

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE OCCIDENTE
DIVISION DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL RURAL.

"Trabajo Social, Investigación Participativa y
Atención Primaria en Salud, en el Programa
de Enfermedad Común y Materno Infantil del
IGSS en Escuintla".

T E S I S

Presentada a las autoridades de
División de Humanidades y Ciencias Sociales
del Centro Universitario de Occidente de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.

P O R

CARLOS ORLANDO AGUILON DE LEON

Al conferírsele el título de

LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

GUATEMALA, ENERO DE 1,993.

DL
15
T(534)

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE OCCIDENTE
DIVISION DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL.

AUTORIDADES

RECTOR: Dr. Alfonso Fuentes Soria.
SECRETARIO: Dr. Marco Antornio Quezada Díaz.
DIRECTOR DE CUNOC: Lic. Abel Román López P.
SECRETARIO ADMINISTRATIVO: Lic. Juan antonio Mejicanos V.

DIRECTOR DE LA DIVISION DE
HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES: Lic. Miguel Angel Salazar B.

COORDINADOR DE LA CARRERA
DE TRABAJO SOCIAL RURAL: Msc. Víctor Hugo Alvarado V.

COORDINADOR DEL PROGRAMA
COMPLEMENTARIO DE LICENCIATURA
EN TRABAJO SOCIAL: Mts. Aura Marina Rodas y R.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE OCCIDENTE
DIVISION DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL RURAL

CONSEJO DIRECTIVO

DIRECTOR: Lic. Abel Román López Piedrasanta
SECRETARIO ADMINISTRATIVO: Lic. Juan Antonio Mejicanos V.

REPRESENTANTES DE LOS CATEDRATICOS

División de Humanidades
y Ciencias Sociales: Lic. Miguel Angel Salazar
División de Ciencias
Jurídicas y Sociales: Lic. Justo Pérez Vásquez.
División de Ciencias
de la Salud: Dr. Luis Alfoso Maldonado V.

REPRESENTATES DE LOS ESTUDIANTES

División de Humanidades
y Ciencias Sociales: Br. Sergio Hernández.
División de Ciencias
Jurídicas y Sociales: Br. Jordan Rodas A.
División de Ciencias
y Tecnología: Br. E. Oswaldo Chávez.
División de Ciencias
Económicas. Br. Bayron Escobar Ochoa.
Por todos los estudiantes
del CUNOC: Br. Walter Rodas V.

TRIBUNAL EXAMINADOR

DIRECTOR DEL CUNUC: Lic. Abel Román López P.
SECRETARIO ADMINISTRATIVO: Lic. Juan Antonio Mejicanos V.

DIRECTOR DE LA DIVISION DE
HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES: Lic. Gabriel Arturo Berreondo.

COORDINADOR DE LA CARRERA
DE TRABAJO SOCIAL RURAL: MSC. Víctor Hugo Alvarado V.

COORDINADORA DEL PROGRAMA
COMPLEMENTARIO DE LICENCIATURA
EN TRABAJO SOCIAL: MTS. Aura Marina Rodas y R.

EXAMINADOR ASESOR: MTS. Julio César Díaz A.

EXAMINADOR ESPECIALISTA: MSC. Carlos Arnulfo Ramírez M.

NOTA: Únicamente el autor es responsable de las doctrinas y opiniones sustentadas en la tesis (Artículo 31 del Reglamento Técnico-Profesional del CUNUC) y (Artículo 19 de la ley Orgánica de la Universidad de San Carlos de Guatemala).



ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Edificio 3-1, 9º Nivel
Ciudad Universitaria, Zona 12
Guatemala, Centroamérica

Teléfonos:
760790-4 y 760985-86-88, Ext.: 288-289

Guatemala,
13 de mayo de 1992

MTS. Aura Marina Rodas y R.
Coordinadora de Licenciatura en
Trabajo Social
Carrera de Trabajo Social
CENTRO UNIVERSITARIO DE OCCIDENTE

Señora Coordinadora:

Atentamente me dirijo a usted, con el propósito de informarle que el proceso de asesoría encomendada para el trabajo de tesis titulado "TRABAJO SOCIAL, INVESTIGACION PARTICIPATIVA Y ATENCION PRIMARIA EN SALUD, EN EL PROGRAMA DE ENFERMEDAD COMUN Y MATERNO INFANTIL DEL IGSS EN ESCUINTLA", presentada por el estudiante CARLOS ORLANDO AGUILON DE LEON, ha concluido, por lo que tengo a bien someter el informe correspondiente a su digna consideración para los efectos consiguientes.

El trabajo en sí presenta aspectos importantes que inducen a la reflexión profesional a partir de las inquietudes del sustentante, sobre un tema de importancia como lo es la investigación participativa en la atención primaria de salud, alrededor del cual se retoman experiencias relevantes en el caso específico de estudio.

En virtud de lo anterior, considerando que el trabajo en mención llena los requisitos establecidos, emito dictamen favorable para que se continúe con el proceso pertinente, previo a su impresión y discusión en el examen correspondiente.

Sin otro particular, me es grato suscribirme de usted, cordialmente.

"D Y ENSEÑAD A TODOS"

MTS. Julio César Díaz Argueta
ASESOR

JCDA/dem
c.c. archivo



Ciudad Universitaria, Zona 12
Guatemala, Centroamérica

Quetzaltenango, 21 de enero de 1993

MSc. Víctor Hugo Alvarado Vásquez
Coordinador Carrera de Trabajo Social
Centro Universitario de Occidente
Edificio.

Señor Coordinador:

Per este medio me permite emitir dictamen de la tesis titulada: "Trabajo Social, Investigación Participativa y Atención Primaria de Salud, en el Programa de Enfermedad Común y Materno Infantil del I.C.S.S. en Escuintla", que presenta el estudiante Carlos Aguilón de León, previo a obtener el título profesional de Trabajador Social en el grado académico de Licenciado.

Después de analizar conjuntamente con el sustentante el contenido de su trabajo, se le formularon observaciones que en su mayoría fueron incorporadas al texto.

La tesis aborda un problema de interés social y profesional, haciendo importantes reflexiones y aportes en torno al mismo, producto del análisis crítico de su experiencia como Trabajador Social y de procesos de investigación ejecutados para tal efecto.

En virtud de lo anterior, la tesis presentada por el estudiante Aguilón de León, merece mi Dictamen Favorable por reunir los requisitos exigidos por la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Muy deferentemente,

"D Y ENSEÑAR A TODOS"

MSc. Carlos A. Ramírez Morales

REVISOR

CARM'agdel



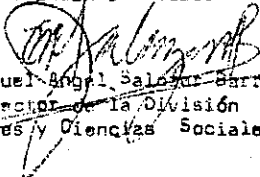
Ciudad Universitaria, Zona 12
Guatemala, Centroamérica

DIRECCION DE DIVISION DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES, CENTRO
UNIVERSITARIO DE OCCIDENTE, Quetzaltenango, veintidós de Enero -
de mil novecientos noventa y tres. - - - - -

Vistos los ^{dictámenes} dictámenes que anteceden, el del Asesor de tesis MTS. Julio César Díaz Argueta, y el del examinador Especialista MSc. Carlos Arnulfo Ramírez Morales, esta Dirección de División AUTORIZA la impresión de la tesis titulada: "TRABAJO SOCIAL, INVESTIGACION PARTICIPATIVA Y ATENCION PRIMARIA EN SALUD, EN EL PROGRAMA DE ENFERMEDAD COMUN Y MATERNO INFANTIL DEL IGSS EN ESCUINTLA", presentada por el T.^S. Carlos Orlando Aguilón de León, previo a optar el grado de Licenciado en - Trabajo Social, una vez aprobado el examen correspondiente.

Deferentemente,

"DID Y ENSEÑAR A TODOS"


Lic. Miguel Ángel Salazar Barriento
Director de la División
Humanidades y Ciencias Sociales



/ggdem.

ACTO QUE DEDICO

- A: MIS PADRES CARMEN DE LEON YAX.
JESUS AGUILON CASTILLO.
- A: MI ESPOSA. ALMA CORINA MAZARIEGOS GOMEZ.
- A: MIS HERMANOS. CATALINA, MARIA OFELIA, CESAR
EDUARDO Y MARIO NERY.
- A: MIS CUÑADOS. LAZARO, JULIO, MARIESTELA, ROSSANA,
HERNAN, LILLIAN, IRMA, MYNOR Y
CAROLINA.
- A: MIS SOBRINOS. ALEX ALBERTO, ALAN DONALDO, ALDO
ENRIQUE, ERIK ORLANDO, RONALD
Y CARMEN OFELIA.
- A: LAS FAMILIAS. MONTERROZO CIFUENTES, MAZARIEGOS
GOMEZ, DIAZ ARQUETA Y RAMIREZ.
- A: MIS SUEGROS. ALMA YOLANDA Y ROLANDO BUSTAMANTE.
- A: Al Gremio de Trabajadores Sociales.
- A: Mis amigos y compañeros en General del IGSS. de Escuintla,
su jefatura, y supervisores y los de la promoción de los
años 80 del CUNUC.

AGRADECIMIENTO

- A: LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.
- A: LA CARRERA DE TRABAJO SOCIAL DEL CENTRO UNIVERSITARIO
DEL OCCIDENTE, (CUNUC) Y DEL SUR ORIENTE (CUNSORORI).
- A: LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL CAMPUS CENTRAL.
- A: AL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL (IGSS).
- A: A TODOS LOS CENTROS UNIVERSITARIOS DEL PAIS.
- A: MI ASESOR Y REVISOR.
- A: MIS CATEDRATICOS, DEL PROGRAMA DE LICENCIATURA E INTERME-
DIO.

Por el apoyo proporcionado en la realización de este
trabajo.

I MEDICIÓN

... de la ...
... de la ...
... de la ...

INTRODUCCION ...

CAPITULO I ...

MARCO TEORICO CONCEPTUAL.

- A. Concepción del Trabajo Social. 1
- B. Sustentación Metodológica Global. 3
- C. Las Funciones del Trabajador Social en el IGSS. y la Atención Primaria de Salud. 16

CAPITULO II

EL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL (IGSS) Y SU PROGRAMA DE ENFERMEDAD COMUN EN ESCUINTLA.

- A. Antecedentes. 20
- B. Estrategias de la Atención Primaria de Salud en Escuintla. 21
- C. Características Generales de Escuintla. 31

CAPITULO III

ANALISIS CRITICO DE LA INTERVENCION PROFESIONAL, INVESTIGACION PARTICIPATIVA Y LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD.

- A. El Trabajo Social. 37
- B. La Investigación Participativa (IP.) Eje Metodológico Fundamental. 48
- C. Criterios de los Promotores de Salud y de Seguridad e Higiene. 54
- D. Posición de los Trabajadores Sociales Frente a la Investigación Participativa. 56

CAPITULO IV

IDEAS BASICAS A MANERA DE PROPUESTA.

- | | | |
|----|--|----|
| A. | Replanteamiento de la Acción Profesional de los Trabajadores Sociales en el Programa de Enfermedad Común y Materno Infantil. | 59 |
| B. | La Investigación Participativa debe Operativizarse como Eje Metodológico Fundamental. | 61 |
| C. | El Trabajo Social y la Investigación Participativa. | 62 |
| D. | La Atención Primaria de Salud. | 64 |

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

La Universidad de San Carlos de Guatemala y la Carrera de Trabajo Social del Centro Universitario de Occidente (CUNUC) a impulsado la educación superior a toda la región que se le a encomendado y mucho más allá de sus límites, principalmente en el Programa Complementario de Licenciatura en Trabajo Social, que vino a darle mayor relevancia a la carrera.

La tesis titulada: "EL TRABAJO SOCIAL, INVESTIGACION PARTICIPATIVA Y ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN EL PROGRAMA DE ENFERMEDAD COMUN Y MATERNO INFANTIL DEL IGSS. EN ESCUINTLA", se presenta a la Carrera de Trabajo Social para aportar en mínimo parte a la teoría de la profesión. El trabajo es producto de experiencia y convivencia en diversos momentos con los comunitarios y el personal del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en sus cuatro niveles de acción y sus equipos multidisciplinarios además, la relación directa y continúa con los comunitarios y específicamente, con los afiliados y derechos habientes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, con los comunitarios del área rural y urbano marginal, quienes son los que afrontan y sufren las peores crisis, no sólo en el aspecto de salud, si no también en todos los aspectos, sobreviviendo en las difíciles condiciones de vivienda, educación, alimentación etc.

Como respuesta a ésta problemática se instituye el Programa de la Atención Primaria de Salud, que contribuya a la reproducción de la fuerza de trabajo en esta región de Escuintla donde predomina el modo de producción capitalista, con sus contradicciones propias.

Para la realización de está investigación se inició con la selección del Objeto de Estudio, delimitándolo y cuestionándolo, a la vez de seleccionar el material bibliográfico para la conformación del marco teórico. Los datos cuantitativos

y cualitativos que fundamentan la elaboración teórica aquí contenida, devienen en alto grado, del análisis crítico de las acciones y la experiencia profesional adquirida durante dos años de ejercer como Trabajador Social en el Programa de Enfermedad Común y Materno Infantil. Se complementa la información en base a la observación sistemática y entrevistas formuladas con población afiliadas al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, especialmente pobladores de la Colonia Municipal San Felipe y Aldea Florido Aceituno.

Para conducir esta investigación se establecieron objetivos principales, tales como:

1. Sintetizar, a manera de diagnóstico, indicadores relevantes en torno a las condiciones de vida de la población de Escuintla, que se expresan en cuadros criterios de pobreza, agudos problemas sociales y deterioro creciente de las condiciones de salud de la población.
2. Sistematizar la información más significativa, relativa a la fundamentación teórico metodológico que sustenta el programa de Enfermedad Común y Materno Infantil del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
3. Analizar críticamente, a la luz de la práctica, las funciones de los Trabajadores Sociales que laboran en el programa Objeto de Estudio.
4. Interpretar la percepción que tienen los actores de los nuevos programas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (Promotores en Salud y Seguridad e Higiene y Comunitarios), respecto a la Atención Primaria de Salud y a la Investigación Participativa como eje metodológico fundamental.
5. Teniendo como base las conclusiones a que arriba el trabajo,

formular una propuesta que contribuya al mejoramiento del programa y al avance de la acción del Trabajo Social dentro del mismo. Para alcanzar los objetivos anteriores fué necesario plantear las siguientes hipótesis, que sirvieron de base para confrontar la práctica con la teoría, siendo éstas.

1. El Programa de Enfermedad Común y Materno Infantil del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, crea un espacio propicio para que los Trabajadores Sociales puedan ampliar y profundizar sus acciones profesionales, especialmente en materia de organización y educación para la movilización popular.
2. El Programa de Enfermedad Común y Materno Infantil del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, representa un avance al ampliar los servicios médicos y la cobertura poblacional; sin embargo, necesita un mayor grado de complementariedad entre la acción curativa y la medicina preventiva, así como mediante procesos planificados de coordinación logran que otras instituciones implementen proyectos socio-económicos que posibiliten el abordaje integral del proceso de salud-enfermedad.
3. De conformidad a planteamientos teóricos la metodología del programa tiene como eje fundamental la Investigación Participativa, no obstante, en la práctica la presencia de ésta es muy débil; por falta de capacitación adecuada del personal, carencia de una estrategia de implementación y falta de promoción a nivel de población. Las hipótesis fueron guía fundamental para la ejecución de la investigación que da base a cada uno de los capítulos de la tesis.

