al finalizar el mismo, obtener un conocimiento integrado de su realidad. Esto lamentablemente no tuvo éxito. Las Unidades Integradas sólo llegaron a una concepción teórica, nunca se consolidaron en la práctica, porque quienes generaron la transformación de

la facultad y propusieron una nueva metodología, se dedicaron a la administración y descuidaron el seguimiento, la implementación adecuada del sistema de Unidades Integradas y la correspondiente capacitación de los docentes que se responsabilizaron de su planificación y ejecución. Esto trajo como consecuencia que lo propuesto por la comisión de Planificación no se organizara, administrara e implementara adecuadamente.(15)

Después de esta época de confusión administrativa y metodológica surgió una nueva época de tensión y crisis político social que afectó considerablemente la planificación y administración educativa de la Facultad de Ciencias Médicas, la época correspondiente a los años de 1978-1982, época en la cuál intentos de adecuación curricular e implementación metodológica se vieron frenados por la odisea que se transformó en vorágine y terminó en éxodo. Posteriormente, surgieron para la Facultad nuevas opciones de adecuación curricular e implementación metodológica, y es así que, en 1986, se inició, por medio de una comisión nombrada por el Decano en ese entonces, el análisis institucional a través de una metodología de auto-evaluación, conocida como ANÁLISIS PROSPECTIVO, del cual surgió el PERFIL INSTITUCIONAL y de este se estableció una IMAGEN OBJETIVO, lo que se constituyó en el método necesario para facilitar la superación de la Facultad, mediante una adecuación curricular apropiada.(15)

En 1975 se inició el estudio por unidades integradas. En 1979 se cambió la enseñanza a módulos. En los años siguientes se realizaron cambios de acuerdo a las necesidades académicas y se estructuraron programas, áreas y

unidades de estudio. En 1983 se planteó la conveniencia de estudiar algunos enfoques para conceptuar la Facultad. En 1986 se inició la evaluación facultativa con la aplicación de la estrategia de análisis prospectivo.

37.

En 1990 se inició la adecuación del currículo y la actualización del pénsum de estudios. En 1993 se planteó la necesidad de una readecuación curricular en forma global, integral y participativa. En 1995 se principió la reordenación del pénsum de estudios y la organización longitudinal y transversal de contenido en función del perfil de egreso, las demandas sociales y científicas de una Facultad con perspectivas al tercer milenio.

En 1996 se organizó un equipo de trabajo conformado por Grupos Operativos (GOT), para la conformación de la dinámica estructural que guía las modificaciones del pénsum de estudios(18)

Recientemente en Mayo del 2000, el Consejo Superior Universitario aprobó las nuevas **POLÍTICAS GENERALES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**; cuyo propósito es orientar el desarrollo y el funcionamiento de la institución para mejorar su desempeño, conciliado en el sistema social particular de la Facultad las aspiraciones y necesidades de los grupos de poder, real y formal, determinando para el efecto objetivos, tiempos e instrumentos en los enunciados respectivas. Se busca con ello la continuidad de las acciones, independientemente de la autoridad que ejerza el poder formal. Fijan así éstas políticas, los grandes objetivos de la Facultad y dirigen sus acciones hacia el logro de éstos. Las políticas están fundamentadas en un Marco Referencial, en donde se exponen consideraciones generales de la realidad socio-económica y de la situación de salud del país; se hace un planteamiento implícito de la demanda nacional e institucional de necesidades; se anteponen ciertos valores que deben regir el comportamiento social de la facultad, tales como la proactividad, la proposición, la dialógica y la vinculación de su currículo a la realidad guatemalteca; y se propone una actitud crítica e independiente ante la globalización.(29)

E. LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS EN EL SIGLO XXI

Después de haber hechado un vistazo a la historia de la medicina y de la facultad, surgen nuevos lineamientos para el futuro, los cuales

consideran entre sus planteamientos básicos la implementación del sistema de Atención Primaria, la integración Docente Asistencial y la implementación apropiada de la atención comunitaria, como compromiso real de la Facultad de Ciencias Médicas con la población guatemalteca.

38.

Es así como se prevee la descentralización y regionalización de la educación de pre y post grado, como opción para facilitar la capacitación del profesional de la medicina y mejorar la calidad de la atención en los diversos servicios de salud.(15,30)

Como meta final de prospectiva se prevee la educación permanente en el sector salud como el instrumento adecuado para fortalecer la capacidad formadora y de servicio de las instituciones de salud, manteniendo así la calidad en los diferentes niveles de desempeño, en beneficio de la población guatemalteca que, en última instancia, es y será siempre la beneficiaria de toda acción de salud, ya sea asistencial o académica. (15)

F. PERFIL DEL EGRESADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS EN EL SIGLO XXI.

El perfil profesional no es un desglose antojadizo de características, sino que debe ser producto de un ejercicio cuidadosamente planeado y ejecutado, de una meditación sobre el desempeño real y óptimo del profesional y de una formulación viable de su accionar, en un escenario prospectivo de la sociedad. Es el planteamiento de lo que se quiere lograr de un profesional en su campo, contemplando, las características, conocimientos, habilidades y valores que debe poseer un egresado, para ejercer adecuadamente sus funciones en el ámbito de su especialidad (desempeño profesional). Así, el perfil debe orientar acerca de las actitudes y valores, las habilidades y destrezas y los conocimientos que el profesional necesita para responder adecuadamente a los retos actuales y futuros del país. La formulación adecuada de un perfil profesional permite una enunciación clara de los objetivos de una carrera, dentro del marco de la unidad académica, lo que a su vez moviliza las acciones curriculares que se materializan en la estructura de los cursos. (32,11)

El propósito fundamental de la Universidad es servir a la sociedad que la sustenta y a la vez, estimular las transformaciones de ésta para contribuir a mejorar la calidad de vida de las generaciones actuales y futuras, mediante la formación de profesionales idóneos.

39.

El egresado de la Escuela de Medicina será un médico que ejecutará sus actividades en la planificación, atención, prevención y evaluación de todas las áreas de la salud y ejercer su actividad médica a nivel primario, (puestos de salud o dispensarios rurales), nivel secundario (ambulatorios, centros de salud) y nivel terciario (centros hospitalarios), además de poseer los conocimientos básicos para continuar estudios de especialización como parte integrante de la formación profesional. Su actitud de trabajo va dirigida a atender a la comunidad, la familia y al individuo en sus necesidades básicas de salud. La misión de la Facultad es formar un médico capacitado para ejercer las siguientes funciones: Función de prevención y educación para la salud ejecutando programas de planificación familiar, control de embarazos, de niños sanos, inmunizaciones, nutrición, saneamiento ambiental, higiene escolar, de los alimentos, establecer comunicación con la comunidad, salud ocupacional, etc. Función de restitución de la salud basada en la realización de exámenes médicos en el individuo enfermo, diagnósticos presuntivos, decisión de exámenes complementarios y establecimiento de un diagnóstico definitivo e indicando tratamiento de acuerdo a las condiciones del paciente. Función administrativa conociendo las bases para el manejo de datos estadísticos, ejecución de presupuestos financieros, dirección de personal a su cargo, elaboración de informes administrativos, etc. Función de investigación, planificando y ejecutando investigaciones básicas, clínicas y epidemiológicas para proponer soluciones o resolver problemas en base a los resultados obtenidos.(32,26,1,33)

La formación de grado debe contemplar una capacitación básica general capaz de cubrir los requerimientos de la atención médica primaria. En consecuencia, el perfil del título del egresado deberá acreditar:

