

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL



Guatemala, octubre del 2002.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR: Doctor Luis Alfonso Leal Monterroso
SECRETARIO: Doctor Carlos Enrique Mazariegos
Morales

AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

DIRECTORA: Licda. Gloria Rebeca Morán Mérida
SECRETARIA: Licda. Ma. Del Rosario Casanova de
Rosado

**CONSEJO ACADÉMICO
REPRESENTANTES DOCENTES**

Licenciada: Miriam Maldonado Batres
Licenciada: Rosaura Gramajo de Arévalo
Licenciada: Mirna Bojórquez de Grajeda
Licenciado: Edgar Flores González
Licenciado: Rudy Ramírez Díaz

**CONSEJO ACADÉMICO
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES**

Trabajadora Social: Eugenia Amely Werner
Maestra de Educación Primaria: Damaris Girón
Secretaria Comercial: Alicia Catalina Herrera
Bachiller: Yajaira Sujey Girón Bustamante
Bachiller: Edgar Moisés Godínez
Bachiller: Federico Alvarado

TRIBUNAL EXAMINADOR

Directora: Licda. Gloria Rebeca Morán Mérida
Secretaria: Licda. Ma. Del Rosario Casanova de
Rosado
Coordinadora IIETS: Licda. Belia Villeda Erazo
Tutora-Revisora: Licda. Aracely Quiroa
Coordinadora del Área de
Formación Profesional Específica: Licda. Ana María García

Artículo 11

“Los autores serán los responsables de las opiniones y criterios expresados en sus obras”.

Reglamento del Consejo Editorial de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

TESIS QUE DEDICO

A DIOS	Por ser la luz y fortaleza de mi vida, y dador de la sabiduría.
A MIS PADRES	Macabeo Arias Solares y Martha Jesús Sánchez de Arias, con mucho amor. Por sus sabios consejos y apoyo incondicional. Que Dios los bendiga.
A MIS HERMANOS	Luis, José, Corina, Cristabel, Carolina, con cariño muy especial y que este triunfo sirva de motivación.
A MI HERMANA	Maria Hortencia, con mucho amor y respeto, por su apoyo incondicional que siempre me ha brindado, Dios la bendiga.
A MIS CUÑADOS Y CUÑADAS	Roderico, Eduardo, Antonio, Luis, Elvia, Olga, con cariño.
A MIS PRIMOS, PRIMAS Y SOBRINOS	Con mucho cariño.
A MIS TIOS	Lucia, Eugenia, Paco, Toribio Tito con cariño.
A MI ESPOSO	José Félix Osorio Godoy, con mucho amor por su apoyo incondicional.
A MIS HIJOS	Ricardo y Alejandra con mucho cariño.

A FAMILIAS

Osorio Godoy, con respeto y cariño.

Girón Osorio, con respeto y cariño.

A:

Alfredo Pineda con respeto y cariño, Dios
le bendiga.

A MIS COMPAÑERAS Y AMIGAS DE
ESTUDIO

Norma, Ester, Priscila, Carolina, Mariel,
Susy, Marta, Julia con cariño.

AGRADECIMIENTO ESPECIAL

A MI PATRIA

GUATEMALA

A: Poptún, Petén,
Tierra que me vio crecer.

A: La Universidad de San Carlos de
Guatemala.

A: Escuela de Trabajo Social.

A: Autoridades y Comité de Docencia e
Investigación del Hospital Infantil de
Infectología y Rehabilitación.

A: Dr. Pablo Antonio Pacheco Solís.

A: Mi revisora:
Licda. Aracely Quiroa, por su asesoría, y
por compartir sus conocimientos en este
proceso de investigación.

A: Todas las personas e instituciones que
colaboraron para la realización de la
presente.

A: Mis padrinos con mucho aprecio y
respeto.

ÍNDICE	Página
INTRODUCCIÓN	i
CAPÍTULO I	
MARCO TEÓRICO	1
1. Partir De La Practica De La Realidad	1
1.1. Realidad Social de Guatemala	1
1.1.1. Educación	3
1.1.2. Vivienda	4
1.1.3. Salud	5
1.2. Realidad Económica	6
1.2.1. Situación Económica de Guatemala	6
1.2.2. Políticas Socioeconómicas	7
1.3. Realidad Educativa	9
1.3.1. Educación	9
1.3.2. Educación Formal	10
1.3.3. Educación Popular	10
1.3.4. Objetivos de la Educación Popular	14
1.3.4.1. Metodología Y Técnicas de la Educación Popular	15
1.3.4.2. Educación Popular en Guatemala	18
CAPÍTULO II	25
2. Realidad De Salud	25
2.1. Definición de Salud	25
2.2. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social	28
2.3. Constitución Política de la Republica De Guatemala	30
2.4. Código de la Niñez y la Juventud	30
2.5. Código de Salud	31
2.6. Salud	33
2.6.1. Construcción de Entornos Saludables y Mejoramiento de las Condiciones de Vida	36

2.6.2.	Desarrollo y Fortalecimiento de una Cultura de la Vida y la Salud	36
2.6.3.	Generación de Inteligencia en Salud	37
2.6.4.	Atención a las Necesidades y Demandas en Salud	37
2.6.5.	Garantía de la Seguridad y Calidad de Bienes y Servicios Relacionados a la Salud	38
2.6.6.	Intervención Sobre Riesgos y Daños Colectivos a la Salud	38
2.7.	Efectos de la Realidad Social	39
2.7.1.	Pobreza en Guatemala	39
2.7.2.	Miseria y Enfermedad	40
2.7.3.	Políticas Sociales	42
2.7.4.	El Gasto Publico en Salud	42
CAPITULO III		46
3.	Programas De Bienestar Social	46
3.1.	Ministerio de Salud Publica	46
3.2.	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	48
3.3.	Ministerio de la Defensa Nacional y Policía Nacional Civil	49
3.4.	Sector Privado	50
3.5.	Organizaciones No Gubernamentales	50
3.6.	Característica de los Programas	51
3.6.1.	Paliativos	51
3.6.2.	Curativos	51
3.6.3.	Costo Económico Social	52
CAPITULO IV		53
4.	Atención Primaria En Salud	53
4.1.	Declaración Del Alma Ata	53
4.1.1.	Filosofía de la Atención Primaria en Salud	54
4.1.2.	Estrategia de APS	54
4.1.3.	APS Como Nivel de Atención	54

4.1.4.	Los Elementos Esenciales	55
4.2.	Características de la Comunidad	55
4.2.1.	Estructura Social de la Comunidad	55
4.2.2.	Procedimientos Utilizables para la Organización de la Comunidad con mira a la APS	56
4.2.3.	Necesidad de que los Diferentes Grupos de una Comunidad estén Representados	56
4.2.4.	Especificaciones de las Necesidades Prioritarias de la Comunidad en Materia de Salud	56
4.2.5.	Identificación de los Recursos de la Comunidad Para Abordar los Problemas Sanitarios	57
4.2.6.	Definición de un Orden de Prioridades	57
4.3.	Función del Agente de Salud en la Comunidad en la Atención Primaria en Salud	58
4.3.1.	Selección del Agente de Salud de la Comunidad	58
4.3.2.	Formación del Agente de Salud de la Comunidad	58
4.3.3.	Funciones Educativas del Agente de Salud	58
4.4.	Supervisión Técnica de la Comunidad	59
4.4.1.	Apoyo Para la Planificación	59
4.4.2.	Apoyo Para la Investigación	59
4.4.3.	Descentralización de las Funciones Ejecutivas	59
4.5.	Información Continua de la Comunidad	60
4.5.1.	Información Continua del Sistema Sanitario, Vigilancia y Evaluación de la APS	61

CAPITULO V	62
5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL	62
5.1. Antecedentes Históricos	62
5.2. Definición de Trabajo Social	63
5.3. Filosofía de Trabajo Social	64
5.4. Principios de Trabajo Social	64
5.5. Proceso Metodológico y Técnicas	65
5.6. Propuesta de Intervención del Trabajador Social en la Educación Popular Aplicada a la APS	65
5.7. Programa	66
Conclusiones	77
Recomendaciones	78
Bibliografía	79

INTRODUCCIÓN

El trabajo que se presenta a continuación se titula: "**La Educación Popular en la Atención Primaria en Salud**", plantea la importancia de incluir en los servicios que prestan las instituciones de salud, programas y personal dedicado a proporcionar educación, de una manera que las personas que asistan a solicitar servicio hospitalario la asimilen y principalmente la apliquen, es decir, utilizar los métodos de educación popular.

Existen enfermedades que son fatales tanto para niños como para adultos, pero también existen métodos preventivos sencillos y al alcance de cualquier persona (jornadas de vacunación), como también seguir normas elementales de higiene, todo esto evitaría pérdida de tiempo y dinero tanto para las personas como para el Estado.

Un factor importante para la prevención de enfermedades es el poco nivel educativo de la población y las condiciones de pobreza y pobreza extrema galopante en el país, así como el poco interés por las autoridades en implementar programas de Educación popular en los servicios de Salud, este extremo se pudo constatar en el poco conocimiento sobre Educación popular y Salud Preventiva, que tienen los trabajadores del Sector Salud.

Para llevar a cabo la presente investigación se plantearon los siguientes objetivos:

Generales:

- Proporcionar elementos teóricos que sirvan de fuente de datos a futuras generaciones, con respecto a la importancia de la Educación Popular, en la Atención Primaria en Salud.
- Lograr establecer de qué manera la Educación Popular contribuye en la Atención Primaria en Salud en los tres niveles.
- Conocer en qué medida la Educación Popular es aplicada en el programa Materno Infantil de Salud Pública

Específicos

- Determinar la importancia de la aplicación de la Educación Popular ante la problemática de salud.
- Revisar la metodología de aplicación en los programas de Salud Materno Infantil.
- Revisar indicadores de Salud en el Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación.
- Revisar a nivel comunitario el impacto de los programas Materno Infantil.

La estructuración del presente trabajo se describe brevemente a continuación:

Capítulo 1

Presenta la realidad social, económica y educativa de Guatemala. Y análisis de resultados de la investigación.

Capítulo 2

Contiene lo relacionado a la realidad de la salud en Guatemala. Y análisis de resultados de la investigación.

Capítulo 3

Expone cómo se encuentran los programas de bienestar social en Guatemala. . Y análisis de resultados de la investigación.

Capítulo 4

Expone lo que es la atención primaria en salud.

Capítulo 5

Se presenta la propuesta de la intervención del Trabajador Social en la aplicación de la Educación Popular en la Salud Preventiva.

Y finalmente se presentan las conclusiones, recomendaciones y bibliografía de la investigación.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1. Partir de La Practica de la Realidad.

El presente capítulo se da a conocer la realidad social, económica y educativa de Guatemala. Tratando temas de vital importancia en el ámbito nacional como son:

La Educación, Vivienda y Salud sin dejar atrás las políticas en caminadas a la economía.

Además, se dan a conocer los dos tipos de educación existe en nuestro país, la educación formal y la educación popular y su contenido, como también análisis e interpretación de los resultados de la investigación.

1.1. Realidad Social de Guatemala.

La conformación de la población por grupo étnico para 1990, según el INE era de 58% indígena y 42% no indígena o ladina se concentra en su mayoría en las regiones Noroccidental, Norte y parte de la Suroccidental, donde el minifundio, la dispersión poblacional y el analfabetismo subrayan su marginalidad y situación de extrema pobreza.

Según datos de OPS (1992) el 35% de la población habla alguna de las 22 lenguas del país; entre las lenguas mayoritarias están: quiché (29%), cachiquel (25%), kekchí (14%), man (8%); el 24% restante habla otras lenguas como el pocomchí, pocomam, tzutuil, chortí, canjobal, aguacateco y maya entre las sobresalientes. Es importante destacar el monolingüismo en algunos departamentos, como Alta Verapaz (95%), Sololá (85%), San Marcos (80%) y Huehuetenango (85%).

Existen más de 19,000 comunidades dispersas de menos de 2,000 habitantes cada una, la topografía accidentada de Guatemala, la escasez de vía de comunicación y el mal estado de esa red vial condicionan el acceso a los servicios en donde éstos se encuentran.

La diferencia idiomática entre el que oferta y demanda el servicio de salud es otro factor adverso que se suma a la baja capacidad de los usuarios.

La situación de extrema pobreza de la población, condicionada por varios factores ya mencionados, obliga al traslado estacional de grandes colectivos, de Lugar de su residencia a los centros agrícolas de producción para la exportación, lo cual ocasiona mayor riesgo de exposición, contagio y diseminación de enfermedades; agravado esto por las condiciones, muchas veces inhumanas en las que sobreviven esos colectivos, pese a las mejoras que han ido adquiriendo, por parte de quienes los contratan.

Al analizar este fenómeno, en cifras absolutas, resulta que el Departamento de Guatemala es el que recibe mayor cantidad de personas, en este caso con intenciones migratorias permanentes en búsqueda de mejores condiciones y de trabajo, lo que propicia un incremento desordenado y arbitrario de la Región Metropolitana, especialmente en las áreas periféricas, donde se calcula que la población existente es casi de un millón de habitantes, con los problemas conocidos de vivienda, falta de servicios, invasiones, etc., con repercusión en la situación de salud y de desarrollo.

En lo que respecta a la Pobreza extrema según SEGEPLAN e INE, en 1991 se podía decir que la pobreza extrema era de 71% de las familias, datos recientes hablan de hasta de un 86% de pobreza absoluta. Esta situación puede ser explicada por la crisis económica mundial y nacional, la disolución del bloque socialista que desvió grandes recursos de la cooperación internacional destinados al tercer mundo, la inflación y el efecto de las políticas internacionales de ajuste estructural a los países como el nuestro.

El índice de analfabetismo, profundizado con el insuficiente logro en la Educación bilingüe, así como las condiciones económicas que obligan a la migración estacional familiar y el abandono de la escuela, dificulta la comprensión de mejoras de la salud y la posibilidad de cambio de actitudes y hábitos negativos.

Se señala que Guatemala tiene la más alta tasa de analfabetismo a nivel del hemisferio occidental; el porcentaje de analfabetas se estima en 55% con cifras más altas en la población del área rural (61%) en la mujer (60%) y en la población indígena (72%). La Educación superior es un privilegio de muy pocos, pues a ella acuden el 1% de la población que egresa del ciclo diversificado.

En el renglón vivienda, la situación precaria que vive la mayoría de la población y las inadecuadas políticas de vivienda adoptadas en los últimos años han propiciado un déficit habitacional elevado. Únicamente el 69% de la población posee vivienda propia o la está pagando, pero la calidad de la misma en un gran porcentaje es deficiente, pues más de la mitad de las casas son fabricadas con material de desecho “covachas” (principalmente en la región metropolitana) de paja o bajareque, los llamados “ranchos” del área rural.

Además del insuficiente gasto sectorial, los recursos no se han utilizado en forma eficiente en relación a los objetivos de desarrollo y a las prioridades del sector.^{1/}

1.1.1 Educación.

En el aspecto educación, el sistema público del país presenta una inadecuada cobertura tanto a nivel pre-primaria, primaria, de educación básica y diversificado. Podemos decir también que los contenidos programáticos que presentan los planes de estudio no se encuentran vinculados con los intereses y necesidades que presentan los sectores populares en la realidad. Un factor importante que impide el acceso al sistema público de educación lo constituye la difícil situación económica. Por otra parte las instituciones de los centros educativos de orden público carecen de mobiliario adecuado. También se puede mencionar que el empleado que trabaja en el sistema público de educación no cuenta con una adecuada remuneración económica, sumado a esto el exceso de trámites para la asignación de plazas. Es evidente que la crisis existente en el sistema de educación pública dá como resultado la participación activa y comercializada del sector privado en la prestación de ese servicio, tal opción no es accesible a los ingresos de los sectores populares en donde muchas veces las personas deben asumir los roles de trabajador y estudiante, por lo que deben acomodarse, a los horarios laborales, esto

^{1/} Zamora, Francisco. “Hacia la Producción Social de la Salud”. Industria Litográfica. U.R.L. Primera edición. Páginas 62, 63 y 64.

con el propósito de mejorar su status ocupacional y, por consiguiente, su nivel de vida.^{2/}

Las características que presenta el sistema educativo dan como resultado de una alta tasa de analfabetismo.

1.1.2.Vivienda.

La problemática de la vivienda en nuestro país es ampliamente conocida y específicamente para el área urbana de la capital el déficit habitacional se ubicó en 1991 en 350,000 viviendas, mantendrá su ritmo actual de 30,000 viviendas, apenas reducido en 7,000 por la actividad de construcción pública y privada, lo que arroja un déficit acumulativo de 23,000 unidades anuales, la situación es alarmante, por si fuera poco, el acceso a la vivienda se ve afectado por el incremento en las tasas de interés.

Y aún más por las condiciones generales de pobreza que imperan en nuestras sociedades, lo que obliga a los sectores de población más desposeídos a adoptar opciones accesibles a sus recursos, dando origen el surgimiento de las denominadas áreas humanas precarias. Veamos a continuación que características presenta la vivienda en dichos sectores de la población: con relación a la vivienda, solamente el 22% de éstas pueden construirse con cierta solidez y contar con los ambientes mínimos; el 74% se consideran covachas, es decir, viviendas de precaria construcción y reducido espacio; el 4% restante lo constituye el tipo de vivienda denominado palomar que se caracteriza por que en una misma casa habitan múltiples cuartos, cada uno numerado o por una familia numerosa.