La tesis consta de cuatro capítulos, siendo los siguientes, en el primer capítulo, se presenta la formación de un marco

teórico referencial sobre lo que es el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, la Atención Primaria de Salud y la Investigación Participativa, contemplando la relación que se manifiesta entre ellos y todos los elementos que fortalezcan el desarrollo y entendimiento del Objeto de Estudio.

En el segundo capítulo, se presenta una reseña histórica de los programas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, los nuevos programas del Instituto, las metas y objetivos de la Atención Primaria de Salud. Además, la ubicación del municipio de Escuintla, su contexto socio-económico y sus condiciones en el campo de la salud.

En el capítulo tercero, se realiza un análisis crítico de la intervención profesional, la Atención Primaria de Salud, y la Investigación Participativa en los nuevos Programas de Enfermedad Común y Materno Infantil del IGSS de Escuintla, como primera parte, se analizan los objetivos perseguidos por la Atención Primaria de Salud, seguidamente las funciones que ejecutan los Trabajadores Sociales, luego la Investigación Participativa, eje metodológico fundamental de la Atención Primaria de Salud. Se expone la percepción en relación al programa, por parte de los comunitarios afiliados o no al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; promotores de Salud y Seguridad e Higiene, y Trabajadores Sociales ubicados en el programa.

En el capítulo cinco, se pretende aproximarse a una propuesta sobre la ejecución de las funciones de los Trabajadores Sociales en la Atención Primaria de Salud y la Investigación Participativa en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Para finalizar se incluyen las conclusiones y bibliografía consultada. Se espera que esta investigación aporte elementos reflexivos a la teoría de la profesión y en determinados momentos, fortalezca la confrontación teórica práctica en las funciones del Trabajo Social del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, de manera que se busquen acciones que de alguna

v

forma giren en torno a satisfacer necesidades y proponer alternativas de solución a la problemática de los sectores populares.

Agradeciendo a las personas que contribuyeron a fundamentar éste estudio y específicamente a quienes asesoraron y revisaron este trabajo de tesis.

El autor.

CAPITULO I

MARCO TEORICO CONCEPTUAL.

A. CONCEPCION DEL TRABAJO SOCIAL:

Tradicionalmente, en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, los trabajadores sociales han estado, dedicados básicamente a desarrollar sus actividades en un ámbito esencialmente individual, dentro de una práctica de seguridad social, que raya en asistencialismo, pues tanto lo que hace (sus funciones y objetivos), como la manera en que aborda su Objeto de Intervención, no rebasa la práctica del Trabajo Social de Casos; este es lo que sucede principalmente en los programas de Invalidez Vejez y Sobrevivencia (IVS), en las unidades hospitalarias y centros de rehabilitación, proporcionado a los beneficiarios y derecho habientes las prestaciones en dinero y prestaciones en servicio.

Se trata de una práctica profesional necesaria dadas las características y grado de desarrollo de la seguridad social en el país, pero lamentablemente, tiene un impacto muy débil en términos del desarrollo y bienestar social que anhelamos para la población, en cuyo proceso el Trabajo Social puede cumplir un papel de innegable importancia.

Cuando el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, decide ampliar sus programas, con mayor énfasis principalmente en la región de Escuintla, se crean los nuevos programas de Enfermedad Común y Materno Infantil, dentro de una perspectiva estratégica de la Atención Primaria de Salud (APS); la cual abre para la profesión del Trabajo Social un nuevo espacio de intervención, el cuál según nos parece, presenta múltiples posibilidades para ubicar una práctica del Trabajo Social, más productiva y por ende de mayor impacto social. Aquí se presenta la posibilidad de poder rebasar la práctica tradicional sustentada en la

atención a casos, dándose condiciones para transitar en la acción profesional del nivel individual, al grupal y comunal.

Esta nueva concepción en el quehacer del Trabajo Social desarrolla gracias a la institucionalización, por parte del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), de la Estrategia de la Atención Primaria de Salud (APS), la cual parte del reconocimiento que, si bien es cierto, el proceso de salud enfermedad tiene determinantes inmediatos de carácter biológicos cuyo abordaje requiere de la atención individual de personas a través de la metodología clínica y de casos, también es muy cierto que en última instancia las raíces de la enfermedad son de carácter socio-económico, lo cual exige actuar sobre las condiciones de vida y de trabajo en que se desenvuelve la mayoría de la población Guatemalteca.

La consideración de los factores socio-económicos y culturales que influyen en el mantenimiento de la salud y en el logro del bienestar social, en su amplia acepción, implica reconocer la necesidad de que la población participe en forma activa en todos aquellos procesos que de manera directa generan seguridad social, entendida ésta como el desarrollo de un conjunto de condiciones que apoyen de manera sostenida e integral el desarrollo humano, individual y socialmente considerado.

Desde la perspectiva enunciada, el Trabajo Social puede tener un avance cualitativo en su desarrollo, poniendo énfasis en los procesos de educación, organización y gestión social, donde teniendo como eje la salud, puede ponerse especial atención a los procesos de prevención y promoción de la salud y simultáneamente, programas de desarrollo socio-económico y culturales, esto último que al no estar dentro del ámbito específico y de proyección del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, (IGSS), pueden implementarse estimulando la cooperación intrainsitucional e intersectorial, mediante un sistema de coordinación planificado y con mecanismos de ejecución muy precisos.

Por lo menos, desde el planteamiento teórico vemos entonces que la proyección del Trabajo Social tiene con los nuevos programas del Instituto, sustentando la Atención Primaria de Salud (APS) un espacio rico para una práctica con nuevos contenidos y basada en una metodología que tenga como eje fundamental la participación activa y deliberada de la población como sujeto histórico de su propio desarrollo, en cuyo proceso el Trabajo Social coadyuva, en la parte que le corresponde, como disciplina científica, sin pensar que es determinante de tales procesos, no obstante desempeña un papel importante en la orientación y agilización de los mismos.

B. SUSTENTACION METODOLOGICA GLOBAL:

En el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), comunmente hablar de metodología del Trabajo Social ha sido sinónimo de Trabajo Social de Casos, se reemplaza de esta forma lo que es un nivel de intervención por metodología. Se trata de un enfoque donde a la luz de la práctica, se pone en duda sí, se implementa una metodología en sentido estricto, pues al final las acciones quedan reducidas a la aplicación de técnicas e instrumentos (estudios socio-económicos, visitas domiciliarias, entrevistas etc.), para el desarrollo de un conjunto de tareas de corto plazo, estando ausente una visión a largo plazo con componentes de seguridad social orientados para el desarrollo y bienestar de la población.

A diferencia de la sustentación anterior y en cierta contraposición a la misma, el Trabajador Social en este espacio que ocupa nuestra atención, la Atención Primaria de Salud (APS), ubica y pretende construir una metodología de rigor científico que pueda generar alcances en el corto, mediano y largo plazo.

Como premisa de esta metodología se plantea la necesidad de establecer una relación directa, con la población (comunidad), para este propósito se plantea la necesidad de establecer enlaces

o sea, personas líderes de la comunidad que puedan mediante la orientación que se les brinde facilitar la inmersión a la misma y en un momento determinado, constituirse en factores multiplicadores de la acción propia de la comunidad y como sujeto de acción colectiva debe promover la organización, que asumirá distintas modalidades de conformidad con las necesidades e intereses prevalecientes.

Entre dichas organizaciones se puede mencionar:

Comités de salud, asociaciones de padres de familia, de madres lactantes, de señoras en período de gestación y de jóvenes, para brindarle orientación y capacitación en salud, como una medida para promover la participación de la población en dirección de satisfacer las necesidades y resolver problemas que, de una u otra manera, tienen que ver con la salud y desarrollo comunitario.

El componente esencial de este enfoque metodológico lo constituye la educación, la cual tiene que desarrollarse en base a las características y necesidades de la realidad concreta donde se actúa, con la idea de proporcionar formación básica, pero al mismo tiempo desarrollar valores y comportamientos que estén en correspondiente con la necesidad que la población tenga una conciencia crítica de su realidad y asuma el compromiso de participar activamente en la transformación de la misma.

Un componente más de la metodología, tal como está enunciada es la coordinación a distintos niveles, así:

En primer lugar, la importancia de coordinar de manera más estrecha al interior de la propia institución y luego, estrechar la coordinación con todas las instituciones estatales y privadas que desarrollan programas de acción social para el desarrollo.

B.1) Investigación Participativa Eje Metodológico Fundamental:

Corresponde destacar que en el marco de la metodología está ubicada la Investigación Participativa (IP), como parte del conocimiento de la realidad en sus determinaciones esenciales, promover la educación y organización teniendo como insumo esencial los productos mismos de la investigación participativa, además de servir para la planificación y formulación de proyectos básicos de desarrollo, los cuales por la naturaleza misma de la institución y el programa ponen énfasis en la salud y saneamiento.

La Investigación Participativa (IP), lleva implícita una concepción que se contrapone a la investigación clásica que pone énfasis enclusivo en el conocimiento por el conocimiento mismo, a diferencia de ésta, la Investigación Participativa (IP), es un conocimiento para la acción y por ende, para generar procesos de transformación de la realidad donde se actúa.

Supone entonces, que la misma es inseparable del trabajo organizado de la población, quién tiene que ser actor principal de la investigación y apropiarse de ella para elevar sus niveles de conciencia y para desarrollar todos aquellos programas y proyectos de beneficio social que mejoren sus calidades de vida y en el ámbito específico que nos ocupa, contribuya a los procesos de reestablecimiento, preservación y promoción de la salud.

La Investigación Participativa (IP), consta de cuatro fases siendo las siguientes 1/

Sensorial técnico; necesidades básicas, estrategias de acción y planificación conjuntas, desarrollándose según la

1/ Pineda Bolaños, Mirna Judith, "La Investigación Participativa una estrategia para el desarrollo comunal, Ediciones Guatemala, julio de 1988.

exposición de Mirna Pineda, en sus tesis de graduación como Trabajadores Social de la siguiente manera:

PRIMERA FASE:

En esta primera fase el profesional deberá contactar con los comunitarios, líderes, grupos de personas, estructuras social, etc; deberá ubicarse profesionalmente introduciéndose en la comunidad, buscando la aceptación, confianza y apoyo de la población. Se obtiene un conocimiento preliminar de la comunidad en todos sus aspectos, involucrando a los comunitarios para que tengan un mayor conocimiento de su comunidad y reconozcan los recursos existentes, produciéndose así una relación dialéctica entre comunitarios y profesionales. Se continúa con la investigación siempre involucrándose el profesional y los comunitarios, en donde a través de técnicas adecuadas se obtengan datos que permitan tener una visión general de la realidad comunal y su correspondencia a nivel macrosocial, esta será una investigación preliminar que se realizará a dos niveles.

Constantemente se deberá reforzar esta investigación preliminar teniendo ya conocimiento claves del panorama interno y externo, para luego proseguir con la descripción de los problemas encontrados. Esta investigación la deberán realizar los comunitarios con la orientación del profesional de Trabajo Social, haciéndose sentir como uno de ellos para obtener mayor confianza y lograr mayor beneficio. La investigación debe ser constante y profunda, de acuerdo a la coyuntura existente y a los espacios institucionales.

En esta primera fase, se deberá realizar una evaluación tomando en cuenta que éste es un proceso dinámico, a fin de establecer los resultados obtenidos y que los comunitarios puedan discutir analizar, ampliar, corregir, aprobar y suprimir todos aquellos aspectos que se consideran pertinentes.

A lo largo de este proceso es conveniente motivar a la población a fin de que participen en la investigación, para que los comunitarios acepten y participen en este proceso, es necesario darles a conocer los objetivos que se persiguen al realizar la investigación y porque es importante su participación en la misma.

En esta fase se elaborará el diseño de investigación conjuntamente con los comunitarios, el cual registrará todo el proceso investigativo, previa capacitación, dada por el profesional con sus orientaciones técnicas específicas sin perder de vista las condiciones existentes para tal fin y la naturaleza de la población participativa.

SEGUNDA FASE:

En esta fase se procede a la tabulación, análisis e interpretación de los datos recolectados con el objetivo de elaborar la información recopilada por los comunitarios para que ellos analicen, interpreten, siempre contando con la capacitación, vinculación y motivación del profesional. Pudiéndose determinar las causas, efectos e interrelaciones causales de la problemática encontrada.

En síntesis, se formula el diagnóstico comunal en donde se analizan críticamente las necesidades y problemas de la comunidad siempre con la participación activa de la población, conjugando al esfuerzo del Trabajador Social, fundamentado en la filosofía profesional basada en la concepción dinámica y progresista del mundo y de la vida.

Contando ya con la lista de problemas y necesidades presentadas por los comunitarios se lleva a cabo la jerarquización y priorización de éstas, realizando una confrontación de la realidad comunal y las expectativas que se tiene para solucionarlas.

Es importante en esta fase, el conocimiento y aprovechamiento de los recursos internos, externos y determinando las acciones a seguir para enfrentar la situación comunal, esta fase será evaluada también por todos los participantes.

TERCERA FASE:

Después de elaborar el informe final de investigación, teniendo jerarquizados los problemas y necesidades comunales y tomando en cuenta los recursos existentes, se elaborará la planificación la cual consiste en definir objetivos y metas para establecer el proceso en la solución del problema en función de tiempo, espacio y recursos.

Esta planificación se realiza con el objetivo de sistematizar las acciones a seguir para contribuir a la satisfacción de necesidades de la comunidad e impulsar el desarrollo comunal.

Dicha planificación se operativiza a través de un plan general de trabajo, el cual contiene programas que se desglosan en proyectos específicos, que permiten seleccionar las rutas de acción más adecuadas e inmediatas para intervenir en el cambio social.

Esta selección de alternativas y formulación de proyectos debe ser realizado por los comunitarios, siempre bajo la vinculación técnica del Trabajador Social y otros profesionales involucrados.

Al final se deberá evaluar esta fase para retroalimentar el proceso y reorientar el trabajo, de ser necesario.

CUARTA FASE:

Constituye la última fase del proceso metodológico propuesto, consistiendo en la ejecución de la planificación, siendo esta fase muy importante, ya que si no se lleva a la

práctica lo planificado pierde validez la intervención y comunal realizada.

No debe perderse de vista que la ejecución se da en todas las fases de la metodología participativa, pero se realiza con mayor énfasis en esta última, porque se considera como el producto operativo de la investigación realizada.

Medir logros fracasos y estimar resultados es muy importante en la evaluación que se tiene que realizar al finalizar cada fase, para contar con elementos de juicio y poder de esta manera llevar una evaluación final, de manera que participan todos los que han desarrollado el trabajo, tomando en cuenta objetivos, metas, tiempo, espacio y recursos debiéndose realizar en forma cuantitativa y cualitativa.

Los Sistemas Locales de Salud (SILOS) y otros Componentes Metodológicos involucrados.

Por otro lado, se parte de un ordenamiento de la integración de diversos sectores y programas con actividades para la atención, del individuo, la familia y la comunidad con atención al medio, siendo un enfoque integral, conceptual y operacional, de una manera coherente, armónica y lógica en relación a las verdaderas necesidades de la población.