*.Conocimientos básicos:

Para interpretar el proceso salud-enfermedad, con bases científicas sólidas acordes con el progreso continuo de la medicina, del campo teórico y práctico de la atención primaria en salud, de la realidad epidemiológica de la región, de las causas más frecuentes de morbi-mortalidad y de las

patologías prevalentes, según criterios de riesgo, de los conceptos y acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, del sistema sanitario y sus diferentes niveles de atención, de la estructura y funcionamiento del organismo humano en las distintas etapas de la vida, en condiciones

40.

normales y/o patológicas, de la relación médico-paciente, familia y comunidad, para la elaboración de la historia clínica considerando al paciente en su dimensión biológica, psicológica y social, de las problemáticas de salud y las enfermedades prevalentes en la adolescencia y en la tercera edad, de las emergencias médicas, de aspectos legales y administrativos en la praxis médica, de bioética, y deontología médica, de epidemiología y de bioseguridad, etc.(27)

*. Capacidad para:

Desempeñarse con idoneidad en la práctica de la Atención Primaria de la Salud. Identificar las problemáticas más acuciantes del campo de la salud y las poblaciones de riesgo. Implementar en su práctica los conceptos de prevención primaria, secundaria y terciaria. Reconocer al ser humano como sujeto biopsico-social, estableciendo una eficaz relación médico-paciente, médico-familia y comunidad. Aplicar los conocimientos y métodos de las ciencias básicas a la reflexión clínica. Reconocer y resolver los problemas de salud para los que ha sido capacitado para atender como así también identificar aquellos más complejos que debe derivar. Diagnosticar y atender eficazmente las emergencias médicas que se presentan en el primer nivel de atención. Actuar operativa e interdisciplinariamente articulando la estrategia de la interconsulta y/o derivación, cuando la situación lo requiera. Instrumentar la reflexión ética ante los problemas que se plantean en la práctica profesional tomar decisiones en consecuencia.(27)

*. Actitud para:

Insertar en la comunidad como actor comprometido y responsable ante los pacientes, la sociedad y sus pares. Afianzar la solidaridad la ética y la actitud de servicio como ejes de su práctica. Defender los principios de justicia, equidad en la atención de la salud. Valorar la importancia de responder a las expectativas sociales, ejerciendo una práctica profesional de calidad comprometida con las mismas. Respetar los derechos del paciente, construyendo una relación sostenida en la confianza y el respeto mutuo. Comprender y aceptar los riesgos imprevisibles e inevitables de la profesión médica. Integrar equipos de trabajo en la prestación de servicios de salud, articulando la investigación y la docencia. Reconocer la necesidad

de la Educación Médica continua y permanente durante toda su vida profesional, incorporando sistemáticamente nuevos conocimientos y capacidades. Participar activamente en la elaboración de programas que den respuesta a necesidades y demandas prioritarias en salud.

41.

Evaluar, desde una perspectiva crítica, las actividades profesionales que realice y las características de los diferentes sub-sistemas de prestación de la salud. Reconocer y asumir la importancia de la investigación básica, clínica y socio-epidemiológica en la práctica médica.(27)

La salud es un atributo valioso y la capacidad para conservarla, frecuentemente radica en el conocimiento y la habilidad del cuidado que cada uno ejercemos sobre nosotros mismos, nuestra familia y medio ambiente. El estado ideal de salud es el resultado del equilibrio entre una serie de factores que afectan positivamente nuestra existencia. Algunos de ellos son conocidos y controlables. Otros son desconocidos y difíciles de modificar. La educación del individuo para que conozca y mantenga un buen estado de salud es una tarea que el médico debe hacer suya como parte del equipo de salud. Para conseguirlo es indispensable que el médico sepa interactuar con las personas comunicándose eficientemente, conozca sus necesidades y aplique su conocimiento en los aspectos de conservación de la salud y prevención de la enfermedad. Deberá promover la salud enseñando el autocuidado ya que los logros y beneficios para el individuo y la familia son mayores. Cuando se rompe el equilibrio que determina el estado de salud y ya no es dable que se restituya espontáneamente o en forma rápida evitando sufrimientos, complicaciones y probablemente la muerte, se requiere la ayuda médica con fines curativos. Para poder brindar un servicio profesional médico de alta calidad se requiere que en el otorgamiento, se atiendan las tres dimensiones que interactúan en la persona y son la biológica, la psicológica y la social; lo anterior desde una perspectiva educativa, preventiva, curativa y de rehabilitación. Es indispensable que la atención médica se de con un alto sentido humano, atendiendo a las costumbres, creencias y valores del enfermo y de su familia.(13)

Las habilidades globales que el egresado de la Facultad debe poseer para atender la salud de las personas son: promover la salud, prevenir la enfermedad, tratar y rehabilitar al enfermo, administrar la atención médica

y aplicar el método científico. La medicina como saber práctico destinado a cautelar la salud de los individuos y las comunidades, constituye un servicio cuyo objetivo es proveer un bien esencial. Su ejercicio debiera estar exento de provocar cualquier prejuicio pese a que la incerteza con que se otorgan muchas de sus prestaciones determine un riesgo de daño que también puede ser ponderado por diversas evidencias.

42.

La salud está dentro de la categoría de los derechos individuales y comunitarios. En tal concepto, deviene ético e incluso legal darle la debida satisfacción y cobertura, aunque en ambos aspectos y en su acepción más amplia, sin limitaciones, podrían abarcar aspiraciones irrealizables. Pero, aunque sea solamente bajo consideraciones de equidad, es imposible no considerar que la atención médica tiene que reunir condiciones que salvaguarden la idoneidad de los actos en función de las características que la ciencia y el arte involucrados deben prestar a su desempeño.(25)

1. Evaluación del perfil profesional:

Para la evaluación del perfil profesional es pertinente realizar un análisis de lo que se está enseñando, de las funciones que debieran incluirse como deseables en el egresado y cuales no se consideran convenientes incluir, tomando en cuenta los siguientes aspectos: la complejidad de la función que este ejerza, el mercado de trabajo, los recursos y la tecnología disponible, y la relación costo-beneficio.(5)

Se proponen tres etapas: 1ª. Etapa. Diagnóstico Académico Interno. Permite aclarar el estado actual de la carrera a nivel de la unidad Académica y contestar a las preguntas ¿Dónde estamos? Y ¿Hacia dónde vamos?; 2ª. Etapa. Análisis de la situación del quehacer profesional. Brinda información con respecto al desempeño del profesional en la práctica y en la teoría y responde a las preguntas ¿Qué hace?, ¿Cómo lo hace? Y ¿Cómo debería hacerlo? Y 3ª. Etapa. Definición del perfil profesional. Permite visualizar claramente cómo debe ser el profesional, que debe hacer y que necesita para ejercer adecuadamente su profesión. (32,5)

Por lo tanto en la evaluación del perfil profesional se debe utilizar un instrumento en el cual se debe registrar información sobre funciones, responsabilidades, habilidades y destrezas, condiciones afectivas y tareas. Ya que la elaboración del perfil profesional es el primer eslabón del diseño curricular.(5,9)

2. Enfoque curricular:

El currículo “Es una vivencia educativa de exposición sistemática y comprensiva al conocimiento de la medicina en el marco conceptual de ciencia, comunicación, humanismo y ética que plantea el denominado – modelo infomédico-.

43.

