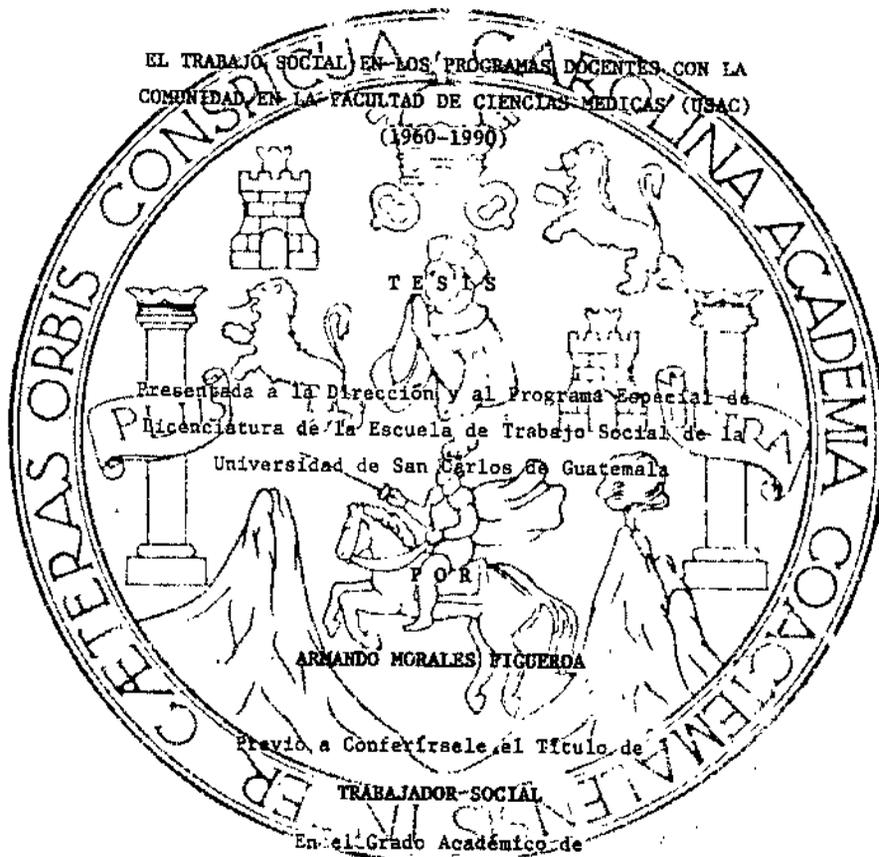


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

EL TRABAJO SOCIAL EN LOS PROGRAMAS DOCENTES CON LA  
COMUNIDAD EN LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS (USAC)  
(1960-1990)



LICENCIADO

Guatemala, Enero de 1,993.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central

DL  
15  
†(673)

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS**

RECTOR: Dr. Alfonso Fuentes Soria  
SECRETARIO: Dr. Marco Antonio Quezada Díaz

**AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

DIRECTOR: Lic. César A. Estrada O.  
SECRETARIA: T.S. Miriam Silda Fuentes

**CONSEJO ACADEMICO  
REPRESENTANTES DOCENTES**

LICENCIADA: Amparo Meléndez  
LICENCIADA: Rebeca Morán  
LICENCIADA: Blanca Mercedes Aroche  
LICENCIADA: Aracely Quiroa de Gómez  
LICENCIADA: Carlota Delgado

**CONSEJO ACADEMICO  
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES**

Bachiller en Computación: Claudia N. Golcher  
Maestra de Educación Primaria: Mayra Elizabeth Mayorga  
Maestra de Educación Primaria: Lourdes F. Ortíz  
Bachiller en Ciencias y Letras: Sandra Verónica López  
Maestra de Educación Primaria: María Luisa Pérez  
Perito Contador: Mario Rolando Velásquez

**TRIBUNAL EXAMINADOR**

DIRECTOR: Lic. César A. Estrada O.  
SECRETARIA: T.S. Miriam Silda Fuentes  
ASESOR: Dr. Carlos Enrique Mazariegos Morales  
REVISOR: Lic. Carlos F. Noriega C.  
COORDINADOR PROGRAMA ESPECIAL  
DE LICENCIATURA: Lic. Edgar Flores González

"ARTICULO 11.- Los autores serán responsables de las opiniones y criterios expresados en sus obras". Reglamento del Consejo Editorial de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Junio 5, 1992

Licenciado  
CESAR ESTRADA OVALLE  
Director  
Escuela de Trabajo Social  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
Presente

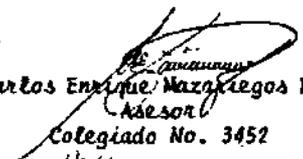
Licenciado Estrada:

A través de la presente tengo a bien informarle que he asesorado el Trabajo de Tesis del Señor Ts. ARMANDO MORALES FIGUEROA, que se titula: "EL TRABAJO SOCIAL EN LOS PROGRAMAS DOCENTES CON LA COMUNIDAD EN LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS" (1960-1990). El mismo fue estructurado y desarrollado apegado al rigor científico de una investigación, considerando los resultados de suma importancia para la Facultad de Ciencias Médicas, ya que con bastante precisión describe los cambios conceptuales de la medicina social, la apertura y disposición del trabajador social en los programas docentes con la comunidad, fundamentado en los documentos existentes sobre el particular y lo más importante en el conocimiento y experiencia logrado a través de 20 años de docencia del Autor en la Facultad de Ciencias Médicas.

Por otro lado, la propuesta metodológica de funciones para el trabajo social en los programas docentes con la comunidad es un aporte importante para reorientar la función de la citada profesión, lo que a todas luces es factible por los aspectos coyunturales entre el médico y el trabajador social, toda vez que la opinión de los profesionales médicos de la Facultad es positiva tal y como se describe en el Capítulo 4o. de la tesis.

Por todo lo anterior, en mi calidad de Asesor me complace emitir un Dictamen favorable sobre el Trabajo de Tesis presentado por el Señor Morales Figueroa.

Atentamente,

  
Dr. Carlos Enrique Mazarecos Morales

Asesor  
Colegiado No. 3452

Dr. Carlos E. Mazarecos M.  
MEDICO Y CIRUJANO

Colegiado No. 3452

CEMM/et.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS  
DE GUATEMALA



ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Edificio S-1, 5º Nivel  
Ciudad Universitaria, Zona 13  
Guatemala, Centroamérica

Teléfonos:  
760790-4 y 760385-83-84, Ext.: 508-889.

DICTAMEN No. 87-29/92

Guatemala,  
25 de noviembre de 1992

Licenciado  
César A. Estrada Ovalle  
Director  
Escuela de Trabajo Social  
Presente

Estimado Licenciado Ovalle:

Por este medio hago de su conocimiento que en esta fecha he concluido el proceso de servisión-orientación de la Tesis, titulada: "EL TRABAJO SOCIAL EN LOS PROGRAMAS DOCENTES CON LA COMUNIDAD EN LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS" (1960-1990), presentado al Area de Tesis por el T. S. Amando Morales Figueroa, proceso que inicié al ser designado por el Coordinador del Programa Especial de Licenciatura, Lic. Edgar Flores González según nota REF. LTS.-106/90 del 12 de octubre de 1990.

Considerando que la Tesis señalada cumple con los requisitos y calidades exigidas por la Escuela para un trabajo de tal naturaleza, la doy por APROBADO, recomendando su impresión para que el sustentante pueda someterse al examen de graduación correspondiente.