La organización de los sistemas Locales de Salud (SILOS.), y la programación, llevan implícitas la superación de los esfuerzos aislados dentro de las distintas actividades de la población. Estas deben ser protagonistas en las acciones del sector, con una progresiva ingerencia en las movilizaciones, gestión y asignación de recursos, dentro de la estrategia se instrumentaliza la participación comunal a través de las siguientes actividades.

- Reunión periódicas del personal de salud, con la comunidad.

- Visitas domiciliarias, cooperación con las organizaciones comunales destinadas a la promoción de la salud e informar a la comunidad.
- Incorporar a los promotores sociales, entrenados en los equipos multidisciplinarios de salud.
- Descentralización de los recursos para responder a las necesidades de la comunidad, proporcionar la educación para la salud como medio más adecuada para desarrollar la autoresponsabilidad en el cuidado de la salud.

Estos instrumentos asegurarán a mediano plazo una mejor relación sobre la comunidad y el equipo de salud, donde la comunidad es el elemento impulsor del desarrollo de los Sistemas de Salud (SILOS.), a través de su participación, logrando mejorar las acciones y servicios que presta el equipo de salud a la comunidad. Destacándose que todas éstas actividades y variantes han sido una secuencia histórica en el desarrollo y perfeccionamiento de lo que denominaremos "Proceso de programación en los Sistemas Locales de Salud".

Otro de los aspectos a tomar en cuenta es la descentralización a nivel local, la cual comienza a ser un éxito en la región, como objeto de fortalecimiento de las decisiones de la comunidad, legitimidad y credibilidad política. La realidad de los problemas locales no están expresados en las mediciones estadísticas, como es la media aritmética de la realidad de los indicadores nacionales, estas medias esconden la dura realidad de estos sectores de la población que viven en condiciones verdaderamente deplorables donde el análisis estadístico, tipo media aritmética, queda corto en términos de reflejar la realidad concreta en que se desenvuelve la población.

La realidad de los problemas locales se analiza a la luz de la individualidad social y la problemática local se convierte en un reto para continuar alcanzando los mejores niveles de

salud, existen diversas alternativas de solución a la problemática, proponiéndose principalmente la programación regional y nacional. La programación en los sistemas locales de salud, en este contexto presenta relevancia por el tipo de problemas a resolver, así los problemas aparecen con marcadas características locales, que lo diferencian tanto por ellos mismos como por el ambiente en que se desarrollan; la iniciativa, la participación local y la imaginación creativa en el uso de los recursos locales, (ya sea consignados o producidos totalmente), como otra de las propuestas a la solución de la problemática expuesta.

Es importante destacar, la experiencia que significa para las comunidades su participación en el proceso de identificación y conocimiento del problema, de toma de decisiones, así como en la dirección de los servicios y los sistemas de salud, cuando más profundo llegue a ser esta intervención mayor será; esto nos hará llegar cada vez más a la equidad, en el disfrute del nivel de la salud deseado.

Teniendo en cuenta las bases y mecanismos indispensable para elaborar el instrumento idóneo que legitime realmente la política de los Sistemas Locales de Salud, (SILOS), ésta sería la nueva programación local. Este instrumento parte de las condiciones y situaciones actuales donde se desarrolle la creatividad de los equipos locales, para identificar su problemática; además de ello, es necesario organizar, jerarquizar y priorizar el uso de sus recursos, evaluar los resultados acorde a la solución de los problemas que afectan a nivel nacional, en los cuales los Sistemas Locales de Salud, deben seguir participando en forma activa, porque los sistemas locales de salud son parte indisoluble del sistema nacional, contribuyendo a su fortalecimiento y confiriendo mayor eficiencia, eficacia y legitimidad.

B.2) La Atención Primaria de Salud (APS).

En la perspectiva de la Atención Primaria de Salud (APS), la salud se define como; "El estado mental, físico y social de individuo". 2/ De esta manera podemos afirmar que la salud no es solamente ausencia de enfermedad, significa además bienestar total a nivel mental, social, cultural y socio-político. Se trata de una concepción que supera el reduccionismo burdo de la salud a los aspectos biológicos del individuo, haciendo caso omiso de los factores socio-económicos, culturales y político que en última instancia están incidiendo en el proceso de salud enfermedad; ya sea para favorecerlo, o desfavorecerlo según el caso. Con esta óptima, es indudable que la salud para preservarse individual y colectivamente, necesita condiciones socio-económicas, culturales y políticas positivas, de tal forma que el enfrentamiento de la enfermedad que necesita de la medicina curativa que le es totalmente indispensable y requiere a ella, procesos de desarrollo socio-económicos, culturales y políticos de la población, la cuál está en el espíritu de la Atención Primaria de Salud.

La terminología en mención, se ha venido utilizando desde hace varios años, inclusive antes de la reunión de todos los Ministros de Salud del mundo, en Alma Ata Rusia, seguidamente se presentó la definición siguiente:

"La asistencia sanitaria esencia, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptadas puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante la participación y a un costo que la comunidad y el país pueda soportarlo en todas y cada una de las etapas del desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación".

2/ Ezequiel, Ander Egg. "Diccionario de Trabajo Social" Editorial El Ateneo, 10a. Edición México 1,988, Página 315.

Ante este acuerdo, Guatemala queda suscrita al estar presente y la APS. Se convierte como política social en salud, la cual se presenta así, a todas las instituciones que atienden salud, y en una forma directa al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), al que se le responsabiliza de actuar conforme al programa operando de acuerdo a los siguientes criterios:

- "La participación, coordinación, ejecución de las instituciones y organizaciones las cuales deben ser efectivas, con criterios de prioridad, eficiencia, eficacia, equidad y cobertura total". 3/

Frente a todos estos criterios y recomendaciones los planos se presentan con la expresión de operativos y se generan programas dirigidos desde las oficinas centrales, como es en el caso del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), aunque se realizan esfuerzos por la descentralización y desconcentración administrativa, que permita a los niveles locales tener una dinámica situacional que pueda presentar los mismos valores y objetivos propuestos, para que las conducciones y priorización global de la institución en particular y de ella como parte de un total articulado.

Partiendo de esta premisa, decimos que la planificación y programación debe surgir de la misma realidad comunal porque el aspecto de salud, viene a constituirse la base para la movilización y gestión comunal, considerándose al aspecto de salud como el indicador de bienestar social que impulsa el desarrollo.

B.3) Los Objetivos del Programa de Enfermedad Común y Materno Infantil y su relación con la acción del Trabajo Social.

3/ La Atención Primaria de Salud, Departamento de Medicina Preventiva, Documento Mineografiado del IGSS. Guatemala, mayo de 1989 Pp.1.

Estos objetivos están orientados a la Región y Programa en su conjunto, aportando el Trabajo Social a su consecución. De manera específica al Trabajo Social, hasta el momento de elaborar esta tesis, no contaba de manera explícita con objetivos formulados, lo cual debe considerarse desde ya como una limitante de su parte; de tal manera que los objetivos siguientes corresponden al programa.

- Reestructuración y expansión de los sistemas de servicio de salud para mejorar su equidad, eficacia y eficiencia.
- Promoción y perfeccionamiento de la articulación y de la cooperación regional o interregional.
- Promoción y mejoramiento de la cooperación intersectorial.

Los objetivos tienen la óptica de asegurar la contribución de los sectores de salud a nivel general, según lo manifiesta literalmente el documento mimeografiado de Medicina Preventiva, sobre la desigualdad social y económica, logrando el desarrollo mediante la estrategia de la Atención Primaria de Salud, la misma está acorde con las diferencias, características y posibilidades de la región, estableciendo un común denominador conceptual, para la Atención Primaria de Salud. (APS.); esta es parte integrante del sistema nacional de salud, que constituye la función central y al núcleo principal, convirtiéndose en desarrollo socio-económico a nivel global en la comunidad; por lo tanto, ello representa el primer tipo de contacto a nivel individual, familiar y comunitario que significa llevar lo más cerca posible la Atención Primaria de Salud (APS), principalmente donde el individuo reside y trabaja, siendo entonces estas personas las que constituyen el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

De esta estrategia se destacan algunas características, siendo las siguientes:

El propósito de los objetivos, es la reducción de la

desigualdades entre países y entre grupos humanos, por lo que estas estrategias deben ser válidas y aplicables a toda la población y que no quede restringida a grupos postergados o marginados, aunque la satisfacción de las necesidades básicas de estos constituyen un objetivos principal, es por esa razón que no es posible concebir la Atención Primaria de Salud, (APS), como un programa limitado a satisfacer, en alguna medida, las necesidades inmediatas de los grupos que viven en la extrema pobreza.

Otra de las características de la Atención Primaria de Salud, (APS), es considerada como el punto de contacto con la comunidad para satisfacer sus necesidades básicas, incluyendo la salud, el desarrollo, la organización y participación de la comunidad para su bienestar, siendo ésta una condición necesaria de la estrategia, lo que implica un enfoque multisectorial en sus aspectos conceptuales y operacionales, que trasciendan los límites tradicionales y operacionales.

Los propósitos de esta estrategia de la Atención Primaria de Salud (APS) en esta región, se expresa no sólo en metas de salud por alcanzar, si no en objetivos de acceso, uso y organización de los servicios de salud, conjuntamente con el aporte de recursos y acciones de los otros sectores socio-económicos, satisfaciendo las necesidades globales de la población a nivel básico.

Las características expresadas anteriormente, tienen un reconocimiento de que la Atención Primaria de Salud (APS.), es más que una simple extensión de servicios básicos de salud, conjuntamente con el aporte de recursos y acciones de los otros sectores, y que debe constituirse en un aspecto integrante del desarrollo social, lo que debe obligar a formular estrategias adicionales para el fortalecimiento de políticas sociales y armonizar los planes y acciones intersectoriales. Esto impone la definición de objetivos y actividades para los otros

componentes que constituyen aceptables satisfacciones de las llamadas necesidades básicas.

Con todo ello, se trata de investigar e identificar un bienestar común aceptable y específico para cada región, dicho nivel de bienes se debe expresar en términos de salud, alimentación, vivienda, educación, producción, empleo, ingreso familiar y consumo; además todo ello, para la comunidad como un todo y particularmente para los grupos humanos postergados.

Para tal propósito, es necesario un estudio y planteamiento, pero principalmente un cambio en la dinámica y modalidad de desarrollo. Es evidente que esto significa una actitud donde deben ponerse a funcionar todas las fuerzas sociales de la región, aún las que han permanecido inactivas o poco aprovechadas. Sobre la posibilidad de su realización inciden muchos factores, no solo de orden técnico, si no también, de idiosincracia social y cultural.

C. LAS FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL IGSS Y LA APS.

Las funciones de los Trabajadores Sociales en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), están ubicadas dentro de un quehacer cotidiano que tiene sus bases, en el Manual de Organización y funciones, contenidas en el Acuerdo 13-89 de la Junta Directiva del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

De acuerdo a este Manual, las funciones generales de los Trabajadores Sociales están relacionadas de la siguiente manera:

- Planificar, dirigir, coordinar, ejecutar, controlar y evaluar en materia de su competencia y junto con el equipo de proyección comunitaria, la elaboración del diagnóstico de Salud del área de adscripción del consultorio.

- Velar pro la promoción, fomento y prevención de la salud, a través de la participación activa de la comunidad.
- Planificar, dirigir, coordinar, supervisar y evaluar las actividades de los programas de la Atención Primaria de la Salud, que dentro de su competencia se desarrollen, basados en el diagnóstico de salud, dirigido a nivel comunitario por el personal del consultorio y de los puestos de proyección comunitaria.
- Participar en el Programa de educación permanente del Consultorio y Puesto de Proyección Comunitaria; así mismo supervisar y controlar la participación efectiva del personal bajo su jurisdicción en dicho programa.

Cada uno de estas funciones, están relacionados, los que en términos generales corresponden al Trabajador Social. Principalmente lo relativo a: Planificar, coordinar, organizar, ejecutar, evaluar y educar al participar en los programas de educación permanente.

Al confrontarlas en la realidad, éstas funciones se presentan muy generales y están dirigidas para la mayoría de los profesionales ubicados en los puestos de proyección comunitario, por lo tanto fue necesario especificar concretamente en que consisten cada una de las funciones y se procedió a su reestructuración, quedando de la siguiente manera:

Primero, se dividió en cinco columnas donde se ubican los programas, acciones sobre el individuo sano, la familia; acciones sobre el individuo enfermo; acciones sobre la comunidad, y a acciones sobre el medio ambiente.

Un ejemplo permite mayor comprensión de la especificidad que logran alcanzar las funciones, llevandolas a este nivel de concreción.

PROGRAMAS	ACCIONES SOBRE EL INDIVIDUO SANO Y LA FAMILIA.	ACCIONES SOBRE EL INDIVIDUO ENFERMO.	ACCIONES SOBRE LA COMUNIDAD.	ACCIONES SOBRE EL MEDIO AMBIENTE.
<p>Todos los Programas.</p>	<p>"Fortalecimiento de captación de promotores voluntarios, conjuntamente con el equipo comunitario.</p> <p>Investigar sobre condiciones y medio ambiente de trabajo.</p> <p>Propiciar la educación permanente a través del proceso enseñanza-aprendizaje, participar en la formación de grupos de interés.</p> <p>Manejar riesgos familiares y sociales."</p>	<p>"Realizar estudios socioeconómicos de casos específicos.</p> <p>Ser responsable de organizar grupos de acuerdo a necesidades y programa local.</p> <p>Propiciar educación permanente en base a problemas encontrados.</p> <p>Orientar casos referidos por otro profesional o programas.</p> <p>Promover y organizar en general todas aquellas actividades que puedan ayudar a solucionar los problemas."</p>	<p>"Coordinar con otras instituciones y sectores estatales y privados, todo lo referente al mejoramiento de calidad de vida de la comunidad.</p> <p>Fortalecimiento y apoyo en la organización de clubs, comités de salud, otros.</p> <p>Velar porque la comunidad participe en programas de desarrollo".</p>	<p>"Organización comunitaria para proyectos de desarrollo y cambio del mismo.</p> <p>Apoyar y coordinar a los equipos comunitarios en relación a programas de saneamiento del medio". 4/</p>

4) FUENTE:

No. 4 Funciones y Actividades del Trabajo Social del IGSS.
 "SERPRON" IGSS. / Cuadro tipografiado año de 1,989.

Como puede observarse, las acciones contenidas en el ejemplo anterior, aún cuando no se agotan todas las incorporadas en el cuadro respectivo, precisan en alto grado la labor que corresponde desempeñar a los profesionales del Trabajo Social, atendiendo la naturaleza y particularidad del programa de Enfermedad Común y Materno Infantil, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).

Tomando como base los diversos planteamientos teóricos y categorías de análisis que comprende el presente marco teórico, en el capítulo respectivo que ubicará el análisis crítico de la experiencia profesional y la investigación de campo, se podrá constatar la relación que está existiendo entre los enunciados teóricos y la práctica concreta; donde sin lugar a dudas, se revelarán procesos de unificación teórica-práctica y por su puesto, también procesos de desfases entre la teoría y la práctica, y descubrir ésta relación será la intención principal al tocar en la parte correspondiente la interpretación que el problema de estudio exige.

CAPITULO II.