En la Universidad de San Carlos de Guatemala se tiene como objetivo la formación del médico para el ejercicio de la medicina y la consolidación de un propósito vitalicio de estudio y de superación.” (5) El perfil profesional como parte del enfoque curricular en la Facultad de Ciencias Médicas propicia la formación integral y científica del recurso humano en salud, con capacidad para desempeñarse como profesional de la medicina, competente en clínica, epidemiología y salud pública para la práctica liberal o institucional que a través de su crecimiento han adquirido y expresan hábitos de estudio que permitan continuar aprendiendo, vocación y curiosidad científica que inducen a investigar, capacidad para aplicar racionalmente tecnología para el diagnóstico, la terapéutica y la rehabilitación de la enfermedad, calidad humana y conciencia de la necesidad de participar como ciudadano en la defensa de los derechos humanos, el desarrollo social sustentable con justicia y equidad y la relación sana con el ambiente, satisfacción en su desarrollo como profesional, con visión y sencillez, calidad moral y ética en su desempeño y dignidad y honor de su profesión.(5)

3. Experiencias de otras universidades:

La Facultad de Medicina, juega un papel importante en toda Universidad, en el desarrollo de su sistema de salud de su país. Por lo que es de vital importancia contemplar en la formación del Perfil Profesional, su realidad y situación actual. En los países latinoamericanos, se visualiza la formación de un médico general, que se forme de acuerdo a las necesidades de su país, así como de los avances tecnológicos, que continuamente sufre la medicina.

a) La Escuela de Medicina del Tecnológico de Monterrey México, propone lo siguiente en cuanto al perfil del egresado, fijar ante todo una serie de cursos denominados “Curso Sello”. Estos van dirigidos a inculcar en el estudiante y luego profesional, la honradez, el respeto a la persona humana,

aprecio a los valores culturales, históricos y sociales de la comunidad y del país, liderazgo, respeto al medio ambiente y vocación de compromiso, con ello desarrollar las habilidades de comunicación oral, escrita y de lectura crítica y refuerzo en el aprendizaje del idioma inglés. El objetivo de estos cursos sello, es que el profesional aplique en forma eficiente y verdaderamente humana, los conocimientos propios del área de su especialidad que adquiere a lo largo del programa de estudios.(13)

44.

Además se promueve el que los estudiantes adquieran habilidades como analizar, trabajar en equipo, negociar, tomar decisiones, ser ordenados, puntuales y responsables en su vida. Todo ello también se particulariza en todo egresado de la Universidad. En cuanto a la Escuela de Medicina, promueve que el médico en formación y egresado este atento a los avances del conocimiento y de la tecnología médica y que desarrolle un autoaprendizaje continuo una vez graduado. Debe ser capaz de educar y enseñar lo que sabe, por lo que debe ser capacitado en docencia y comunicación, como también de administrar los recursos a su disposición en forma óptima y contribuir eficazmente a limitar el alza constante de los costos de la atención médica. Requiere además de los conocimientos básicos de informática, administración, aspectos legales de la profesión, y conocimiento adecuado del mercado de trabajo. Los programas de especialidades a nivel nacional y extranjero es una opción del egresado, así como los programas de maestría y doctorado.(13)

b) En la Facultad de Medicina de la Universidad Americana de Managua, Nicaragua, el perfil del egresado, contempla conocimientos científicos Técnicos en Medicina General, los cuales capaciten, para dar medidas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de la población, dentro de un marco ético-moral del ejercicio de la medicina, así capacidad de transmitir sus conocimientos a la comunidad, compañeros de trabajo, estudiantes, técnicos y personal de salud. Adquiera conocimientos científicos-investigativos, a fin de elevar los conocimientos de la realidad nacional para favorecer la solución de los problemas de salud y conocimientos de salud e informática de acuerdo a los avances científico-tecnológicos. (14)

c) La Facultad de Ciencias Médicas Cienfuegos de la Universidad Médica de Cuba, contempla en el diseño curricular cuatro etapas: la fundamentación del proyecto o currículo, la delimitación del perfil del egresado, la organización y estructuración del currículo y la evaluación curricular continua.(9) El perfil es una de las cuatro etapas del diseño curricular, se contempla actualmente a la experiencia y el desarrollo

alcanzado en la atención primaria, el desarrollo alcanzado en la educación y la práctica médica y el contexto nacional e internacional en que se desenvuelve la Universidad. (9)

45.

VIII. MATERIAL Y METODOS

A. METODOLOGÍA:

1. Tipo de estudio:

- Descriptivo-transversal

2. Sujeto de estudio:

- Profesionales egresados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad San Carlos de Guatemala desde el año de 1976 a 1999, en este estudio se tomaron a 40 profesionales representativos del total de los 352 médicos graduados y colegiados de la promoción de 1994, el trabajo investigativo, consistió en la recolección de datos contenidos en la boleta que se elaboró en base a los objetivos planteados.

3. Población o muestra de estudio:

- Se seleccionaron por método aleatorio simple sin reemplazo, y por conveniencia 40 profesionales representativos de los 352 graduados de 1994.

4. Criterios de inclusión:

- a) Profesionales egresados de la facultad de ciencias médicas, que obtuvieron el título de Médicos y cirujanos durante los años de estudio.

- b) Que los profesionales encuestados estuvieran inscritos en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala.
- c) Que los profesionales encuestados residieran dentro del país.
- d) Que aceptaran participar en el estudio.

46.

5. Variables del estudio:

<i>VARIABLES</i>	<i>DEFINICION</i>	<i>OPERACIONALIZACION</i>	<i>ESCALA DE MEDICION</i>	<i>UNIDAD DE MEDIDA</i>
CONOCIMIENTOS	Información Requerida para la ejecución de las responsabilidades.	Se preguntó si al desempeñar por primera vez sus primeras responsabilidades profesionales, los conocimientos que adquirió durante su formación le permitieron satisfacer las exigencias laborales. SI: En que área identificó su mayor fortaleza. NO: En que área identificó su mayor debilidad. En su desempeño profesional, que actividades no realizó, por que no se las enseñaron.	Total. Parcial. No le sirvieron. Actividades que el entrevistado identifique.	NOMINAL
HABILIDADES	Capacidades motoras y/o cognitivas necesarias para realizar la actividad descrita por una responsabilidad Quirúrgicas diagnósticos Terapéuticas docentes	Se le preguntó al entrevistado si al realizar sus actividades laborales considera tener las habilidades necesarias para desempeñar las mismas.	Total. Parcial. Ninguna.	NOMINAL
INSERCIÓN LABORAL	Introducción de una persona a un cargo para desempeñar una actividad laboral	Se le preguntó: 1. Cual fue su primer trabajo. 2. Cual fue su primer cargo. 3. Cuanto tiempo después de graduado empezó a trabajar	Aceptable Inaceptable	NOMINAL

PERTINENCIA DEL CURRÍCULO	Adecuación de los componentes del currículo al entorno laboral del profesional.	<p>1.Prácticas realizadas: *obsoletas. *vigentes. *necesario incorporar.</p> <p>2.La formación que obtuvo en la facultad satisface las demandas laborales?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hospital - Servicios de salud pública - Docencia - ONG'S - Otros. <p>3. Cree usted que se deben incorporar otros elementos para mejorar la formación del estudiante de medicina?</p>	Si No	NOMINAL
---------------------------	---	---	----------	---------

6. Instrumentos de recolección de datos:

- a) Se solicitó a la oficina de Registro y Control académico de la Facultad, la información correspondiente a los graduados del año que formó parte de este estudio.
- b) Se solicitó al Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, las listas de profesionales colegiados a partir de 1994 y que pertenecieran al grupo de estudio.
- c) Se realizó una entrevista personal con el profesional en su lugar de ubicación, y se utilizó una boleta específica de recolección de datos elaborada en el Centro de Investigaciones De Las Ciencias de la Salud (CICS). La boleta se validó de la siguiente forma: realizando una encuesta piloto, entrevistando a 5 médicos que no formaban parte del marco muestral.