En los casos más extremos y característicos de los asentamientos humanos precarios las viviendas están construidas por lo general con material de deshecho (cartón, lámina, nylon y madera), carecen de piso y adecuada ventilación e iluminación.^{3/}

2/ Seminario de Trabajo Social. “Instituciones que impulsan Programas de Bienestar y Prevención Social en el Área Metropolitana de Guatemala”. USAC. Agosto, 1996.

3/ Seminario de Trabajo Social. “Informe de Investigación Contexto Económico-Social”. U.S.A.C. Agosto, 1996.

1.1.3. Salud.

El sistema de servicios de salud en el área Metropolitana de la Ciudad de Guatemala no puede hacerle frente a las demandas de la población. Entre los factores que intervienen podemos destacar: la constante inmigración rural-urbana que provoca la existencia de asentamientos humanos precarios, sumando a esto los altos índices de desempleo registrados en la región, la inadecuada cobertura de los servicios sanitarios, altas tasas de mortalidad general 7.7% por mil habitantes; mortalidad materna 7.44% por mil habitantes; mortalidad infantil 12.3% por mil habitantes y altos índices de fecundidad 3.6 hijos por mujer.

La situación de la salud es difícil, pese a la existencia en el área de 120 Hospitales y sanatorios privados, distintos patronatos y fundaciones especializadas, ya que en primer lugar los servicios de atención pública no cuentan con los recursos necesarios a fin de dar una adecuada atención en salud a la población y por otra parte los servicios privados de salud no se encuentran accesibles a los ingresos de los sectores mayoritarios de la población. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social atiende a un porcentaje aproximado del 30% de la población, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, atiende a un porcentaje aproximado del 15% y los servicios privados de salud cubren entre el 8% y el 12%, dejando el 45% de la población sin acceso a los servicios de salud.^{4/}

Respecto a la cobertura de servicios en el Municipio de Guatemala según estimaciones del INE efectuadas, a julio de 1993 la situación se presenta así: hogares sin servicio de letrina 10,297 (6.54%), sin electricidad 12,568 (7.93%) y agua potable 19,524 (12.40%), esto en relación a una totalidad de 157,424 hogares y 201,927 viviendas en el área.

La escasez de agua que según UNICEF alcanza ya los 150m/minuto en la Ciudad Capital, agravan la situación de los pobladores urbanos, el problema del transporte, el servicio eléctrico y suministro de alimentos.

Los niveles más alarmantes con relación a la falta de cobertura de servicios se presenta en los asentamientos urbanos (asentamientos humanos precarios), según

4 / Idem

estimaciones recientes sólo el 4.3% de las viviendas del total de áreas precarias cuentan con agua domiciliar.

Lo anterior tiene repercusiones nocivas para el Estado general de salud de sus habitantes, finalmente es necesario señalar que las políticas sociales, económicas no son funcionales para una vivienda digna de las familias guatemaltecas, por el contrario parecen no participar ya más en tal problemática ante las políticas neoliberales se han abierto espacios para que la iniciativa privada intervenga en la satisfacción de esta necesidad, situación que en realidad no beneficia a los sectores populares, pues estos con sus bajos ingresos económicos en general, no pueden tener acceso a las propuestas de solución habitacional disponibles en el mercado, agudizándose así la problemática de la vivienda en el área metropolitana de la Ciudad de Guatemala, esto sin ver a corto plazo una solución real.^{5/}

1.2. Realidad Económica.

1.2.1. Situación Económica de Guatemala.

Aunque la crisis inicialmente afectó la esfera económica (productiva, comercial y financiera), esta se extendió a todos los ámbitos de la sociedad afectando las condiciones de vida de grandes segmentos de la población, los que han hecho imposible la adecuada satisfacción de necesidades.

Por otra parte el alza en el precio de los productos básicos resultado de la constante pérdida del poder adquisitivo de la moneda nacional ha condicionado el aumento de la pobreza y la pobreza extrema. Durante 1986/87 tales indicadores aumentan, ya que el total de pobres es de un 83.4% ascendiendo a un 64.5% la pobreza extrema y se redujo a un 18.9% la pobreza no extrema, para 1989/90 los indicadores a un son más alarmantes: el 89% de la población total del país está en estado de pobreza de la cual el 67% corresponde a la pobreza extrema.

Los indicadores económicos ponen en relieve la gravedad de la situación de la pobreza: altas tasas de desempleo (41.6% del total del PEA) un total de 248,597 personas mientras que la población económicamente activa corresponde un 58.4%

5/ ZAMORA, Francisco. “Hacia la Producción social de la Salud”. Industria Litográfica. U.R.L. Primera edición. Pág. 59.

siendo un total de 348,976 personas. Por otra parte la incapacidad de los sectores populares para insertarse en las actividades productivas del área metropolitana les obliga a adoptar diversas formas de subsistencia o subempleo; ligado a lo anterior podemos mencionar que en la región metropolitana el ingreso per cápita es de Q.5,385.00 (altamente irreal), pues la mayoría de la población recibe un salario mínimo de Q.480.00 mensuales, que tiende a estancarse considerablemente. Los altos índices de inflación contribuyen también a encarecer el costo general de vida.

Es muy importante mencionar que la actividad productiva del país se centra en el área metropolitana de la ciudad de Guatemala, constituyéndose ésta de la siguiente manera: casi el total de la actividad industrial del país sin omitir la relevante participación de la actividad comercial y la prestación de servicios.

Creemos importante reflexionar en el hecho de la eficiencia del sistema tributario del Estado Guatemalteco la cual se deriva de un sistema fiscal de carácter regresivo, es decir, que tributa el que menos ingresos tiene (los trabajadores y las capas medias contribuyen a los ingresos tributarios en un 80%).^{6/}

1.2.2. Políticas Socio-Económicas.

Las políticas sociales tuvieron su origen en las contradicciones que surgieron entre las clases sociales principalmente entre la Burguesía y el proletariado, las cuales causan el carácter de nuestras relaciones de producción que son eminentemente capitalistas basadas en la acumulación de capital, a través de la explotación.

Han sido traducidos en programas de educación, vivienda, salud, servicios sociales para trabajadores.

Tienden a reparar las condiciones de la fuerza de trabajo para el capital, no así para satisfacer las necesidades básicas de la clase trabajadora.

Las políticas sociales cumplen con la misión de reproducción de relaciones sociales que permiten mantenerse dentro de los sectores populares.

6/ BETETA V., Luis. Revista de Trabajo Social del Departamento de Investigación y Tesis DITETS. Universidad de San Carlos de Guatemala. Año XIV No. 14. Julio 1994. Sin fecha precisa de impresión.

Su finalidad es lograr la atención comunal en a la solución la problemática. Estas políticas son lineamientos enviados por el Estado a Instituciones Estatales, poniéndolas en funcionamiento, evitando que los beneficiarios conozcan sus derechos. En nuestro país tienden a impulsar políticas de beneficio popular, atendiendo en apariencia las necesidades y problemas sociales de la población.

En síntesis, las políticas son medidas y decisiones que toma el Estado para formalizar su intervención problemática y necesidades básicas que subyacen al interior de la clase trabajadora y resultan ser una mediación más para asegurar la continuidad y desarrollo se la sociedad donde se genera el sistema capitalista como un todo.^{7/}

Las políticas sociales van dirigidas a la clase trabajadora, quienes para producir necesitan vender su fuerza de trabajo, por lo cual reciben un salario no equivalente, ya que una parte le queda al capitalista, por lo que al Estado sólo le interesa el desarrollo de este sistema. En esto se basa la naturaleza de estas políticas.

El Estado por medio de las políticas sociales, dictamina los procedimientos, orientaciones, normas y centralización de los recursos financieros provenientes, la mayoría de las veces, de los mismos trabajadores, quienes con su salario financian el sistema de servicios que son, considerados como recursos públicos del Estado.^{8/}

Al finalizar el capítulo, se concluye que la situación general de Guatemala es preocupante ya que existe una gran marginación, en todos los campos, especialmente, para el sector indígena, lo que arrastra a la población, a pobreza y pobreza extrema, contando también con un alto índice de analfabetismo en todo el territorio nacional por las inadecuadas políticas estatales.

La vivienda también es una deficiencia que hay que ponerle atención ya que una gran parte de Guatemaltecos no cuenta con un techo propio que los resguarde. En el renglón salud la población se encuentra desprotegida ante las malas políticas gubernamentales y la ineficiencia de las Instituciones; todo esto unido a una

7/ Seminario de Trabajo Social. “Instituciones que Impulsan Programas de Bienestar y Prevención Social en el Área Metropolitana de Guatemala”. U.S.A.C. Agosto, 1996.

8/ DE LEÓN Cabrera, Tomasa Leonor. “Las Políticas Sociales y su Influencia en el quehacer del Trabajo Social Guatemalteco”. Página 4.

economía Guatemalteca estancada y políticas sociales dirigidas a beneficiar a los más poderosos económicamente hablando.

1.3.Realidad Educativa.

1.3.1.Educación.

La educación es un proceso continuo que permite la transmisión de conocimientos, valores, actitudes que determinan la vida de todo individuo. Al hablar de educación no se refiere únicamente a la formación académica, sino también a la formación de valores morales y culturales.

A través de la transmisión de valores, se contribuye a desarrollar la personalidad del individuo y se prepara para su plena participación en la sociedad, de ahí que la educación debe ser integral, para el desarrollo de la vida de todo ser humano.

La educación es considerada como la base fundamental para el desarrollo del ser humano, se dice que la pobreza es una de las principales causas de la falta de educación; pero cabe mencionar que la falta de educación se constituye en pobreza, delincuencia, prostitución, drogadicción y muchos otros males sociales.

Es por ello que la mayor parte de madres y padres de familia se preocupan por brindarle educación a sus hijas e hijos de aquí la frase "La educación es la mejor herencia para los hijos / as".

La preocupación de las madres y padres de familia por la educación de sus hijos en un país de extrema pobreza como Guatemala, no es suficiente para que se garantice como literalmente lo que dice la Constitución de la República en la sección cuarta, artículo 74. "Los habitantes tienen el derecho y la obligación de recibir educación inicial, pre-primaria y básica dentro de los límites de edad que fije la ley.^{9/}

^{9/} República de Guatemala, Asamblea Nacional Constituyente, Constitución Política de la República de Guatemala, decretada el 31 de mayo de 1985, Guatemala, 1985, Pág. 4.

1.3.2. Educación Formal.

Es la educación ofrecida a través de las instituciones del sistema educativo (Escuelas, Institutos, Centros Educativos, Universidades).

Este tipo de educación es la que está regida por el Estado en la cual tiene sus propias leyes y reglamentos, esta educación oficial proporciona una formación a través de los conocimientos por ejemplo: historia, matemática, ciencias naturales, estadística, química, la cual es impartida por las escuelas estatales.

Es necesario destacar que la educación es uno de los pilares fundamentales de sistema capitalista, pues a través de ella se mantiene el estado de cosas inalterable, el poder y la riqueza en manos de unos pocos y la explotación, la pobreza y la marginación de la mayoría.

“Dentro de la educación oficial existe una forma muy sutil que trata de influir en las personas para obligarlas a actuar, pensar y sentir de determinada forma y es la educación a través de los medios de comunicación masiva, es lo que sobre sale la televisión que manipula la conciencia de la gente a través del inconsciente”.^{10/}

Sin embargo, tiene que haber una alternativa que permita a los sectores populares conocer su verdadera situación, el por qué de ella y las formas a su alcance para cambiarla, una de las alternativas es la Educación Popular.

1.3.3. Educación Popular.

La Educación Popular es un proceso que permite crear e impulsar condiciones educativas para que se generen y consoliden las organizaciones populares, por medio del aporte de elementos teóricos y prácticos; partiendo de la realidad concreta para coadyuvar a mejorar las condiciones de vida inhumanas en que vive la mayor parte de la población de los países de América Latina.

Además, la Educación Popular plantea un proceso en el cual va a ser de concientizar y formar al pueblo, es decir, capacitarlo para afrontar su problemática,

^{10/} Centro de Estudios Integrados de Desarrollo Comunal CEIDEC. Educación Popular. México, D:F. Página 8-9.

por medio de la creación de un espacio socio-económico, político-cultural, propio del mismo, en donde su participación será de una manera real y justa.

Debe de considerarse que para lograr una buena Educación Popular ésta tiene que ser consistente y coherente con los objetivos y propósitos que se persiguen. Para ello es necesario que la Educación Popular se base en principios y formas de conducta que se pretenden lograr en las organizaciones.

A continuación conoceremos, algunas definiciones de Educación Popular, término que se ha definido de muy diversas maneras dependiendo de la posición de quienes la lleven a la práctica.

La Educación Popular prácticamente es un arma que permite a las clases populares asumir organizadamente con lucidez y pasión, su rol de sujetos activos en la construcción de caminos viables que conduzcan a la obtención de objetivos, hacia la construcción de la historia de los que luchan por la transformación social.^{11/}

En estos dos conceptos se habla de la Educación Popular en el sentido que los sectores populares son los protagonistas de la historia en la cual se reconoce y se toma en cuenta todo el conocimiento, experiencia y energía que ellos poseen y a la vez pueden aportar para que se dé una lucha por una sociedad más justa y humana.

La Educación Popular es la que surge del pueblo en un proceso que va constante paso a paso, en el cual sus miembros van analizando, investigando, retomando su propia historia en la cual toman conciencia y que en una sola lucha puedan lograr la transformación de su realidad del sistema operante y actuar sobre ella.

En esta educación el hombre mismo por su propia iniciativa investiga, analiza, interpreta y así es como puede comprender su propia historia y actuar sobre ella.

Se tiene que tomar en cuenta que la Educación Popular constituye una herramienta de lucha en el orden económico-político e ideológico; su postura tiene que ser desde un punto vista reflexivo y de acciones políticas, simultáneas a otras prácticas sociales, en el sector popular tales como actividades culturales, pintura, canción, etc.

^{11/} Oscar Hara. "Desafíos de la Educación Popular". 1985. Página 10.

Esta es una educación para todos, es creadora, impulsadora de las potencialidades del hombre y debe coadyuvar a la liberación del hombre para que pueda satisfacer sus necesidades.

Para que se lleve a cabo la Educación Popular tiene que tener las siguientes características:

A. Participativa: Permite a las personas que participen de una manera creativa y activa para la generación de los contenidos, los programas y nuevos conocimientos.

B. Democrática: Esta característica está identificada plenamente en lo que debe ser una verdadera democracia en el proceso educativo dialéctico de los grupos, ya que se basa en el respeto mutuo y la dignidad de cada persona, toma en cuenta los valores humanos, las cualidades y las habilidades de cada individuo; considerando los elementos principales de estas características se parte de situaciones y problemas reales, buscando comprenderlos analizarlos y transformarlos.

C. Científica: Deberá ser un proceso inductivo-deductivo, tomando en cuenta, los pasos siguientes:

- Poseer un conocimiento sobre los hechos;
- se debe analizar los hechos para poder reconocer los elementos, haciendo una selección de los que sean más importantes para manejarlos;
- permite sistematizar la información para poder realizar hipótesis que conduzcan a la acción;
- aplicar las soluciones para analizar los resultados obtenidos;
- Realizar una evaluación de los resultados y del proceso directamente, para conocer la efectividad de las soluciones y verificar de esta manera la validez de la conceptualización y del análisis.

D. Concientizadora: Genera un conocimiento práctico y sistemático que permite el análisis y comprensión de la realidad.

La concientización la constituyen las siguientes etapas:

- **Reflexión;** que critica y analiza la realidad relacionándola hombre y hombre-mundo, interviniendo la realidad tomando el mundo como problema que resolver.

- **Problematización de la realidad;** es decir, habrá que identificar los problemas pendientes de darles solución.
- **Descodificación crítica;** se hace un análisis de una manera crítica de la situación imperante.
- **Recodificación;** se trata de reconstruir una nueva realidad, tomando como base primordial lo presente, tratando de colocar al hombre como un ente creador de su propio destino.

E. Proceso Global: Que afecta toda la persona por completo, es decir, sus conocimientos, habilidades, comportamientos y relaciones interpersonales, sentimientos, emociones y sus valores, o sea, que este proceso permite que la persona reflexione ante su situación en la sociedad actual y a la vez actúe como transformadora de la misma.

F. Cooperativa: La base primordial de esta característica consiste en brindar ayuda mutua y ser solidaria, además, cada individuo proporciona ideas propias, dejando a un lado los egoísmos y de esta manera puedan desarrollarse por completo, es decir, que no les interesa superarse individualmente, sino al contrario, se preocupan porque haya una superación grupal compartiendo sus conocimientos y sus ideas poniéndolos al servicio de todos y no de unos cuantos.

G. Autogestionada: Esta en la reflexión de los educandos quienes buscan por ellos mismos la enseñanza que deja la experiencia, practicando su validez para colectivizarla y generar cambios cualitativos. La Educación Popular además de contar con las características que se han mencionado anteriormente, también posee dimensiones las cuales siempre deberán tomarse en cuenta.

- La Educación Popular tiene una dimensión de clase porque está comprometida con la construcción de la misma.
- Dimensión Histórica en América Latina en la formación del sujeto.
- La Educación Popular tiene dimensión histórica al proponerse a acumular la experiencia histórica en América Latina en la formación del sujeto.