EL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL (IGSS) Y SU PROGRAMA DE ENFERMEDAD COMUN EN ESCUINTLA.

A. ANTECEDENTES:

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se fundó el 3 de octubre de 1,946, a través del Decreto Legislativo 295, donde contiene la Ley Orgánica del Regimen de Seguridad Social Guatemalteco.

A partir de la fundación del Instituto, nace el programa de Accidente en general el cual está dirigido principalmente a los trabajadores afiliados; posteriormente se funda el programa de enfermedad común, como una demanda de los trabajadores, con este nuevo programa el trabajador afiliado y su esposa, compañera de hogar o convivencia, son atendidos en el Instituto, por cualquier enfermedad de tipo común que tuvieran padeciendo.

En marzo de 1977 se presenta el programa de Invalidez, Vejez y Sobrevivencia (IVS), el cual consiste en: Proporcionar al afiliado o derecho habiente prestaciones en dinero y en servicios, como lo manifiesta cada una de las prestaciones; la pensión de vejez es otorgada a los trabajadores comprendidos entre las edades de 60 años mínimo, desde donde inicia su gestión para la jubilación. En el caso de sobrevivencia se otorga en el momento del fallecimiento del afiliado, esta prestación se otorga a la esposa del afiliado, y a los hijos menores de 18 años y a los que padezcan de impedimentos o enfermedades congénitas.

Los programas mencionados anteriormente, limitan la participación del IGSS en el desarrollo de la comunidad, ocasionando los factores siguientes:

- El IGSS, da atención en salud, solamente a sus cotizadores.
- Las prestaciones del IGSS, para sus afiliados se da solamente en el caso de accidentes o problemas graves como supervivencia, invalidez, vejez y otros, lo cual se define como una dependencia directa del derecho habiente con el IGSS.
- La comunidad es muy poco participativa en las actividades del Instituto.
- Los prejuicios sobre pobreza, analfabetismo, grupo étnico y posición geográfica provocando un distanciamiento del Instituto y la comunidad.

Ante esta problemática el IGSS ha impulsado un nuevo programa en la ciudad de Escuintla, el 15 de mayo de 1,989, al cual se le denominó "Enfermedad Común y Materno Infantil", con orientación de la estrategia de la Atención Primaria de Salud (APS), y la aplicación de la Investigación Participativa (IP), como una forma de impulsar la participación comunitaria.

Estas acciones y proyectos se ejecutan principalmente en los puestos de proyección comunitaria, que tienen asignadas dentro de sus funciones generales las siguientes: dirigir, orientar, educar, y organizar a la comunidad para el fomento de la salud y prevención de las enfermedades.

Otra de las características del puesto de proyección comunitaria es la experiencia de un equipo de multidisciplinario conformado por: Médico, Psicólogo, Trabajador Social, Enfermera Graduada, Inspectores de Seguridad e Higiene y Auxiliares de Enfermería, siendo los dos últimos encargados de ejecutar proyectos y motivar la participación comunitaria teniendo relación directa con la misma.

B. ESTRATEGIA DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN ESCUINTLA:

Para operacionalizar la APS es necesario la participación

comunitaria, para ello las autoridades del IGSS sugirieron lo siguiente:

La reestructuración y expansión de los sistemas de servicio de salud, mejorando su equidad, eficacia y eficiencia, además impulsar la promoción y perfeccionar las articulaciones de la cooperación intersectorial a nivel regional o interregional. Estos aspectos están orientados mejorar las condiciones de salud, promoviendo la reducción de las desigualdades socioeconómicas.

Entre los objetivos y metas regionales deben ser logradas mediante el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de Salud; ésta forma parte del sistema nacional de salud, teniendo dentro de sus funciones, llevar lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde reside o trabaja la persona, promoviendo con ésto la participación comunitaria para alcanzar la reducción de la desigualdad dentro de los grupos humanos, la cual puede ser válida a toda la población sin quedar restringida a grupos postergados o marginados. Además debe constituirse como objetivo principal la satisfacción de las necesidades básicas de los grupos que viven en extrema pobreza.

Estos aspectos deben ser los puntos de contacto con la comunidad porque no solamente se incluye el factor de salud, impulsando además el desarrollo, organización, autogestión y movilización comunal. Estos Aspectos son condiciones necesarias en la operacionalización de la A.P.S., dando un enfoque multisectorial en sus aspectos conceptuales que trascienden los límites tradicionales.

Para ello es necesario buscar y aplicar la tecnología más apropiada a las condiciones de la comunidad e incrementar la capacidad en los servicios de salud; estas metas y objetivos de salud se alcanzan a través de la organización de los servicios de salud y otros, unificados con el aporte de los sectores políticos y económicos más fuertes, para la satisfacción de

las necesidades globales.

Estos objetivos tienen implicaciones en el desarrollo económico, social y no puede considerarse sólo como objetivos del sector, si no como la expresión más amplia que los gobiernos han aceptado en el seno de las Naciones Unidas, tales como Nuevo Orden Económico Internacional, (NOEI), la Nueva Estrategia Internacional para el Desarrollo (NEID), y la lucha contra la pobreza extrema.

Estas se dan como consecuencia de cambios a nivel mundial de una economía de mercado y de una transformación del socialismo. Esto implica cambios en la estructura, en el sistema de producción capitalista y principalmente en los países de la periferia, aportados de materias primas, provocando con ello cambios en los planes programas y proyectos de desarrollo a todo nivel; generándose también, cambios en los aspectos políticos, económicos y culturales, además que estos sean rentables a los intereses de los organismos internacionales y de los países industrializados, para afianzarse en su posición hegemónica, para ello se promueven actividades y proyectos que contribuyen a la satisfacción de las necesidades básicas ubicadas en los términos de salud, alimentación, vivienda, educación, nutrición, producción, ingreso familiar y el consumo para la comunidad como un todo, y principalmente, a los grupos humanos posteriores y en la pobreza extrema. Esto implica un estudio y planteamiento de cambios en la participación comunitaria de la dinámica y modalidad de desarrollo, sumando a ello se dan las posibilidades de viabilización y realización de dichos planes, programas y proyectos, sobre los cuales influyen diversidad de factores no solamente socioeconómico, políticos y culturales, si no se presentan en los órdenes técnicos o aún más complejos como las políticas a nivel internacional o nacional y las condiciones de la participación comunitaria.

Con lo expuesto anteriormente, podemos decir que la Atención

Primaria de Salud (APS) trasciende de un simple servicio básico de salud, a constituirse en un aspecto integral de desarrollo socioeconómico, lo cual condiciona en la formulación de estrategias adicionales para el fortalecimiento y operacionalización de las políticas sociales, entendiéndose a éstas como la trascendencia de las necesidades individuales a las necesidades sociales.

Estas deben de ir encaminadas a buscar alternativas de solución a los problemas de fondo y no solamente a los efectos o agravios del mismo, y en algunos casos atendiendo efectos o apariencia de la problemática presentada en cada uno de los distintos análisis.

Partiendo de aquí, se considera necesario armonizar en los profesionales de las diversas disciplinas, la posibilidad de involucrarse en la Investigación Participativa para la cuestión del desarrollo comunitario.

B.1) Metas y Objetivos de la Atención Primaria de Salud:

Tomando en cuenta la estrategia de la Atención Primaria de Salud, la cual debe aplicarse para la satisfacción de las necesidades de toda la población, donde las metas demandan el incremento de los niveles de bienestar y la disminución de la desigualdad, por lo que las acciones del plan se orientan principalmente, a asegurar el acceso de los grupos humanos postergados a los servicios de salud y participación socioeconómica, en este sentido se da prioridad a las poblaciones rurales y urbanas marginadas, dentro de éstas a las familias y a las poblaciones de alto riesgo, como ejemplo:

- La madre en período de gestación.
- Los niños de corta edad.
- Los problemas de las personas de edad avanzada.

Todos estos grupos contraen continuamente enfermedades principalmente por las actitudes y los comportamiento nocivos para la salud de ciertos grupos de la población, incrementando con ello la incidencia de enfermedades evitables al contaminar el agua, aire y tierra, mientras que otros grupos persisten en la miseria, el hambre y los problemas de salud originados por la contaminación.

De manera que estos son algunos de los factores que inciden en la participación comunitaria, pero además el grado en que un grupo está expuesto a riesgos es determinado por una variedad de factores sobre los cuales el individuo puede o no tener control.

El estilo de vida de los diferentes grupos sociales, es la consecuencia de las diferentes condiciones del medio ambiente cultural, social, económico y físico, así como los factores demográficos, que no favorecen la participación para el desarrollo del individuo y la comunidad.

En este contexto, el Programa de la Atención Primaria de Salud, hace énfasis a las actividades de promoción, complementadas con educación sanitaria, debidamente combinada específicamente con el mejoramiento del ambiente. El programa de la APS, hace hincapié en cierto grupo de enfermedades y problemas de salud, que tienen prioridad por su consecuencia sociocultural y económica, tales como; enfermedades venéreas, tuberculosis y otras que alteran las relaciones; además este programa concede especial énfasis a la Atención Integral de la Familia y del Niño, al desarrollar programas de alimentación, nutrición, mejoramiento del ambiente y prevención de enfermedades, con un enfoque multisectorial.

Para alcanzar las metas y objetivos de la Atención Primaria de Salud en los grupos que tienen mayor vulnerabilidad y exposición al riesgo para la salud, se asigna prioridad a los grupos

que viven en condiciones de pobreza extrema en zonas urbanas y rurales, específicamente a las mujeres y niños de corta edad, los trabajadores, las personas de edad avanzada a que se le otorgue atención a sus necesidades especiales, de salud y a las personas impedidas.

Para el cumplimiento de estas metas se proponen algunas actividades tales como:

1. Desarrollo de políticas de atención integral a la familia.
2. Evaluar y vigilar el estado de salud de las madres y el niño.
3. Fortalecimiento y desarrollo del componente de asistencia materno infantil en la atención primaria de salud.
4. Estímulo de las medidas de prevención y de la participación consciente y activa de la comunidad, estableciendo para ello pautas y material educativo sobre salud, en apoyo, en esas actividades.

Estas actividades se desarrollan a través de tecnología apropiada para atención peri-natal y de servicios del recién nacido, y para el cuidado continuo e integrado del niño.

Además, se debe planificar el mejoramiento del bienestar social mental y físico del adolescente incluyendo la educación para la familia y su vida familiar.

Para estas actividades es necesario la promoción y fortalecimiento del componente de nutrición, incluyendo lactancia materna, así como alimentación del recién nacido, y aplicación de métodos de detección y cuidado de la madre y el niño en alto riesgo, donde se considera que también es necesario el impulso de proyectos que faciliten la atención integral a la familia y a las mujeres que trabajan, ésto como parte de la atención primaria de salud y la participación de la comunidad por conocer su realidad.

B.2) Promoción de la Salud y el Medio Ambiente:

La estrategia de Atención Primaria de Salud, se orienta al mejoramiento de la salud ambiental, como parte del esfuerzo de desarrollo socioeconómico total e integrado con otras actividades en salud.

El control de enfermedades, la promoción de la salud y el bienestar de la familia, el establecimiento de la infraestructura para la extensión de servicios de la salud y el desarrollo de recursos humanos.

Entre los campos de acción que caracterizan a las relaciones intersectoriales están los servicios del abastecimiento de agua y saneamiento, la prevención y control de muchas enfermedades bacterianas, víricas y parasitarias, el mejoramiento y aplicación de servicios para la protección de alimentos, el control de contaminación física y química y los esfuerzos para reducir la tasa de enfermedades no transmisibles, la prevención de efectos adversos en la ecología y la salud humana.

En el desarrollo de las ciencias hídricas y de las industriales debe existir una interacción del desarrollo rural con programas del obrero agrícola y su familia, el control de vectores y la aplicación segura de plaguicidas y fertilizantes.

En síntesis debe existir como algo esencial el establecimiento de mecanismos efectivos para la coordinación y cooperación a nivel nacional, principalmente con el Ministerio de Salud, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y otros ministerios que son afines. Este grupo será quién asuma la responsabilidad e incorporación de los aspectos de salud pública en las decisiones y actividades referentes al medio ambiente y promover las necesidades de acuerdo nacional y de cooperación intersectorial.

Este liderazgo debe mantenerse en las áreas que tienen que ver con la tecnología apropiado y puntos focales, como el caso concreto de la región de Escuintla con sus áreas urbanas marginales y específicamente lo rural, para lograr el intercambio de la información, el adiestramiento de personal, y la interacción con agencias de cooperación técnica y financieras de forma multi y bilaterales para la identificación y formulación de proyectos principalmente en abastecimiento de servicios de agua potable y saneamiento básico al mayor número de personas posibles.

B.3) Introducción de Agua Potable y Disposición de Excretas:

La Atención Primaria de Salud, está orientada al mejoramiento y aplicación de los servicios de abastecimiento de agua potable y disposición de excretas, de acuerdo con las metas y objetivos del decenio internacional del agua potable y del saneamiento, se le da énfasis a la dotación de agua potable y de servicios adecuados de saneamiento al mayor número posible de personas, y alcanzar la cobertura a toda la población, al dotarlas de estos servicios adecuados de saneamiento será un complemento importante de las actividades orientadas al control de enfermedades diarreicas por ser ésta la número uno en la morbi-mortalidad infantil y otras enfermedades similares prevenibles, además se mejorará el aspecto nutricional.

Para la instrumentalización de este plan se presentan algunas estrategias, las cuales se realizarán a través de la integración de los proyectos de abastecimiento de agua y saneamiento como parte de la Atención Primaria de Salud, y la movilización y gestión comunal con el apoyo local y nacional para la ejecución de planes nacionales y obtención de apoyo financiero externo, para alcanzar la ejecución de planes nacionales y obtención de apoyo financiero externo; para alcanzar la ejecución de estos proyectos se trazan los objetivos siguientes:

1. Fortalecimiento de políticas de planificación para el saneamiento ambiental.
2. Mejorar la cantidad y calidad de agua, y de la administración de los sistemas de abastecimiento de agua.
3. Promoción del desarrollo de recursos humanos y utilización de tecnología.
4. Promoción de la participación del sector salud y de los otros sectores de la comunidad, en la preparación y ejecución de programas y proyectos.

Para alcanzar estos objetivos es necesario incorporar los proyectos, como agua y disposición de excretas, como parte de los elementos del plan nacional, estableciendo mecanismos de coordinación intersectorial.

Para ello es importante establecer nuevas metodologías para el mejoramiento de la cantidad, calidad y continuidad de los servicios y tener una adaptación de las existencias en las instituciones nacionales.

Además, deben formularse pautas para la educación y participación activa y consciente de la comunidad para desarrollarse la capacidad local en la fabricación de material y equipo, de manera que se establezcan vínculos operacionales con la Atención primaria de Salud, donde las actividades sean apoyadas mutuamente y se alcance un adiestramiento de administrar, diseñar y operacionalizar los sistemas de abastecimiento de agua incluyendo los agentes internos y externos de la comunidad.

B.4) Administración del Desecho Sólido:

El plan de Atención Primaria de Salud se orienta a mejorar y ampliar los servicios de eliminación de desechos sólidos, con atención especial de la población marginada, para lo cual es necesario establecer políticas, planes, programas y proyectos nacionales, para el fortalecimiento de la disposición higiénica

de desechos tóxicos, residuos sólidos especiales tales como la de minería, la industria, el cieno de aguas negras y los residuos radioactivos, para los cuales se formularon los objetivos específicos del proyecto.