Atentamente,

"D Y ENSEÑAD A TODOS"

  
Lic. Carlos F. Noriega Castillo  
Investigador-Revisor  
Area de Tesis - PEL

CFNC/grs  
cc: archivo





CURLA DE TRABAJO SOCIAL

Edificio S-1, 8º Nivel  
Ciudad Universitaria, Zona 18  
Guatemala, Centroamérica  
Teléfonos:  
8790-4 y 760953-86-88, Ext. 888-889

Guatemala,  
26 de noviembre de 1992

Licenciado  
César A. Estrada Ovalle  
Director  
Escuela de Trabajo Social  
Edificio

Señor Director:

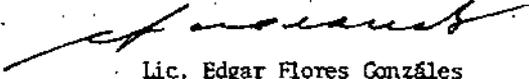
De la manera más atenta me dirijo a usted, adjuntándole para su conocimiento y efecto consiguiente, el Informe Final de Tesis: "EL TRABAJO SOCIAL EN LOS PROGRAMAS DOCENTES CON LA COMUNIDAD EN LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS" (1960-1990), presentado por el estudiante, Armando Morales Figueroa.

El dictamen lo rindió favorablemente, el Lic. Carlos F. Noriega Castillo, en el oficio No. 87-29/92.

Al agradecerle su atención, quedo deferente servidor.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

  
Lic. Edgar Flores González  
Coordinador  
Programa Especial de Licenciatura

EFG/grs  
cc: archivo



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS  
DE GUATEMALA



ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Edificio 5-1, 2º Nivel  
Ciudad Universitaria, Zona 12  
Guatemala, Centroamérica

Teléfonos:

60955-86-88, Ext.: 288-289

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL. UNIVERSIDAD DE SAN  
CARLOS DE GUATEMALA.-----

En vista de los dictámenes favorables que anteceden del Dr. Carlos Enrique Mazariegos Morales y del Lic. Carlos F. Noriega Castillo, en calidad de Asesor y Revisor respectivamente, esta Dirección autoriza la impresión de la tesis "EL TRABAJO SOCIAL EN LOS PROGRAMAS DOCENTES CON LA COMUNIDAD EN LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS" (1960-1990) presentado por Armando Morales Figueroa, previo a conferírsele el título de Trabajador Social en el grado de LICENCIADO - una vez haya sustentado el examen respectivo.

En la ciudad de Guatemala, a los veintiseis días del mes de noviembre de mil novecientos noventa y dos.



"DID Y ENSEÑAD A TODOS"

*César A. Estrada O.*  
Lic. César A. Estrada O.  
Director

## I N D I C E

	Pág.No.
INTRODUCCION	I
CAPITULO 1	
MARCO TEORICO	1
1.1 EL CONCEPTO DE MEDICINA COMO CIENCIA SOCIAL	1
1.2 LA MEDICINA SOCIAL EN LOS CAMBIOS CONCEPTUALES Y METODOLOGICOS DE LA DOCENCIA EN LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, USAC	9
1.2.1 LAS REFORMAS GLOBALES DE 1969	10
1.3 LA DOCENCIA, INVESTIGACION Y SERVICIO COMO ELEMENTOS ESENCIALES	13
1.4 CONCLUSION	14
1.5 FUNDAMENTACION CONCEPTUAL	15
1.5.1 PROGRAMA DOCENTE CON LA COMUNIDAD	15
1.5.2 SALUD-ENFERMEDAD	17
1.5.3 COMUNIDAD	18
1.5.4 PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD	19
1.5.5 ATENCION PRIMARIA EN SALUD	20
CAPITULO 2	
EL TRABAJO SOCIAL EN LOS PROGRAMAS DOCENTES CON LA COMUNIDAD DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, USAC	22
2.1 APERTURA DEL ESPACIO PROFESIONAL	22
2.2 EL TRABAJO SOCIAL A PARTIR DE 1969	23
2.3 EL TRABAJO SOCIAL ESPECIFICAMENTE EN EL PROGRAMA DE MEDICINA DE LA COLECTIVIDAD (1983-1990)	26
2.3.1 EL PROGRAMA DE MEDICINA DE LA COLECTIVIDAD	26
2.3.2 TAREAS ASIGNADAS AL TRABAJADOR SOCIAL EN FUNCION DE LA PRACTICA	30
2.3.3 TAREAS EN LA PRACTICA DE CAMPO	32
2.3.4 TAREAS EN LAS VISITAS DE OBSERVACION	33
2.3.5 TAREAS DE EVALUACION	34
2.3.6 DOCENCIA DIRECTA	34
2.3.7 OTRAS ACTIVIDADES	35
2.3.8 CONCLUSIONES	35

CAPITULO 3	
EL PERFIL ACADEMICO DEL TRABAJADOR SOCIAL Y UNA PROPUESTA METODOLOGICA PARA SUS FUNCIONES EN LOS PROGRAMAS DOCENTES CON LA COMUNIDAD	37
3.1 JUSTIFICACION	37
3.2 PERFIL ACADEMICO DEL TRABAJADOR SOCIAL	38
3.2.1 LICENCIATURA DE TRABAJO SOCIAL	40
3.3 CONCEPCION DEL TRABAJO SOCIAL	41
3.4 PROPUESTA METODOLOGICA DE FUNCIONES PARA EL TRABAJO SOCIAL EN LOS PROGRAMAS DOCENTES CON LA COMUNIDAD	43
3.4.1 DOCENCIA	43
3.4.2 INVESTIGACION	45
3.4.3 SERVICIO	47
3.5 ASPECTOS COYUNTURALES ENTRE EL TRABAJO MEDICO Y EL TRABAJO SOCIAL	51
3.6 EL TRABAJO EN EQUIPO	53
CAPITULO 4	
ACEPTACION Y CONOCIMIENTO DEL TRABAJO SOCIAL DENTRO DE LA PROFESION MEDICA, EN LOS PROGRAMAS DOCENTES DE LA COMUNIDAD	56
1 TRABAJO DE CAMPO	56
2 PRESENTACION, INTERPRETACION Y ANALISIS DE RESULTADOS	59
4.2.1 TIEMPO DE RELACION PROFESIONAL ENTRE EL MEDICO Y EL TRABAJADOR SOCIAL	59
4.2.2 CONOCIMIENTO QUE LOS PROFESIONALES DE LA MEDICINA TIENEN DEL TRABAJO SOCIAL	60
4.2.3 OPINION SOBRE LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO SOCIAL	62
4.2.4 DEBE O NO TENER EL TRABAJADOR SOCIAL LAS MISMAS ATRIBUCIONES DENTRO DEL EQUIPO	63
4.2.5 DE LA FUNCION DEL TRABAJADOR SOCIAL, EN LOS COMPONENTES DE SERVICIO, INVESTIGACION Y DOCENCIA	64
4.2.6 ACTITUD HACIA EL ESPACIO PROFESIONAL DEL TRABAJO SOCIAL	66
4.2.7 COYUNTURA Y RELACION ENTRE EL TRABAJO MEDICO Y EL TRABAJO SOCIAL	67
4.2.8 CONCLUSIONES	73
CONCLUSIONES	74
RECOMENDACIONES	6
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	

## I N T R O D U C C I O N

El espacio profesional para el Trabajo Social, se inicia con los cambios conceptuales y metodológicos de la docencia en la Facultad de Ciencias Médicas en 1960, cuando se le involucró dentro de un equipo multiprofesional responsable de la supervisión de un Programa de Observación Familiar que realizaban estudiantes del Segundo Año de la carrera, en la Colonia "La Florida", del Municipio de Mixco, la cual fue anexada a la Capital por Acuerdo Presidencial publicado en el Diario Oficial, el 22 de julio de 1958, siendo así, hoy, Zona 19.