7. Ejecución de la investigación:

- a) Se seleccionó la muestra o población de estudio por método aleatorio simple por conveniencia sin reemplazo, 40 profesionales representativos de los graduados del año de 1994.
- b) Se realizó entrevista personal con el profesional, en su lugar de ubicación y se utilizó una boleta específica de recolección de datos.
- c) Las entrevistas a los profesionales estuvieron a cargo del estudiante en proceso de elaboración de tesis, bajo la supervisión del equipo responsable de la investigación.

8. Plan de análisis y recolección de datos:

- a) Serán interpretados como frecuencias simples y porcentajes, para analizar el porque de cada pregunta en la boleta de recolección de datos.
- b) Para el procesamiento de los resultados, se elaborará una base de datos en epi info y se ingresaran los datos recabados.

9. Aspectos éticos:

Los profesionales encuestados fueron debidamente informados del objetivo y metodología de la investigación, y se requirió de su consentimiento para realizar la encuesta, respetando la información, la cual se utilizó exclusivamente para el presente estudio, sin individualizar cada uno, si no que se presentaron de forma general.

B. RECURSOS

1) Materiales físicos:

Libros, revistas, documentos y toda referencia bibliográfica consultada, internet, Computadora, impresora, disquetes, hojas de papel bond, lapiceros, lápices, boleta de recolección de datos, vehículo para transportarse al lugar de ubicación del profesional entrevistado.

2) Recurso humano:

Estudiante en proceso de elaboración de tesis, profesionales encuestados, profesional revisor de tesis, profesional asesor de tesis, personal bibliotecario, personal de la oficina de registro y control Académico de la facultad, personal del Colegio de Médicos y cirujanos de Guatemala.

3). Otros:

Recurso monetario. (fotocopias, listado de médicos, viáticos, impresión de tesis, servicio de internet, equipo de oficina, servicio de computadora, otros.) Q.6,000.00

**VII. PRESENTACION Y ANALISIS DE
RESULTADOS.**

REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO

La realización de este estudio en el cuál se obtuvo la opinión de los médicos egresados de la Facultad de Ciencias Médicas de la promoción de 1,994, en relación a su formación académica y desempeño profesional, constituye un paso fundamental en la introducción de ajustes en la estructura académica, cuyo propósito principal es contribuir a la operacionalización de las políticas generales de la Facultad de Ciencias Médicas, aprobadas por el Consejo Superior Universitario en el año 2,000.

Para la realización del trabajo de campo, se solicitó el listado de los médicos egresados de 1,994, proporcionado por la secretaría de la Facultad, y en base a este listado se seleccionaron los médicos que eran parte de la muestra de estudio. Se tuvo el inconveniente que la totalidad de los médicos no tenían números telefónicos para poder confirmar la dirección o concertar una cita para llevar a cabo la entrevista; además varias de las direcciones que aparecían en el listado eran direcciones equivocadas o inexistentes, otro inconveniente fue que la mayoría de las direcciones fueron direcciones temporales de los médicos, por lo que muchos de ellos ya no residían en el lugar, en algunos casos era la residencia de los padres o de algún familiar, quienes amablemente proporcionaron información para poder localizar a los médicos, en otros casos fue imposible obtener dicha información por lo que se tuvo que reemplazar a varios médicos.

Para poder realizar las entrevistas con los médicos, se tuvo la necesidad de desplazarse a varias zonas de la ciudad capital y al interior de la república a lugares como: El Tejar, Parramos, Chimaltenango, Antigua Guatemala, Santa Lucía Cotzumalguapa, Escuintla, Chiquimula, El Progreso y Amatitlán.

En algunos de estos lugares no fue posible localizar a los médicos, debido a que ya no residían en el lugar indicado en el listado; a los que si se pudo localizar, al momento de realizarles la entrevista, estuvieron en la mejor disposición de colaborar y lo hicieron de una manera muy amable y

abierta en su mayoría, otros sin embargo mostraron indiferencia y desconfianza al momento de entrevistarlos, inclusive se negaron a sellar o firmar la encuesta, argumentando que se trataba de un estudio anónimo y

52.

confidencial. La mayoría se mostraron contentos de participar, y que la

Facultad los tomara en cuenta para la realización de este tipo de estudios e hicieron observaciones y sugerencias a cerca de la importancia del mismo, para la formación de un profesional mejor preparado además consideraron importante aumentar el tiempo de práctica hospitalaria, e incluir en el pénsum de estudios áreas como inglés, computación, docencia y orientación en administración entre otros.

La información obtenida, se utilizó exclusivamente para fines de este estudio

CUADRO 1

DISTRIBUCIÓN POR SEXO Y EDAD DE LA MUESTRA DE LOS
MEDICOS EGRESADOS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA EN EL AÑO 1994.

Edad	Femenino	Masculino	Total	Porcentaje
29-31 años	2	10	12	30%
32-34 años	7	13	20	50%
34 o más años	2	6	8	20%
TOTAL	11	29	40	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 2

ESTUDIOS POSTERIORES DEL MEDICO EGRESADO Y AREAS DEL
CONOCIMIENTO EN LAS CUALES OBTUVIERON GRADO
ACADEMICO.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, USAC, 1,994

Realizaron Estudios Posteriores	Total	%	No realizaron estudios posteriores	Total	%
	31	77.5%		9	22.5%
Grado Académico	Total	%	Especialidad	Total	%
Diplomado	2	5.13%	Pediatría	7	26.92%
Maestría	11	28.20%	Medicina Interna	5	19.23%
Doctorado	0	0%	Gineco-obstetricia	5	19.23%
Especialidad	26	66.67%	Cirugía	4	15.38%
			Traumatología	2	7.69%
			Radiología	1	3.85%
			Oftalmología	1	3.85%
			Anestesia	1	3.85%
TOTAL	39	100%		26	100%

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

CUADRO 3

OPINIÓN DE LOS MEDICOS EGRESADOS SOBRE SI, LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS DURANTE LA CARRERA, LES PERMITIERON SATISFACER LAS EXIGENCIAS LABORALES. FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, USAC, 1,994.

Conocimientos	Total	Porcentaje
Totalmente	16	40%
En forma parcial	24	60%
No le fueron útiles	0	0%
TOTAL	40	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 4

OPINIÓN DE LOS MEDICOS EGRESADOS SOBRE LAS ACTIVIDADES QUE NO REALIZARON EN EL DESEMPEÑO DE SU PROFESIÓN PORQUE NO SE LAS ENSEÑARON DURANTE SU FORMACIÓN, COMO MEDICO Y CIRUJANO, EN LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, USAC 1,994.

Actividades no realizadas	Total	Porcentaje
Aspectos administrativos	12	30.00%
Conocimientos de otras especialidades (Psiquiatría, Radiología, Oftalmología, Dermatología, Medicina legal, cardiología, etc.)	11	27.50%
Procedimientos quirúrgicos - invasivos.	8	20.00%
Investigación	3	7.50%
Cobro de honorarios profesionales	3	7.50%
Farmacología	3	7.50%
Docencia	2	5.00%
Etica profesional	1	2.50%
Métodos de lectura rápida	1	2.50%
Salud del adolescente	1	2.50%
Logística	1	2.50%
Microbiología	1	2.50%
Sin respuesta	15	37.50%
n =	40	

Fuente: Boleta de Recolección de datos.