- Dimensión popular articulada al propósito de la construcción de la clase que realice la transformación de la sociedad.
- Dimensión política es apoyo a que el Pueblo haga ejercicio de su poder de clase.^{12/}

Todas estas características deben de tomarse en cuenta para que se realice una verdadera Educación Popular, para que no caigamos en los errores de no aprovechar el espacio en las organizaciones y lograr elevar los niveles de conciencia de los sectores populares.

1.3.4. Objetivos de la Educación Popular.

Con la Educación popular se persigue no solo conocer en determinadas áreas sino que para ello es necesario que se den a conocer objetivos fundamentales en la Educación Popular.

1. Promover la organización, pero no la organización en su forma más simple que produzca poder popular.
2. La Educación Popular persigue que mediante ésta, los sectores populares conozcan que viven dentro de una situación de injusticia y que adquieren la capacidad de luchar por su transformación.
3. Contribuir al apareamiento de valores y conocimientos diferentes y por lo tanto, de un hombre y de una sociedad nueva.
4. Pretende que los hombres sean capaces de analizar críticamente su propia realidad, descubrimiento de los mecanismos que se utilizan en la ideología dominante para asegurar su pertenencia.
5. Se pretende que individualmente se den cambios en cuanto a la forma de pensar.^{13/}

^{12/} Centro de Estudios Educativos. La Educación para América Latina. México, 1979. Página 12-14.

^{13/} Recinos Sarceño, Nidia Noemí. La Educación Popular y el Profesional en el Trabajo Social. 1993. Página 56.

1.3.4.1. Metodología y Técnicas de la Educación Popular.

Para la aplicación de la educación popular se hace necesario construir y desarrollar una metodología, que precisamente por ser tal exige la relación lógica entre objetivos, contenidos, en que plasman los objetivos; métodos con los que se pretenden implementar el proceso de generación y de apropiación de los contenidos; técnicas (instrumentos herramientas). Una metodología es pues, la coherencia con que se deben articular los objetivos a lograr, los métodos o procedimientos utilizados para ello las técnicas o instrumentos aplicados en relación o con el marco teórico que da origen a los objetivos planteados o buscados.

De hecho, una coherencia metodológica la encontramos muchas veces en programas educativos que obedecen a los intereses del sistema dominante. Muchas veces no existe coherencia en los programas educativos que obedecen a los intereses del sistema dominante. Muchas veces no existe coherencia en los programas de educación popular sus métodos son igualmente bancarios (aunque los contenidos sea revolucionarios) y las técnicas utilizadas son la tradicional clase, la charla, el discurso etc., es decir, técnicas de transición de contenido.

Vale la pena subrayar que la ligación entre planteamiento metodológico coherente y definición política del programa (explícita o no) es algo verdaderamente sustancial en la educación popular.

Para que en los programas de educación popular que se definen como tales produzcan cambios y generen acciones conducentes con los objetivos políticos planteados por la organización responsable del programa, es necesario adoptar un planteamiento metodológico que le dé coherencia interna y una concepción dialéctica que le dé coherencia política.

Como punto de partida para poner en practica la educación popular, debe existir la combinación de un triple diagnostico compuesto de la siguiente manera:

1ro. Consiste en el conocimiento sistemático de la realidad objetiva, contextual, en la que el grupo u organización vive, actuar /o realiza su acción.

Esta realidad abarca desde en ámbito más inmediato, más cercano y más vivo, hasta aspectos que la afecten, pero que no son percibidos en una primera fase: son aspecto de la realidad que independientemente del accionar del grupo, influyen sobre el mismo.

2do. Analizar las acciones, espontáneas u organizadas, que el grupo realiza para transformar su medios y el sistema en general.

3ro. Cada persona y cada grupo u organización, tendrá una razón para actuar de tal y cual manera, para dirigir sus acciones en determinado rumbo o incluso, para no actuar, pretendemos algunos asumir una neutralidad obviamente inexistente.

El punto de partida en esta propuesta metodológica, es buscar el autodiagnóstico de la organización o grupo en la realidad objetiva en la que se encuentra. Este triple diagnostico es el acercamiento adecuado al presupuesto dialéctico que se formula como partir de la práctica o partir de la realidad o más simplemente práctica-teoría- práctica.

Los conceptos operativos que el grupo u organización van construyendo, responden a su nivel de conciencia; es decir: de conocimiento e interpretación; tiene que ver con su grado de desarrollo y con su universo cultural y sobre todo, son el puente seguro y la llave apropiada para a ceder dialécticamente a nuevos niveles de interpretación importante a nuevas formulaciones conceptuales, que responde a nivel de síntesis más complejas.

El aporte de la teoría es pues parte esencial del proceso de educación-acción, pues no todo el conocimiento y la experiencia está en lo que pertenece al grupo u organización.

Muchas veces se piensa que el problema en la práctica de educar es de concepción teórica e ideológica, pero realmente es de metodología, de métodos y técnicas adecuadas. La premisa fundamental, a nivel pedagógico, es la participación. Solo con una pedagogía basada en el proceso activo de participación personal (que se enriquece en cobertores en grupal y colectivo) puede lograrse al partir de la práctica.

Para lograr una mejor participación se deben de combinar dos aspectos importantes: Las Técnicas Educativas que se utilizan y el Papel del Coordinador; pues será definitiva la capacidad con que este sepa diseñar los programas aplicar las técnicas y conducir el nivel de reflexión teórico.

Se ha señalado que las técnicas educativas no definen, ni son la educación popular; son solo herramienta de apoyo. La técnica es el instrumento, el estímulo que propicie la participación, para la generación de conocimiento. Las técnicas recogen hechos situaciones, contenidos, conceptos, valores; reflejan la realidad en sus diversos aspectos, y /o las interpretaciones que sobre ellas se tienen.

Hay que recordar que cada técnica deberá ser aplicada de acuerdo al momento del proceso educativo en que se esté. Así, a cada contenido programático, en función del tema que se esta desarrollando corresponderá la aplicación de una o varias técnicas para poder alcanzar el objetivo previsto.

Las técnicas, aún las que aparentemente son muy acabadas en su diseño, no son aplicables nunca en forma mecánica; su aplicación depende de:

- 1- Las características del grupo (pequeño, numeroso, adultos etc.).
- 2- Las condiciones objetivas y materiales en que se desarrolla el proceso.
- 3- Los temas y sobre todo, los objetivos que se quieren alcanzar.
- 4- El eje temático también orienta y condiciona el uso de técnicas y sus procedimientos, pues a un mismo tema general, pueden escogerse y diseñarse diferentes ejes temáticos. /¹⁴

Método:

El método que se utilizaría para trabajar el tema, de Educación Popular es el dialéctico en el cual el siguiente proceso se basa en:

- Práctica - Teoría - Práctica

¹⁴ NUÑEZ H., Carlos
" Educar a transforma, Transformar para educar"
USAC. Escuela de Trabajo Social.
Departamento de Tesis. Cuaderno Didatico No. 7
Octubre 1,992.

- Teorizar.
- Enseñar aprendiendo a, través de las relaciones de igualdad.
- Investigación y Análisis de la realidad social.

Los pasos mencionados es lo que la gente sabe, piensa y siente por los diferentes problemas que enfrenta a diario.

Según Carlos Núñez es hacer un proceso ordenado de abstracción que permita pasar de la apariencia exterior de los hechos particulares y sus causas internas, significa adquirir una visión totalizadora, también, debe permitir obtener una visión crítica y creadora de la práctica social.

La investigación y el análisis es el que garantiza el éxito de los objetivos trazados que responden a sus necesidades.

La coherencia metodológica la encontramos en programas educativos, que obedecen a los intereses del sector dominante y los objetivos de aprendizaje son plasmados en contenidos fuertemente ideológicos transmitidos verticalmente a los métodos de recepción pasiva en donde el maestro envía el mensaje y el alumno solo lo capta sin poder externar su opinión o rebatir lo planteado, mediante técnicas o herramientas de la misma intención

Es por ello que sistemas educativos de sectores pudientes no funcionan eficientemente porque no hay concordancia entre los objetivos y el contenido afectando a las personas de clases populares./¹⁵

1.3.4.2. La Educación Popular en Guatemala.

En la época precolombina la población indígena alcanzó un desarrollo económico político y cultural que fue heredado de sus antepasados mayas.

Datos obtenidos señalan que los niños de 7 años de edad eran internados para aprender los secretos de las ciencias y las artes y se iniciaban en los oficios religiosos y las artes marciales.

¹⁵ Padilla Sandoval, Flor de María. Programas de Educación Popular y el Trabajo Social. 1,990 Pags. 37, 39

Las características de la Educación se clasificaron de la siguiente forma:

- a. Se desarrollaba de acuerdo con las necesidades del trabajo.
- b. Era espontánea, mimética y tradicional.
- c. Existía diferencia entre la educación del hombre y mujer.
- d. Realización de conformidad con los estamentos sociales
- e. Era oral y en los bajos estamentos espontánea y refleja.

Con la conquista, el proceso cultural se estanca y con esto el despojo de tierras y sojuzgamiento para los indígenas.

La duración de la colonia, existieron varios programas de educación para los peninsulares, la población criolla y en otros casos a los mestizos.

La educación daba a sectores indígenas la oportunidad que era impartida por los religiosos de las órdenes de Santo Domingo, San Francisco, San Agustín, Los Mercenarios y la Compañía de Jesús. La actividad pedagógica que era paternalista e inductoria el fin, era la evangelización. Los encomenderos encargados de proteger y defender a los indígenas se dedicaron a explotarlos y despojarlos de sus tierras.

La Escuela que dirigía la orden de Belén se encargaba de enseñar a leer y a escribir a gente pobre, las autoridades coloniales promovieron la educación de algunos indígenas como los hijos de los caciques.

Los programas educativos para los indígenas de la época colonial fueron reducidos, ya que no despertaba interés por la clase oprimida.

En la independencia se consolida el poder de los encomenderos y se da una nueva, explotación de despojo de las tierras, con este hecho, el campesino y el indígena no obtuvo relevancia en lo económico ni en lo cultural. Don Pedro Molina, en su periódico El Editor Constitucional, se refiere al indígena que entorpece sus potencias en la embriaguez para hacerse menos sensible a la pena y al dolor a que está condenado.

Don José Cecilio del Valle, el amigo de la Patria decía que en la Educación Popular, quería formular cartillas de las ciencias más necesarias; cartillas rurales ilustres a los labradores, cartillas para los artesanos cartillas económicas, etc. Agrega que la Educación Popular es eterna como la razón, que debe ser la primera

en la escala de los gobiernos y ampliar las oportunidades educativas de los indígenas.

En 1812 Antonio de Larrazabal vocero de las cortes de Cádiz dijo que en todos los pueblos de Indias se hicieran seminarios o casas para que les enseñe el idioma castellano, leer, escribir, contar y catecismo católico. Se elaboran reglamentos y plan para fondos necesarios, ya que el Rey dice: quien manda el fin tiene que proporcionar los medios.

Durante el periodo del Dr. Mariano Gálvez se formaron centros de educación Popular, el Estado de Instrucción pública de 1835, da a conocer aspectos de la Educación indígena, también la creación de Escuelas Dominicales para adultos. Se estableció el sistema Lancasteriano por la carencia de escuelas y maestros, es el empleo de monitores y son alumnos aventajados. Se intentaba accesibilidad para las personas no importando su edad. Este gobierno fue conservador provocando el retroceso y estancamiento de la Educación.

El departamento de alfabetización se integró con la dirección de Educación Fundamental, las Misiones de cultura inicial y los núcleos de Escolares Campesinos.

En 1946 las Misiones Ambulantes de Cultura inicial tenían como fin:

- Difundir valores históricos y símbolos patrios.
- Civismo.
- Explicación de la Constitución.
- Explicación de origen moral y sentido social de la revolución.
- Prácticas de higiene general y pericultural.
- La construcción de la vivienda rural.
- Curar enfermedades y dar medicinas.
- Mejorar las labores agrícolas y proporcionar semillas.
- Enseñar juegos deportivos, llevar al cine y al teatro.
- Enseñar a leer y escribir a los niños, jóvenes y adultos.

En 1954 efectos de la contrarrevolución, se suprimieron campañas de alfabetización ya que ellos no dan frutos.

En 1955 se creó la Dirección Nacional de desarrollo socio educativo rural, en 1965 la ley orgánica se crea nuevamente la Dirección de Alfabetización y Educación de Adultos dependencia de Dirección General de Educación.

En 1923 la Universidad Popular creó programas que contrarrestaron la ineficiencia de las Escuelas, se pueden mencionar:

- Divulgar los principios científicos con la finalidad práctica.
- Combatir el analfabetismo.
- Mejorar la Educación Social y despertar su iniciativa particular.
- Enseñar los medios necesarios para los hombres sensatos y fuertes. La Universidad Popular fue clausurada por la dictadura Ubiquista en 1932 y reabierta en 1944 por el gobierno revolucionario.

En el periodo revolucionario 1944 se dio un desarrollo cuantitativo y cualitativo de la educación. (la educación popular fue menos).

Lo preceptuado en la constitución de 1945 en el artículo 820 que declara de Utilidad social; la campaña de alfabetización nacional, el establecimiento: de bibliotecas populares y escolares, hemerotecas, centros culturales, deportivos y de cultura física, fueron cumplidos sólo las primeras 7 Jornadas de alfabetización de 1945 a 1950 apoyados económicamente por la Lotería Chica; de 1951 a 1954 se realizaron otras jornadas de menor intensidad, con el nuevo concepto de Educación, Fundamental y de conformidad con la reforma agraria.

En 1973 la educación de adultos por correspondencia utiliza materiales, gráficos y textos programados a las personas que no pueden llegar a las escuelas.

En 1976 el Congreso de la República hace un seminario de alfabetización, logrando la ley de alfabetización que resultó impráctica por su complejidad (Decreto 9-78) los efectos de esta ley puso en marcha el plan de Alfabetización Guatemalteco (o Movimiento Guatemalteco de alfabetización) que dio muy pocos resultados.

La Educación Popular ha adquirido alguna importancia en el Gobierno del Dr. Mariano Gálvez en la época de la Revolución liberal y durante la década revolucionaria de octubre en 1944 pero no ha ocupado el lugar que debe dentro de los gobiernos y a lo largo de la historia han sido objeto de distintos vejámenes, despojo de tierras y discriminación, viviendo en la marginalidad.

En nuestros días la Educación Popular es afectada por la crisis económica que vive el país como efectos producidos por conflictos políticos y sociales en los últimos años.¹⁶ Para apoyar lo planteado anteriormente sobre el desconocimiento que existe de la educación popular se presenta la investigación que se realizó en el Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación, la cual fue dirigida a personas que asisten a la Consulta Externa, para ello se realizó la recabación de datos a través de una boleta que contenía preguntas de interés, para saber si las personas conocen lo que es la Educación Popular, la cual fue contestada por 30 personas. Por lo que a continuación se presenta el siguiente cuadro.

CUADRO No. 1
CONOCIMIENTO DE LA EDUCACIÓN POPULAR DE LAS
PERSONAS QUE ASISTEN AL HOSPITAL INFANTIL DE
INFECTOLOGÍA Y REHABILITACIÓN

SEXO		Positivo	%	Negativo	%	Total Absoluto	Total Relativo
Femenino	20	2	7%	18	60%	--	--
Masculino	10	1	3%	9	30%	--	--
Total	30	3	10%	27	90%	30	100%

Fuente: Investigación de campo Noviembre-Diciembre 2001.

Como se puede observar en el cuadro anterior el 10% de los entrevistados contestó que sí conocen o saben lo que es la Educación Popular; mientras que el 90% desconocen lo que es la Educación Popular. Las personas respondieron en su mayoría, que nunca habían escuchado lo que es la Educación Popular.

Todo esto se debe al poco interés de las autoridades de salud en implementar programas de Salud Preventiva, si le agregamos esto la deficiente educación a nivel general que existe en el país.

¹⁶ González O., Carlos. Educación Popular en Guatemala, Pags. 15, 16

La investigación que se presenta a continuación se realizó en el Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación, la cual fue dirigida al personal del mencionado Hospital, la recabación de datos fue a través de una boleta que contenía preguntas de interés para determinar si el personal de salud conoce la Metodología de la Educación Popular, la cual fue contestada por 30 personas; la metodología utilizada para llevar a cabo la investigación fue de Gabinete y Campo, para llegar al análisis e interpretación de los resultados se da a conocer el siguiente cuadro.

CUADRO No. 2
CONOCIMIENTO DE LA METODOLOGÍA DE LA EDUCACIÓN
POPULAR EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL INFANTIL
DE INFECTOLOGÍA Y REHABILITACION

SEXO		Positivo	%	Negativo	%	Total Absoluto	Total Relativo
Femenino	25	2	7%	23	77%	--	--
Masculino	5	1	3%	4	13%	--	--
Total	30	3	10%	27	90%	30	100%

Fuente: Investigación de campo Noviembre-Diciembre 2001.

Como se observa en el cuadro anterior, el 10% del personal de salud entrevistado conoce la metodología de la Educación Popular. El mayor porcentaje 90%, desconocen lo que es la Metodología de la Educación Popular, por falta de capacitación en este tema tan importante. Se pudo establecer que el personal solamente está preparado para atender programas curativos emergentes que a la larga el costo es elevado.