La inquietud para la realización del presente estudio, surge ante la percepción, después de treinta años, en que a pesar del prestigio y respeto logrado en la docencia con los profesionales de la Medicina, el rol del Trabajador Social aún no ha sido definido con claridad y exactitud, percibiéndose también subordinación a la profesión Médica, derivada del desconocimiento en cuanto al nivel académico y perfil profesional del Trabajador Social.

En cuanto a los objetivos propuestos, fueron:

### GENERALES:

1. Proporcionar a los profesionales de la Medicina un marco referencial de relación con el Trabajo Social profesional.
2. Proporcionar a los profesionales de Trabajo Social, los elementos de un marco referencial para el ejercicio de la profesión en los Programas Docentes con la comunidad de la Facultad de Ciencias Médicas.

## II

### ESPECIFICOS:

1. Indagar el grado de aceptación y conocimiento que tienen del Trabajo Social profesional, los profesionales de la Medicina.

2. Determinar los aspectos coyunturales y de relación entre la profesión Médica y el Trabajo Social, en la docencia, investigación y servicio a través de los Programas Docentes con la comunidad.

3. Presentar una propuesta de acción metodológica que sirva de marco referencial para el ejercicio de la profesión de Trabajo Social en los Programas Docentes con la comunidad y de marco referencial de relación de los profesionales de la Medicina con el Trabajo Social profesional, en la docencia, investigación y servicio.

### HIPOTESIS:

1. A menor conocimiento del perfil profesional y de los roles del Trabajo Social entre los profesionales de la Medicina, mayor será la subordinación del Trabajo Social al trabajo Médico, por el desconocimiento de los aspectos coyunturales y de relación que establecen la convergencia entre ambas profesiones.

2. Una propuesta de acción metodológica que norme con claridad y exactitud el carácter científico y representatividad del Trabajo Social en los Programas Docentes con la comunidad, permitirá ubicar el rol del Trabajador Social en los Programas Docentes con la comunidad y evitar la subordinación del Trabajo Social a la profesión Médica.

La investigación se realizó tomando como unidad de análisis una

### III

muestra del 67.69% de los profesionales de la Medicina que compartieron experiencias con el Trabajo Social en los Programas Docentes con la comunidad, durante el período comprendido entre el año 1960 a 1990; realizándose el trabajo de campo, entre abril y junio de 1991.

El contexto del estudio comprende cuatro capítulos:

CAPITULO I. EL MARCO TEORICO que parte del CONCEPTO DE MEDICINA COMO CIENCIA SOCIAL y la evolución del concepto en la búsqueda de la visión integral entre lo biológico, clínico y social; hasta la década de los años 80, cuando los expertos en la materia consideran que la culminación de ese proceso de integración aún no se ha logrado y que hay mucho por hacer para lograr la idea del compromiso del Médico con la sociedad.

La siguiente faceta del Capítulo I, nos introduce a la influencia del CONCEPTO DE MEDICINA SOCIAL EN LOS CAMBIOS CONCEPTUALES Y METODOLOGICOS DE LA DOCENCIA EN LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, con énfasis en las reformas globales de 1969 ya que como se puntualiza, a partir de aquel momento histórico, aparece una clara conciencia de los estrechos lazos que existen entre las condiciones sociales y los problemas médicos y el desarrollo de la idea de Medicina como Ciencia Social y por ende una formulación más clara y precisa de dicho concepto.

El Capítulo I, se cierra con la FUNDAMENTACION CONCEPTUAL, con los aspectos claves de interés en el estudio: Programa Docente con la Comunidad; salud-enfermedad; comunidad; participación de la comunidad y Atención Primaria en Salud.

CAPITULO 2. Se hace referencia al TRABAJO SOCIAL EN LOS PROGRAMAS DOCENTES CON LA COMUNIDAD, desde la apertura del espacio profesional en 1960. Se enfatiza nuevamente en el año 1969, ya que el nuevo plan curricular implicó la participación de un equipo multiprofesional y multidisciplinario, lo cual consolidó el Trabajo Social en la docencia en la Facultad de Ciencias Médicas, dándosele participación en múltiples actividades que le dieron aceptación y prestigio a la profesión, pero sin una definición clara y precisa de los roles, de acuerdo al nivel académico y perfil profesional del Trabajo Social.

Continúa el Capítulo 2, haciendo referencia a la apertura de un nuevo espacio profesional para el Trabajo Social, en el Programa de Medicina de la Colectividad del Tercer Año de la carrera, de 1983 a 1990. Esto es importante, ya que revisando las tareas asignadas, se encuentra una ligera aproximación al rol del Trabajador Social. Sin embargo, se evidencia que las funciones del Trabajador Social aún no han sido bien comprendidas y por otra parte, no han sido definidas con la claridad y exactitud necesarias.

CAPITULO 3. Contiene la PROPUESTA METODOLOGICA PARA LA PARTICIPACION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LOS PROGRAMAS DOCENTES CON LA COMUNIDAD, principiando por su justificación, continuando con el perfil académico del Trabajador Social; la concepción del Trabajo Social; los roles del Trabajador Social en sus funciones de docencia, investigación y servicio; finalmente, los aspectos coyunturales entre el trabajo Médico y el Trabajo Social y la importancia del trabajo en equipo entre ambas profesiones.

CAPITULO 4. Contiene los resultados de la investigación sobre

la ACEPTACION Y CONOCIMIENTO DEL TRABAJO SOCIAL, DE LOS PROFESIONALES DE LA MEDICINA QUE HAN COMPARTIDO EXPERIENCIAS en la docencia con profesionales de Trabajo Social.

Los hallazgos comprueban que, a pesar del tiempo de compartir experiencias (hasta 20 años), hay desconocimiento del nivel académico y del perfil profesional del Trabajador Social y que los profesionales de la medicina sí reconocen la importancia del Trabajador Social, pero sólo como elemento de apoyo, para tratar fenómenos aislados o separados del hecho social.

Los aspectos coyunturales y de relación entre el trabajo Médico y el Trabajo Social son satisfactorios, principalmente en lo referente a las relaciones interpersonales, lo cual demuestra que el aspecto afectivo entre el trabajo Médico y el Trabajo Social es positivo y que el Trabajador Social tiene plena aceptación en su relación profesional.

Finalmente, es importante señalar que con el presente estudio, se ha hecho el primer intento de ubicar el Trabajo Social en este campo; habiéndose realizado con la atención y esmero que el caso amerita, como un aporte para la Facultad de Ciencias Médicas y para la Escuela de Trabajo Social a quienes el autor se debe profesionalmente.

## CAPITULO 1

### MARCO TEORICO

#### 1.1 EL CONCEPTO DE MEDICINA COMO CIENCIA SOCIAL:

De los problemas sociales provocados por la industrialización en el Siglo XIX, aparece el concepto de Medicina como Ciencia Social. La industria produjo un nuevo grupo social, los obreros, lo cual trajo como consecuencia, un desajuste en las relaciones de producción existentes, "ocasionando el crecimiento acelerado y desordenado de las ciudades, con masa de trabajadores viviendo en condiciones infrahumanas". 1/ Como consecuencia, hubo incremento notable de las enfermedades y desde luego, todos los otros problemas sociales concomitantes (promiscuidad, miseria, delincuencia, etc.).

Los hospitales escasearon, por lo que los Médicos daban atención domiciliaria y en los centros de trabajo, descubriéndose el problema social en el fenómeno salud-enfermedad, es decir la existencia de factores en el ambiente que influyen en la mala salud de la población.