Estos objetivos deben de llevarnos a fomentar la coordinación interinstitucional e inclusive en los planes de educación elemental con el concepto de evacuación de desechos sólidos urbanos y la higiene de la vivienda, por lo que es importante la promoción del adiestramiento de personal a todo nivel para la administración y operación del sistema.

Dentro de los objetivos están los siguientes:

1. Formulación de políticas y lineamientos para la administración de desechos sólidos, incluyendo el aprovechamiento y la reducción de los residuos.
2. Participación de la comunidad en programas de control de desechos sólidos incluyendo el aprovechamiento y la reducción de los residuos.
3. Desarrollo al máximo de los recursos humanos.

B.5) Control Sanitario de la Vivienda:

Esta actividad va dirigida principalmente a las zonas rurales y urbanas la organización y mejorar el control sanitario de vivienda de manera que en su acción destaca la importancia de la participación de la comunidad, su intervención activa en el mejoramiento de sus habitaciones mediante programas de autoayuda, la utilización de materiales locales y la aplicación de tecnología con las condiciones sociales y económicas imperantes en la región de Escuintla.

Para alcanzar estos objetivos es necesario realizar acciones que impulsen el control sanitario de la vivienda, tales como: adoptar políticas de promoción y mejoramiento en las condiciones

sanitarias de la vivienda, en las zonas urbanas y rurales menos privilegiadas, además es necesario identificar los problemas de salud a través de la investigación participativa.

Considerándose de vital importancia el fomento de la participación de los sectores de salud, a nivel institucional y comunal en la formulación de las políticas sociales, y en la coordinación de los diversos organismos para formular pautas con procedimientos para mejorar su condición a través de tecnología apropiada, que se considera lograr su aprovechamiento al máximo de materiales locales para la producción.

C. CARACTERIZACION GENERAL DE ESCUINTLA:

C.1) Ubicación Historico Geográfico:

Siendo el departamento de Escuintla el área de estudio es necesario exponer sus características generales, con la finalidad de obtener una ubicación sobre las condiciones geográficas, políticas y socio-económicas, para conocer que factores inciden en la participación comunitaria.

El departamento de Escuintla se encuentra ubicado en el Sur del país a 56 kilómetros de la ciudad capital, encontrándose dentro de sus límites los siguientes:

Al Norte, con el Departamento de Chimaltenango, Sacatepéquez y Guatemala.

Al Este, con el Departamento de Santa Rosa.

Al Sur, con el Océano Pacífico.

Al Oeste, con el Departamento de Suchitepéquez.

Dentro de su historia Escuintla fué reconocida como población el 11 de octubre de 1,825 y declarada como ciudad el 19 de febrero de 1,887.

Cuenta actualmente con una organización política administrativa que es la siguiente:

13 municipios, 79 fincas, 7 lotificaciones, 7 aldeas y 1 ciudad encontrándose el departamento, muy bien comunicado por la carretera asfaltada en su totalidad de 56 kilómetros y 47.7 por vía férrea.

C.2) Situación Poblacional:

Del total de población existente en Escuintla que es de 108,571 habitantes, el 42.8% está concentrado entre los rangos del 15 a 45 años; este grupo etario, en su totalidad está dispuesto a participar en el proceso productivo. La población comprendida entre 5 a 14 años que asuma el 27.2% es el sector al que se le debe dedicar atención principalmente en su preparación para el desarrollo comunitario.

El siguiente grupo etario está comprendido entre 0 a 4 años, el cual es el 16%, ubicándolo como el más vulnerable en relación a la mortalidad, siendo uno de los objetivos de la Atención Primaria de Salud, velando por la salud de este grupo a través de los programas de Enfermedad Común y Materno Infantil, logrando de esta manera prevenir enfermedades a través de la participación de la madre en los niveles grupal, individual y comunal lo que fomentaría el mejoramiento de las condiciones de vida y evitar la morbimortalidad infantil que es la más elevada a nivel de país, el resto de la población minoritaria está comprendida de 45 años o más.

Según el análisis de esta población, están afiliados al IGSS. 18,791 personas que forman el 17.3% de la población en general el resto de la población presentaron múltiples factores que les impide ser afiliado al régimen de seguridad social del país.

C.3) Características Socio-económicas:

La vida económica del departamento de Escuintla se sustenta básicamente en la actividad agrícola y pecuaria, como bien se sabe, Escuintla es polo de desarrollo de una economía de agro-exportación de azúcar, algodón, banano y en menor escala, de café. Esta economía tiene la característica que desarrolla en base a grandes unidades de producción y la incorporación al proceso productivo de fuerza de trabajo asalariada, conformando en esta forma un gran conglomerado de población trabajadora con la categoría de obrero agrícola, en su mayoría es ésta población trabajadora a nivel del campo la que esta afiliada y goza de los beneficios del régimen de seguridad social.

Por otro lado, se encuentra un sector económico dedicado a la producción del mercado interno, esencialmente granos básicos y frutas, la cual descanza en los pequeños y medianos productores, ya sea como propietarios o mediante la modalidad del arrendamiento. Por lo general esta población no son trabajadores asalariados y no están afiliados ni gozan de los beneficios del régimen de seguridad social.

A nivel urbano Escuintla concentra un importante conjunto de industrias (ingenios, carnes), un relativo desarrollo comercial y por su puesto, concentra un importante sector económico dedicado a los más diversos servicios (construcción, transporte, servicios profesionales en general, etc.).

La población, salvo ciertas capas y clases sociales que controlan elevados volúmenes de medio de producción y riqueza, en su mayoría viven en condiciones socioeconómicas muy difíciles tipificadas por la pobreza, agravadas en la actualidad frente a los procesos de evaluación monetaria y los altos índices del costo de vida.

En estas condiciones económicas, es lógico que la población

mayoritaria afronta serios problemas para satisfacer sus necesidades básicas, ya no digamos para satisfacer aquellas referidas a su desarrollo socio-cultural y político. En éste ámbito de vida es lógico que proliferen en Escuintla variados problemas sociales (alcoholismo, drogadicción, prostitución, vandalismo) y la población vive expuesta a bajos niveles de vida en materia de educación (70% de analfabetismo), vivienda, salud y recreación.

C.4) Las Organizaciones Comunitarias:

En Escuintla existen considerables cantidades de grupos que se dedican a las acciones de recreación, religión, promoción, y algunas en actividades de desarrollo.

Para ilustrar lo anteriormente expuesto, debe informarse que solamente en la cabecera Departamental de Escuintla existen 17 clubes deportivos, 16 agrupaciones juveniles específicamente religiosas y 15 comites pro-mejoramiento de las diferentes colonias de la región; en relación a los clubes deportivos sus actividades no están dirigidas e integradas a la comunidad; además la mayoría pertenecen a las industrias, tales como: ingenios, fábricas, rastro de ganado mayor y otras, que de alguna manera pueden propiciar actividades, sobre la problemática de salud y el desarrollo comunitario para la transformación social.

Las agrupaciones juveniles religiosas, en su mayoría son grupos de crecimiento interno, a los cuales fomentan una instrucción y concientización a sus intereses particulares.

Por la vivienda en el área ubicamos algunos grupos y comités que velan en apariencia por la salud a nivel general de la comunidad, pero en el fondo velan sus propios intereses particulares, tanto en los grupos del área urbana y rural.

A pesar de no haber realizado un estudio específico de

la organización para el desarrollo, la observación, vivencia y colaboración durante algunos años nos permitió constatar que a nivel general del departamento existen grupos de distinta naturaleza, comités pro-mejoramiento, grupos deportivos, económicos, socio-cultural en general. Existe pues cierto grado de organización social que canaliza en una u otra forma la participación de la población en función de necesidades e intereses.

No obstante lo anterior, no puede dejarse de reconocer que hace falta en Escuintla una organización permanente parcial y total, desde el nivel de aldea municipal y departamental que se constituya en sujetos de acción para promover procesos de desarrollo de distinta naturaleza.

C.5) Condiciones de Salud y el Medio Ambiente:

Según los datos proporcionados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Escuintla alcanza una tasa de crecimiento del 3.0% y de natalidad del 39.2% que es la más destacada en la región, su tasa de mortalidad a nivel general, es de 10.6 por 1,000 y la mortalidad infantil llega a más de 81 por 1,000 nacidos vivos (NVR) que es una de las más altas a nivel nacional. La población en extrema pobreza alcanza el 70% teniendo condiciones precarias a nivel de saneamiento ambiental, pues sólo el 41% de la población posee los servicios de agua y disposición de excretas 35%. El promedio de esperanza de vida al nacer llega a 59 años para los comunitarios. Los principales casos de mortalidad y morbilidad están intensamente relacionados con la patología de la pobreza, dándose especialmente por la falta de atención y prevención de enfermedades tales como: Descuido en la inmunización, control pre y post-parto, control del niño en sus primeros años, etc., en síntesis falta de una orientación adecuada sobre la Atención Primaria de Salud, lo que provoca entre otras cosas, las enfermedades de: infección

respiratoria, parasitismo intestinal, síndrome diarreico, etc.

5/

Todo este difícil cuadro, que en materia de salud y deficiente saneamiento del medio ambiente se observa en Escuintla, en un ámbito propicio, como ya se indicó, para la proliferación de variadas enfermedades que mediante servicios médicos oportunos y condiciones mejores de vida y trabajo para la población, serían realmente prevenibles y tratables en su debido tiempo antes de que lleguen a ser fatales causas de muerte para la población.

En este escenario epidemiológico de donde se desarrolla el programa de extensión de cobertura de los nuevos programas de la Atención primaria de salud, donde se inserta el profesional del Trabajo Social desarrollando su quehacer con una alternativa práctica y concreta en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en el departamento de Escuintla.

FUENTE. 5/

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
Lineamiento de Política Económica y Sociales para Guatemala
1,991-1995.
Guatemala, 1,990. Página 2.

CAPITULO III

ANALISIS CRITICO DE LA INTERVENCION PROFESIONAL, INVESTIGACION PARTICIPATIVA Y ATENCION PRIMARIA EN SALUD.

A. EL TRABAJO SOCIAL:

A.1) Los Objetivos Perseguidos:

En esta parte inicial de análisis crítico de la acción del Trabajo Social, en el programa de enfermedad común y materno infantil del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), abordamos brevemente lo relativo a los objetivos que la profesión persigue en dicho programa.

Se dice que es un abordaje breve, por cuanto al desarrollarlo correspondiente a las funciones se podrá deducir con mayoría ilustración y fundamento la consecución de los objetivos mismos.

Tal como quedó consignado en el marco teórico, los objetivos del programa Objeto de Estudio, los hace suyo el Trabajo Social estando contenidos en tres objetivos que se ubican seguidamente para hacer el análisis crítico respectivo.

"Reestructuración y expansión de los sistemas de servicios de salud para mejorar su equidad, eficacia y eficiencia".

Sin temor a equivocación, corresponde afirmar que el aporte de la profesión a la consecución de este objetivo del programa es de valiosa importancia, aún cuando no siempre esto sea cabalmente reconocido por el resto de profesionales del programa y a niveles superiores de la institución sobre este particular, no puede dejarse de indicar que pese a determinados avances, continúa el Trabajo Social siendo una profesión cuya proyección no se conoce en su verdadera magnitud, debido a los estereotipos dominantes que reduce el proceso salud enfermedad a los aspectos

biológicos-fisiológicos, en cuya perspectiva las profesiones "no medicas", son vistas de manera muy marginal y complementaria.

Pero entrado en materia de análisis de los objetivos, este que nos ocupa pone énfasis en aspectos fundamentales como son el logro de la eficacia y eficiencia en los servicios que presta el programa. El Trabajo Social contribuye a aumentar la eficacia del mismo, cuando pone énfasis en la necesidad de privilegiar sobre la medicina curativa, la medicina de tipo preventivo, aportando para ese propósito su esfuerzo profesional integrando a la población a grupos de interés y remarcando la necesidad de educación en salud, así como la importancia de que junto a los proyectos propiamente de salud, logren realización otros proyectos de carácter socio-económico y cultural.

En materia de eficiencia, un aspecto fundamental del Trabajo Social está en términos de la importancia que concede a la investigación para no actuar a espaldas de la realidad. La incorporación y exigencia de la planificación, a efecto de optimizar al máximo los recursos y reducir en todo lo posible la improvisación. Lo mismo puede decirse al destacar el trabajo con grupo, frente a la atención principal de casos, pues es también sabido que los grupos canalizan particularmente la participación colectiva y esto bajo costos y aumenta beneficios.

"Promoción y perfeccionamiento de la articulación y cooperación intersectorial".

En razón de este objetivo el Trabajo Social también cumple una función destacada y a este respecto, vale señalar la insistencia que esta profesión pone, en la necesidad de la coordinación intersectorial; al poner este énfasis no es por simple capricho, si no contrariamente por un verdadero reconocimiento de que el problema de salud-enfermedad no debe abordarse unilateralmente, si no deben integrarse todos los esfuerzos y recursos posibles a nivel individual, colectivo, institucionales intersec-

torial.

"Promoción y mejoramiento de la cooperación regional e interregional".

Cuando el Trabajo Social estimula y orienta procesos de coordinación interinstitucional e intersectorial, lo hace valorando las necesidades de fortalecer la cooperación regional. En razón de ésto se tienen alcances, sin embargo frente a las necesidades lo que se a realizado es muy poco todavía. Ahora bién, en cuanto a la acción interregional, ésta prácticamente no existe. Esto nos lleva a reconocer que la acción se centra fundamentalmente a nivel micro-local, con una débil proyección en el ámbito regional y una ausencia total de presencia en el contexto más amplio de carácter inter regional. Es indudable que lograr integrar estos tres niveles es responsabilidad de una estrategia nacional de desarrollo que no existe en el país y que saber por cuanto tiempo más estará ausente.

Lo anotado permite constatar que la profesión de Trabajo Social está dando un aporte significativo a los objetivos del programa, los cuales como hemos visto en la práctica toman realización aún cuando en este sentido hay mucho por hacer, para lo cual tienen que enfrentarse transformaciones profundas a nivel interno y del país globalmente visto.

A.2) Las Funciones que se Ejecutan:

En el capítulo II que indica el marco teórico se llama la atención en cuanto a que el Trabajo Social en el Programa de Enfermedad Común y Materno Infantil que teóricamente privilegia la Atención Primaria de Salud (APS), supere el nivel de atención de Casos en una perspectiva meramente curativa de la medicina, e incorpore la promoción de la salud a través de procesos serios de organización y educación de la población.

Pero ahora veámos que acontece, a la luz de la experiencia de dos años durante los cuales el sustentante laboró en este programa, y también en base a la investigación del campo práctica.

El análisis crítico de la experiencia nos faculta para sustentar que si bién es cierto, en el Programa de Enfermedad Común y Materno Infantil del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, se abren mejores posibilidades para la intervención del Trabajo Social, muchas de las cuales toman vida en la práctica concreta, es también cierto que muchas otras se desaprovechan por factores condicionantes de diversa naturaleza.