Finalmente se concluye que en nuestro país se encuentra en etapa muy difícil, en todos, los ámbitos, ya que existen muchos sectores de la población con altos índices de pobreza y pobreza extrema, a sí como muy poco acceso a la educación, las falta de vivienda y atención medica limitada.

La realidad económica de Guatemala no es alentadora por el poco desarrollo, de bienes y servicios. Ya que se encuentran concentrados en el área urbana específicamente en la capital.

Es decir, que el desarrollo económico no llega a toda la población. Se encuentra una educación muy deficiente en todos los niveles y una educación popular poco conocida y la metodología mal aplicada, todos estos aspectos redundan en que la población en general padezca enfermedad, en todos sus aspectos tanto físicos como mentales y sociales.

Se hace necesario conocer todo lo regulado en nuestras leyes respecto a la salud para identificar nuestros derechos y así poder exigir que se cumplan.

CAPITULO II

2. Realidad de Salud.

Este capítulo trata de plasmar la situación actual del sector guatemalteco, tratando de abarcar y conocer las diferentes instituciones que realizan esta importante actividad social. Así mismo se hace énfasis en el aspecto legal relacionada a la salud, también se observan los efectos en la realidad social, que provoca la ausencia de condiciones básicas de vida.

2.1. Definición de Salud.

Para poder definir lo que es la salud debemos abarcar tres aspectos:

A. Aspecto Físico:

El hombre vive en interacción constante con el medio físico, recibiendo influencias favorables y desfavorables, algunas le producen placer y favorecen su bienestar y desarrollo, mientras que otras le provocan dolor, conflictos y molestias que pueden llegar a frenar su desarrollo.

Este medio físico lucha por mantener su equilibrio, su óptimo vital. Si logra resolver el conflicto continuo estará físicamente sano, siempre en actividad y en lucha de afirmación de la salud y así entonces estará físicamente enfermo.

B. Aspecto Mental:

Esta parte del ser humano se manifiesta justamente cuando el rendimiento potencial óptimo del hombre, en relación consigo mismo y con su grupo social se expresa correctamente y de manera creadora; luego de la lucha constante por resolver los conflictos permanentes que esta interacción interna-externa ofrece y que busca permanentemente la “madurez psíquica” para con el medio en que vive.

C. Aspecto Social.

El hombre es un ser social, llamado a vivir en relación con los demás, y todo lo que se relaciona con su entorno, tendrá gran importancia en su vida y en la capacidad de actuar y reaccionar frente a esos estímulos.

La salud es una resultante dinámica de la estructura económica, del nivel cultural y del grado del bienestar de la sociedad, que resulta de la interacción del

hombre con la comunidad. Es un continuo producto que resulta del interactuar del hombre frente al mundo físico, mental y social en el que vive, en un estado de vitalidad, frente a los conflictos y soluciones, para modificar, transformar y recrear todo aquello que debe ser perfeccionado.

En conclusión se asume que la salud como un fenómeno social muy complejo, que está determinado por la interrelación de procesos biológicos, ecológicos, culturales y sociales así como económicos; “como el resultado de la relación que establece el ser humano en su ambiente social y natural y con las condiciones genéticas y biológicas propias.”^{14/}

La situación salud del guatemalteco presenta un cuadro preocupante y dentro de los efectos se señalan algunos:

Primero: que la salud afecta básicamente en el área rural a los campesinos minifundistas y a los trabajadores asalariados ubicados en la producción de agro exportación (generalizada para las diferentes formas de relaciones de trabajo que enmarca la estructura agraria) y en el área urbana, también a los trabajadores asalariados y a gruesos sectores de pobreza crónica que se ubican en áreas urbano-marginales.

Segundo: el problema de la salud afecta a los sectores anteriores por dos razones y las pésimas condiciones sanitarias ambientales en las que viven éstos.

De aquí se derivan las altas tasas de mortalidad y morbilidad infantil en niños menores de cinco años que representan una desnutrición generalizada, manifestando cuadros agudos de enfermedades gastro-intestinales como parasitismo y las diarreas, así como enfermedades respiratorias.

Según estimaciones sólo uno de cuatro hogares en el país posee un sistema de tratamiento para la disposición de excretas y alcantarillados, únicamente una de cada cinco familias en la población rural poseía letrinas en 1980 en el área urbana en 1978, cuatro poseía fácil acceso a ella, y los dos restantes no poseían agua domiciliar ni acceso a ella; en el área rural en el mismo año, un 3% de la población

^{14/} ZAMORA, Francisco. “Hacia la Producción social de la Salud”. Industria Litográfica. U.R.L. Primera edición.

poseía agua intra domiciliaria, un 11% poseía fácil acceso y el 87% restante no tenía agua domiciliar, ni facilidad a su acceso, es decir, nueve de cada diez familias.

Al pasar los años esta situación cada día se agudiza a más, la población guatemalteca en su mayoría está mal alimentada, el hombre en nuestro país ha dejado de ser aguda para convertirse crónica.

De esta cuenta el problema de salud y las otras calamidades sociales necesitan para su solución, de reformas estructurales, de lo contrario la población no tendrá los medios propios e institucionales para poder forjar como deben ser sus condiciones de vida, que le permitan vivir como verdaderos seres humanos.

Por otro lado, los programas de desarrollo en ningún momento han contemplado programas acordes a las necesidades de salud de la población sino que se ha tenido la idea que el problema de salud es sólo a nivel médico, lo que no responde a las condiciones estructurales del país.

Si nos detenemos un momento vemos el agro guatemalteco, es urgente una política dirigida a satisfacer las necesidades internas de alimentos que permitan formar reservas y así asegurar el abastecimiento del amplio sector campesino, al mismo tiempo impulsar campañas de educación nutricional, ya que desconocen el contenido proteínico-calórico de los alimentos que consumen y que ellos mismos cultivan. En la producción industrial y todo lo que involucre la empresa, el sector público y el privado, deben lanzar políticas de salud que estén orientadas hacia el problema de las enfermedades propias de las ocupacionales

Además, hay que considerar la centralización de los servicios médicos y de salud en el área urbana en especial en la Ciudad Capital, en detrimento del área rural; así como la dependencia a una tecnología extraña o foránea sin considerar (grave por cierto), el acervo cultural de la mayoría de la población, en donde tienen mucha influencia las tradiciones y las costumbres, por lo que, se hace evidente el rechazo involuntario si se quiere, de amplios sectores de la población (especialmente en el área rural) a las políticas de la medicina moderna.

La influencia de las tradiciones y costumbres influye en el bajo nivel de salud que sufre nuestra población guatemalteca, pero lamentablemente los gobiernos de turno no se preocupan en realizar programas dirigidos a prevenir las enfermedades

(programas preventivos) que vengan a beneficiar a la mayoría, y a la vez utilizar los medios de comunicación para que poco a poco se dejen ciertas tradiciones como acudir a comadronas, curarse con algunas aguas y no acudir a personas especializadas.

No podemos olvidar que vivimos en una sociedad en la que un pequeño sector que acumula riqueza y la gran mayoría acumula pobreza. El cuadro de pobreza en Guatemala es tan alarmante, que es fácil deducir que el problema fundamental de amplios sectores campesinos y marginales es comer cada día lo que pueden.^{15/}

2.2. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

El sistema de Salud Pública, a cargo del MSPAS, está dividido en ocho regiones, que a su vez se subdividen en 24 áreas.

Los servicios se prestan a través de las instalaciones y unidades, incluyen: el primer nivel de atención con 819 puestos de salud; en el segundo nivel 206 centros de salud sin camas y 32 centros con camas; y en el tercer nivel 36 hospitales. Cuenta también con 53 farmacias estatales, 104 ventas municipales de medicamentos y 609 puestos de servicios de Erradicación de la Malaria, hoy descentralizada en la red de servicios.

El sector salud (aunque en forma desarticulada) cuenta en total con 12,775 camas para toda la república, esto hace un promedio de 11 camas por 1000 habitantes. Sólo en el departamento de Guatemala hay tres veces más camas hospitalarias que en el resto de país. Aproximadamente el 70% del volumen de recursos humanos y financieros se destinan a los hospitales, los que generalmente se dedican a la medicina curativa, y los recursos de tipo operativo de los periféricos (centros y puestos de salud) son cada vez más limitados.

El MSPAS está organizado en tres niveles: el primero incluye los puestos de salud atendidos por un auxiliar de enfermería, técnicos en salud rural y otro personal; el segundo comprende los centros de salud tipo A y B (cuya diferencia es por el

^{15/} ABRICIA AVENDAÑO, Carlos Enrique y Arnoldo Calderón González. “Los Efectos Sociales de Política Económica, los Análisis Sociológicos y Económicos”. Universidad de San Carlos de Guatemala.

encamamiento); en el tercer nivel están los hospitales que son unidades de máxima complejidad.

Dentro de las políticas de salud, el MSPAS tiene que tomar en cuenta los aspectos establecidos en los acuerdos de Paz que contempla cuatro rubros en relación a la salud pública:

- a. Gasto Público en Salud:** Aumentar en un 50% respecto del gasto ejecutado durante 1995, el gasto público en salud para el año 2000 en relación con el Producto Interno Bruto, y presupuestario por lo menos 50% del mismo para Atención Preventiva.
- b. Mortalidad Infantil y Materna:** Reducir la mortalidad infantil y materna antes del año 2000, a un 50% del índice observado en 1995.
- c. Erradicación de la Poliomielitis y el Sarampión:** Mantener la certificación de erradicación de la poliomielitis y alcanzar la del sarampión para el año 2000.
- d. Descentralización y Desconcentración de los Servicios de Salud:** Poner en marcha la organización descentralizada de los distintos niveles de atención, para asegurar la existencia de programas y servicios a nivel comunal, regional y nacional, base del sistema nacional coordinado de salud.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social contempla las siguientes políticas:

1. Salud Integral de los grupos familiares.
2. Salud de los pueblos mayas, garífuna y xinca, con énfasis en la mujer.
3. Salud de la Población migrante.
4. Desarrollo y fortalecimiento de la salud integral a otros grupos.
5. Ampliación de la cobertura de los servicios básicos de salud con calidad y sostenibilidad.
6. Desarrollo del saneamiento básico y del ambiente.
7. Acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, y la medicina tradicional alternativa.
8. Desarrollo estratégico del recurso humano.
9. Desarrollo, desconcentración y descentralización institucional.
10. Coordinación intra e intersectorial.

11. Mejoramiento y optimización de la cooperación externa.
12. Desarrollo del financiamiento del sector salud.
13. Salud Reproductiva.
14. Seguridad Alimentaria y Nutricional.

2.3. Constitución Política de la República de Guatemala

Artículo 93. Derecho de Salud. El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna.

Artículo 94. Obligación del Estado, sobre salud y asistencia social. El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social.

Artículo 95. La salud, bien público. La salud de los habitantes la nación es un bien público. Todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y establecimiento.^{16/}

2.4. Código de la Niñez y la Juventud

Artículo 20. Queda asegurada la atención médica del niño, niña y joven a través del sistema de salud, del país, garantizando el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para promoción, protección y recuperación de la salud. Los niños, niñas y jóvenes que sufran deficiencia diagnosticada recibirán atención especializada.

Artículo 31. El Ministerio de Salud ejecutará programas de asistencia médica y odontológica para la prevención de las enfermedades que comúnmente afectan a la población infantil y campañas de educación sanitaria y sexual para los padres, educadores y alumnos. Los establecimientos de atención médica deberán proporcionar condiciones para la permanencia en tiempo completo de uno de los padres o responsables, en los casos de internamiento del niño, niña y joven.

^{16/} Constitución Política de la República de Guatemala. Reforma Consulta Popular. Acuerdo Legislativo 18-93.

Artículo 34. El Estado por medio de los organismos competentes establecerá programas dedicados a la atención integral del niño, niña hasta los 6 años, así como, promoverá la salud preventiva, procurando la activa participación de la familia y la comunidad. Sin perjuicio de las obligaciones que el Estado tienen para todos los niños, niñas y jóvenes.

Artículo 36. Todo niño, niña y joven, tiene el derecho de ser alimentado directamente por ambos padres.

Artículo 37. Todos los centros de atención a la salud del país tanto públicos como privados, están obligados a:

- a. Posibilitar que el recién nacido tenga contacto con la madre al nacer y alojamiento junto con ella.
- b. Diagnosticar y hacer seguimiento médico de los niños que nacieren con problemas patológicos y discapacidades físicas, sensoriales y mentales, así como orientar a los padres de los mismos.
- c. Crear programas especializados para la atención de niños, niñas y jóvenes que presenten problemas patológicos y discapacidades físicas sensoriales y mentales.
- d. Controlar que el crecimiento y desarrollo del niño no sea inferior a la edad cronológica del mismo y orientar a los padres, tutores o encargados para que tomen las medidas necesarias remitiéndolos a donde corresponda.^{17/}

2.5. Código de Salud

Artículo 151. Política de Infraestructura en salud. El Ministerio de salud, en coordinación con las otras, instituciones del sector formularán una política que regula el crecimiento y desarrollo de la infraestructura en salud, a fin de garantizar una óptima utilización de los recursos sanitarios por parte del Estado, evitando así la duplicación innecesaria de recursos y esfuerzos.

^{17/} Congreso de la República. “Código de la Niñez y la Juventud”. Decreto Número 78-96.

Artículo 152. Niveles de Atención. El Ministerio de Salud en coordinación con el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Instituciones Privadas y otras Organizaciones No Gubernamentales y Comunitarias, organizarán sus servicios con base a niveles de atención; atendidos estos, como un conjunto de diferentes tecnologías apropiadas para la solución de grupos específicos de problemas de salud de distinta complejidad, con el fin de garantizar el acceso y cobertura a todos los habitantes que demandan atención a la red de servicios de salud que, se establezca.

Artículo 153. Sistema de referencia y contrarreferencia. Para garantizar el acceso de la población a los distintos establecimientos en salud. El Ministerio de Salud creará y normalizará una red de referencia y contrarreferencia de atención a los pacientes de acuerdo a los niveles de atención establecidos.

Artículo 54. Hospitales de referencia. Los hospitales nacionales del tercer nivel, tanto el Ministerio de Salud como el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social deberán convertirse en hospitales nacionales de referencia para tratar únicamente casos de alta especialidad, que por su naturaleza requieren de tecnologías de alta complejidad. La atención general de los pacientes que en la actualidad, deberá paulatinamente ser desconcentrada a hospitales periféricos regionales y locales.

Artículo 155. Concentración de la alta especialidad. Para el tratamiento de los casos de alta especialidad, el Ministerio de Salud y demás instituciones que conforman el sector, deberán proponer y llevar a la práctica modelos de prestación conjunta de servicios, con el fin de aumentar su cobertura y disminuir los costos.

Artículo 156. Utilización compartida de establecimientos de Salud.

Artículo 157. Establecimiento de atención para la salud.

Artículo 158. Comité de Bioética.

Artículo 159. Autorización de construcción y cambios.

Artículo 160. Acreditación de calidad.

Artículo 161. Sistemas alternativos.^{18/}

^{18/} Código de Salud. Decreto 90-97. Congreso de la República.

2.6 Salud.

En Guatemala el tema de la Salud es trascendental ya que las condiciones de vida y de salud en las diferentes poblaciones reflejan la distribución desigual de sus determinantes y de los medios para compensarla. Los ideales, necesidades y problemas de salud (algunos emergentes o resurgentes) son de espectro amplio y magnitud creciente. Los recursos sectoriales de toda índole son limitados o escasos.

En el sector salud, las exigencias y presiones hacia un ordenamiento institucional proceden de complejas interacciones entre dinámicas internas e internacionales y constituyen en muchos casos limitantes rígidos. Ejercen sus efectos aunque en forma distinta tanto los sistemas que afirman el derecho a la Salud y garantizan un acceso universal a los servicios en sus esfuerzos por mantener los logros sociales alcanzados, como sobre aquellos donde amplios sectores de la población están prácticamente desprotegidos frente a los riesgos a la salud y se hacen enormes esfuerzos para mejorar su cobertura. En todos los casos, los procesos de transición en los cuales se encuentran los sistemas de salud están fuertemente influidos por la evolución de los enfoques y visiones que se tienen sobre los papeles del Estado y de la sociedad civil, sobre la dinámica entre la salud y el desarrollo y sobre la relación entre lo público y lo privado.

Paralelamente, la salud pública ha evolucionado en varias dimensiones en las dos últimas décadas. Su concepción como compromiso de la sociedad con sus ideales de salud ésta ganando aceptación, en comparación con sus otras dos acepciones mayores esto es, como deber del Estado o como campo de profesionalización y de conocimiento.

Como prácticas fundamentales de la sociedad para el desarrollo integral de la salud se han identificado las siguientes: construcción de entornos saludables y mejoramiento de las condiciones de vida, desarrollo y fortalecimiento de una cultura de la vida y la salud, generación de inteligencia en salud, atención a las necesidades y demandas en salud intervención sobre riesgos y daños colectivos a la salud y garantía de la seguridad y calidad de bienes y servicios relacionados a la salud. Las funciones esenciales de salud Pública que el Estado debe asumir en este marco,

para lograr niveles óptimos de salud y de bienestar de las poblaciones constituyen el fundamento de la autoridad sanitaria.