RUDOLF VIRCHOW (1848), fue un distinguido investigador impulsor de la justicia social en Alemania. Lanzó su concepto revolucionario de la Medicina: "LA MEDICINA ES UNA CIENCIA SOCIAL Y LA POLITICA NO ES MAS QUE MEDICINA EN GRAN ESCALA". 2/ Así desde entonces, se llegó a comprender que no sólo las ciencias biológicas llevan la comprensión del fenómeno

- 
- 1/ Carlos Quiróz Salinas. Enseñanza de los Aspectos Integrales de la Salud o Aspectos Médico-Sociales: Historia y Situación Actual. Educación Médica y Salud. Vol. 12 No. 1 (1978). Pág. 39.
- 2/ Salud, Problema, Práctica Médica y Política Sanitaria. Salud y Sociedad. U.A.M. Verona, 1985. Págs. 14-15.

salud-enfermedad, sino que existe un componente socio-económico.

Otros Médicos alemanes compartían los puntos de vista de Virchow, entre ellos Salomón Newmann y Leubuscher, (1848).

NEWMANN afirmaba: "LA CIENCIA MEDICA ES INTRINSECA Y ESENCIALMENTE UNA CIENCIA SOCIAL Y MIENTRAS ESTO NO SE RECONOZCA EN LA PRACTICA NO SEREMOS CAPACES DE DISFRUTAR SUS BENEFICIOS Y NOS TENDREMOS QUE CONFORMAR CON UNA CONCHA VACIA Y UNA SIMULACION".

LEUBUSCHER también afirmaba: "LA MEDICINA ES UNA CIENCIA SOCIAL PURAMENTE". 3/ Pero él iba más allá, señalaba que a la idea aún le faltaba un contenido práctico.

Es evidente que Virchow y sus colaboradores fueron los pioneros, pero desafortunadamente, el movimiento reformista médico, termina con la derrota de la Revolución en 1848.

Posteriormente la Medicina entra el cientificismo, marginándose los componentes económicos, sociales, políticos y culturales, etc., en los cuales ya se había avanzado en la idea de la Medicina como Ciencia Social.

#### DECADA-1950

El decenio de los años 50, representó un enfoque eminentemente biologista de la Medicina del continente, estando influenciado por el Informe Flexner que se produce en los Estados Unidos de América en el

---

3/ IBID. Salud Problema. Pág. 1.

año 1910, siendo así que se le conoce como "era flexneriana".

El Informe Flexner "institucionalizó un paradigma de la medicina en el cual las relaciones de la medicina y la sociedad se ocultan y el modelo niega el origen social de la enfermedad". 4/

#### LOS SEMINARIOS DE VIÑA DEL MAR (CHILE) Y TEHUACAN (MEXICO):

Dichos Seminarios se realizaron en 1955 y 1956 respectivamente y son de trascendental importancia, ya que fueron organizados por la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.) para consolidar específicamente la enseñanza de la Medicina Preventiva y Social en la América Latina.

En el Seminario realizado en Tehuacán del 23 al 28 de abril de 1956, se hicieron representar los países centroamericanos y del Caribe. Guatemala concurreció "siendo sus representantes el Decano de la Facultad de Ciencias Médicas y el Catedrático Titular de Higiene y Medicina Preventiva y Social y al Doctor Manuel Antonio Girón Mena". 5/

En la filosofía de la educación propuesta en los Seminarios en referencia, se insistía en: "La atención integral del individuo y su familia; en la formación biopsicosocial; en la práctica de la medicina integral: preventiva, curativa y de rehabilitación y en el conocimiento y participación en la solución de los problemas de salud de la comuni -

---

4/ Isabel Rodríguez y Ramón Villarreal. La Administración del Conocimiento, lo Biológico y lo Social en la Formación del Personal de Salud en América Latina. O.P.S. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Washington, PASCAP: 1987. Pág. 5.

5/ Manuel Antonio Girón Mena. Medicina Social. Editorial Universitaria, Vol. 47. Guatemala, 1964. Pág. 39.

dad". 6/

Es importante señalar que las ciencias sociales no se aplicaron al análisis de los problemas de salud en el contexto social.

Es así que no se favoreció una visión integral del hombre, hasta la realización de la Primera Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina realizada en México, en septiembre de 1957, en cuyas conclusiones se señala como objetivos inmediatos de la Educación Médica: "proporcionar al estudiante conocimientos científicos y humanísticos necesarios, para una comprensión integral del hombre en sus relaciones humanas y con el medio ambiente". 7/

Aún no se plantea la necesidad de desarrollar paralelamente los aspectos sociales de la Medicina pero se da un salto cualitativo al intentarse la incorporación de la enseñanza de la Salud Pública y de la Medicina Preventiva.

La enseñanza de los aspectos preventivos va acompañada superficialmente de los factores económicos sociales como condicionantes, con la misma característica de los conocimientos biomédicos, con una interpretación superficial del contenido social y sin una comprensión objetiva de las estructuras económicas. Da como resultado profesionales de las ciencias de salud y especialistas en Medicina Preventiva y Social.

---

6/ O.P.S. Seminario sobre la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social. Viña del Mar, Chile, 1955 y Tehuacán, México, 1956. Washington, 1976. Publicación Científica No. 324. Pág. 5.

7/ Unión de Universidades de la América Latina (UDUAL). Declaración de México sobre Educación Médica en América Latina. Conclusiones de la I Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina. México, 1957. (Mimeografiado). Pág. 13.

#### DECADA-1960

La década de los años 60, especialmente en su segunda etapa, fue de grandes avances en la orientación de los esfuerzos para integración entre lo biológico, lo clínico y lo social, formulándose con claridad la necesidad de su integración. Se realizaron reuniones continentales, ministeriales y universitarias.

El conductismo influye en la enseñanza de las ciencias sociales, buscándose en las ciencias de la conducta los caminos para construir una teoría social.

Crece notablemente el interés por considerar la salud "como un componente del desarrollo económico y social de un país, para ponerse a tono con el movimiento continental que nació en Punta del Este en 1962, a raíz de la Alianza para El Progreso". 8/

En esta década queda abierto el camino para la consolidación de la Medicina Social. Se busca la integración entre lo biológico, lo clínico y las ciencias de la conducta, pero sin compromiso con la sociedad y la participación de la comunidad a través de la concientización es un fenómeno que despierta interés en América Latina.

"Este período es decisivo para el estudio, enfoque crítico y orientación futura de las ciencias sociales en el Continente". 9/

#### DECADA-1970

En la década de los años 70, se consolida la Medicina Social y se

---

8/ Carlos Quiróz, Op. Cit. Pág. 1.

9/ Rodríguez y Villarreal, Op. Cit. Pág. 3.

profundiza el objeto de estudio en dicho campo.

La Tercera Reunión de Ministros de Salud de las América (Chile 1972) reconoció definir y ejecutar políticas y estrategias de salud incorporadas al desarrollo económico y social, por lo que se propuso como uno de sus requisitos "asegurar la más amplia e intensa participación de todos los niveles del sector y especialmente la participación de la comunidad en su conjunto". 10/

En la Segunda Reunión sobre la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social en las Escuelas de Medicina de la América Latina (1974), se define la Medicina Social como el "campo de la práctica y conocimientos relacionados con la salud y como su preocupación principal propone estudiar la sociedad, analizar las formas, corrientes de interpretación de los problemas de salud y de la práctica médica". 11/

La Primera Reunión sobre Principios Básicos para el Desarrollo de la Educación Médica Latinoamericana, realizada en Caracas, Venezuela en 1976, influenciada por el marco teórico de la Segunda Reunión sobre la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social, en sus conclusiones propone "una visión integral del hombre: biológica, psicológica y social".