CUADRO 5

OPINIÓN DE LOS MEDICOS EGRESADOS SOBRE LAS HABILIDADES QUE ADQUIRIERON DURANTE SU FORMACIÓN COMO MEDICO Y CIRUJANO FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, USAC, 1994

Habilidades	Total		Parcial		Ninguna		Porcentaje
Quirúrgicas	2	5%	35	87.5%	3	7.5%	100%
Diagnósticas	12	30%	28	70%	0	0	100%
Terapéuticas	12	30%	28	70%	0	0	100%
Docentes	2	5%	22	55%	16	40%	100%
Administrativas	0	0	4	10%	36	90%	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 6

TIEMPO EN EL QUE EL MEDICO EGRESADO EMPEZO A TRABAJAR, DESPUÉS DE GRADUARSE, FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, USAC, 1994

Meses	Total	Porcentaje
Antes de graduarse	2	5%
Inmediatamente	10	25%
1 – 3 meses	13	32.5%
4 – 6 meses	11	27.5%
7 – 9 meses	2	5%
9 meses o más	2	5%
TOTAL	40	100%

Fuente: Boleta de Recolección de datos.

CUADRO 7

PRIMER TRABAJO QUE DESEMPEÑÓ EL MEDICO EGRESADO
DESPUÉS DE GRADUARSE.
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, USAC, 1,994.

Trabajo	Total	Porcentaje
Médico Residente	34	85%
Médico de Consulta externa	2	5%
Médico General en Clínica Privada	2	5%
Médico de OMS	1	2.5%
Médico Supernumerario	1	2.5%
TOTAL	40	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 8

PRIMER CARGO QUE OCUPÓ EL MEDICO EGRESADO DURANTE
SU DESEMPEÑO PROFESIONAL.
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, USAC, 1,994

Cargo	Total	Porcentaje
Dirección	3	7.5%
Coordinación	3	7.5%
Jefatura	9	22.5%
Residente	22	55%
Médico de Consulta externa	3	7.5%
TOTAL	40	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

59.
CUADRO 9

OPINIÓN DE LOS MEDICOS EGRESADOS SOBRE LAS PRACTICAS
REALIZADAS DURANTE LA CARRERA DE MEDICINA,
CONSIDERADAS COMO OBSOLETAS Y VIGENTES. FACULTAD
DE CIENCIAS MEDICAS, USAC, 1,994

Obsoletas	Total	Porcentaje	Vigentes	Total	Porcentaje
Ambulatorio	10	25.00%	Ciencias Básicas (anatomía, fisiología, bio- química, C. Clínicas)	40	100.00%
Conducta colectiva	7	17.50%	Prácticas hospitalarias (MI, cirugía, pediatría, GO)	40	100.00%
Medicina del trabajo	6	15.00%	Internado	40	100.00%
Física	5	12.50%	EPS rural	39	97.50%
Estadística	4	10.00%	Biología	39	97.50%
Conducta Individual	4	10.00%	Química	39	97.50%
Clínicas familiares	3	7.50%	Electivo	39	97.50%
EPS rural	1	2.50%	Clínicas familiares	37	92.50%
Tesis	1	2.50%	Conducta Individual	36	90.50%
Electivo	1	2.50%	Estadística	36	90.50%
Química	1	2.50%	Física	35	87.50%
Biología	1	2.50%	Medicina del trabajo	34	85.00%
Patología	1	2.50%	Conducta colectiva	33	82.50%
Ninguna	18	45.00%			
n =	40		N =	40	

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 10

OPINIÓN DE LOS MEDICOS EGRESADOS SOBRE SI EL
CURRICULO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS ES
ADECUADO PARA SATISFACER LAS DEMANDAS LABORALES
EN LAS DIFERENTES AREAS.
USAC, 1,994.

Institución o área	Sí		No		Total
Hospital	21	52.5%	19	47.5%	100%
Práctica Privada	14	35%	26	65%	100%
Servicios de salud Pública	22	55%	18	45%	100%
ONG'S	16	40%	24	60%	100%
Docencia	5	12.5%	35	87.5%	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 11

OPINIÓN DE LOS MEDICOS EGRESADOS SOBRE LOS
ELEMENTOS TEÓRICOS Y PRACTICOS QUE DEBIERAN
INCORPORARSE AL CURRÍCULO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS
MÉDICAS, USAC, 1,994

Elementos que se debieran incorporar	Total	Porcentaje
Aspectos Administrativos	12	30.00%
Aumentar la práctica hospitalaria	12	30.00%
Ética profesional	4	10.00%
Más énfasis en ciencias básicas	4	10.00%
Computación	4	10.00%
Medicina legal	3	7.50%
Curso longitudinal de investigación	3	7.50%
Medicina social	2	5.00%
Radiología	1	2.50%
Salud reproductiva	1	2.50%
Medicina Forense	1	2.50%
Oftalmología	1	2.50%
Anestesia	1	2.50%
Psiquiatría	1	2.50%
Introducción a la práctica privada	1	2.50%
Manejo de laboratorio y exámenes especiales	1	2.50%
Medicina basada en la evidencia	1	2.50%
Elaboración y gestión de proyectos	1	2.50%
Docencia	1	2.50%
Programas de autoformación	1	2.50%
Aumentar el contenido de epidemiología	1	2.50%
n =	40	

Fuente: Boleta de recolección de datos.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La muestra de los egresados de la promoción de 1994, corresponden en un 50% a las edades de 32 a 34 años y en un 30% a las edades comprendidas entre 29 a 31 años, lo cual evidencia que en su mayoría concluyeron la carrera de Médico y cirujano en el tiempo estipulado por la Facultad de Ciencias Médicas. Del total de los médicos entrevistados el 27.5 % fueron mujeres y el 72.5% hombres, este comportamiento se debe al tipo de muestreo que se utilizó, ya que no se consideró entrevistar igual número de mujeres que de hombres. (cuadro 1.)

El 77.5% de la muestra de los médicos egresados realizó estudios posteriores; de estos el 67 % obtuvieron grado académico a nivel de especialidad, y sólo un 33% a nivel de diplomado y maestría. Este comportamiento se debe en parte a que en nuestro país existe muy poca oportunidad para los médicos egresados de realizar estudios posteriores a nivel de doctorado, maestría y diplomados, no así en el área de especialidades, en la que se observa que del total de los profesionales que realizaron estudios posteriores a este nivel; pediatría, medicina interna, gineco-obstetricia y cirugía son las que ocupan el mayor porcentaje, ya que son estas las especialidades que más demanda tienen entre los médicos egresados. (cuadro 2)

El 60 % de la muestra de los egresados considera que los conocimientos adquiridos durante la carrera de Médico y cirujano solo les permitieron satisfacer las exigencias laborales en forma parcial, contra el 40% que piensa que si les permitieron satisfacer las exigencias en forma total. Esto pone en evidencia la inminente necesidad de evaluar constantemente el pénsum de medicina y realizar los ajustes necesarios para que el mismo sea pertinente al entorno en el cual se desenvuelve el profesional de la Medicina. (cuadro 3)

Dentro de las actividades no realizadas por los médicos entrevistados el 30 % corresponden a aspectos administrativos, y el 27.5 % a diferentes especialidades de la medicina tales como: Psiquiatría, Radiología, Oftalmología, Dermatología, Medicina legal y cardiología entre otras; esto se debe a que dentro del currículo actual del médico

general no están contempladas éstas áreas de manera individual, y algunas

63.