Su naturaleza es técnica, pero su definición es política y específica para cada país. Ellas ponen de manifiesto los equilibrios complejos a alcanzar entre el Estado y la sociedad civil, entre el sector salud y otros sectores y entre una función y las demás por mencionar las más importantes.

La Situación de la población guatemalteca sigue comparadonse desfavorablemente con los países Latinos Americanos con similar nivel de desarrollo. La última encuesta de salud materno infantil (1,998-99), indico que la tasa global de fecundidad (TGF) alcanzó el 5,0 hijos / as por mujer en edad fértil con lo que se ha convertido en la más alta en América latina.

La mortalidad materna del quinquenio en 1,990-95, periodo con datos más recientes se ubica en una razón de 190 por 100,000 nacimientos la cual es una de las más altas de la región Americana.

Guatemala se encuentra en las etapas tempranas de la transición epidemiológica, sus condiciones de salud materno infantiles ha mejorado paulatinamente en los últimos 10 años aunque la carga de enfermedad sigue siendo predominante atribuibles a las infecciones y a la desnutrición. La mortalidad infantil ha desminuido a un 45 mil nacidos vivos, en el periodo 1,998-99 de 57 por mil nacidos vivos en 1,995.

Estos logros se deben en gran medida a las coberturas de vacunación en menos de un año, que han sobrepasado el 80 %. Sin embargo, la desnutrición crónica no ha logrado reducirse en igual manera. Como consecuencia, el retorno en la talla de niños / as menores de 5 años fue del 46 % en 1,998, comparado por un 50% en 1,995.

Los índices nacionales de salud, ocultan variaciones significativas tanto interregionales como íter étnicos. Las poblaciones rurales, indígenas extremadamente pobres, concentran la gran mayoría de las tasas de mortalidad infantil son similares en zonas urbanas y rurales, son dos veces mayores entre indígenas que entre no indígenas. La atención del parto, critica para reducir la mortalidad materna y neonatal muestra diferencias aun más dramáticas.

La mitad de las mujeres ladinas atienden su parto con un medico, mientras que solo el 14.5 % de las indígenas lo hacen. Por cada mujer en la región del altiplano occidental que recibe atención medica durante el parto, siete mujeres de la zona Metropolitana de la ciudad Guatemala lo hacen. ^{21/}

En apoyo a lo anterior se presenta el siguiente cuadro: prevención de enfermedades en la población infantil en edad de 1 a 10 años (Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación en la Ciudad de Guatemala) investigación propia realizada por la suscrita con la participación de las personas que asistieron a la consulta externa.

CUADRO No. 3
PREVENCION DE ENFERMEDADES EN LA POBLACION INFANTIL,
EN EDAD DE 1 A 10 AÑOS (HOSPITAL INFANTIL DE INFECTOLOGÍA
Y REHABILITACIÓN)

SEXO		Positivo	%	Negativo	%	Total Absoluto	Total Relativo
Femenino	25	2	7%	23	77%	--	--
Masculino	5	1	3%	4	13%	--	--
Total	30	3	10%	27	90%	30	100%

Fuente: Investigación de campo Noviembre-Diciembre 2001.

Como se puede observar en el cuadro anterior el 10% de las personas entrevistadas conocen cómo prevenir algunas enfermedades en los niños y el mayor porcentaje 90%, de las personas desconocen como prevenir algunas enfermedades en los infantiles. Efectivamente se puede comprobar que no hay educación en

²¹ Ruiz, Olga Edith.

“ La Partiuicipación del Consejo Nacional de Trabajadoras Sociales de Salud Publica en la Reforma de Salud”

Tesis de Grado. Escuela de Trabajo Social. USAC.
Guatemala, Junio del 2001.

salud, ya que las personas que contestaron positivamente dijeron que la información cómo prevenir ciertas enfermedades la habían obtenido de otras personas particulares. Todo esto sucede porque la mayoría de las políticas en salud van dirigidas a la salud curativa la cual resulta con mayor costo para el Estado.

2.6.1. Construcción de Entornos Saludables y Mejoramiento de las Condiciones de Vida.

Se refiere a la creación de entornos comportamientos y relaciones sociales, así como de condiciones de vida (educación, alimentación, vivienda, trabajo, recreación etc.) favorables al desarrollo humano. La participación activa del Estado y la sociedad civil en la generación de condiciones a través de los cuales la salud y el bienestar están siendo creados, requiere adecuar y fortalecer los mecanismos que definen las ofertas y demandas sociales en salud en un contexto de papeles y responsabilidades cambiantes de ambos actores. Las características específicas que adopta la acción intersectorial correspondiente están determinadas por los ideales, conocimientos, actitudes y prácticas sociales con relación al desarrollo de la salud y al logro del bienestar.

2.6.2. Desarrollo y Fortalecimiento de una Cultura de la Vida y la Salud.

Se refiere a la capacidad de convertir la salud en un referente básico para la actividad y el desarrollo humano, a través del estímulo a una mayor valorización de la salud y la mejoría de la información al público sobre salud. Tal capacidad se complementa con el necesario liderazgo institucional, entendido éste como la potencialidad de una organización de irradiar valores, generar conocimiento y lograr compromiso con dichos valores por parte de la población y otras organizaciones.

Se trata también de defender la causa de la salud a través de la comunicación objetiva de los daños y riesgos que inciden sobre ella, su inclusión en la agenda política como referente para la formulación de todas las políticas públicas, la denuncia de políticas adversas de otros sectores o actores, la promoción

de las acciones requeridas en ámbitos fuera de su competencia, y la agregación de valor a los esfuerzos de la sociedad civil que atiendan los objetivos de salud de la nación.

2.6.3. Generación de Inteligencia en Salud.

Alude a la generación de conocimiento e información socialmente idóneos sobre determinantes, condicionantes y riesgos a la salud, así como sobre los efectos positivos y negativos de éstos. Corresponde a la sociedad, por una parte, analizar la situación y anticipar los cambios en las condiciones de salud y bienestar, en sus escenarios y en los comportamientos de los actores relevantes en el campo. Y, por otra, vigilar y monitorear la idoneidad, equidad y calidad de los servicios de salud y de atención a las personas y de las tecnologías que los sustentan. Implica el análisis detenido, continuo y prospectivo de la salud y sus prácticas en el país y de sus relaciones con la situación y tendencia a escala internacional. Los quehaceres mencionados son inherentes a la función pública porque contribuyen a formar la base de evidencia de la acción pública. En este sentido, la formulación de políticas, para ser legítima debe tomar en cuenta toda la información relevante disponible y estar basada, en la, medida de lo posible, en factores objetivos.

2.6.4. Atención a las Necesidades y Demandas en Salud.

Es la capacidad de la sociedad para dar respuesta a los problemas de salud de los ciudadanos y para garantizar El acceso y la calidad de los servicios poblacionales e individuales que ellos necesitan.

La incorporación acrítica de tecnología (sobre todo de alto costo y complejidad) y la falta de aplicación plena del conocimiento científico ya validado, tienen a juicio de muchas implicaciones macroéticas y ameritan la participación activa de todos los actores sociales en su corrección. El aseguramiento de condiciones adecuadas de prestación, organización y financiación de los servicios considerados básicos supone mecanismos y estrategias que faciliten no solo la recuperación de la capacidad institucional del sector después de un periodo de crisis, sino, además, la adquisición

de condiciones adecuadas para actuar, definidas estas como objetivos en infraestructura.

2.6.5. Garantía de la Seguridad y Calidad de Bienes y Servicios Relacionados a la Salud.

Es el control social que se ejerce sobre la producción y comercialización de bienes y servicios vinculados a la salud y sus prácticas, acción que se facilita cada vez más en el contexto actual de creciente democracia participativa y diseminación de información. Una función central a esta finalidad es asegurar que se provean los insumos necesarios y se implanten las prácticas apropiadas para alcanzar los objetivos establecidos en salud, ya sea estimulando al sector privado, solicitando dichos servicios, o proporcionándolos directamente. Requiere el ejercicio de autoridad para vigilar el cumplimiento de los mandatos legislativos y mantener las responsabilidades estatutarias. Incluye la regulación de los servicios y productos que existen o se ofrecen en los sectores público y privado, así como la facilitación de la capacidad de la gente para pedir cuentas, fijando objetivos y estándares e informando sobre los progresos hacia su alcance

2.6.6. Intervención Sobre Riesgos y Daños Colectivos a la Salud.

La gestión de riesgos se refiere a asegurar las condiciones óptimas para reducir y controlar los riesgos y daños a la salud fuera del control de los individuos. Comprende, en particular, intervenciones sobre el ambiente (biológico, físico y químico) orientados a minimizar la producción y diseminación de factores de riesgo, así como la exposición frente a ellos. Contribuye de este modo a aumentar la calidad de los ambientes comunitarios, laboral y domiciliario. Comprende también el manejo de las consecuencias sobre personas, familias y comunidades de la exposición indebida a dichos factores de riesgo, así como la respuesta y movilización

sectorial, intersectorial y social rápida y oportuna frente a epidemias y situaciones de desastre.^{19/}

2.7. EFECTOS DE LA REALIDAD SOCIAL.

2.7.1. POBREZA EN GUATEMALA.

El termino más común hace referencia a la pobreza, como las limitaciones que tienen las personas para satisfacer sus necesidades.

La pobreza es el resultado de la insuficiencia de ingreso y de su concentración lo cual esta directamente vinculado al mercado de trabajo y a la productividad.

Existen varias formas de definir las líneas de pobreza utilizando el ingreso. Para fines de comparación internacional, se ha determinado que un ingreso diario por persona equivalente a 2 \$, establece la frontera entre pobres y no pobres. Para la pobreza extrema, el limite fijado es de 1 \$, es decir, el caso de extrema pobreza es el de aquellas personas cuyos ingresos no alcanza siquiera para cubrir el coste de alimentos.

Cuando se utiliza el consumo generalmente se parte de la definición de la línea de pobreza extrema y después se establece la de pobreza general. Para la línea de pobreza extrema se calcula la cantidad de alimentos necesarios para satisfacer los requerimientos calóricos mínimos. Quienes no registran un consumo que satisfaga esos requerimientos son considerados extremadamente pobres.

Entre 1,998 y 1,999 se realizo la encuesta nacional de ingresos y gastos a familiares (ENIGFAM), el estudio de cómo se distribuye la pobreza se hizo basado en la técnica del ingreso, utilizando para ello, dos líneas:

-Línea Internacional de Pobreza:

El 56.7 % de la población estaba en situación de pobreza general.

El 26.8 % en pobreza extrema.

^{19/} / Enfermería Materno Infantil. Editorial Océano Mosbi.

-Línea Nacional de Pobreza:

El 54. 1 % de la población se encuentra en condición de pobreza general

El 27. 8 % sufre de extrema pobreza.

En base de las encuestas realizadas se llego al siguiente análisis y conclusiones:

- 1- La pobreza afecta a más de la mitad de la población del país.
- 2- La pobreza es mayor en las áreas rurales que en las urbanas.
- 3- Afecta mas a los indígenas que a los no indígenas.
- 4- La brecha entre ingreso promedio de los pobres y las línea de pobreza es grande.

Las personas en situación de pobreza presentan una serie de características que los diferencia de quienes no son pobres:

- A- Se concentra en el área rural
- B- Es una población joven con bajo nivel educativo
- C- Se inserta en actividades económicas poco productivas
- D- Tienden a conformar hogares con un mayor de números de integrantes, particularmente con personas en situaciones de dependencia./²⁰

2.7.2. Miseria y Enfermedad.

Según datos obtenidos en esta actividad censo nutricional realizado por la OMS y UNICEF, señala que: “ En Guatemala existen poblados que padecen condiciones de hambruna similares a Somalia África. Cuando los departamentos de Alta y Baja Verapaz, Huehuetenango, Izabal, Quiche, Totonicapán y Zacapa, como punto de referencia, profundamente lastimados con un crecido porcentaje de infantes en edad escolar que padecen de aguda desnutrición, niños que viven de milagro con solo una comida al día y propensos a enfermedades terribles como la Tuberculosis.

²⁰ Sistemas de las Naciones Unidas en Guatemala.
 “El Financiamiento del Desarrollo Humano”.
 Cuarto informa del 2001.
 Guatemala: SNU, 2,001

Este estado de calamidad humana, puede arrastrar al país hacia situaciones como la vivienda en épocas pasadas, cuando sin misericordia matarían cientos de niños como consecuencia de constantes epidemias de Tuberculosis, enfermedad propiciada por la mala alimentación y promiscuidad. Su aparecimiento es temido por su fácil contagio, precisamente por ello la OMS ha alertado a los gobiernos especialmente en la América Latina en reiteradas oportunidades lanzando serias advertencias sobre el recrudecimiento de la Tuberculosis en el mundo recomendando dedicar todos los esfuerzos posibles y tomar las medidas necesarias para evitar un lamentable desastre causado por el bacilo de Koch.

Es deplorable que el estudio UNICEF-OMS, sitúe a Guatemala en el Tercer lugar en América Latina, después de Haití y Bolivia que ocupan el primer y segundo lugar respectivamente, en el último censo correspondiente al periodo 1,997-2000 de país con mayor índice de desnutrición infantil. Sin embargo, el problema va aun mas allá del enfoque de la niñez, por cuando se ha pronosticado por los expertos de la OMS que la mortalidad por esta enfermedad alcanzaría un promedio de 4 millones de personas en los próximos tres años, si no se toman las medidas urgentes que el caso amerita. La extrema pobreza en Guatemala es un desafío fatal para la población en general, pero particularmente para las mujeres del área rural que encaran el doloroso problema de la escasa alimentación en hogares con mas de 5 hijos lo que viene a abonar el terreno fértil para el desarrollo de la Tuberculosis. Este cuadro repetido en varios pueblos de la republica, amerita una acción agresiva de parte del gobierno para garantizar la salud de la ciudadanía en un intento de coraje para evitar males mayores como la muerte de cientos de seres humanos que podrían haber sido salvados procurándoles el alimento diario.

Según opiniones de especialistas en la materia “ES MUCHO MÁS COSTOSO CURAR QUE PREVENIR”, máxime en la actualidad cuando el precio de los fármacos ha sufrido un alza cínica desajustada a la realidad que vive la mayoría de los guatemaltecos./²¹

²¹ Diario la Hora.

“Desnutrición en Guatemala.

Estudios realizado por la OMS y UNICEF. Junio 2,001.

2.7.3. Políticas Sociales.

Cuando el estado toma acciones en materia de salud, en general no toma en cuenta todas las situaciones que afectan. El Estado, se limita a realizar acciones sanitarias que se desarrollan en las instituciones encargadas de la atención médica (hospitales, clínicas puestos de salud), a brindar servicios básicos, como la construcción de acueductos, los programas de letrización, o de vacunaciones. En otras palabras el Estado define acciones para enfrentar situaciones de enfermedades o aplacar las causas biológicas de las enfermedades.

Pero se debe recalcar que una perspectiva amplia de lo que realmente tienen que ver con la salud, obliga a pensar a la política económica de educación, de agricultura, de obras públicas y otras que desarrolla el Estado. Estas otras políticas, tienen un efecto real de las condiciones de salud de los distintos grupos sociales del país y en las distintas comunidades.

También tienen que ver con la salud, cuando el Estado permite o promueve ciertas formas de consumo, ciertos valores que orientan o determinan las formas en que las personas se relacionan entre sí, en lo económico, lo político, como también cuando refuerzan ciertas pautas culturales como el machismo, la dependencia, la falta de autoestima y dignidad en lo, particular y respeto a la forma de ser de los guatemaltecos./²²

2.7.4. El Gasto Público en Salud.

El gasto público en salud, medido en términos del PIB, Creció significativamente durante los periodos 1,986-89 y 1,996-99. El primer paso de 1.2 % a 2.0 % en tanto que durante el segundo se incremento de 1.4% a 2.2 %.

También hubo dos años de ajuste, 1,989-2000 en que la reducción en gasto en salud como proporción del PIB desminuyo incluso mas que el gasto de educación.

²² LIZANA F, Fernando.

“Que es la Política de Salud.

Edición No. 1; Editorial, Centro de Estudios y Publicaciones de Alforja.

Costa Rica, Julio 1,993.

Esta circunstancia puso de manifiesto cuan vulnerable es el gasto en salud a coyunturas de restricción presupuestaria.

Los servicios de promoción y prevención (29.2%) y extensión de cobertura (9.3%) junto con el programa de mejoramiento de las condiciones de salud y ambiente, así mismo como subprogramas del SIAS y la regulación, vigilancia y control de salud pueden tipificarse de tipo PREVENTIVO. En conjunto, estos programas representaron el 35.5 % del total del gasto del MSPAS y experimentaron un crecimiento gradual entre 1,998-2,000.

Servicios de promoción y prevención	1998	1999	2000
	Q216.67	Q270.20	Q275.95

(Millones en Quetzales)

Por otra parte, la mayor parte del gasto salarial del MSPAS se destino a programas a servicios de salud a personas. Estos programas representaron durante los últimos tres años 85.7 % de lo ejecutado. Entre las actividades que comprenden se encuentra la promoción y prevención de la salud, así como servicios de recuperación y de rehabilitación de la salud a través de la red hopitaria. Este ultimo concentra la mayor cantidad de personal medico y alrededor del 90 % del gasto salarial.