La Reunión en Caracas innovó la Educación Médica, ya que se integra la docencia-servicio y se aplican las Ciencias Sociales al proceso salud-enfermedad en interacción con las ciencias biológicas, dándose prioridad a la atención primaria en salud, a través de un enfoque

---

10/ O.P.S. III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. (Santiago, Chile 2-9 de Octubre de 1972). Informe Final. Plan Desarrollo de Salud. Washington D.C. 1973. (Doc. Oficial). Pág. 118.

11/ O.M.S. Segunda Reunión para la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social. Washington, D.C. 1974. Publicación Científica 324. Pág.40.

interdisciplinario, teniendo como centro de interés la comunidad.

En 1977 se realiza la Cuarta Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas en la sede de la O.P.S., en Washington D.C., el 26 y 27 de septiembre de 1977, con la delegación de 28 gobiernos miembros de la O.P.S.; de los informes presentados por los gobiernos se desprenden las siguientes conclusiones:

"Se reafirmó unánimemente que el derecho de salud es prerrogativa del ser humano para que pueda reclamar distribución equitativa de oportunidades y de servicios que contribuyan a asegurar, para sí mismo y para todos, el logro del nivel más alto posible de bienestar físico, mental y social. Es responsabilidad del Estado garantizar el ejercicio de ese derecho en toda su plenitud". 12/

En todos los informes aparece la idea de que, para el adecuado desarrollo social y económico de los pueblos es esencial que la comunidad disfrute de los niveles óptimos de salud en toda la población, como meta común de los países de las Américas.

"En 1978 se realiza la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, en Alma Ata, Capital de la República Socialista Soviética de Kazakstan U.R.S.S., del 6 al 12 de septiembre de 1978, patrocinada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo y de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)". 13/

---

12/ O.P.S.-O.M.S. Extensión de la Cobertura de Servicios de Salud con las Estrategias de Atención Primaria y Participación de la Comunidad. Resumen de la Situación en la Región de las Américas. Washington, 1978. Doc. Oficial 156. Pág. 3.

13/ O.M.S.-UNICEF. Atención Primaria de Salud. Informa de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de Septiembre de 1978. Pág. 13.

El Doctor Manuel Antonio Girón Mena, pionero de la Medicina Preventiva y Social en Guatemala, refiriéndose a la Declaración de Alma Ata, dice: "Es lo más hermoso que he conocido en Salud Pública. En ese documento trascendental se pone énfasis en la necesidad del desarrollo económico y social para reducir el foso que separa a los países en desarrollo y a los países desarrollados en cuanto a su estado de salud; se indica que el pueblo tiene derecho a participar individual y colectivamente en su atención de salud puesto al alcance del individuo, la familia y la comunidad, se orienta a dar servicios de promoción, tratamiento y rehabilitación, se hace notar que además del sector sanitario, la atención médica involucra a los sectores principales de servicios públicos por lo que es multidisciplinaria".

#### DECADA-1980

Finaliza la década de los 80, los expertos en la materia consideran que la culminación del proceso de integración de lo social y lo biológico en medicina aún no se ha logrado y que hay mucho por hacer para lograr la idea del compromiso del médico con la sociedad.

El concepto de ciencia social, por ejemplo: estructura social, institución, organización social no ha sido examinado en su complejidad para determinar cuan útil puede ser el tratamiento de los problemas de salud-enfermedad. "Los autores analizan los años del decenio de 1980 como una etapa inconclusa de culminación del proceso de integración de lo social y lo biológico en medicina con la inclusión de la idea del compromiso del médico con la sociedad". 14/

---

14/ Rodríguez y Villarreal. Op. Cit. Pág. 2.

## 1.2 LA MEDICINA SOCIAL EN LOS CAMBIOS CONCEPTUALES Y METODOLOGICOS DE LA DOCENCIA EN LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS-USAC:

Desde 1945 se empieza a observar la preocupación en la Facultad de Ciencias Médicas por la enseñanza de la Medicina Preventiva y Social, con temas eminentemente teóricos de Salud Pública y Problemas Sociales.

"La representación de Guatemala a través del Decano en funciones Doctor José Fajardo y el Doctor Manuel Antonio Girón Mena en el Seminario Latinoamericano de la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social, celebrado en Tehuacán-México, del 23 al 28 de abril de 1956, despertó muchas inquietudes entre los docentes, surgiendo una mejor comprensión del concepto de la Medicina como Ciencia Social". 15/

En 1957, la Facultad de Ciencias Médicas influenciada por dicho acontecimiento (Seminario en Tehuacán-México), dentro de un nuevo plan de estudios incluyó asignaturas como Antropología Social y Bioestadística, las cuales están íntimamente ligadas con la Salud Pública.

"En 1959, con el entusiasmo e inquietud de una comisión de catedráticos que estaban conscientes, no sólo del cambio curricular con la Medicina Preventiva y Social, sino también, hacia una nueva metodología educativa, se creó el Departamento de Medicina Preventiva y Social. Fungió como Decano el Doctor Francisco Alarcón Benítez y su primer Director fue el Doctor Manuel Antonio Girón Mena. Este hecho es el punto de partida de las acciones docentes con la comunidad". 16/

---

15/ Girón Mena, Op. Cit. Pág. 6.

16/ USAC. Boletín Universitario. Departamento de Medicina Preventiva Social en Ciencias Médicas. Año XIII. Guatemala, Octubre de 1959. Pág. 1.

Sieta años más tarde, en 1966, se realiza el Primer Congreso de Servicio Social Universitario y con base en aquel histórico evento, en 1967 la Facultad de Ciencias Médicas pone en marcha el Internado Rotatorio de Medicina Preventiva, para aplicarse en servicios de salud (2 meses de duración en las poblaciones de Amatitlán y San Juan Sacatepéquez). Así empiezan a tener relevancia las actividades fuera del hospital. Desafortunadamente esos aspectos no se lograron en la magnitud de lo establecido, pero constituyen un paso importante y prácticamente el inicio de una serie de aspectos conceptuales y metodológicos para el cambio operado más tarde en la Facultad de Ciencias Médicas en 1969.

#### 1.2.1 LAS REFORMAS GLOBALES DE 1969:

La Facultad de Ciencias Médicas a partir de 1969, con el cambio curricular avalado por el Acta de Reformas Globales (Acta No. 994, Punto Quinto del 11 de enero de 1969), aprobada por el Consejo Superior Universitario el 10. de Febrero de dicho año, "permite establecer una serie de hechos reales, en el que se destaca la definición del Médico que el país necesita y al de encontrar en los problemas reales de la población, la base del quehacer médico". 17/

El plan de estudios vigente de la Facultad de Ciencias Médicas; los objetivos generales y los objetivos de pre-grado, se encuentran plasmados en el documento de Reformas Globales. A continuación, su contenido:

EL NUEVO PLAN CURRICULAR: Se organiza la administración docente en tres FASES:

---

17/ Héctor A. Nuñia G. Desarrollo y Perspectivas Futuras de los Programas Experiencias Docentes con la Comunidad de La Fase III. Boletín Informativo, Facultad de Ciencias Médicas, USAC. Enero-Febrero 1979. Pág. 10.

FASE I: Comprende Primero y Segundo Año, con énfasis en el estudio del hombre, la familia y la colectividad sana.

FASE II: Comprende Tercero y Cuarto Año, con énfasis en el estudio del hombre, la familia y la colectividad enferma.