de ellas como Dermatología y Cardiología que están incluidas dentro del programa de Medicina Interna, el contenido que se ve es muy poco. Por lo cual los egresados de la facultad han encontrado cierto grado de dificultad al ejercer la profesión médica, en éstas áreas. Cabe mencionar que para poder tener un mejor dominio de éstas áreas que pertenecen a una especialidad o su-especialidad, es necesario continuar estudios de post-graduo.(cuadro 4)

Los médicos entrevistados, opinaron que las habilidades quirúrgicas, diagnósticas y terapéuticas, las desarrollaron en forma parcial, así como también las habilidades docentes en comparación con las actividades administrativas de las cual el 90% opinaron no haber desarrollado ninguna habilidad. Cabe mencionar que el currículo de la facultad no tiene contenidos que orienten a desarrollar habilidades docentes ni administrativas. Adquirir habilidades quirúrgicas, diagnósticas y terapéuticas en forma total durante la carrera de médico y cirujano es muy difícil, y por ello la facultad ha establecido las diferentes especialidades en medicina.(cuadro 5)

Se insertaron laboralmente después de 1 a 3 meses después de haberse graduado el 32.5%, el 25% inmediatamente y un 5% antes de graduarse; esto se debe a que en nuestro país existe una demanda muy alta de trabajo a nivel del sector salud, especialmente en el área metropolitana en dónde existen varios hospitales o centros privados en los cuales la mayoría de egresados laboró como médicos residentes o médicos de turno. (cuadro 6)

El primer trabajo que fue desempeñado por los médicos egresados en un mayor porcentaje 85%, fue el de médicos residentes o médicos de turno en hospitales o centros privados; o en los hospitales donde realizaron su especialización, considerando no como trabajo sino como una continuación de su preparación y/o formación profesional a los que iniciaron la residencia o especialidad inmediatamente después de haberse graduado. Lo anterior evidencia la gran demanda existente de recurso humano en salud. (cuadro 7)

De los médicos entrevistados el 22% no ha ocupado ningún cargo como dirección, coordinación o jefatura; un 22.5% ha ocupado cargos de jefatura que en su mayoría fueron jefaturas de residencias durante la especialización, y solo un pequeño porcentaje ha ocupado cargos como dirección o coordinación. Esto puede deberse a que en su mayoría los

médicos egresados son jóvenes recién especializados, y estos cargos por lo regular son otorgados a médicos con más experiencia o con una trayectoria más larga.(cuadro 8)

64.

En cuanto a las respuestas de los médicos entrevistados acerca de las prácticas que consideran obsoletas, el mayor porcentaje lo ocupa el ambulatorio 15.87 %, seguido por conducta colectiva 11.11% y medicina del trabajo, 9.52% argumentando que éstas prácticas son innecesarias y que el tiempo de estas prácticas debería utilizarse en otras áreas como anatomía, fisiología y prácticas hospitalarias. La mayoría de los médicos entrevistados, coinciden en que las prácticas hospitalarias y las ciencias básicas siguen siendo de vital importancia en la formación del médico. Cabe señalar que un 28.57% considera que ninguna de las prácticas es obsoleta, ya que de una u otra forma todas tienen su aplicación, y que únicamente sería necesario e importante su actualización y readecuación para un mejor provecho de las mismas.(cuadro 9)

El 52.5% de los médicos egresados que fueron entrevistados consideran que la preparación en el área hospitalaria es adecuada, a pesar de que la mayoría coinciden en que se debería aumentar el tiempo de practica. En cuanto a las áreas de práctica privada, servicios de salud pública y ONG'S, consideran que la preparación es deficiente para satisfacer las demandas laborales, ya que el enfoque principal que se da en éstas áreas es de carácter curativo, y en nuestro país debido a la situación actual es de mayor importancia hacer medicina preventiva. Manifestaron así mismo que en el área de docencia no hay preparación durante la carrera, y que los conocimientos de docencia se adquieren durante la practica y la residencia, y que sería muy importante incluir este aspecto dentro del currículo.(cuadro 10)

Entre los elementos teóricos y prácticos que los médicos egresados sugirieron incorporar al currículo, destacan: aumentar el tiempo de práctica hospitalaria 21 %, incorporar aspectos administrativos 21%, hacer más énfasis en las ciencias básicas 7%, ética profesional, computación, curso longitudinal de investigación entre otros arriba mencionados y que actualmente no se desarrollan con la profundidad que debiera, con el objetivo de mejorar la preparación del profesional de la medicina y así ofrecer una respuesta adecuada y una mejor atención de la población ya sea en la práctica privada o en instituciones públicas; en congruencia con las políticas generales de la facultad y principios de la Universidad de San Carlos de Guatemala.(cuadro 11)

VIII. CONCLUSIONES.

1. De los médicos egresados de la promoción de 1,994 solo el 40%, considera que los conocimientos adquiridos durante su formación como médico y cirujano, les permitieron satisfacer las exigencias laborales en forma total .
2. El mayor porcentaje de los médicos egresados entrevistados, refieren haber desarrollado habilidades quirúrgicas, diagnósticas, terapéuticas y docentes en forma parcial, y el 90% refiere no haber desarrollado ninguna habilidad administrativa.
3. El mayor porcentaje de los médicos entrevistados, empezaron a trabajar en la profesión médica inmediatamente después de graduarse, siendo el de medico residente el primer trabajo desempeñado en el 85% de los casos.
4. De los médicos entrevistados el mayor porcentaje opina, que la mayoría de las prácticas realizadas durante la carrera de médico y cirujano, siguen estando vigentes.
5. El 52.5% de los médicos entrevistados opina que el currículo de la facultad es adecuado para satisfacer las demandas laborales en hospital y en servicios de salud pública en un 55%, no así en práctica privada en la que opinaron que el currículo no es adecuado para satisfacer las demandas laborales en un 65%, en ONG´S en un 60% y en docencia en un 87.5%.
6. El 100% de los médicos entrevistados consideró necesario que la facultad incorpore al currículo nuevos elementos teóricos y prácticos, para mejorar la formación del futuro profesional de la medicina.

IX. RECOMENDACIONES.

1. Incorporar al currículo de la facultad nuevos elementos teóricos y prácticos que contribuyan a formar un profesional capaz de desenvolverse satisfactoriamente en el campo laboral, y participar activamente en la búsqueda de soluciones de los problemas de salud de nuestro país.
2. Actualizar constantemente el currículo de la facultad, en base a los avances científico-tecnológicos, y a la situación de salud del país, para que este sea pertinente al entorno social y, teniendo siempre como objetivo principal la búsqueda de la excelencia académica.
3. Tomar en cuenta la opinión de los médicos egresados, para realizar una reestructuración periódica y sistemática del currículo, para dar seguimiento a la operacionalización de las políticas generales de la facultad.