Servicios de recuperación y rehabilitación de la salud:

1,998	1,999	2000
Q 448. 18	Q 521. 02	Q 581.19

(Millones en Quetzales)

Incidencia del Gasto en Salud.

Durante la década de 1,990 se desarrolló la modernización del sector de salud. El énfasis de este proceso de transformación se dio en cuatro vertientes:

- a) Prevención y control de enfermedades.
- b) El mejoramiento de la Gestión hospitalaria.
- c) La promoción de la salud y el medios ambiente saludable.
- d) La ampliación de la calidad y cobertura de servicios.

El avance mas innovador fue el cambio del modelo de atención de salud. Esto implicó el paso de uno CURATIVO, que privilegiaba la enfermedad, a uno PREVENTIVO, que se concentra en conservación de la salud. Con esta nueva filosofía se instauró el denominado sistema integral de atención en salud (SIAS).

Dentro de las nuevas estrategias se amplio la cobertura de primer nivel de atención. El impacto de esta medida incidió de manera directa en el mejoramiento de los indicadores de salud.

1. Mejoro la tasa de mortalidad global:	1987	1995	1999
2. Tasa de mortalidad global (por 100 habitantes)	n.d.	54% (96)	89%
3. Disminuyo la mortalidad infantil:			
Tasa de mortalidad infantil (por 100 nacidos vivos)	73	57	45
4. Disminuyo la desnutrición crónica:			
Tasa de desnutrición Crónica(menores de 5 años según peso para la edad)	57.9	49.7	46.4

Parte del éxito para proveer servicios básicos de salud a poblaciones aisladas fue la alianza estratégica formada con instituciones privadas (ONGS) y la descentralización de recursos administrativos por las proveedoras de servicios de salud (PSS), y administradoras de servicios de salud (ASS).^{23/}

Concluyendo el presente capítulo se observa que la salud no solamente trata de la ausencia de la enfermedad, sino que se tiene que interrelacionar diversos aspectos. Se puede determinar que existen instituciones encargadas de la salud, pero que hace falta mucho esfuerzo para lograr los objetivos, que son la salud y el bienestar de todos los guatemaltecos, para esto también, se hace importante tomar en cuenta nuestra legislación en salud.

Son preocupantes los niveles de desigualdad entre los guatemaltecos y esto se pudo constatar en los niveles de pobreza y extrema pobreza lo cual nos indica que

²³ Sistema de las Naciones Unidas en Guatemala.
 “ El Financiamiento del Desarrollo Humano”
 Cuarto Informe 2001.
 Guatemala. SNU, 2001.

queda mucho por hacer, y principalmente a las autoridades para impulsar programas de bienestar social a través de todas las instituciones encargadas de la salud.

CAPITULO III

3. Programas de Bienestar Social.

En este capítulo se trata de identificar a las diferentes instituciones que integran el sector salud, así como sus programas y políticas. También se hace mención del coste por personas enfermas hospitalizadas que el estado invierte, el presupuesto general del Ministerio de Salud, así como análisis e interpretación de los resultados de la investigación.

Conocer si en los programas de salud se aplica la educación popular, usando como base en la investigación el Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (area de salud del depto. de Escuintla), y el centro de salud de Mixco, consultando con el personal de dichas instituciones, así mismo como con las personas que se abocan a dichos centros de salud.

3.1. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Los programas específicos que se desarrollarán dentro del Plan Nacional de Salud para sustentar las políticas y enfrentar los problemas prioritarios de salud, son los siguientes:

1. Nacional de inmunizaciones
2. Atención a niños, niñas y adolescentes.
3. Adulto mayor y personas con discapacidad.
4. Infecciones respiratorias agudas.
5. Enfermedades transmitidas por agua y alimentos.
6. Enfermedades transmitidas por vectores.
7. Rabia y otras zoonosis.
8. Tuberculosis.
9. Infecciones de transmisión sexual ITS y VIH/SIDA
10. Salud mental, alcoholismo, tabaquismo, drogadicción y violencia intrafamiliar.
11. Seguridad alimentaria y nutricional.
12. Enfermedad bucodental.
13. Enfermedades crónicas y degenerativas.

14. Salud Laboral.
15. Población migrante.
16. Medicina transfucional y bancos de sangre.
17. Medicina popular tradicional
18. Salud reproductiva.^{20/}

Como puede evidenciarse la salud en Guatemala ha carecido de programas preventivos que involucren la participación de la comunidad, la medicina curativa ha prevalecido, como una metodología de atención individual al enfermo. Dadas las condiciones de salud y pobreza de nuestro pueblo, es urgente que en la practica se generen acciones participativas de la comunidad en atención preventiva de la salud con metodologías pertinentes. En este caso la metodología de la educación popular, por lo que en el siguiente cuadro se presenta como parte de la investigación efectuada por la suscrita: La aplicación del conocimiento que tiene el personal de salud sobre la educación popular en el programa materno infantil del centro de salud del municipio de Mixco.

CUADRO No. 4
SE APLICA LA EDUCACIÓN POPULAR EN EL PROGRAMA
MATERNO INFANTIL DEL CENTRO DE SALUD DE LOS MUNICIPIOS
DE MIXCO

SEXO		Positivo	%	Negativo	%	Total Absoluto	Total Relativo
Femenino	25	2	7%	23	77%	--	--
Masculino	5	1	3%	4	13%	--	--
Total	30	3	10%	27	90%	30	100%

Fuente: Investigación de campo Noviembre-Diciembre 2001.

Como se puede observar en el cuadro anterior que el 10% del personal entrevistado contestaron que si se aplica la Educación Popular en el programa

^{20/} Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. “Plan Nacional de Salud 2000-2004”. Guatemala, noviembre 2001.

Materno Infantil; y el mayor porcentaje 90% del personal contestaron que no se aplicaba la Educación Popular en el programa Materno Infantil.

Por lo que se pudo comprobar con el personal de salud que desconocen lo que es la Educación Popular, ya que los programas están dirigidos con mayor atención a la salud curativa descuidando la salud preventiva.

CUADRO No. 5
SE APLICA LA EDUCACIÓN POPULAR EN LOS
PROGRAMAS DE MATERNO INFANTIL

SEXO		Positivo	%	Negativo	%	Total Absoluto	Total Relativo
Femenino	20	2	7%	18	60%	--	--
Masculino	10	1	3%	9	30%	--	--
Total	30	3	10%	27	90%	30	100%

Fuente: Investigación de campo Noviembre-Diciembre 2001.

Como se puede observar en el cuadro anterior, el 10% del personal laborante entrevistado contestaron que sí se aplica la Educación Popular en los programas de Materno Infantil. El mayor porcentaje 90% del personal contestó negativamente.

El mayor porcentaje está consciente que la Educación Popular no se aplica a los programas Materno Infantil, ya que las políticas en salud no contemplan la interrelación de estas dos actividades.

3.2. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Es una entidad descentralizada que realiza programas de salud en casos de accidente, enfermedad y maternidad limitando el acceso a los afiliados y sus dependientes. Su cobertura es principalmente urbana con un 15% de la población. Su red de servicios cubre el programa de accidente en todo el país a través de 80 unidades médicas, en su mayoría, propiedad del Instituto; mientras que los programas de maternidad y enfermedad atienden solamente a diez departamentos. En síntesis el I.G.S.S. cuenta con 80 establecimientos, con 24 hospitales, 35

consultorios y 21 puestos de primeros auxilios. Además, cuenta con programas de salud preventiva como es el Programa Materno Infantil.

A continuación se presentan los siguientes resultados de la aplicación de la educación popular en los programas de materno infantil.

CUADRO No. 6
SE APLICA LA EDUCACIÓN POPULAR EN EL PROGRAMA
MATERNO INFANTIL. INSTITUTO GUATEMALTECO
DE SEGURIDAD SOCIAL.

SEXO		Positivo	%	Negativo	%	Total Absoluto	Total Relativo
Femenino	30	28	70%	2	5%	--	--
Masculino	10	8	20%	2	5%	--	--
Total	30	36	90%	4	10%	40	100%

Fuente: Investigación de campo Noviembre-Diciembre 2001.

Como se puede observar en el cuadro anterior que el 90 % de las personas entrevistadas contestaron que sí se aplica la Educación Popular en los programas de Materno Infantil, y el 10% de los entrevistados contestaron en forma negativa.

En el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social sí existen programas de Educación Popular es por ello que el personal considera que este tipo de programas son efectivos para aplicarlos a la salud preventiva, ya que es una forma práctica de llegar a la población y evitar el alto índice de morbilidad y mortalidad infantil en Guatemala.

Mas se considera que el I.G.S.S. solo cubre una parte de la población, por lo que se podría considerar como un ente paliativo para la sociedad guatemalteca.

3.3. Ministerio de Defensa Nacional y Policía Nacional Civil

Las fuerzas armadas y policiales tienen 47 establecimientos que representan el 1.5% del total, con 6 hospitales, 21 enfermerías y 24 puestos de salud.

3.4. Sector Privado.

Con carácter lucrativo, con servicios médicos preparados; 71 centros médicos privados; servicios de empresas particulares y 2,926 clínicas particulares en todo el país, según datos oficiales del MSPS (1994).^{21/}

3.5. Organizaciones No gubernamentales (ONG's).

Las ONG's especializadas en atención médica cuentan con una infraestructura que abarca en total 4 hospitales y 637 establecimientos particulares, aunque en este género de apoyo a las actividades de salud no siempre se pueden clarificar los recursos de las ONG's. Encuestas recientes mencionan que por lo menos 182 ONG's (68% del total) brindan acciones de salud en las comunidades del país.

Estas acciones tienen énfasis en control de enfermedades diarreicas, terapia de rehidratación oral, enfermedades inmunoprevenibles, infecciones respiratorias agudas, control de crecimiento, nutrición, lactancia materna, agua y saneamiento.

Además del área de salud, las ONG's desarrollan programas de reducción de pobreza, conservación de medio ambiente y educación. Se ha demostrado que son una alternativa viable para el desarrollo de los propios proyectos que no han realizado los países benefactores, quienes las han visto como un medio para sobrellevar los obstáculos causados por gobiernos corruptos, así como una forma de llegar a la gente en países en los cuales se han suspendido los programas oficiales. Sin embargo, pese a la importancia de éstas, los países benefactores han empezado a cortar la ayuda, debido principalmente a la presión y a costos absolutos en los presupuestos para ayuda.^{22/}

Como se puede establecer en este capítulo, la definición de salud abarca varios aspectos del ser humano, también observamos que la salud en Guatemala, siempre golpea a los más desposeídos. El ente rector de la salud es el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el cual cuenta con varias instituciones encargadas de prestar el servicio, pero que son muy deficientes,

^{21/} ZAMORA, Francisco. "Hacia la Producción Social de la Salud". URL. Primera Edición.

^{22/} GARCÍA, Adela y Villarreal María. "Inventario e Organizaciones No Gubernamentales que trabajan en el sector Social de Guatemala, con énfasis en Salud, Mujer y Desarrollo". Guatemala: Consejo de Población en Guatemala, 1995.

al igual que el I.G.S.S. que sí tiene amplia cobertura a sus afiliados, pero que en muchos lugares la atención es deficiente. También existen otras entidades que atienden el sector salud, pero al igual que las mencionadas hay que fortalecerlas y observarlas permanentemente en beneficio de la población.

3.6. Características de los Programas.

Las características básicamente, de los programas son dos:

3.6.1. Paliativos.

Son aquellos programas que buscan soluciones temporales, utilizados superficialmente sin atacar el origen o la raíz de los males, o simplemente aparecen en situaciones de emergencia.

3.6.2. Curativos.

Son los programas que están elaborados para hacer aplicados en el tercer nivel de salud, es decir, cuando la persona llega al hospital con la enfermedad avanzada. Lamentablemente muchas enfermedades que atienden los programas curativos se pueden prevenir y controlar tanto en el primer nivel (puestos de salud), como en el segundo nivel (centro de salud con poco encamamiento). En Guatemala los programas curativos cuentan con mayor presupuesto que los de salud preventiva lo cual debería ser totalmente lo opuesto, ya que sale mas barato al prevenir que curar.

3.6.3. Costo Económico Social.

El costo económico de un paciente hospitalizado diariamente, de las diferentes áreas del país. Año 1,999.

REGION	PRESUPUESTO ASIGNADO PER CAPITA
Metropolitana	Q 124.16
Norte	Q 80.46
Nororiente	Q 72.87
Sur oriente	Q 73.27
Central	Q 83.28
Sur occidente	Q 70.50
Nor occidente	Q 57.66
Petén	Q 122.17

Fuente: Encuestas Nacional de Ingresos y Gastos Familiares 1,998- 999

Indicadores Básicos en 1,999, Ministerios de Salud Pública y Asistencia Social

En este capítulo se pudo determinar que los programas de Salud en Guatemala no son eficientes y eficaces, para cubrir las necesidades de Salud de la población Guatemalteca, puesto que el Ministerio de salud tiene un bajo presupuesto este, se distribuye en un porcentaje alto a la medicina curativa y descuidando las acciones de la parte la preventiva. El Seguro Social cuenta con un programa de salud preventiva destinada a una sola área; otras Instituciones privadas no llenan las expectativas de la Ciudadanía en general ya que se encuentran fuera del alcance de sus bolsillos. Por lo Anterior se hace necesario que se le asigne mayor presupuesto a la salud preventiva.

CAPITULO IV

4. Atención Primaria en Salud.

En este capítulo se menciona específicamente la Atención Primaria en Salud, mereciendo un apartado especial, por la importancia y trascendencia que tiene para una comunidad y un país en general.

La Atención Primaria en Salud es un eslabón principal para el bienestar y desarrollo de la sociedad por que es con la ampliación de esta, en forma adecuada, como se puede prevenir una significativa cantidad de enfermedades.

Es importante comprender que para que funcione la atención primaria se deberán tomar en cuenta una serie de factores pero principalmente, que las comunidades y sus integrantes tengan el deseo de alcanzar bienestar y salud.

4.1. Declaración de Alma Ata.

La conferencia de Alma–Ata de 1978 estableció oficialmente que la atención primaria en salud es la clave para orientar la promoción de la salud en el mundo, con arreglo a la definición siguiente:

“La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología práctica, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país pueden soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevándolo mas cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

4.1.1. La Filosofía de la Atención Primaria en Salud.

La salud esta directamente ligada con la disponibilidad y la distribución de recursos, no solo los de carácter sanitario, tales como médicos, enfermeras, clínicas o medicamentos, sino también las de carácter socioeconómico, como lo son la educación, el abastecimiento de agua y el suministro de alimentos.

La salud forma parte integrante del desarrollo general. Por lo tanto, los factores que influyen en la salud tienen un carácter social, cultural y económico, así como biológico y ambiental.

Para mejorar las condiciones sanitarias es preciso que los propios interesados, en tanto que individuos, familias o comunidades, participen más activamente en el proceso, tomen iniciativas por su propia cuenta, adopten un compromiso saludable y se esfuercen por mejorar la higiene ambiental.

4.1.2. Estrategia de la Atención Primaria en Salud.

- Necesidad de modificar el sistema de atención de salud.
- Acción intersectorial a favor de la salud.
- Responsabilidad individual y colectiva con respecto a la salud.

4.1.3. La Atención Primaria en Salud como Nivel de Atención.

La expresión atención primaria se ha utilizado normalmente para designar el nivel más periférico del sistema de salud, con el que entra en contacto el público en busca de tratamiento, a saber, las Instituciones tales como los centros sanitarios, las clínicas, los centros auxiliares, los dispensarios, las instalaciones de los médicos generales y las policlínicas. En cada país se denominan de distinta manera.

Ahora bien, según el enfoque particular de la APS, el primer nivel de atención de salud no solo rebasa el sistema convencional antes descrito sino que toma efectivamente origen en las actividades comunitarias. Entre ellas cabe señalar las que realiza la comunidad en su conjunto. Las que corren a cargo de las familias en beneficio propio o de las personas mediante la autoasistencia.

4.1.4. Los Elementos Esenciales.

La conferencia de Alma Ata estableció una lista de elementos esenciales que sirven para definir los servicios mínimos necesarios para lograr la salud para todos:

- La educación sobre los principales problemas de salud.
- La promoción del suministro de alimentos y una nutrición apropiada.
- Un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico.
- La asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia.
- La inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- La prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales.
- El tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismo comunes.
- El suministro de medicamentos esenciales.

4.2. Características de la Comunidad.

La vida en comunidad reúne las siguientes características:

- a. El origen étnico;
- b. Los lazos familiares;
- c. El medio cultural;
- d. Las creencias religiosas;
- e. Sus inclinaciones políticas;
- f. Las clases;
- g. Las castas o situaciones económicas.

4.2.1. Estructura Social de la Comunidad.

La participación de la comunidad en la APS implica, entre otras cosas que sean los propios habitantes quienes establezcan los procedimientos de gestión de decisión, siendo también responsables de su funcionamiento satisfactorio. Para que el personal del sistema de salud, sin embargo, en particular el que pertenezca a la institución sanitaria local, pueda desempeñar sus funciones educativas, incitativas y de asesoramiento técnico, habrá de conocer detenidamente los procedimientos que las comunidades utilicen para organizar su vida colectiva y tomar decisiones.