FASE III: Comprende Quinto y Sexto Año, que enfatiza en la aplicación y reforzamiento de los conocimientos adquiridos previamente, mediante prácticas hospitalarias de campo para la adquisición de habilidades y destrezas y de las técnicas de protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Los contenidos generales se organizan en tres grandes áreas: Ciencias Biológicas, Ciencias Clínicas y Ciencias de la Conducta que en sentido vertical se enlazan interdisciplinariamente en cada nivel curricular.

Indiscutiblemente, la concepción social en relación con la salud-enfermedad constituye un salto cualitativo en la Facultad de Ciencias Médicas. A partir de aquel momento histórico aparece una clara conciencia de los estrechos lazos que existan entre las condiciones sociales y los problemas médicos y el desarrollo de la idea de la Medicina como una ciencia social y una formulación más precisa y clara del concepto de Medicina Social, así lo revelan claramente los Objetivos Generales de la Facultad y los Objetivos Pre-grado.

#### OBJETIVOS GENERALES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS:

1. Formar adecuadamente los recursos humanos que necesita el sector salud del país.

2. Investigar los problemas de salud de Guatemala para encontrar las soluciones más adecuadas, tomando en consideración la situación general de desarrollo del país.

3. Propiciar la adecuada planificación de salud nacional.

4. Utilizar óptimamente los recursos de la Universidad de San Carlos y las de otras instituciones con el objeto de tener mejor rendimiento de ellos y evitar duplicaciones de esfuerzo.

#### OBJETIVOS PARA LA EDUCACION PRE-GRADO:

1. Formar un médico general que esté en capacidad de hacer frente a los problemas de salud del país en la forma más adecuada y con las características siguientes:

a) Que sea consciente de los problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad.

b) Que conozca la estructura de la familia y la comunidad guatemalteca y las fuerzas que sobre ellas actúan para conservar o perder la salud.

c) Que conozca el medio económico social que es sede de su ejercicio profesional.

2. Formar un médico general que tenga la habilidad suficiente de encontrar soluciones adecuadas a los problemas que se presenten durante el ejercicio profesional, con los recursos tecnológicos a su alcance.

3. Formar un médico general que pueda actuar como líder o miembro de un grupo multidisciplinario cuyo objetivo es buscarle solución a los problemas de Guatemala en materia de salud.

4. Formar un médico general con suficiente preparación científica que le permita comprender la problemática general de la atención de la salud en forma adecuada, investigar sus causas y proponer soluciones.

5. Formar un médico general que sea capaz de poder autoeducarse después de que obtenga el grado académico y que sea consciente de sus propias limitaciones y las de su conocimiento.

El Doctor Rolando Luna Azurdia, refiriéndose al nuevo Plan de Estudios Pre-grado, dentro de las Reformas Globales de 1969, dice: "Se busca realizar una estructura que integre conceptos biológicos, psicodinámicos y sociales en una práctica de docencia, servicio e investigación sobre los problemas de salud-enfermedad de los guatemaltecos. Se pretende formar al estudiante en una metodología de pensamiento, de observación y de evaluación para poder tomar decisiones basadas en conocimientos científicos y actuar con la responsabilidad requerida del médico para con el individuo, la familia y la colectividad".

La unidad de trabajo de la Facultad para lograr el enfoque integrado de la tres ciencias, responde a la naturaleza multicausal de la problemática de salud-enfermedad y las características multidisciplinarias de los modos de resolverlos.

### 1.3 LA DOCENCIA, INVESTIGACION Y SERVICIO COMO ELEMENTOS ESENCIALES:

A partir de 1969, la DOCENCIA, INVESTIGACION Y SERVICIO en la

Facultad de Ciencias Médicas, son los elementos esenciales a través de los cuales se busca lograr los objetivos de pre-grado y los particulares de la Facultad tomando como epicentro al estudiante.

Así los Programas Docentes con la Comunidad se basan en dichos elementos que se interrelacionan mutuamente y que se traducen en tres estrategias metodológicas de trabajo, integrado: la integración docente asistencial, la investigación como eje de la docencia e instrumento básico de la práctica y el quehacer en la realización de los servicios. Dentro de la integración multidisciplinaria docente asistencial, se busca la concepción integral de la medicina, estudiando el problema salud-enfermedad en el individuo, la familia y la sociedad integrando las ciencias biológicas, clínicas y de la conducta a través de la vinculación de la teoría y la práctica y viceversa trabajándose así en la realidad y no sólo en el aula.

En el aprendizaje se hace énfasis en el sistema independiente (auto-aprendizaje) y en el trabajo en equipo para desarrollar la mentalidad crítica en el profesor y el alumno, pero sigue predominando la actividad en el aula.

#### 1.4 CONCLUSION:

Desde 1969, una de las más significativas preocupaciones en el quehacer de la Facultad de Ciencias Médicas, es la búsqueda de que su producto profesional y conocimiento, guarden relación con las necesidades de la sociedad. Como parte de ello, se ensayan nuevas y distintas formas de enseñanza tratando de encaminarse más segura y adecuadamente hacia la producción de un conocimiento y la formación de un profesional congruente con la realidad concreta donde ejercerá y que incida favorablemente en los

problemas que experimenta nuestra sociedad, "eso ha significado romper los moldes del currículum calcado en las Escuelas de Medicina extranjeras, la incorporación de las ciencias sociales al estudio de la causalidad de los problemas y la preparación en teoría y la práctica de la realidad nacional de los estudiantes". 18/

Para la realización de estos objetivos se ha desarrollado en las distintas Fases Programas Docentes con la Comunidad, que en una u. otra forma han puesto en contacto a los estudiantes con la realidad de nuestro país, tratando de buscar un cambio cualitativo, como fórmula para resolver los problemas de salud existentes; se le opone a la medicina hospitalaria (curativa) y a la práctica privada. Se trata de convertirla en una medicina que de prioridad al fomento de la salud y a la intervención de la comunidad en sus propios problemas.

#### 1.5 FUNDAMENTACION CONCEPTUAL:

El pretender interpretar y aplicar el Trabajo Social en los Programas Docentes con la Comunidad, sugiere la conveniencia de aclarar algunos conceptos claves para vincularlos con el significado exacto que de los mismos tenemos y operar con ellos en el proceso del pensamiento.

##### 1.5.1 PROGRAMA DOCENTE CON LA COMUNIDAD:

Compilando los diferentes criterios encontrados en los Programa de Medicina de La Colectividad, Medicina del Trabajo, Clínicas Familiares, Ejercicio Profesional Supervisado (EPS Rural), de 1989 y 1990, podemos

---

18/ Universidad de San Carlos de Guatemala. Depto. de Registro y Estadística. Facultad de Ciencias Médicas. Separata, Catálogo de Estudios, 1983. Pág. 247.

inferir que los Programas Docentes con la comunidad son un proceso educativo a través de un conjunto de actividades de enseñanza aprendizaje, de carácter teórico y práctico (integración docente asistencial), en donde estudiantes y profesores analizan el proceso salud-enfermedad de una comunidad dentro del contexto de la realidad del país, con énfasis en los principales problemas de morbi-mortalidad que aquejan a la población guatemalteca.

Teniendo como finalidad, formar al estudiante con capacidad de observar, analizar e interpretar con enfoque epidemiológico los principales problemas de salud de la comunidad, así como su manejo adecuado; básicamente los Programas Docentes con la Comunidad en referencia revelan el propósito de introducir a los estudiantes a la investigación científica, en el conocimiento de los factores que condicionan el proyecto salud-enfermedad a nivel colectivo y utilizar los conocimientos adquiridos en la toma de decisiones para la solución de los problemas de salud que se le presenten, utilizando como estrategia la Atención Primaria en Salud en el servicio asistencial.