X. RESUMEN

Se realizó un estudio tipo descriptivo transversal, para obtener la opinión de los médicos egresados con respecto a su formación académica y desempeño profesional. Para este fin, se seleccionó por método aleatorio simple, 40 profesionales de la medicina egresados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el año 1,994. Se utilizó una boleta específica de recolección de datos, para recabar la información requerida en dicha boleta, se realizó una entrevista con el médico egresado en el lugar que ellos señalaron. Obteniéndose los siguientes resultados: La edad más frecuente fue la comprendida entre 32 a 34 años, con un 50%, el sexo que predominó fue el masculino 72.5%. El 60% de los entrevistados opinaron que los conocimientos que adquirieron les han permitido satisfacer las exigencias laborales solamente en forma parcial. Coincidieron en que las actividades que no realizaron por no estar incluidas en el currículo fueron : Aspectos administrativos en un 30 %, conocimiento de otras especialidades en un 27.5%, procedimientos quirúrgicos e invasivos en un 20% y un 37.5% no dio ninguna respuesta. Dentro de las habilidades adquiridas durante su formación tales como quirúrgicas, diagnósticas, terapéuticas y docentes estas fueron desarrolladas en la mayoría de los casos en forma parcial. En cuanto a la experiencia laboral, el mayor porcentaje de médicos egresados empezó a trabajar en la profesión médica de 1 a 3 meses después de haberse graduado, y en el 85% de los casos el primer trabajo desempeñado fue de médico residente, y sólo un 9% desempeñó cargos de jefatura.

Respecto a las prácticas realizadas durante la carrera de medicina fueron consideradas obsoletas en un mayor porcentaje, por no prestar ningún beneficio inmediato en su desempeño profesional: Física, estadística, conducta colectiva e individual, medicina del trabajo, ambulatorio, clínicas familiares. Contra un 28.57% que opinaron que ninguna de las prácticas era obsoleta, ya que todas tenían su aplicación e importancia. Del total de los médicos egresados el 52.5% opina que el currículo de la facultad es adecuado para satisfacer las demandas laborales en hospital, 55% en servicios de salud pública; contra un 87.5% que consideran que el currículo no es adecuado para satisfacer las demandas en docencia, 60% en ONG'S y 65% en práctica privada. En lo que respecta a incorporar al currículo nuevos elementos teóricos y prácticos el 100% de los entrevistados opinó que sí, y señalaron distintas áreas; de las que sobresalen con un mayor porcentaje: Administración, aumentar el tiempo de practica hospitalaria, hacer más énfasis en las ciencias básicas, ética profesional y computación.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Allen, R. Et al. Progress in Medical Education. Rev. CME Report. EE.UU,2000;3(1):2-5
2. Amaya, W. Historia Abreviada de la Cátedra Prima de Medicina. Rev. Conmemorativa del CCCXV Aniv. De la Cátedra. Prima de Medicina. Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala: publicación. Anual, 1996;8(9):16-17
3. Amaya, W. Facultad de Ciencias Médicas 1895-1995. Acta de Reformas Globales a la Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala: Oscar de León Palacios, 1996. 115p.(pp. 105-115)
4. Amaya, W.. Facultad de Ciencias Médicas 1895-1995. Historia y Recopilación. Guatemala: Oscar de León Palacios, 1996. 126p.(pp. 19-21,73-79)
5. Arreaga, H. Et al. Diagnóstico facultativo. Opinión de egresados de la Facultad de ciencias Médicas con relación a su formación Académica y su desempeño profesional. Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala: OPCA, 2001. 24p(pp. 3-5)
6. Barrios, L. Et al. Características de la situación ocupacional del médico en Guatemala. Centro de Investigaciones Científicas de Salud. Guatemala, 1993;4(1):24-31
7. Barrios, L. Et al. Intereses y expectativas del futuro médico. Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Rev. Del Centro de Investigaciones de las ciencias de la Salud. Guatemala, 1991;2(1):27-29
8. Bernal, J. La ciencia en nuestro tiempo. Traducción de Eli de Gortari. México: Nueva Imagen, 1986. 173p.(pp. 1-23)
9. Caballero, G. Análisis del Perfil del egresado de la carrera de Medicina en la Universidad Médica Cubana. Rev. Médica Cubana, Educación Médica Superior La Habana Cuba: 2000.5p.

10. Del Cid, F. Breve Historia de las Ciencias Médicas. Barcelona: Expaxz, 1978. 123p.(pp. 12-56)
11. D'Hainaut, L. El establecimiento de un perfil de formación. Programas de estudio y Educación.Guatemala: UNESCO, 1980. 150 p.
12. De León, J. La adaptación de la Facultad de Medicina a su medio: El médico que forma. Educ. Médica, Evolución, Reestructura y Revolución.Guatemala: EROS. S.A. Asociación C.A. De Facultad de Medicina. ACAFAM, 1976. 349 pag.(pp. 124-167,218-286)
13. Escuela de Medicina del Tecnológico de Monterrey México. Justificación de la carrera. www.Sistema.itesm.mx/homes/Tecmt...as/noticia.1html.
14. Facultad de Medicina Universidad Americana Managua, Nicaragua. Perfil. <http://www.van.edu.ni/html>.
15. González, B de O. La facultad de Ciencias Médicas a finales del siglo XX y su perspectiva al siglo XXI. Universidad San Carlos de Guatemala. Rev. Conmemorativa del CCCXV Aniv.. de la Cátedra Prima de Medicina Guatemala: publicación Anual, 1998;1(2):19-20
16. González V. Introducción de la Temática de la Salud y sociedad. 1ª. Parte de EDUCA. Rev. Centroamericana de Ciencias de la Salud. San José Costa Rica: Universidad de C.A. Mayo-Agosto de 1975;1:45-46
17. Houssou R. Historie de la Medicine. París: Larousse, 1967. 39p.(pp. 8-37)
18. Historia de la Facultad de Ciencias Medicas. <http://.ns.USAC.EDU.gt/facultades/medicina/historia/html>
19. Markoul, G. Et al. Gauging the Outcomes of change in a New Medical Currículum. Academic Medicine. EE.UU: 2000. October;75(10):102-105
20. Menéndez, R. Salud Preventiva sí, legalidad también. Rev. del Colegio Médico. Guatemala: Año 0 Dic-Ene;1(1):3

21. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala, situación General y tendencias; Contexto socioeconómico, político y demográfico. La salud en las Américas vol.II. Guatemala: OPS/OMS. 1998. 295p.(pp.289-290)
22. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Indicadores Básicos de Salud. Guatemala: OPS/OMS. 1999 7p.(pp. 1-7)
23. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Situación de Salud en Guatemala Indicadores Básicos. Guatemala: OPS/OMS, 1995. 123p.(pp. 9-119)
24. Rivera, R. 150 Años de la fundación de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Rev. Conmemorativa del CCCXV Aniv. de la Cátedra Prima de Medicina. Guatemala: publicación anual, 1990;2(6):37-40
25. Rosselot, E. Aseguramiento de la calidad profesional. Un nuevo marco ético para el ejercicio de la medicina. <http://www.scielo.cl/cgi-bin/link/fbte>. Rev. Med. De Chile. Santiago de Chile, 1999;127(11): 1-10.
26. Universidad Javeriana. Perfil Profesional. www.dobleu.com.javeriana.edu.com/1996-1997 Hospital Universitario de San Ignacio. Bogota: 1996-1997.
27. Universidad Nacional de Rosario Argentina. Perfil del egresado de la Escuela de Medicina. www.dobleu.com/categorías/10/168/2440/-18k.
28. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Políticas Generales de la Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 2000. 63p.(pp.1-2,10-11)
29. Universidad San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Políticas de Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala: Octubre, 1987. 37p.(pp. 24-26)
30. Universidad San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Programa de Medicina Familiar. ¿Que es la Medicina Familiar?, Historia y Generalidades. Guatemala: 1997;14p.