La práctica informa que en este ámbito de análisis, el Trabajo Social no queda totalmente reducido al trabajo de casos que caracteriza tradicionalmente la acción profesional en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Corresponde presentar que en este programa el Trabajo Social está avanzando a procesos de organización, educación y movilización de la población en función de necesidades y problemas que la misma afrontar, especialmente vinculados con los procesos de salud-enfermedad.

En materia de organización se promueven y estructuran pequeños grupos de interés (grupos de jóvenes para la educación en salud, madres lactantes para la educación del cuidado del niño, madres en período de gestación, grupo de comadronas y promotores de salud). Se trata de pequeños grupos que oscilan entre 20 y 25 miembros que atienden por lo regular actividades y proyectos vinculados con sus intereses específicos y casi siempre, todos reducidos al ámbito estricto del proceso de salud-enfermedad.

De los grupos aludidos, se puede señalar que algunos de estos, tal el caso de los promotores sociales y de las

comadronas, integran grupos que observan un funcionamiento más efectivo en términos de participación, ejecución de actividades y proyectos, y permanencia como entidades orgánicas. La razón por la cual estos grupos tienden más a su consolidación y prolongación en el tiempo, obedece a que los mismos cuentan con mayor apoyo, motivación y reconocimiento institucional, factores que se consideran de incuestionable valor para que los grupos superen su temporalidad y puedan lograr una aceptable integración, canalización de participación popular y satisfacción de necesidades, tanto de grupo como de la comunidad en su conjunto.

Así vemos, que los promotores en salud, representan un recurso humano muy importante para la institución, por cuanto estos pasan a constituirse en factores multiplicadores del conocimiento y la acción comunal.

De esta cuenta, los mismos son bastante apoyados proporcionándoles materiales, equipo mínimo y una capacitación mucho más progresiva.

Situación similar acontece con las comadronas, quienes incorporadas a sus respectivos grupos reciben una formación que busca calificar su fuerza de trabajo y darle a la acción dentro de la población una perspectiva con una visión mucho más integral del proceso salud enfermedad y del aporte importante que compete a las comadronas dentro del mismo. De esta manera, las comadronas identifican, señoras en estado de gestación con características de beneficiarias y las reportan al programa; organizan a dichas señoras y les brindan orientaciones y capacitación en torno al período de embarazo, sus factores condicionantes y riesgos, preparan para el alumbramiento, atienden el mismo y en la medida de lo posible, brindan seguimiento en el post-parto. Por su puesto, la organización de las comadronas a encontrado un terreno fértil debido a que el Instituto les contrata sus servicios y al mismo tiempo, les brinda un apoyo en equipo y de carácter académico para elevar

su nivel de formación en el campo de su especialidad.

Distinto sucede en el caso de los grupos de orientación integrados por jóvenes, en este caso no se alcanza la consolidación y funcionamiento referido a los promotores y comadronas.

Los grupos de orientación a jóvenes, observan debilidad en su funcionamiento y poca permanencia en el tiempo. Las causas que explican este fenómeno, entre otras, está al no atender los intereses y necesidades que de manera específica afronta la situación del joven, integrando a la misma planes y proyectos específicos por los cuales los jóvenes se vean motivados y con ello alcancen un grado aceptable de disposición para aportar al desarrollo de los grupos; básicamente el trabajo con estos grupos de carácter educativo y de ejecución de proyectos relacionados con el saneamiento ambiental.

Se trata de un quehacer importante con los jóvenes y para promoverla salud pública, pero con la limitante que los jóvenes también tienen sus propios intereses y necesidades y al no atenderse las mismas, resulta lógico que su permanencia en los grupos sea bastante inestable.

En síntesis, se puede afirmar que en materia de organización el Trabajador Social promueve los grupos de interés y los orienta en su desarrollo encontrándose con grupos que logran una relativa consolidación y otros, bastante débiles en este aspecto, lo que significa que en este mismo campo de la formación de grupos de interés, a pesar que se realiza función con cierta significancia donde existe mucho espacio para ampliar y profundizar la acción de los profesionales del Trabajo Social.

Es fácil advertir que en este campo tan importante de la organización, la misma queda reducida a la promoción de grupos poco comunicados y articulados unos con otros. Con lo anterior se destaca el hecho, de que, los grupos además de funcionar

sin claros mecanismos que favorezcan la coordinación, colaboración y cooperación entre los mismos, tampoco han avanzado a la conformación de una organización total en materia de salud, por lo cual se enfrentara de manera integral esta problemática y se promoviera la incorporación activa de los distintos sectores de la población en los procesos de promoción de la salud.

En este mismo orden de análisis, además de observar la limitante de los grupos solo organizados a nivel parcial, también las actividades y proyectos que se ejecutan, son específicos en el ámbito de la salud, quedando marginalmente incorporados los proyectos socio-económicos que mediante la coordinación intersectorial podrían promoverse y ejecutarse, dando de esta manera una perspectiva de mayor integralidad a la organización y a su proyección, al abordar la problemática de salud enfermedad en sus efectos, pero a la vez también en sus factores determinantes.

Otra función que corresponde ampliar en este programa es lo concerniente a la educación, ya que aquí el Trabajador Social tiene posibilidades reales para concebir los contenidos y metodología de la educación, planificar la realización de la misma y participar en su desarrollo. En torno a ello, se puede informar que el Trabajador Social, principalmente en el ámbito de la organización, identificación y capacitación de líderes gestión y asignación de recursos, se proyecta una labor bastante importante en términos de elevar los niveles educativos de la población, crear conciencia de organización y de participación social, así como respecto al desarrollo de un nivel de conciencia con mayores elementos de criticidad en torno a la calidad de vida en general y particularmente, respecto al proceso de salud enfermedad y sus factores condicionantes.

Hay por consiguiente avances en el proceso educativo, pero a la vez, se advierte igualmente insuficiencia, que hay necesidad de erradicar a manera de que la educación pueda constituirse

en un factor efectivo de desarrollo social y específicamente en un componente inseparable de la promoción de la salud.

No se falta a la verdad al afirmar que la educación que viene promoviéndose en el programa no es lo suficientemente integral y progresiva. No es integral por cuanto básicamente queda limitada al ámbito de la salud, con un peso excesivamente técnico, es decir desprovista en alto grado de los elementos teóricos, que permiten la comprensión de la salud-enfermedad como un proceso histórico social que desarrolla dentro de una realidad que tiene múltiples componentes que exigen abordar la salud enfermedad en sus elementos biológicos, pero también los factores de orden económico-sociales, culturales y políticos.

La educación así concebida, es lógico que tiene sus alcances, orienta y capacita, pero resulta incapaz de proporcionar los cambios tan importantes a nivel de conciencia, para lograr cambios de comportamientos individuales y colectivos necesarios para que la población se incorpore en forma más decisiva y veligerantes, en la solución de sus problemas y satisfacciones de necesidades a nivel individual y colectivo.

A falta de una visión integral de la educación esta resulta muy dispersa y a veces desvinculada de la realidad práctica de la población, sin alcanzar la progresividad en la reflexión y conocimiento, condición indispensable para profundizar los procesos educativos y lograr los cambios requeridos.

En cuanto a la planificación se refiere, como función que el Trabajo Social cumple con la idea que esta sea vista como un proceso que, debe incorporar la participación activa del personal del programa de la población misma, lo actuado en este sentido no alcanza esta dimensión. La acción de planificar es el trabajo de una élite integrada por el médico, Psicólogo Trabajo Social y Enfermera Graduada en una relación meramente vertical, lo que significa que no hay consulta con la población

para la ejecución del plan, mucho menos someterlo a su consideración y brindarle el espacio de decisión que la población debería tener en este proceso.

Significa entonces, que la planificación con sus características de verticalidad y parcialidad, no está siendo asumida como un proceso y por lo tanto, hablar de planificación queda limitado a la estructuración del plan y a su fiscalización, para que los objetivos y metas previstas en el mismo sean ejecutados.

Es de hacer notar igualmente, que en el programa el Trabajador Social tiene la oportunidad de incorporar procesos de supervisión a la población, especialmente a los grupos que promueve y orienta. La Supervisión que se realiza tiene un alto peso administrativo-fiscalizador, por cuanto privilegia el control sobre la orientación. De esta manera el Trabajo Social pone énfasis en conocer qué y cuánto han hecho los grupos, recalcando poco como han realizado su trabajo, problemas confrontados y explicación de los mismos y sobre todo, en la identificación de aquellos elementos de aprendizaje que toda práctica genera como fuente de conocimientos.

A nivel de coordinación el Trabajador Social tiene la oportunidad de hacer un despliegue mayor de iniciativa para que esta pueda concretarse en la práctica, en razón de que a diferencia de los programas tradicionales del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, éste es un programa mucho más abierto y que vincula su quehacer directamente con diversas instituciones. No obstante, existir dichas posibilidades, la relación del trabajo en base a coordinación no a logrado concretarse tal como es deseado.

En el ámbito más inmediato de relación, como lo es el equipo profesional del programa de Enfermedad Común y Materno Infantil la coordinación alcanza mayor nivel de desarrollo, en ese

sentido, se planifica en equipo, se establecen conjuntamente las modalidades organizativas de ejecución del trabajo, asume cada profesional las funciones que le corresponde y que son de su competencia, buscando la complementariedad en la acción institucional y la optimización de los resultados prácticos.

Claro está, que no a sido tarea fácil lograr este nivel de coordinación, debido en unos casos, a la falta de comprensión que se tiene sobre su importancia y necesidad, y en otros, en razón de celo profesional y de marcados valores individuales que prevalecen en miembros profesionales.

Ahora bien, la coordinación entre el programa y el resto de programas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, localizados en Escuintla, la situación es mucho más difícil por cuanto existe una clara resistencia a efectuarla, lo cual obedece entre otras causas, a la falta de una comprensión totalizante del quehacer institucional donde cada uno de los programas debe concebirse complementario entre sí, sin hegemonismos de unos sobre otros; solamente mediante este entendimiento podrá lograrse una apertura que se traduzca en coordinación y cooperación inter-programas más efectivas, cerrando espacios a aquellas posiciones inflexibles donde cada equipo y profesional no piensa y actúa más allá del ámbito específico de su programa.

A nivel externo, o sea la coordinación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social a través del programa de Enfermedad Común y Materno Infantil, corresponde destacar que se hicieron esfuerzos y se están teniendo realizaciones y bastantes positivas aún cuando son incipientes todavía; en este orden de análisis, procesos de coordinación se están llevando a cabo entre el programa y entidades estatales y privadas el ámbito estatal se están coordinando un poco con el Ministerio de Salud Pública (MSP), Dirección de Bosques y Vidas Silvestres (DIGEBOS.), Comité Nacional de Alfabetización (CONALFA), Dirección General de Servicios Agrícolas (DIGESA.) y otros.

Con entidades privadas, también se están abriendo ciertos espacios de coordinación y un ejemplo de ello lo constituye relaciones y cooperación entre, Fundación del Azúcar (FUNDAZUCAR), Visión Mundial, Asociación Pro-Bienestar de la Familia (APROFAM.), y otros.

Por lo expuesto, queda revelado que el programa genera procesos de coordinación donde el Trabajador Social brinda el aporte de su competencia, estimulando y orientando su ejecución. Empero, se hace sentir la necesidad de encaminar esfuerzos a manera de que, tanto en el ámbito interno como en lo externo, la coordinación pueda fortalecerse y logre en esta forma alcanzar efectiva vigencia institucional.

Junto a las funciones anteriormente enunciadas, es de hacer notar que el Trabajador Social continúa realizando estudios socio-económicos de casos específicos, haciendo la respectiva referencia de los mismos, a los niveles superiores donde corresponde.

Brinda además apoyo a personas con problemas específicos de alto riesgo familiar y/o Social, así como orientación de casos que sean referidos por otros profesionales o programas. A pesar de que por la naturaleza del programa la atención de casos individuales no corresponde a la prioridad en términos de funciones del Trabajo Social, ésta siempre se lleva a cabo atendiendo las necesidades inmediatas de atender casos que no pueden postergarse; pero además, y esto es importante enfatizarlo por la presión e incomprensión del propio gremio de Trabajadores Sociales ubicados en otros programas de la institución, quienes acostumbrados a la rutina de la atención de casos, concebían de manera muy débil la especificidad del programa de Enfermedad Común y Materno Infantil, y la ubicación que en el mismo le compete al Trabajador Social.

Los planteamientos anteriores permiten apreciar que en

este programa Objeto de Estudio, Los Trabajadores Sociales están logrando abrir espacios a nuevas funciones, pero es muy notable que todavía las mismas no han logrado consolidarse, atendiendo las necesidades del mismo programa y las necesidades del propio Objeto de Intervención.

Lograr consolidar dichas funciones, ampliando y profundizando las, es todo un compromiso al futuro que toca impulsar para contribuir al desarrollo del Trabajo Social, en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, y al avance de un programa tan importante, como lo es el programa de Enfermedad Común y Materno Infantil.

Puede advertirse que en el presente desarrollo de las funciones no está comprendida la investigación, debido a que la misma tiene el tratamiento especial en esta tesis por ser eje fundamental en la metodología de intervención recomendada para el programa de Enfermedad Común y Materno Infantil del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

B) LA INVESTIGACION PARTICIPATIVA (IP) EJE METODOLOGICO FUNDAMENTAL:

Para fundamentar los conocimientos a este aspecto de la tesis, se llevó a cabo una investigación de campo en una colonia de la cabecera departamental de Escuintla y en una Aldea de este mismo municipio. En todo caso, la exposición está avalada con la experiencia profesional del sustentante obtenida en ésta misma área. Los pobladores en mención son la colonia municipal San Felipe y la Aldea Florido Aceituno.

En relación a la Investigación Participativa. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), la presentan como la nueva estrategia de la Atención Primaria de Salud, utilizando la Investigación Participativa, como metodología del desarrollo comunitario. Con la orientación y dirección de éstas

instituciones se procedió a realizar la investigación inicial con la comisión central organizada para el efecto; seguidamente estos integrantes formaron los equipos de proyección comunitaria con características multidisciplinaria, en los cuales el Trabajador Social por su continua relación y conocimiento de la comunidad, es quién debe impulsar las acciones que trascienda la metodología tradicional y pueda en determinado momento, aplicar en este espacio la teórica de la Investigación Participativa (IP), como una metodología que contribuya con la propuesta de alternativa de solución a la problemática planteada.

Para realizar el análisis y cumplimiento de los objetivos y metas propuestas por la Atención Primaria de Salud (APS).

B.1) Percepción de la población:

Para establecer, en lo que respecta a las principales unidades de análisis fueron, los comunitarios afiliados o no al régimen del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y los promotores de Seguridad e Higiene y de salud. Corresponde informar que la población total fue de 550 familias y 2750 habitantes distribuidos así: 250 familias y 1,250 habitantes para la colonia municipal San Felipe, y de 300 familias y 1500 habitantes para la aldea, Florido Aceituno, ubicando un porcentaje del 15.45 % como muestra para cada una, lo que representa el número de 38 familias para la Colonia Municipal San Felipe y 47 familias para la Aldea Florido Aceituno formando un total de 85 boletas.

De estas comunidades Objeto de Estudio, se determinan como zona urbano marginal y rural, considerándolos como grupo de personas postergadas, marginadas, y con desventajas en relación a los servicios de salud.