Puede inferirse también, que los Programas Docentes con la comunidad en la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC, se fundamentan en la expresión "Salud para todos en el año 2,000", que constituye la meta social más importante de los próximos años y que los países del mundo asumieron como suya en la Asamblea Mundial de la Salud en 1977. Así mismo la DECLARACION DE ALMA-ATA que surgió de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, reunidos en Alma-Ata, URSS el 12 de septiembre de 1978, patrocinada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Finalmente, puede deducirse que el marco teórico de los Programas Docentes con la comunidad en la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC obedecen

en su planteamiento a dos marcos de referencia, que aunque tienen la misma línea de pensamiento surgen en dos escenarios diferentes, pero íntimamente relacionados en el sector salud: el internacional expresado a través de las ideas que sobre participación comunitaria ofrecen la OMS y su representante regional, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el nacional mediante los principios básicos que fundamentan las políticas nacionales de salud, determinados por una línea de pensamiento clara, que representa la sociedad guatemalteca como estado capitalista.

#### 1.5.2 SALUD-ENFERMEDAD:

Definir la salud-enfermedad resulta difícil desde cualquier punto que se le considere. Lo que sí debemos tener claro, es que la salud-enfermedad son estados contrarios aunque íntimamente relacionados; el uno no puede existir aislado del otro.

Para nuestro propósito consideramos que es esencial desarrollar el concepto salud-enfermedad, no como una técnica eminentemente médica sino como un instrumento de análisis dentro de las ciencias sociales.

Raúl Rojas Soriano dice: "El proceso salud enfermedad es una realidad concreta que se presenta en individuos y grupos con determinadas características socio-económicas y culturales, producto de sus condiciones reales de trabajo y de vida. El proceso salud-enfermedad se encuentra por tanto, vinculado a la forma en que los seres humanos producen y se reproducen.

De acuerdo con lo anterior las causas implicaciones del proceso salud-enfermedad deben buscarse en última instancia en la estructura y

organización de la sociedad, es decir en el ámbito social, aunque aquel se manifieste en forma concreta en seres humanos".

### 1.5.3 COMUNIDAD:

Es necesario aclarar el concepto de COMUNIDAD, porque en nuestra experiencia se han encontrado profundas divergencias conceptuales, no sólo los profesionales de la medicina con quienes compartimos nuestro trabajo, sino también en dirigentes y personal que aplica programas de medicina comunitaria.

El Diccionario de Sociología (Henry Pratt Fairchild), nos da la siguiente definición: "Subgrupo que tiene muchas características de la sociedad, pero en pequeña escala y con intereses comunes menos amplios coordinados. Implícitos en el concepto de "COMUNIDAD" se encuentra un área territorial, un grado considerable de conocimiento y contacto interpersonal y cierta base especial de cohesión que la separa de los grupos vecinos. La COMUNIDAD disfruta de una autosuficiencia más limitada que la sociedad, pero dentro de dichos límites existe una asociación más íntima y una simpatía más profunda. En ella puede darse cierto nexo especial de unidad tal como la raza, el origen nacional o la afiliación religiosa".

Analizando los elementos que concurren, encontramos una definición tipo ideal: una agrupación humana que comparta un área geográfica con cierta homogeneidad socio-económica y cultural, unificada por propósitos comunes y por una cierta actividad o actividades también comunes, para obtener tales propósitos. Pero esta unidad debe ser considerada tomando en cuenta la existencia de intereses diferentes y por lo tanto conflictivos. Es necesario también plantear que toda agrupación humana a la que llamamos

comunidad, está subdividida por intereses de un grupo que tiene el mismo tipo de relaciones productivas. Estas relaciones dan la base para obtener intereses comunes.

#### 1.5.4 PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD:

"Se refiere a la responsabilidad que asume la población y a su ingerencia activa en la identificación de problemas de salud y desarrollo locales, así como en la formulación, ejecución y evolución de programas".

19/

De lo anterior se infiere la importancia que tiene la participación comunitaria en los programas de salud. Desafortunadamente, la experiencia nos ha demostrado que la participación no se ha integrado en la realidad a la toma de decisiones por parte de la comunidad, para su ingerencia activa en la identificación de los problemas de salud y desarrollo locales, -- menos en la formulación, ejecución y evaluación de los programas. Así, se ha impedido a las comunidades, tomar realmente conciencia de la responsabilidad acerca de la salud y es porque sólo se han utilizado como simples objetos, con fines docentes y como un medio para alcanzar objetivos ya establecidos, con acciones que no llegan a las causas determinantes del proceso salud-enfermedad o sea que únicamente se logran algunas modificaciones en sus efectos.

Otro problema evidente es que los estudiantes no están capacitados para establecer contactos con la comunidad. Sus contactos son escasos y la Facultad de Medicina carece de recursos para ponerlos a disposición,

---

19/ D. Leonel Gallardo. Algunas Tendencias de la Educación y Participación Comunitaria en Salud en América Latina. Boletín de OPS, Vol. 96 (4), Abril de 1984. Pág. 315.

lo cual no permite mantener viva la participación comunitaria. Además, los estudiantes tienen poco poder para tomar decisiones sin tener que consultar previamente a sus profesores o directores de programa.

#### 1.5.5 ATENCION PRIMARIA EN SALUD:

"En 1977, la Asamblea Mundial de la Salud decidió que la principal meta social de los gobiernos y de la O.P.S. en los próximos decenios debía consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2,000 un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva, es decir la meta comúnmente denominada "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2,000"<sup>20/</sup>.

En 1978, la Conferencia sobre Atención Primaria en Salud (Alma-Ata, URSS), declaró que la Atención Primaria en Salud, como función central del sistema nacional de salud y parte integrante del desarrollo social y económico, es la clave para alcanzar la meta.

"La A.P.S. es un medio práctico para poner al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad la asistencia de salud indispensable en forma que resulte aceptable y proporcionada a sus recursos, y con su plena participación.

Ese concepto ha evolucionado con los años, en parte gracias a la experiencia positiva y negativa, acumulada en varios países en materia de servicios básicos de salud. Pero la A.P.S. es mucho más que una simple extensión de los servicios básicos de salud, abarca factores sociales y de

---

<sup>20/</sup> O.P.S.-O.M.S. Salud para todos en el Año 2,000. Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales. Washington, 1982. Doc. Oficial No. 179. Pág. 17.

desarrollo y si se aplica de manera apropiada influirá en el funcionamiento del resto del sistema de salud". 21/

Así la A.P.S. no debe considerarse como un factor aislado, sino integrado con todos los otros factores que inciden en el proceso salud-enfermedad. Esto implica conocer en primer lugar las necesidades básicas de la población por medio del estudio de la realidad socio-cultural, económica y política en que se desarrolle.

Es importante también, no perder la idea de que el concepto y el contenido de la Atención Primaria en Salud son dinámicos y que seguirán evolucionando para adaptarse a las necesidades cambiantes de la comunidad y a los recursos disponibles.

El concepto de Atención Primaria en Salud se complementa, diciendo: "La asistencia no sólo sanitaria, sino inmediata y esencial en los diferentes campos de la problemática social, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación en las actividades, a un costo que la comunidad, y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo y como parte componente del desarrollo social y económico global de la comunidad". 22/

---

21/ Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, Alma-Ata, URSS. 6-12 de Septiembre de 1978. Patrocinada por OMS y UNICEF. Pág. 44.