31. Valdivieso, V. CONACEM. Rol de las Universidades en la formación, certificación y acreditación de Especialistas en Medicina. <http://www.scielo.cl/cgi-bin/link/fbte>. Rev. Med. Chile. Chile: 2000;328(11):1-4
32. Vargas, A. Lineamientos para la elaboración de perfiles profesionales. Oficina de Publicaciones de la Universidad de Costa Rica. San José Costa Rica: 1992. 20p.
33. Vegetti, M. La Medicina Hipocrática en la cultura y en la sociedad Griega. Medicina y Sociedad. Barcelona: Fontanella, 1972. 132p.
34. Velásquez, M. Et al. Datos sobre el crecimiento de la población estudiantil. Rendimiento académico y ubicación de trabajo para el médico. Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Revista del Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud. Guatemala: 1991;2(1)31-41

XII. ANEXOS

Universidad San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Organismo de Planificación y Coordinación Académica -OPCA-
Centro de Investigaciones de Las Ciencias de la Salud –CICS-

Responsable de la Entrevista: _____

Boleta de Recolección de Datos.

Opinión de los egresados de la Facultad de Ciencias Médicas Con respecto a su formación académica y desempeño profesional

Introducción:

En cumplimiento a lo señalado en las políticas de docencia, contenidas en las Políticas Generales de la Facultad de Ciencias Médicas, aprobadas, por el Consejo Superior Universitario el 23 de Febrero del año 2000, este trabajo tiene como objetivo obtener la opinión de los egresados de la Facultad, sobre la pertinencia y vigencia del currículo, para tomar a futuro, decisiones administrativo-docentes que favorezcan la búsqueda de la excelencia académica. Por tal razón se solicita su colaboración a efecto de dar respuesta a los enunciados contenidos en esta boleta. Le agradecemos de antemano, la veracidad de sus respuestas.

Datos generales:

Sexo: M____F____ Edad (años cumplidos)_____

Año de ingreso a la Facultad de CC.MM._____ Año de graduación_____

Lugar donde trabaja actualmente_____

Tiempo de laborar en el mismo_____

Institución_____

Realizó estudios posteriores? Si____ No_____

Si su respuesta es afirmativa, por favor indique en que áreas del conocimiento obtuvo grado académico:

Diplomado_____

Maestría_____

Doctorado_____

Especialidad_____

Conocimientos

1. ¿Los conocimientos que adquirió durante su formación, le permitieron satisfacer las exigencias laborales?

Totalmente: _____

En forma parcial: _____

No le fueron útiles: _____

2. En su desempeño profesional después de graduarse, enumere las actividades que NO realizó porque no se las enseñaron en la facultad.

Habilidades

3. ¿Cuáles de las habilidades que se describen a continuación, considera que desarrolló durante la carrera de Médico y Cirujano?

Habilidades	Total	Parcial	Ninguna
Quirúrgicas			
Diagnósticas			
Terapéuticas			
Docentes			
Administrativas			

Experiencia profesional

4. ¿Cuánto tiempo después de graduarse, empezó a trabajar en la profesión médica?

5. Después de graduarse, ¿Cuál fue el primer trabajo que desempeñó?

6. ¿Cuál fue el primer cargo que ocupó? (dirección, coordinación, jefatura, etc.)?

7. ¿Cuáles de las prácticas que realizó durante la carrera de medicina considera obsoletas?

Porque? _____

Considera vigentes?

Porque? _____

8. Opina usted que el currículo de la Facultad, es adecuado para satisfacer

las demandas laborales en:

	SI	NO	PORQUE?
Hospital			
Práctica Privada			
Servicios de Salud Pública			
ONG'S			
Docencia			

9. ¿Cree usted que la facultad debiera incorporar al currículo, nuevos elementos (teóricos y prácticos) para mejorar la formación del futuro

profesional?

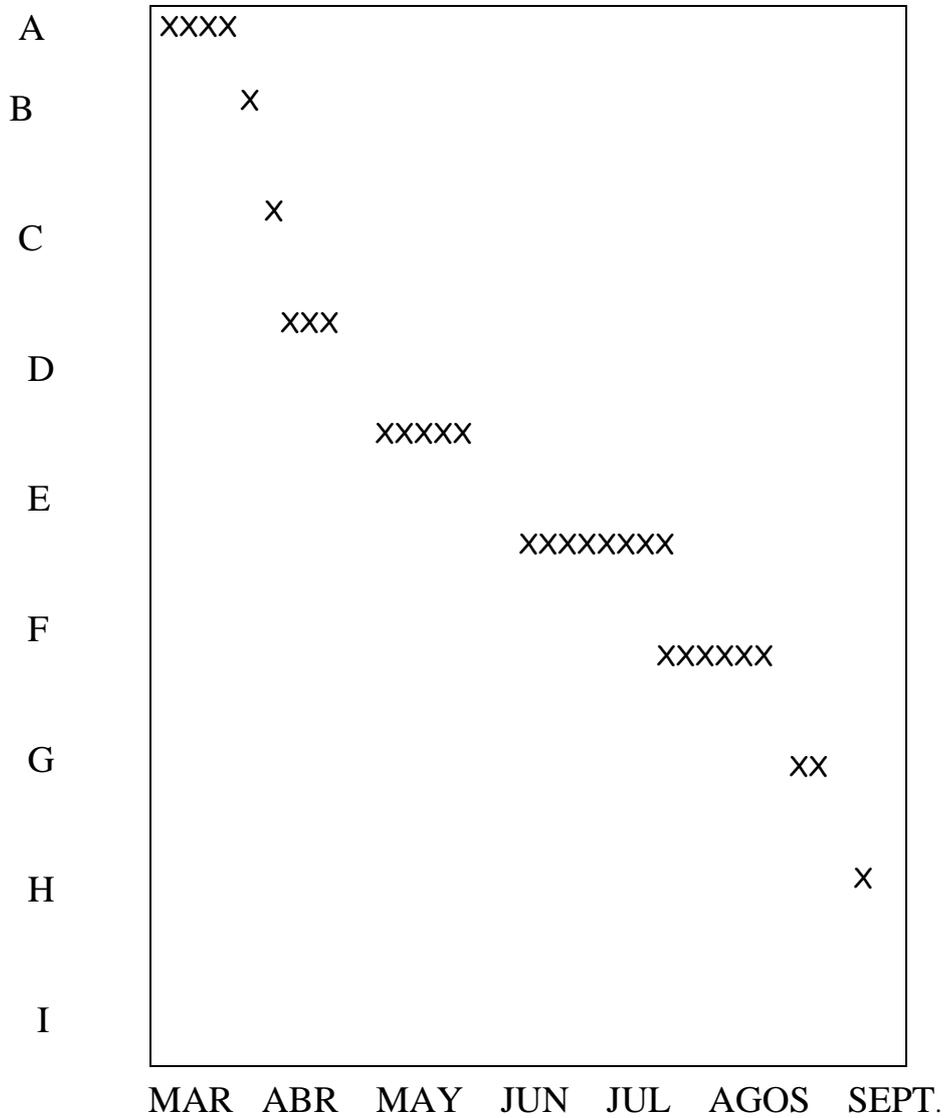
SI _____

NO _____

Cuales? _____

Observaciones o sugerencias:

CRONOGRAMA



- | | |
|--|------------------------------------|
| A: Selección del tema. | F: Revisión de protocolo |
| B: Presentación del tema a unidad de tesis | G: Realización de trabajo de campo |
| C: Aprobación de tema por unidad de tesis | H: Tabulación de datos |
| D: Búsqueda de material bibliográfico | I: Presentación de informe final |
| E: Realización de protocolo | |