4.2.2. Procedimientos Utilizables para la Organización de la Comunidad con mira a la APS.

Los procedimientos utilizables con ese fin se pueden clasificar en tres grupos:

- Primer grupo:

La atención primaria en salud puede organizarse como parte integrante del desarrollo general de la comunidad, mediante la utilización de los sistemas existentes, tales como el comité de desarrollo de la comunidad, el consejo comunal o el comité del partido.

- Segundo grupo:

Cabe organizar la APS como parte del sistema principal, por ejemplo, en tanto que el subcomité principal del desarrollo de la comunidad.

- Tercer grupo:

Se puede organizar la APS con arreglo a un procedimiento específico independientemente del comité de desarrollo.

4.2.3. Necesidad de que los Diferentes Grupos de una Comunidad estén Representados.

Para alcanzar la meta de la salud para todos es preciso satisfacer las necesidades esenciales de todos los grupos que contribuyen a la comunidad. A partir del momento en que la participación de los habitantes es un requisito indispensable para llegar a satisfacer esas necesidades esenciales, se desprenden claramente que la representación de los diferentes grupos ha de estar abierta a todos y reposar sobre una base muy amplia cuando se trata de tomar decisiones en cuestiones de la APS.

4.2.4. Especificación de las Necesidades Prioritarias de la Comunidad en Materia de Salud.

Es delicado el proceso de especificación de las necesidades sanitarias más apremiantes; exige mucha sensibilidad por parte de la gente de salud, quien podría juzgar que ese proceso es inherente a su especialidad particular y caer en la

peligrosa tentación de imponerle a la comunidad una determinada expresión de sus problemas. Hay que oponerse a ellos por todos los medios, a fin de lograr una genuina participación de la comunidad.

4.2.5 Identificación de los Recursos de la Comunidad para Abordar los Problemas Sanitarios.

Es común que los miembros de las sociedades tradicionales o modernas consideren que la salud es la ausencia de enfermedad y que las actividades destinadas a mejorar la salud solo incumben a profesionales que tratan la enfermedad cuando aparece.

Esa mentalidad explica que a veces se abra un abismo entre la percepción que el público tiene de sus necesidades sanitarias y la conciencia de que es posible mejorar la salud gracias al propio esfuerzo y echando mano a los recursos disponibles. Ese abismo puede ensancharse aun más cuando un sector advierte que los servicios sanitarios a los que tienen acceso son inferiores a los de otras zonas.

4.2.6 Definición de un Orden de Prioridades.

Para establecer la lista de las actividades más apremiantes en el marco de la APS hay que entablar un nuevo proceso de análisis y de ponderación de una serie de factores, que incluyen las necesidades registradas en general por la comunidad, las que tiene relación con la salud, la posibilidad de tomar medidas eficaces para enfrentar prácticamente un problema, la viabilidad de tales medidas desde el punto de vista de la mentalidad imperante, de los costos y otros recursos como el tiempo disponible y la compatibilidad de esas medidas con las prioridades vigentes en los planos intermedio y nacional.

4.3. Función del Agente de Salud de la Comunidad en la Atención Primaria en Salud.

El agente de salud de la comunidad es mucho más que un trabajador sanitario. Es también el compendio de la participación comunitaria en la APS. Representa a la comunidad y es responsable ante ella del desarrollo de su trabajo, aunque una parte importante de su labor consiste en promover cambios entre la población que redunden en una mejora de la salud. Es así mismo un eslabón fundamental entre la comunidad y el sistema de salud. Como tal, puede ejercer una influencia decisiva cuando contribuye a alcanzar un entendimiento y un respeto mutuo entre la comunidad y los trabajadores sanitarios locales, lo cual mejora considerablemente la eficacia de la APS.

4.3.1. Selección del Agente de Salud de la Comunidad.

La plena participación de la comunidad en el proceso de selección de quien ha de recibir formación como agente de salud de la comunidad es de vital importancia. Varias experiencias nacionales responden a esta observación.

4.3.2. Formación del Agente de Salud de la Comunidad.

Es lógico proponer que la formación que recibe un agente de salud le provea de los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para el cumplimiento de todas sus funciones, es decir, la de ser un eslabón entre la comunidad y el sistema de salud, un trabajador sanitario que desarrolle actividades de promoción, prevención y tratamiento, y un agente del desarrollo general de la comunidad.

4.3.3. Funciones Educativas del Agente de Salud.

La educación para la APS no se agota con la información convencional del público en materia de salud mediante la cual, a los individuos, a las familias y a la comunidad en su conjunto se les hace tomar conciencia y comprender los problemas de salud más frecuentes y se les incita a que modifiquen su comportamiento y estilo de vida.

Implica además que se prepare a las comunidades para el papel principal que han de desempeñar en todo el proceso de la participación en la APS para mejorar su propia situación sanitaria como también que se eduque a los que

trabajan en otros sectores de desarrollo social y cuyas contribuciones son indispensables.

4.4. Supervisión Técnica de la Comunidad.

Es indispensable organizar, con un criterio educativo, la inspección continua y sistemática de la actuación del agente de salud de la comunidad. Este último gozará así de un apoyo valioso y seguro y de una formación permanente, que reforzará la confianza que la comunidad deposita en él y su prestigio de agente y miembro del equipo de salud.

4.4.1. Apoyo para la Planificación.

La necesidad de la planificación hacia arriba y del apoyo hacia abajo se mencionó al escribir las llamadas condiciones ideales para desarrollar la APS. De ese modo se podrán representar en sus debidas proporciones las necesidades sentidas y las necesidades calculadas de la población, no solo en términos de salud sino en desarrollo comunitario en general.

4.4.2. Apoyo a la Investigación.

Muchos de los problemas con que se tropieza en la ejecución de la APS requieren cuidadoso estudio para encontrar las soluciones pertinentes. Por ello, las instituciones nacionales de investigación han de presentar su concurso, cuya importancia es primordial.

4.4.3. Descentralización de las Funciones Ejecutivas.

Durante estos últimos años se han generalizado en muchos países las aspiraciones hacia la descentralización de la toma de decisiones.

Para el desarrollo de la APS, la descentralización tiene las ventajas siguientes:

- Facilita el proceso de presentación de los problemas y necesidades de las comunidades a las autoridades ejecutivas, entre las que es de esperar que

figuren representantes de aquellas; es decir, favorece la participación de la comunidad;

- Acelera el proceso de comunicación, facilitando así la rápida distribución de los recursos;
- Favorece la buena cooperación internacional;
- Facilita el desarrollo de planes acorde con las necesidades locales y con las variaciones que se producen a ese aspecto.

4.5. Información Continua de la Comunidad.

Para que la gente siga estimando a la atención primaria en salud en lo que vale, es indispensable que mantenga su acuerdo con las prioridades de acción. Un medio esencial de promover esa concordancia es la educación sanitaria que intente explicar la pertinencia de las autoridades preventivas y de promoción, así como la índole a largo plazo del desarrollo sanitario.

Existen posibles mecanismos de información:

- a) Notificación periódica de todas las actividades de APS en las reuniones del comité de desarrollo comunitario y en las reuniones generales de la comunidad.
- b) Notificación periódica de las actividades de APS a cada familia por parte de la gente de salud de la comunidad.
- c) Publicación regular de un periódico de la comunidad.
- d) Publicación regular de un periódico más amplio (del distrito).
- e) Inclusión de noticias referentes a la APS en los medios de información de masas (prensa, radio y televisión).

4.5.1. Información Continua del Sistema Sanitario: Vigilancia y Evaluación de la Atención Primaria en Salud

La vigilancia continua consiste en la evaluación sistemática de los progresos conseguidos en el desarrollo de la APS; Así se puede tomar nota de que se han

concluido determinadas actividades en un tiempo relativamente corto, esas actividades pueden ser el número de reuniones del comité de desarrollo de la comunidad que se hayan celebrado durante el mes anterior, o el número de niños vacunados en ese mismo mes.²³

Al finalizar el capítulo se concluye que si existieran planes y programas coherentes, en la aplicación de la atención primaria en salud, el Estado se ahorraría mucho tiempo y dinero en la medicina curativa. Por ejemplo se puede mencionar que la atención primaria, no visualiza la enfermedad, sino que lo que provoca esta enfermedad puesto que en una comunidad que no cuenta con drenajes, lógicamente existirán muchas enfermedades, entonces lo que hay que hacer es prevenir la aparición de estos males. ¿Cómo se puede hacer?, organizándonos para establecer la red de drenajes, la comunidad deberá de participar activamente en la aplicación de la APS, estableciendo las prioridades sanitarias, escogiendo y vigilando las personas encargadas de la aplicación de programas y estrategias, es decir, un trabajo de conjunto para el bienestar general.

La atención primaria en salud es de vital importancia en las comunidades y para hacerla más efectiva es necesario aplicarla con el sistema de la educación popular, pero para ello se hace necesario capacitar al personal de salud en lo que es la metodología de la educación popular en la atención primaria en salud.

Por lo que se considera de suma importancia la propuesta de intervención del trabajador social.

CAPÍTULO V

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL

5. TRABAJO SOCIAL.

²³ Organización mundial de la salud “Organización de la Atención Primaria en Salud en las Comunidades”. Documento propiedad de la sección de documentación e información. Dirección General de Recursos Humanos en Salud. Ministerio de salud Pública y Asistencia Social.

5.1. Antecedentes Históricos.

La historia de Trabajo Social se encuentra ligada a los llamados precursores en Trabajo Social (Mery Richmond Bower) quienes elaboraron las primeras formas de caridad y filantropía en el naciente capitalismo, este análisis plantea los hechos históricos económicos y sociales y como respuesta a la problemática que conformaban primeramente los países europeos y posteriormente los Estados Unidos transmitiéndose hacia los países latinoamericanos.

En Guatemala en 1871 en base a relaciones de producción que interrelacionaban rasgos esclavistas y feudales la organización supraestructural del país durante 300 años estuvo ligada a las políticas emanadas del estado español prestándose ayuda caritativa filantrópica muy ligada a la religión católica quien mantenía su posición de poder.

Con la finalidad de asegurar el tributo que se repartía entre el rey y los encomenderos y garantizar la fuerza de trabajo servil para las haciendas, fue preciso organizar a los pueblos de indias por lo que los defensores de los indios se dieron la tarea de nuclear poblaciones indicándose así el empirismo de la atención individual, grupal y comunal.

La atención social de apariencia caritativa benéfica por amor a Dios y filantrópica encubre los fines de dominación, explotación y control social, las respuestas de los sectores dominados indígenas fueron movimientos de huída y sublevación.

Guatemala en 1981 logra romper los lazos coloniales de España en lo político, asumiéndose al poder de los criollos (Españoles nacidos Guatemala); las relaciones sociales de producción y las instituciones jurídico-políticas e ideológicas prevalecen hasta 1871, lo cuantitativo benéfico y filantrópico no trasciende en lo establecido.

De 1920 a 1930 se lograron los avances que las condiciones sociopolíticas permiten, sucediéndose un receso organizativo de carácter legal en la dictadura de los catorce años de gobierno de Jorge Ubico.

Uno de los momentos históricos importantes de resaltar no solamente para el desarrollo del país sino de la profesión del Trabajo Social en la revolución de 1944.

En la esencia no era búsqueda de transformaciones de las relaciones sociales de producción capitalista, se buscaba fundamentalmente el desarrollo industrial, instancia que necesita de cambios institucionales, por lo que el Estado mejora y

amplía sus políticas sociales; se crean diversas instituciones de asistencia pública: de salud, educación, económica, jurídico-legales, etc. y se implementan diversos programas para atender el campo y la ciudad.

En correspondencia con este momento histórico el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-, se ve obligado a implementar el programa de prestaciones de accidentes de trabajo creándose así la PRIMERA ESCUELA DE SERVICIO SOCIAL, en el país, asesorada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) el 2 de mayo de 1949.

5.2. Definición de Trabajo Social.

Existen diversas definiciones en torno a Trabajo Social, a continuación se presentan las siguientes:

- Ciencias técnicas que acciona en función de lograr cambios controlados en base al conocimiento y previsión de los hechos y relaciones sociales mediante el uso de procedimientos científicos estructurados por la lógica.
- Es una disciplina de las ciencias sociales provee a personas, grupos y clases populares de servicio que alivien la gama de problemas económico-sociales que le impiden su plena realización humana, orientándole en la toma de una ciencia más clara sobre el protagonismo que puede asumir para transformar la realidad que lo circunda.
- Es una práctica social fundamental en las ciencias sociales, que en forma científica interviene en la problemática social a nivel individual, grupal y comunal, derivada de la estructura económico-social propiciando, mediante la organización y concientización de los sectores mayoritarios a su movilización y autogestión en la búsqueda de mejores niveles de vida que les permita el bienestar integral derivado de un proceso de promoción social constante que los involucra en la transformación social.

5.3. Filosofía de Trabajo Social.

El Trabajador Social debe ser un profesional consciente de la realidad nacional y consecuente con las necesidades e intereses de la población. Además debe ser un ente que promueva la capacitación, organización y autogestión de las comunidades.

5.4. Principios de Trabajo Social.

El Trabajador Social nunca aparecerá ante las poblaciones, grupos o personas como un elemento poseedor de las soluciones a los problemas que confrontan. Su función será la de orientar para que las personas con su propia iniciativa encuentren las soluciones correspondientes.

La unidad de la teoría y la práctica, es esencial para operar científicamente en la realidad y alcanzar los objetivos propuestos.

El grado de conciencia, organización y lucha de los sectores desposeídos, será en última instancia el medio principal para lograr conquistas y transformaciones profundas que requiere la Sociedad Guatemalteca.

El Trabajador Social no debe llegar a las poblaciones a pensar, sentir y decidir por la gente, sino involucrarla en todos y cada uno de los procesos que supone el desarrollo y transformaciones sociales.

Es necesario interpretar y valorizar los conocimientos experiencias y cultura del pueblo así como saber aprovecharlos para sus movilizaciones y promociones sociales.

El Trabajador Social debe basarse en los principios expuestos, ya que estos constituyen los fundamentos y lineamientos a seguir en cualquier nivel de intervención dentro de la profesión ya que sin ellos, el accionar del Trabajador Social es inadecuado, pues afectaría a la población que se atiende, la cual optaría por confundirse y desorientarse en un momento determinado, evitando así el desarrollo de la misma.

5.5. Proceso Metodológico y Técnicas.

Para llevar acabo la práctica profesional es necesario aplicar el proceso metodológico, el cual lo integran diversas fases y elementos. Existen diversos enfoques sobre lo que es el método, sin embargo, se considera más general el siguiente: “En el sentido más general Método se define como la manera de alcanzar un objetivo, o bien como determinado procedimiento para ordenar la actividad.”²⁴

²⁴ / Seminario: Escuela de Trabajo Social. USAC. “Consideraciones sobre Trabajo Social y Políticas Sociales”. Agosto, 1996.

5.6. Propuesta de Intervención del Trabajador Social en la Educación Popular aplicada a la Atención Primaria en Salud.

El objeto de esta propuesta es que permitirá conocer la importancia de la participación del Trabajador Social en la Educación Popular, en la atención primaria en salud para que a través de la misma se logren cambios sustanciales que beneficien directamente a la población en correspondencia con las necesidades e intereses que presentan los sectores populares.

Por lo anterior es necesario entender a la Educación Popular como instrumento de contribución inmediata a la resolución de los problemas de salud, que afronta la población y el papel que debe jugar el Trabajador Social para el logro de cambios tanto cualitativos como cuantitativos que encaminen a la población a un proceso de transformación.

El Trabajador Social es el que debe proyectarse a la problemática, con el equipo multidisciplinario de salud con un enfoque objetivo y sistemático para lo cual hará uso de una metodología científica, realizando actividades concretas como la concientización y orientación popular para impulsar las condiciones de salud para los sectores mayoritarios, que tanto lo necesiten para lo cual es importante que el equipo multidisciplinario participe como un ente transformador a través de la Educación Popular.

Asimismo esta propuesta contribuirá a que los profesionales en salud tomen conciencia de la importancia de su participación activa en la Educación Popular.

La investigación permitió hacer un análisis de la importancia que tiene la Educación Popular en la atención primaria en salud, se pudo confirmar que los trabajadores en salud pública desconocen lo que es la Educación Popular, razón por la cual se presenta a continuación una propuesta para que las autoridades locales y de alto nivel de salud, hagan uso de una metodología que permita orientar, concientizar y transformar a través de la Educación Popular aplicada a la salud de los guatemaltecos que tanto lo necesitan, para lo cual será necesario capacitar a los trabajadores de salud pública.

5.7. PROGRAMA

IDENTIFICACIÓN	PROPUESTA DE CAPACITACIÓN
Nombre:	Propuesta de Capacitación del equipo multidisciplinario de salud, sobre Educación Popular aplicada a la salud preventiva.
Lugar:	Salón de conferencias del Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación
Duración:	del mes de enero al mes de noviembre del año 2003.
Coordinación:	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Trabajadora Social Jefatura de Áreas y Centros de Salud.
Responsable:	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Beneficiarios:	Directos: Trabajadores de Salud Indirectos: Población en general

Justificación.

Guatemala es un país subdesarrollado que se caracteriza por la pobreza y extrema pobreza y uno de los grandes problemas es la educación, la cual debido a la superestructura de la sociedad por el entorno socioeconómico uniéndose a ello el bajo presupuesto que tiene el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que no es suficiente ante la demanda de salud, de la población guatemalteca. Como consecuencia de ello podemos apreciar la cantidad de personas adultas y niños enfermos en los hospitales, en busca de atención curativa y en muchos casos las

personas que no tienen acceso a la salud fallecen por falta de atención médica, pues los servicios no son competentes por falta de recursos económicos, humanos e insumos.