Después de funcionar dos años el programa en forma intensiva en esta región, se logra en su mayoría analizar e interpretar

el pensamiento de la población a través de las unidades de análisis en relación a el avance y desarrollo de la Atención Primaria de Salud, y los nuevos programas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Dentro de las comunidades Objeto de Estudio encontramos a la Aldea Florido Aceituno, que es zona rural del municipio de Escuintla, ubicada a 30 kilómetros de la cabecera departamental teniendo su base económica en la agricultura minifundista, siendo campesinos que venden su fuerza de trabajo a los latifundistas, ésta aldea consta de 275 viviendas y 300 familias. Formando 1,500 habitantes, de los cuales el 80% son afiliados del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

La comunidad de la Colonia Municipal San Felipe, fué fundada por la cooperación municipal, estando ubicada al Sur Oeste del área urbana, siendo la mayoría de los miembros de la comunidad de diversos lugares del país. La Colonia está integrada por 175 viviendas y 250 familias las que forman un total de 1250 habitantes, de ellos un 40% son población afiliada al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Tal como ésta anotado desde la orientación teórica, la Investigación Participativa es eje metodológico fundamental, pero tal como vemos a nivel de la práctica, la presencia de esta resulta extremadamente débil, para no decir que de hecho la Investigación Participativa, en su rigurosa acepción está prácticamente ausente. Breves datos que se consignan a continuación fundamentan lo aquí expuesto.

Sobre el particular, el 75% de la población investigada correspondiente a la colonia municipal San Felipe, y el 60% corresponde a la población perteneciente a la comunidad de la Aldea Florido Aceituno, informó que no conoce lo relativo a la Investigación Participativa es eje metodológico fundamental, pero tal como vemos a nivel de la práctica, la presencia de

está resulta extremadamente débil, para no decir que de hecho la Investigación Participativa, en su rigurosa acepción está prácticamente ausente. Breves datos que se consignan a continuación fundamentan lo aquí expuesto.

Sobre el particular, el 75% de la población investigada correspondiente a la colonia municipal San Felipe, y el 60% corresponde a la población perteneciente a la comunidad de la Aldea Florido Aceituno, informó que no conoce lo relativo a la Investigación Participativa. Solamente un 25% correspondiente a la colonia municipal San Felipe y el 40% correspondiente a la Aldea Florido Aceituno, dijo haber escuchado escasamente hablar de Investigaciones Participativa, pero sin lograr participar activamente de ella.

Lo anterior revela en forma elocuente que prácticamente la Investigación Participativa, no ha tenido aplicación en la práctica, pese a que a nivel teórico en los documentos fundamentales de la institución aparece explicada y definida con bastante precisión, poniendo insistencia en la importancia de su vigencia práctica, la cual a decir verdad, está ausente por lo expuesto a nivel de población y por lo observado durante el ejercicio profesional en el programa. Un elemento fundamental que nos permite verificar la posible ejecución de la Investigación Participativa lo constituye la participación misma de la población en las reuniones, entendiendo éstas como instancias fundamentales para la reflexión, el debate y el análisis crítico de la realidad para generar conocimiento de la misma y tomar decisiones de conformidad con las necesidades planteadas. Interesados en constatar éste extremo, se preguntó a la población de la Colonia Municipal San Felipe, respecto a su asistencia a las reuniones impulsadas por el programa contestando un 70% que no a participado de ella y solo un 30% que lo ha hecho esporádicamente. En la Aldea Florido Aceituno, se presentó un 65% que no asiste u un 35% que si lo hacen, también de manera esporádica.

La mayoría de la población coinciden en señalar que conocen muy poco las actividades del programa y que escasamente han oído hablar de la Investigación Participativa; además indican que, cuando han sido convocados a reuniones se les dificulta la participación de las mismas, debido a compromisos de trabajo y al hecho que su pobreza les obliga a dedicar todo el tiempo que sea necesario para lograr generar la mayor cantidad de ingresos monetarios a la familia.

En base a la información vertida anteriormente, se tiene mucho más elementos para demostrar que la Investigación Participativa, como eje fundamental de la estrategia metodológica está como se a dicho prácticamente ausente, es más, el hecho de que la gente en su gran mayoría no asiste a las reuniones está poniendo en evidencia que la participación de la población es altamente limitada, menos va a existir, Investigación Participativa, que representa un nivel superior de incorporación activa de la población en el conocimiento de su realidad, análisis e interpretación de la misma, jerarquización de problemas y necesidades, ubicación de posibilidades de acción y toma de decisiones de intervención profesional, institucional y de la población misma como actor principal.

Considerando otro componente de participación en ambas poblaciones objeto de Estudio, respecto a la asistencia a cursos convocados por el programa, se pudo establecer que a los mismos solo a asistido un 15% de la población afiliada, lo que significa que un elevado 85% no a participado en estos eventos. Regularmente es la población joven femenina la que participa y escasamente la población masculina. La primacía de una mayoritaria participación de mujeres jóvenes, puede estar respondiendo a que las primeras son de más fácil motivación y muestran una inclinación mayor al tipo de capacitación que se brinda (primeros auxilios, atención de niños, lactancia materna y otros.), los hombres por su parte, frente a estos temas no presentan mayores expectativas y además, por ser ellos

los que se vinculan a la actividad productiva dispone de menos tiempo para participar de los cursillos aludidos, afirman estos datos lo bajo de la participación poblacional en la proyección del programa y por su puesto, la ausencia de la Investigación Participativa.

Es indudable, que a pesar que a nivel teórico se define con bastante precisión el lugar que le corresponde ocupar a la Investigación Participativa, su ausencia es notoria. Dicho fenómeno está respondiendo a diversos factores, unos que están referidos al programa propiamente y otros que son de competencia de la población. Las primeras, responden a la falta de una estrategia bien definida de parte del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, para hacer efectiva en la práctica la investigación Participativa, como eje Fundamental en la Metodología, la cual necesariamente supone; planificación de trabajo que incorpore de manera bien clara la Investigación participativa, permanente formación del personal del programa en materia de Investigación Participativa, promoción y formación de la población para hacer Investigación Participativa; solamente incorporando de manera decidida los aspectos citados pueden darse pasos firmes para trabajar en base a la Investigación Participativa y hacer de ésta, una modalidad metodológica de relación del programa con la población que promueve una participación activa y deliberada de ambos sectores en el abordaje del problema de salud-enfermedad, con una visión integral y en una perspectiva que rebase el corto plazo y ubique el mediano plazo, combinando correctamente conocimiento y acción, vale decir proceso de cambio material e inmaterial.

Por su parte como es normal que ocurra, la población también tiene determinados factores económicos socio-culturales y políticos que no siempre hacen viable en lo inmediato procesos de investigación Participativa, por ejemplo: presiones económicas, conflictivas relaciones sociales, bajos niveles educativos y por su puesto, inseguridad generalizada de tipo político.

Estando así las cosas, no se falta a la verdad cuando afirmamos que el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, a través de su Programa de Enfermedad Común y Maternidad Infantil, no a logrado concretar en la práctica la Investigación Participativa y por consiguiente, su quehacer cotidiano lo continúa realizando en una relación programa-población connotada de asistencialismo, es decir que sigue teniendo marcado peso el verticalismo en las decisiones, el paternalismo en la prestación de los servicios y la concepción de la población afiliada como simples usuarios, por no decir la clientela del programa.

C. CRITERIOS DE LOS PROMOTORES DE SALUD Y DE SEGURIDAD E HIGIENE:

Siendo éste personal el que está de manera operativa más vinculado a la población se considera de particular importancia, establecer sus criterios respecto a la Investigación Participativa, por lo cual se pasó una pequeña encuesta a los veinte promotores que laboran en el programa. Los resultados de la investigación se consignan a continuación:

C.1 Conocimiento e importancia que los promotores conceden a la Investigación Participativa:

Los datos reportados por la investigación informan que un 65% de los promotores conocen poco o casi nada de la Investigación Participativa, siendo solamente un 35% quién manifiesta conocerla en grado aceptable. Dichos datos son de interés por cuanto sí, los propios promotores que en nivel más operativo son responsables de promover y guiar su ejecución desconocen mucho de ella, resulta dificultoso que dicho personal pueda constituirse en factor dinamizador de estos procesos.

En el marco de esta realidad, resulta un poco alagador que los promotores tengan, por lo menos, un reconocimiento ideológico de la importancia de la investigación participativa,

Por las encuestas realizadas en las comunidades, pues así se pronuncia el 85% que no le encuentra importancia. Este hecho es necesario señalarlo, ya que representa, a nuestro entender, una condición favorable para que los promotores en base a una adecuada formación y una supervisión bien concebida puedan constituirse en personal que promueva Investigación Participativa.

Pese a que como se había dicho, los promotores no realizan investigación Participativa, ellos de todas maneras realizan tareas de investigación con la población que les brinda determinado conocimiento de la misma, en este aspecto, el 65% de los promotores manifestó conocer en forma aceptable la realidad de las comunidades, frente a un 35% que expresó conocerlo en forma bastante limitado.

Buena parte el conocimiento obtenido de la comunidad, es trasladado a la población por los medios tradicionales conocidos (Charlas, reuniones, visitas domiciliarias, boletines etc.), proceso en el cual la población juega un papel eminentemente pasivo como receptora de la información que le es transmitida.

C.2 Percepción de los Promotores en cuanto a la Participación de la Población en la Investigación Participativa:

Los promotores consideran que la población participa en forma débil, dispersa y esporádica en las acciones que ejecuta el programa, siendo éstas de distinta naturaleza y magnitud. Pero en materia de Investigación Participativa en sentido estricto, no se nota participación alguna pues lo que continúa dominando el quehacer institucional está representado por la investigación tradicional donde la población no desempeña un papel verdaderamente activo, de ésta cuenta la gente en lo fundamental, continúa siendo receptora de los servicios sin participar como sería deseable, en los procesos de investigación, planificación, organización y evaluación de los mismos.

Por las evidencias reveladas anteriormente, vemos que la población y los promotores en salud manifiestan que en su ámbito de convivencia y acción, la investigación participativa no logra todavía desarrollarse, conociendo poco de ella a nivel teórico y habiendo participado en forma débil y esporádica en procesos supuestamente con éste espíritu, pero que al final quedan reducidos a una simple investigación más. Existe por consiguiente en el programa, todo un compromiso para hacer Investigación Participativa y en la población, no cabe duda hay condiciones que progresivamente puedan llegar a ser muy favorables para hacer realidad éste tipo de investigación.

D. POSICION DE LOS TRABAJADORES SOCIALES FRENTE A LA INVESTIGACION:

En primer lugar corresponde informar que en el Departamento de Escuintla desempeña labores Profesionales en este programa 10 Trabajadores Sociales, de ellos 3 están ubicados en la cabecera Departamental y 7 en los municipios.

De conformidad a las orientaciones contenidas en documentos fundamentales de la institución, los Trabajadores Sociales por la naturaleza de su profesión tienen el encargo de ser factores dinamizadores del proceso de Investigación Participativa.

La investigación de campo efectuado revela que el total de los Trabajadores Sociales manifiesta haber promovido dichos procesos, pero sin lograr que los mismos llegaran a cristalizar como tales; es decir, como verdaderos procesos de Investigación Participativa, entendiéndolos como procesos donde la población participa de manera activa y decide en la generación del conocimiento y en la puesta en práctica de las decisiones formuladas en base a dicho conocimiento.

Informan que en materia de investigación se a realizado una labor aceptable, la cual se traduce en diagnósticos locales

y globales que han servido de base para los procesos de planificación, educación y organización de la población; significa entonces, que la investigación a venido representando un proceso metodológico importante, a buen juicio de los trabajadores Sociales, con la limitación que la misma, a decir verdad, no ha alcanzado en el sentido estricto el carácter verdadero de Investigación Participativa. Se han orientado esfuerzos para que la población participe un poco más en la investigación y en general en la acción del programa, pero se está lejos todavía para que lo que se realiza pueda ser tipificado como Investigación Participativa.

Buscando una explicación del porqué la Investigación Participativa no a logrado desarrollar, se ubican factores que han restringido su operativización, estando entre ellos: falta de una capacitación específica teórica-práctica en torno a la Investigación Participativa dirigida a todo personal del programa así como a la población en general, incluyendo a sus dirigentes de sus organizaciones; esta capacitación resulta fundamental para desarrollar el dominio teórico metodológico, las habilidades y destrezas y especialmente, una conciencia sólida de la importancia y necesidad de la investigación participativa para promover procesos con un nuevo estilo de trabajo que supere el paternalismo tradicional y promueva la participación activa de la población.

Por otro lado, no pueden dejar de señalarse las características propias de la población especialmente aquellas de tipo socio-económico que, de alguna manera obstaculiza la incorporación permanente de la población en acciones de desarrollo social propiciada desde las instituciones.

Además, inciden también las condiciones políticas que se manifiestan en actitudes de desconfianza e inseguridad a nivel individual y colectiva.

C.1) La Atención Primaria en Salud:

A manera de reflexión final, es necesario destacar que la implementación por parte del IGSS del programa de Enfermedad común y Materno Infantil a representado una decisión y una práctica con resultados positivos, en tanto se amplían los servicios institucionales y la cobertura de población cubierta por el régimen de seguridad social.

No obstante lo anterior, es necesario señalar que pese al avance que se a dado a través del programa, la proyección continúa teniendo un fuerte peso en materia de medicina curativa, es decir que es cierto que está es necesaria y que no puede dejarse de cubrir, caso contrario se estarían desatendiendo múltiples necesidades que prevalecen en el medio y que se expresan en cuadros críticos de enfermedad.

Lo que se quiere destacar aquí, es que tampoco por atender la medicina curativa, se pase a desatender la medicina preventiva que, como bien se sabe, dentro de una visión integral del proceso de salud-enfermedad desempeña un papel de alto valor.

En dirección de lo antes apuntado, sustentamos que es necesario para fortalecer la APS. que se propugna a través del programa, efectuar una dotación de recursos compatible con las necesidades de fortalecer la medicina preventiva para efectos de ejecutar procesos de educación en salud permanentes, organización de la profesión a todo nivel y proyectos efectivos de saneamientos ambiental. En razón de éste proposito corresponde definir de mejor manera la política de asignación de recursos a nivel de la institución y establecer mecanismos viables de coordinación en interinstitucionales e intersectorial.

CAPITULO IV.

IDEAS BASICAS A MANERA DE PROPUESTA

A. REPLANTEAMIENTO DE LA ACCION PROFESIONAL DE LOS TRABAJADORES SOCIALES EN EL PROGRAMA DE ENFERMEDAD COMUN Y MATERNO INFANTIL:

Buscando caminar en dirección de mejorar la intervención del Trabajador Social, en el Programa de Estudio, son importantes las siguientes reflexiones.

Es indudable que el Trabajador Social dentro del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, tiene una identidad bastante bien definida y limitada al Trabajo Social de Casos, de tal manera que la apertura de un nuevo espacio con mayores posibilidades será un proceso lento y entorpecido de diversas formas.

Al respecto, no puede dejarse pasar desapercibido que siendo el Trabajador Social, parte de un equipo multidisciplinario, no se lograr avanzar a una concepción de complementariedad efectivas de cada una de las profesiones, si no que existe una subordinación de las profesiones médicas hacia las que no pertenecen a este campo, incluidas en estas el Trabajo Social.

Esto lleva a que se privilegien enfoques teóricos-metodológicos donde continúa teniendo fuerte peso la concepción biológica de la enfermedad y la metodología clínica de abordar su tratamiento.

Por otra parte y esto es de mayor peso, la institución de seguridad social en su conjunto, apenas comienza abrir espacio a una visión más amplia de la Seguridad Social, ubicando dentro de muchos otros programas que corresponde desarrollar, la Atención Primaria de Salud. Debido a esto, el apoyo que se brinda

en recursos materiales, equipos y estímulo al personal para que despliegue sus iniciativas no es el mejor.

En el ámbito anterior, fácilmente los Trabajadores Sociales en el programa pueden constituirse en elementos profesionales cuya práctica no trascienda más allá de lo que actualmente están haciendo. Lo que se hace no está mal, pero las necesidades de la población por una parte y las exigencias de avanzar en el desarrollo teórico-práctico con el Trabajo Social exigen mayor nivel de compromiso y redimensionar la función profesional.

En virtud de lo antes expuesto, el Trabajador Social en éste Programa tiene que constituirse en un factor que estimule y promueva con mayor énfasis, entre otros, procesos como los siguientes:

- Permanente análisis y estudio crítico de la naturaleza del programa como expresión operativa de una política social diseñada desde el Estado.
- Insistir en la necesidad de impulsar el trabajo en equipo, con un amplio y verdadero sentido de complementariedad.
- Velar porque se haga efectiva la sustentación teórico-metodológico del programa, que incorpore de manera activa la participación consciente de la población.
- Estimular la coordinación a distinto nivel (interno y externo), inter-institucional e intersectorial, para la utilización más racional de los recursos y el logro de enfoques integrales de desarrollo.
- Sistematización en la evaluación del Programa, para optimizar sus aciertos y corregir en su debido tiempo los desaciertos que puedan existir.
- A nivel propiamente del gremio de los Trabajadores Sociales, recomendamos:
 - . Actuar con criterio unificado en todo aquellas acciones de su competencia.

- . Coordinar el trabajo, estrechando la colaboración y cooperación recíproca.
- . Evaluar conjuntamente la intervención profesional, para formular planteamientos teóricos metodológicos.
- . Constituir círculos de estudio y formación permanente.
- . Socializar el conocimiento y la experiencia generada en el programa con el resto del personal y Trabajadores Sociales ubicados en otras instancias de la institución.

B. LA INVESTIGACION PARTICIPATIVA DEBE OPERATIVIZARSE COMO EJE METODOLOGICO FUNDAMENTAL:

Desde el momento que se asume la Investigación Participativa como la base del proceso metodológico del Programa, se hace indudablemente valorando su importancia, en razón de:

- Profundizar el conocimiento del ámbito de acción del programa para adecuar sus contenidos y estrategias a las necesidades y características de la población.
- Incorporación activa de la población en todos los procesos de trabajo. (Investigación, planificación, organización, movilización de recursos, evaluación etc.).
- Educación social que partiendo de las necesidades en salud se amplíe el estudio crítico de la realidad como una totalidad.

Con estos fundamentos, la Investigación Participativa tiene una verdadera razón de ser y es necesario brindarle todo el apoyo institucional y profesional necesario. Esto implica asignar los recursos financieros necesarios para la formación del personal, dotación de equipo y promoción a nivel de población.

Con esta metodología se orientaría el programa hacia los siguientes logros:

- Dar mayor cobertura a los servicios que están vigentes,

- mejorar las condiciones intra e intersectorial, profundizar la coordinación, regionalización y la descentralización administrativa y el aumento de la participación comunitaria.
- Dar mayor importancia a la organización comunitaria y de las instituciones de salud, e impulsar su administración, analizar conocimiento adoptando medidas para reconceptualizar y revisar los sistemas de salud de ambos niveles.
 - Cumplir con el crecimiento del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, y sus programas pero con eficacia, responsabilidad, estructura y funcionamiento de cada sector, tanto a nivel institucional como a nivel comunal.

Es importante y necesario la articulación de estas posiciones, de manera que dentro de la organización existan comisiones que orienten particularmente en los aspectos de investigación y docencia, y se sistematicen todas las experiencias e informaciones procedentes de la comunidad, de la institución y en determinado momento se pueda convivir dentro de esta diversidad de criterios y poder aceptar las grandes diferencias, pero también es necesario encontrar puntos coincidentes, porque tanto el profesional y la comunidad buscan mejorar las condiciones sociales, unificando las diferencias que impone el sistema

C. EL TRABAJO SOCIAL Y LA INVESTIGACION PARTICIPATIVA:

La posibilidad que tiene la práctica profesional del Trabajo Social en las diversas instituciones, su relación y participación con los sectores populares al actuar en los niveles de Intervención grupal y comunal presenta un proceso de Investigación Participativa, que permite el compartir las experiencias y evaluar la práctica, porque en la medida que se profundice el conocimiento de lo que es y puede ejecutar la comunidad y el profesional, específicamente el Trabajador Social, el cual está en condiciones de contribuir a los cambios sociales, que sin duda deben reformular acciones que lograrán los cambios también

al interior del profesional del Trabajo Social.

La sistematización de experiencias es una instancia que no permite participar y rescatar los aspectos esenciales del quehacer profesional, principalmente vinculándolos con el proceso que se construye y define en la práctica con objetivos concretos, en donde todos los Trabajadores Sociales y líderes comunitarios deben de participar para definir qué, cómo, cuándo y por qué ejecutar acciones y sistematizar las experiencias en base a lo expuesto en esta reflexión y queriendo contribuir en el proceso, se presentan lineamientos generales que permitan abrir, un espacio de reflexión.

Es necesario destacar algunos aspectos, principalmente aquellos donde se refleja un desfase entre teoría y práctica y, la no vinculación con los sectores atendidos, determinando factores que inciden en la aplicación de la Investigación Participativa en la Atención Primaria de Salud, siendo recomendable que al interior de la institución los Trabajadores Sociales, reflexionen y sistematicen en torno a lo que están haciendo y determinando los factores que limitan y fortalezcan su quehacer en la estrategia de la Atención Primaria de Salud, por lo que es importante tomar en cuenta algunos aspectos, tales como: La ubicación que se tiene en las instituciones que contrata sus servicios y la relación de igualdad entre profesionales de otras disciplinas.

Es necesario actualizar los aspectos teóricos, metodológicos y técnicos de los Trabajadores Sociales, para no disociar la teoría y práctica, dándole mayor importancia a la Investigación Participativa como proceso, cuestionando los programas donde ejecuta sus acciones, para no caer en una práctica repetitiva y tradicionalista, teniendo un dominio del proceso metodológico y sus técnicas, presentando identificación entre las funciones y objetivos de la profesión, realizando únicamente tareas que no son de utilidad para el personal bajo nuestra

responsabilidad y los usuarios.

D. LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD:

Este nivel de Atención de la Salud se considera básico por la importancia que brinda a las determinantes socio-económicas y culturales del proceso de Salud-enfermedad.

Por ello, toda acción del Estado en general y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en particular que esté orientada a fortalecer la Atención Primaria de Salud, será siempre bienvenida.

En base al conocimiento, se hace sentir la necesidad de que la Atención Primaria de Salud, sea apoyada con una más efectiva dotación de recursos de todo tipo, para lograr satisfacer las necesidades crecientes que se dan en el campo de la salud, especialmente a nivel de Enfermedad Común y Materno Infantil.

Es necesario alcanzar un mayor grado de convencimiento, sobre todo, de quienes tiene a su cargo las decisiones esenciales, respecto a que es fundamental en el Programa de Enfermedad Común y Materno Infantil, logrando un mejor equilibrio entre los servicios que se proporcionan en el área curativa y los pertenecientes a los del área de medicina preventiva. Esto significa apoyar mucho más los servicios preventivos, con mayor recursos económicos, equipo y personal idóneo.

Lo anterior implica la definición de una política de asignación de recursos mediante el establecimiento riguroso de prioridades; además la concepción de una planificación institucional que alcance un buen grado de complementariedad entre objetivos y metas de corto, mediano y largo plazo.

Otro componente esencial que es necesario fortalecer está

en relación a la coordinación en distintos niveles. Interesa destacar la coordinación intersectorial por la posibilidad de que junto a las acciones del Programa ubicadas más directamente en el campo de la salud, se pueden movilizar recursos para que la población, simultaneo a proyectos sanitarios, pueda desarrollar proyectos que les ayude a mejorar su calidad de vida y a mantener mejores condiciones de salud.

Con estos cuatro aspectos tratado en esta capítulo, referidos a la acción del Trabajo Social, al fortalecimiento de la Investigación Participativa y esta reflexiones finales sobre la Atención Primaria de Salud, damos por cerrado esta tesis, que esperamos sea un aporte positivo, en la búsqueda de mejores condiciones de salud y de vida para la población Guatemalteca y por su puesto, para la consolidación del Programa de Enfermedad Común y Materno Infantil y su expansión necesaria en el futuro a todo el país.

CONCLUSIONES

1. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social con la creación de los nuevos Programas de Enfermedad Común y Materno Infantil, lleva a cabo un paso trascendente en su desarrollo, ampliando sus servicios y aumentando la cobertura poblacional y geográfica.
2. Particularmente, el Programa de enfermedad Común y Materno Infantil, con sede en Departamento de Escuintla, tiene en ésta área un terreno muy fértil para su actuación, por tratarse de una realidad donde la salud es muy precaria y la enfermedad prolifera en alto grado, como expresiones necesarias de las difíciles condiciones económicas y Sociales que viven las mayorías de la población. Esta realidad de Escuintla desde luego, con sus particularidad propias, es una manifestación de la cruda realidad que, en su conjunto, vive Guatemala como país subdesarrollado y dependiente.
3. Estos nuevos espacios que abre el IGSS posibilitan que la profesión de Trabajo Social, expanda y profundice sus funciones, en una área de intervención donde lo dominante a sido el Trabajo Social de Casos. En estos nuevos programas existen condiciones para promover procesos de organización y educación para la movilización popular, buscando mayor grado de efectividad en la acción de la seguridad social en el país, por supuesto, a pesar de haber mejores condiciones en estos Programas todavía el Trabajo Social necesita ubicar y redimensionar mejor sus funciones profesionales.
4. Los resultados prácticos de la Atención Primaria en salud a través de los Programas del IGSS en Escuintla, es indudable que representan un aporte positivo al proceso de salud enfermedad. Sin embargo, se hace sentir la necesidad de alcanzar un mayor equilibrio entre la medicina curativa y la medicina preventiva, para lo cual resulta esencial brindarle un apoyo más decisivo y efectivo a esto

último, sin perjuicio de la primera.

5. La Investigación Participativa como eje metodológico fundamental, no está teniendo el impacto operativo deseable. Debido a esta débil presencia de Investigación Participativa en sentido estricto, la relación del programa con la población está impregnada de verticalismo y asistencialismo, no dando lugar al papel protagónico que debe desempeñar la población en los procesos de desarrollo. Buscando propiciar avances en el Programa de Enfermedad Común y Materno Infantil de Escutia, son de importancia las siguientes reflexiones finales:

- a) A nivel institucional se hace sentir la necesidad de contar con un plan que en base a prioridades y a una racional asignación de recursos, precise los objetivos y metas del programa en el corto, mediano y largo plazo.
- b) Para un abordaje más integral del proceso salud-enfermedad, es necesario el establecimiento de mecanismos precisos de coordinación inter-institucionales e intersectorial a manera que la población junto a los proyectos en materia de salud, pueda ejecutar proyectos en de carácter socio-económico y cultural.
- c) La Investigación Participativa debe fortalecerse como eje metodológico fundamental, brindándole todo el apoyo en recursos financieros materiales y humanos.
- d) El Trabajo Social debe de redimensionar sus funciones fortaleciendo la acción de organización y educación con la población, así como fortaleciendo el Trabajo en equi y la operativización de la Investigación Participativa.

BIBLIOGRAFIA

- BLAUBERG I. "Diccionario Marxista de Filosofía" Edición de Cultura Popular, S.A. México 21 D.F., 1978.
- CELATS. "Movimiento Social Educación Popular y Trabajo Social", Medellín, Colombia, 1986.
- EZEQUIEL, ANDER EGG. "Metodología y Práctica del Desarrollo de la Comunidad", 10a. Edición corregida y aumentada, 6a. reimpresión, Editorial El Ateneo S.A. de C.V. México, 1982.
- EZEQUIEL, ANDER EGG. "Diccionario de Trabajo Social, 10a. Edición corregida y aumentada, 2a. reimpresión, México, 1984.
- DE LEON CARRERA, TOMASA. "Revista Bodas de Plata", Carrera de Trabajo Social Rural, CUNUC, Editorial Universitaria, Guatemala, 1984.
- FALS BORDA, ORLANDO. "Investigación Participativa y Práxis Rural", 1a. Edición, Mosca Azul, Lima, Perú, 1981.
- GARCIA MORALES, SONIA AZUCELLY. "Perspectiva Teórica Metodológica", 1a. Edición, Editorial Impresa de Guatemala, Quetzaltenango, Guatemala, mayo de 1990.
- GEHLERT MATA, CARLOS. "Salud y Enfermedad en Guatemala", 2a. Edición, Editorial Universitaria. Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala, Septiembre de 1984.
- HARNECKER, MARTA. "Los Conceptos Fundamentales del Materialismo Histórico" Siglo XXI, Editores, S.A. México D.F., junio de 1973.
- KISNERMAN, NATALIO. "Introducción al Trabajo Social", Tomo I Editorial Humanista, Buenos Aires, Argentina, 1980.
- LIMA, BORIS. "Contribución a la Epistemología del Trabajo Social". Editorial Humanista, Buenos Aires, Argentina, 1980.
- NUFED. "La Utilización de la Investigación Participativa para la Implementación de Núcleos Familiar Educativo para el Desarrollo", 1a. Edición Documento para el Seminario Sub-Regional, San José Poaquil, Guatemala, marzo de 1980.
- PALMA, DIEGO. "La Práctica Política de los Profesionales, el Caso de Trabajo Social" Publicación del Centro Latinoamericano del T.S. Lima, Perú.

PARDINAS, FELIPE. "Metodología y Técnicas de Investigación, En Ciencias Sociales", 17 Edición, Siglo XXI Editores, S.A., 1987.

RAMIREZ MORALES, CARLOS ARNULFO. "Investigación Científica y su Enfoque Metodológico", Serie Texto de Investigación Científica, No. 1, Segunda Edición, Quetzaltenango, Guatemala, 1986.

RAMIREZ MORALES, CARLOS ARNULFO. "Investigación Científica" Serie de Texto de Investigación Científica No. 2, Segunda Edición, Quetzaltenango, Guatemala, 1986.

ROJAS SORIANO, RAUL, "Guía para Realizar Investigación Social", 8a. Edición, Editorial Imprenta Universitaria, México, D.F. 1985.

ROJAS SORIANO, RAUL. "El Proceso de la Investigación Científica". Editorial Trillas, Segunda Edición, México, 1982.

III CONGRESO NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL "Trabajo Social y Realidad Nacional", Quetzaltenango, Guatemala, 1979.

TECLA, ALFREDO. "Metodología en las Ciencias Sociales", Ediciones Taller Abierto, México D.F., 1980.