La Constitución Política de la República de Guatemala establece:

Artículo 93. Derecho de la Salud. El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna..

Artículo 94. Obligación del Estado. Sobre salud y asistencia social. El Estado velará por la salud y asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social.

Artículo 95. La salud bien público. La salud de los habitantes de la nación es un bien público. Todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento.

Por lo anterior se considera que la salud es un derecho del ser humano y por lo tanto es mejor prevenir las enfermedades ya que representa un bajo costo en comparación con lo curativo.

Se pudo comprobar en la investigación realizada que el personal de salud pública desconoce lo que es la Educación Popular aplicada a la salud preventiva, por ello la importancia que todo trabajador de salud reciba capacitación sobre este tema y al poseer el conocimiento lo ponga en práctica en las comunidades ayudándose del Trabajador Social para que asesore y coordine las actividades de capacitación con el equipo multidisciplinario.

Objetivos.

- Impulsar jornada de capacitación del personal de salud, sobre la Educación Popular aplicada a la atención primaria en salud.
- Promover la capacitación sobre la Educación Popular aplicada a la salud preventiva en el programa Materno Infantil como entes multidisciplinarios de la salud de la población.

- Lograr que el Trabajador Social asesore y coordine con autoridades de alto nivel de salud, actividades sobre la Educación Popular aplicada a la salud preventiva.

Metodología

Dinámica:

La dinámica de la Educación Popular aplicada en la salud preventiva debe impartirse en un salón de conferencias de determinado hospital, utilizando técnicas que permitan la participación de los trabajadores de salud.

Científica

La terminología que se utilice en el proceso educativo, debe ser basada en fundamentos que permitan a los trabajadores de salud su aplicación en las comunidades, con la familia de una forma eficaz y eficiente.

Participativa

A través de la participación de los trabajadores de salud se permitirá sondear si los conocimientos impartidos sobre la educación aplicada a la salud preventiva se han asimilado para llevarlo a la práctica.

Progresiva

Les permite tener una visión amplia sobre la Educación Popular aplicada a la salud preventiva en general e iniciar el proceso de educación en la atención primaria, en los trabajadores salubristas.

Contenido de Capacitación.

- Educación
- Educación Popular
- Conceptualización de la Educación Popular
- Desarrollo histórico de la Educación Popular
- Educación Popular y Derechos Humanos
- ¿Qué pasa si no hacemos Educación Popular?
- Características de la Metodología de la Educación Popular
- Objeto de la Educación Popular

- Salud (fundamentación Legal de Salud)
- Atención Primaria en Salud
- Programa Materno Infantil
- Promoción de la Salud – Trabajo en equipo

Coordinación.

Para lograr un trabajo eficaz y eficiente que contribuye a la transformación que produzca cambios reales en la población se requiere de la participación del profesional de Trabajo Social, ya que está en la capacidad de realizar un trabajo de asesoría y coordinación con autoridades locales y de alto nivel para llevar a cabo la capacitación del trabajador de salud pública, conformando el equipo multidisciplinario de salud específico de las diferentes áreas de trabajo para incidir en el ámbito de la educación, capacitando sobre los elementos fundamentales para prevenir las enfermedades y conservar la salud de la población en general.

Organización

Es una función del Trabajo Social, propiciar las condiciones necesarias para que las formas de organización se realicen y se dé una verdadera participación al trabajador de salud y a la población apoyando y fortaleciendo la organización del equipo multidisciplinario específico y de esta manera mejorar las condiciones de salud de los guatemaltecos.

Promoción Social

Este es un proceso dinámico, gradual y progresivo en donde el Trabajador Social desarrollará mecanismos para fortalecer la participación del equipo multidisciplinario de salud y la población en general, mediante las diversas estrategias de sensibilización y concientización a través de la Educación Popular aplicada a la salud.

Actividades

Es importante que el profesional en Trabajo Social ejecute dentro de sus actividades las siguientes:

- Investigación
- Planificación
- Coordinación
- Educación
- Organización
- Concientización
- Movilización de recursos
- Sensibilización
- Promoción
- Programación
- Ejecución de proyectos
- Evaluación
- Capacitación

Técnicas

- | | |
|-------------------------|------------------------------|
| - Conferencias | - Discusiones grupales |
| - Talleres | - Investigación – exposición |
| - Lluvia de Ideas | - Videos |
| - Galería de Fotografía | - Sociograma |
| - Dramatización | - Juego de Roles |
| - Afiches | - Charlas |

Cronograma de actividades

Actividades	Mes	Responsable
	E. F. M. A. M. J. J. A. S. O. N.	
Coordinación y planificación de actividades	X X	Profesional de Trabajo Social, Ministro SPAS
Elaboración de los programas de capacitación sobre la E.P. en la Salud Preventiva	X X	Trabajo Social Ministerio SPAS
Metodología de Educación Popular aplicada a la Salud Preventiva	X	Profesional de Trabajo Social
Técnicas e instrumentos de Educación Popular aplicadas a la salud Preventiva	X	Profesional de Trabajo Social
Elaboración de material para la Educación Popular aplicada a la Salud Preventiva	X	Ministro de Salud Pública
Ejecución y evaluación de las jornadas de capacitación de Educación Popular aplicada a la salud preventiva	X X X X X	Profesional Trabajo Social Equipo multi-disciplinario en salud. Jefes de Área
Evaluación	X X X X X X X X X X	Profesional de Trabajo Social Jefes de Área Ministro de Salud

El presente programa se ha diseñado y fundamentado principalmente por el trabajo de investigación realizado con el personal que labora en el sector salud. Se pudo establecer que los trabajadores de la salud pública, en un alto porcentaje, desconocen lo que es la educación popular, sus métodos, filosofía y su aplicación en otras disciplinas. Por lo anterior se elabora el programa para todo el personal de salud con el fin primordial de utilizar la metodología de E.P. en la Atención Primaria en Salud.

Para obtener los resultados pretendidos se formarán grupos en las diferentes instituciones, para asistir a las presentaciones de los temas, con la participación directa de los trabajadores sociales de cada establecimiento y demás personal de salud encargado de la Atención Primaria.

Objetivos:

- Ubicar a la E.P. en el personal del Sector Salud.
- Definir nuevas posiciones de la APS.
- Destacar el papel de la E.P. en la aplicación a la Atención Primaria en Salud. (APS).

TEMA	SUBTEMA	OBJETIVOS	TECNICAS	PROCEDIMIENTO
Presentación e Investigación		Evaluación del nivel de conocimiento. Crear un ambiente de participación.	Galería de Fotografías. Presentación de videos.	Al finalizar la presentación se formaran parejas para que expresen su punto de vista a lo escuchado y observado.
Experiencia sobre la E.P. de los participantes.	Formulación. Educ. Formal. Educ. Popular.	Conocer los objetivos de la Educación Formal. Conocer los objetivos de la Educación Popular.	Lluvias de ideas.	Formulación individual de objetivos, pero realizado por grupos afines. Clasificación de objetivos en cada grupo con ayuda de coordinadora. Cada grupo presenta una síntesis de sus objetivos.

<p>La APS en la Comunidad.</p>	<p>Practica: Conocer la realidad de nuestra educación.</p> <p>Conocer la realidad de la E. P. Y la Salud.</p> <p>Conocer la realidad de Salud.</p> <p>La realidad:</p>	<p>Conocer los diferentes contextos de los grupos.</p>	<p>Discusión Grupal:</p> <p>Dialogo:</p>	<p>Se forman grupos afines para analizar las diferentes experiencias en el E. P.</p> <p>Se formaran mesas de diálogos para confrontar las experiencias y puntos de vista.</p>
<p>Como puede ayudar la E.P. en la Atención Primaria.</p>	<p>La comunidad.</p>	<p>Propiciar la apropiación del concepto de APS.</p> <p>Conocer los diferentes elementos y características de la comunidad.</p> <p>Que los participantes logren comprender la importancia de la E. P. En la APS.</p> <p>Conocer los programas de salud para la E.P en la APS.</p> <p>Crear el descubrimiento de nuevas técnicas de la APS.</p> <p>Conocer técnicas y metodologías de la E.P. como alternativa de la APS.</p>	<p>Charla.</p> <p>Audiovisual.</p> <p>Discusión Colectiva.</p> <p>Afiches.</p> <p>Juego de Roles. Equipo. Multidisciplinario.</p> <p>Grupal.</p>	<p>Se explica los diferentes niveles de la APS.</p> <p>Con esta técnica se presentan las diferentes formas de APS.</p> <p>Para analizar la moderna APS.</p> <p>Cada grupo deberá analizar una de las características de la comunidad y exponer.</p> <p>Organización en Asamblea de Roles con una Orden del día.</p> <p>Se integran comisiones para discutir formalmente los temas y presentar alternativas.</p> <p>Se presentarán inquietudes de los participantes por grupo.</p>
	<p>Enfermedades transmitidas por</p>	<p>Que el Equipo Multidisciplinario en</p>	<p>Sociodrama. Dramatización</p>	<p>El Grupo Multidisciplinario de</p>

Recursos.**A. Humanos:**

- Médicos
- Enfermeras
- Auxiliares de enfermería
- Inspector de saneamiento ambiental
- Técnico en salud rural
- Trabajadora Social

B. Materiales:

- Computadora
- Reproyector
- Rotafolio
- Trifoliar
- Folletos
- Película
- Pizarrón
- Marcadores
- Hojas de papel bond
- Lápiz, lapiceros
- Televisor – vídeo

C. Institucionales:

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
- Organizaciones Internacionales

D. Financieros:

- Los proyectos serán financiados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

E. Evaluación:

Para verificar los avances y limitaciones del proceso de capacitación se realizarán evaluaciones periódicas, antes, durante y después, con la participación del equipo multidisciplinario y autoridades locales de las áreas de salud.

Para finalizar podemos decir que la educación popular en la atención primaria en salud es de suma importancia para la población, pues la falta de educación existen muchas enfermedades que se pueden prevenir, ya que a la larga es un costo muy elevado, educando a la población en la prevención de las enfermedades, de esta manera alcanzaremos un mayor desarrollo en la salud de Guatemala.

CONCLUSIONES

1. La Educación Popular en la Atención Primaria en Salud, contribuye a elevar los niveles de vida de los sectores populares, ya que va a obtener métodos para prevenir ciertas enfermedades en tal sentido tendremos familias más sanas, se evitarán gastos elevados y sus miembros serán más productivos; utilizando para ello la metodología adecuada pues de esta manera habrá menos morbilidad y mortalidad en la población.
2. Que el Trabajador Social puede contribuir a elevar los niveles de salud de los sectores populares, mediante la Educación Popular en la Atención Primaria en Salud mediante la elaboración de programas fácilmente comprensibles, para que la población los aplique en su vida cotidiana.
3. La Educación Popular en la Atención Primaria en Salud puede ser utilizada como una herramienta por el Trabajador Social para elevar los niveles de salud de los sectores populares, a través de la capacitación constante y su participación en el equipo multidisciplinario, que participa en las comunidades, en la prevención de enfermedades.
4. Se observa que los profesionales tienen conocimientos muy superficiales sobre la Educación Popular por lo que no ven la importancia en la Atención Primaria en Salud y los cambios que se pueden producir en la sociedad.
5. De acuerdo con la investigación se detectó que sí existen limitantes en la investigación de programas de Educación Popular en la Atención Primaria en Salud, en las Instituciones de Salud.
6. Para obtener mejores resultados en la Atención Primaria en Salud, el Trabajador Social debe coordinar las actividades en lo que respecta a la Educación Popular, a través de un equipo multidisciplinario capacitado, utilizando la metodología de este proceso educativo podemos transformar la salud en beneficio de la población Guatemalteca.

RECOMENDACIONES

1. Que se implementen proyectos y programas de Educación Popular en Atención Primaria en Salud, en las instituciones encargadas de velar por la salud.
2. Que el Trabajador Social, no importando el nivel de intervención, proporcione capacitación en lo que es la Educación Popular en la Atención Primaria en Salud.
3. Que la Educación Popular en Atención Primaria en Salud, no sea vista, en las Instituciones, como una limitante sino como algo cambiante.
4. Que el Trabajador Social utilice la Educación Popular para elevar los niveles de salud en la población.
5. Que el Trabajador Social comprometido con las clases populares tiene que tener claridad en cuanto a su posición con las mismas para orientar y coordinar de una forma efectiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALDANA Mendoza, Carlos
Desafíos Pedagógicos de la Paz
Editorial Universitaria
Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado;
Colección de Estudio; Volumen 2.
Guatemala, 1995

2. ANDER-Egg, Ezequiel
Diccionario de Trabajo Social
10ª. Edición corregida y aumentada
2da. Reimpresión en México
Editorial El Ateneo, S.A. DE C.V.;
1982.

3. ARRIAZA P., Roberto
Estudios Sociales, Problemas socioeconómicos de Guatemala
Impresos Industriales de Guatemala.

4. ARRIOLA AVENDAÑO, Carlos Enrique y Arnoldo Calderón González.
“Los efectos sociales de política económica. Los análisis Sociológicos y Económicos”.
Universidad de San Carlos de Guatemala.

5. BETETA V., Luis
“Revista de Trabajo Social del Departamento de Tesis e Investigación”. DITETS.
Año XIV
14 Julio 1994.

6. Código de la Niñez y la Juventud
Congreso de la República
Decreto Número 78-96
7. Código de Salud.
Decreto 90-97
Congreso de la República
8. Colección Estudios Educativos
“Educación Popular en América Latina”
¿Avance o retroceso?
Centro de Estudios Educativos
9. Constitución Política de la República de Guatemala
Reforma Consulta Popular.
Acuerdo Legislativo 18-93
10. DE LEÓN CABRERA, Tomasa Leonor.
“Las Políticas Sociales y su Influencia en el quehacer del Trabajo Social
Guatemalteco”.
11. DE SHTER, Antón
Investigación, Participación una opción Metodológica para la Educación
Crepal Michoacán, México
1983
12. Diario La Hora
“Desnutrición en Guatemala”
Estudios realizados por la OMS y UNICEF
Junio 2001
13. GARCÍA, Adela y Villarreal María

“Inventario de Organizaciones No Gubernamentales que trabajan en el sector Social de Guatemala, con énfasis en Salud, mujer y desarrollo”.

Guatemala: Consejo de Población en Guatemala.

1995.

14. Instituto de Investigaciones culturales para la Educación Popular.

“Educación Popular para el Desarrollo”.

Año II No. 5.

Enero 1971.

15. LIZANA F. Fernando

“Que es la Política de Salud”

Edición No. 1; Editorial, Centro de Estudios y Publicaciones de Alforja.

Costa Rica, Julio de 1993

16. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

“Plan Nacional de Salud 2000-2004”.

Guatemala, noviembre 2001.

17. MOLINA ALFARO, Ana Victoria.

“Trabajo Social: Hacia una Ciencia de Conciencia”

Universidad Rafael Landívar.

Facultad de Ciencias Políticas.

Primera Edición.

18. NUÑEZ H., Carlos.

“Una Perspectiva dialéctica y liberadora de Educación y Comunicación Popular”.

Red Nacional de Educación Popular en México.

DR. IMEDECA A.C.

Impreso en Guadalajara, México.

19. NÚÑEZ H., Carlos

“Educar para transformar, Transformar para Educar”.

Programa coordinado de Educación Popular.
Quinta edición.
Centro de Estudios y Publicaciones Alforja.
San José Costa Rica, 1989.

20. Océano Grupo Editorial

Océano Uno Color; Diccionario Enciclopédico.

Océano Grupo Editorial, S.A.

Edición 1995; Impreso en España.

Litografía Proses, S.A.

21. Organización Mundial de la Salud

“Organización de la Atención Primaria en Salud en las Comunidades”

Documento propiedad de la sección de documentación e información.

Dirección General de Recursos Humanos en Salud.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

22. PADILLA SANDOVAL, Flor de María.

“Los Programas de Educación Popular y el Trabajo Social”.

Tesis de Grado.

Impreso en Guatemala.

23. RUIZ, Olga Edith

“La Participación del Consejo Nacional de Trabajadoras Sociales de Salud Pública en la Reforma de Salud”

Tesis de Grado. Escuela de Trabajo Social. USAC

Guatemala, junio 2001.

24. Seminario: Escuela de Trabajo Social, USAC.

“Consideraciones sobre Trabajo Social y Políticas Sociales”.

Agosto, 1996.

25. Sistema de Naciones Unidas en Guatemala.
“El Financiamiento del Desarrollo Humano”
Cuarto informe 2001
Guatemala, SNU 2001

26. TECLA J., Alfredo.
“Metodología de las Ciencias Sociales”.
Diseño de Investigación
1ª. Edición; Taller Abierto.
México, 1987.

27. VIGIL, José Carlos
Educación y Protagonismo Histórico una opción para América Latina
Editorial Humanitaria
Buenos Aires, Argentina

28. ZAMORA MAZARIEGOS, Francisco Waldemar.
“Hacia la Producción Social de la Salud (Apuntes de Medicina Social)”.
Universidad Rafael Landívar.
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.
Primera Edición. POFASR. 1995.