22/ Taller sobre Plan de Acción de Salud para Todos en el Año 2,000. Informe Final. Guatemala, 14-16 de Marzo de 1983. Pág. 7.

## CAPITULO 2.

### EL TRABAJO SOCIAL EN LOS PROGRAMAS DOCENTES CON LA COMUNIDAD EN LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS - USAC

#### 2.1 APERTURA DEL ESPACIO PROFESIONAL:

Para satisfacer la exigencia del Inciso "b" del Artículo 6o. del Reglamento del Departamento de Medicina Preventiva y Social que dice: "PRACTICAS CON EL PACIENTE, SUS FAMILIAS Y LA COMUNIDAD", en 1960 se suscribió un Convenio de Coordinación y Cooperación entre la Municipalidad de Guatemala y la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC, para establecer el Centro de Salud Municipal y Universitario de la Colonia "La Florida" que pertenecía al Municipio de Mixco y que como se aclaró anteriormente, fue anexada a la Capital por Acuerdo Presidencial publicado en el Diario Oficial el 22 de Julio de 1988, siendo actualmente Zona 19.

Es así como se inician las primeras acciones formales hacia la comunidad, con un Programa de Observación Familiar que consistía en la visita domiciliaria del alumno de Segundo Año a una familia que se le asignaba para que tuviera contacto con ella durante todo el año. Este hecho es de trascendental importancia para la profesión de Trabajo Social, ya que se incorpora al Trabajador Social al equipo multiprofesional de Supervisores de la Práctica Familiar y del mencionado programa, con diez estudiantes del Segundo Año bajo su responsabilidad, para asesoría y supervisión.

El equipo multiprofesional estaba integrado por: tres Médicos; un Psicólogo; una Licenciada en Pedagogía; un Inspector Técnico de Saneamiento

Ambiental; tres Enfermeras Profesionales especializadas en Salud Pública y dos Trabajadores Sociales.

## 2.2 EL TRABAJO SOCIAL A PARTIR DE 1969:

"Como se expusiera anteriormente, el 11 de enero de 1969, el Consejo Superior Universitario aprobó la transformación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala y su nuevo plan de estudios." <sup>23/</sup> Este hecho también es significativo para la profesión de Trabajo Social, ya que las características del nuevo Currículum implicaba la participación de un equipo multiprofesional y multidisciplinario, lo cual consolidó el Trabajo Social en el Área de Ciencias de la Conducta de la Fase I, con el nombramiento de los Trabajadores Sociales: Marta Josefina Bran Gracias, Antonieta Morales Archila y Armando Morales Figueroa, con tiempo parcial de 13:00 a 16:00 horas, de lunes a viernes, en calidad de docentes. Cabe destacar el hecho, que dentro del equipo multiprofesional de la Cátedra de Ciencias de la Conducta de la Fase I, exceptuándose la Profesión Médica, únicamente a la Profesión de Trabajo Social se le asignaron tres plazas.

Dentro de las experiencias docentes con la comunidad en el Área de Conducta Colectiva, se participó en la realización de Diagnósticos de Salud de los Municipios de Guatemala y del Departamento de Sacatepéquez y posteriormente Control de Salud Escolar en escuelas públicas del nivel primario de la capital. Aquí las funciones del Trabajador Social fueron: orientar a los estudiantes de Medicina en el estudio de las condiciones ambientales y físicas de la escuela: el perfil socio-económico familiar

---

<sup>23/</sup> Universidad de San Carlos de Guatemala. Consejo Superior Universitario. Acta No. 994. 11-1-1969.

y otros aspectos que inciden en la salud de los alumnos del nivel primario.

1975. Traslada la Facultad de Ciencias Médicas su sede a la Ciudad Universitaria, Zona 12. Se confirma el nombramiento de los tres Trabajadores Sociales, en calidad de docentes, siempre con horario de 13:00 a 16:00 horas, de lunes a viernes, en el Area de Conducta Colectiva.

1976. Con el terremoto ocurrido al 4 de febrero de ese año, se evidencia la coyuntura del Trabajo Social con la profesión Médica en los Programas Docentes para atender y servir a la comunidad, particularmente en la Investigación y Control del Daño, Programa de la Facultad de Ciencias Médicas en el aspecto de salud, diseñado para esa emergencia.

Los Trabajadores Sociales participan activamente en el mencionado Programa con los alumnos del Segundo Año de la carrera, siendo reconocida su labor por las autoridades inmediatas superiores de la Facultad.

1980. La violencia política que afectó a la Facultad de Ciencias Médicas en este año, provocó confusión y éxodo de profesores que degeneró en crisis en el Area de Ciencias de la Conducta de la Fase I, quedando como docentes en dicho Programa: un Médico; una Enfermera Especializada en Salud Pública; un Psicólogo; una Licenciada en Pedagogía y los tres Trabajadores Sociales (Bran, Morales Archilá y Morales Figueras).

Como el Programa quedó sin dirección, los Trabajadores Sociales asumieron el liderazgo y propusieron a los colegas docentes, como Director, al único Médico del equipo. La propuesta fue aceptada y transmitida a la Junta Directiva de la Facultad, quien aprobó y nombró al Médico propuesto.

Otro aspecto importante de ese momento histórico, fue el rol especial de los Trabajadores Sociales, quienes dada la crisis de personal docente y el número de alumnos que debía atenderse, participaron en la revisión y elaboración de documentos. Así como en la planificación, organización, evaluación, etc., de las actividades docentes (teoría y práctica) en el área de Ciencias de la Conducta.

1983. Dada la aceptación y prestigio que el Trabajador Social había alcanzado, en este año los Trabajadores Sociales, Marta Bran y Armando Morales Figueroa fueron llamados por el Decano en funciones, Dr. Mario Moreno Cámbara, para reforzar el equipo de docentes del Programa de Medicina de la Colectividad del Tercer Año de la carrera, en la Fase II de la Facultad con un contrato de seis horas, de lunes a viernes.

Aquí, a los Trabajadores Sociales les fue asignada la planificación, organización y otras actividades inherentes a la práctica y dos grupos de diez estudiantes para asesoría y supervisión (ver rol del Trabajador Social en el Programa de Medicina de la Colectividad en el presente estudio).

1985. Dado el éxito de la práctica del Programa de Medicina de la Colectividad, después de dos años de experiencia, se justificó la contratación de los Trabajadores Sociales Bran Gracias y Morales Figueroa, con tiempo completo de 8 horas, de lunes a viernes.

1986. El Decano nombra una Comisión para el análisis prospectivo de la Facultad, a efecto de trazar un perfil diagnóstico orientado a obtener una IMAGEN OBJETIVO PARA LA TRANSFORMACION DE LA FACULTAD, de acuerdo a las necesidades nacionales. El Trabajo Social también es tomado en cuenta

en esta importante actividad científica participando directamente con representación en los grupos de discusión para elaborar la imagen objetivo, así como en la discusión general de los resultados obtenidos.

### **2.3 EL TRABAJO SOCIAL ESPECIFICAMENTE EN EL PROGRAMA DE MEDICINA DE LA COLECTIVIDAD (1983-1990):**

Los últimos ocho años en la docencia con el Programa de Medicina de la Colectividad del Tercer Año-Fase II de la carrera de Médico y Cirujano en la Facultad de Ciencias Médicas, son el mejor aporte de referencia empírica, ya que el espacio profesional permitió compartir con el equipo de docentes, un cúmulo de experiencias dentro de la docencia, investigación y servicio, que ponen en evidencia la necesidad de definir con claridad y exactitud a través de una propuesta metodológica, la función del Trabajo Social.

Además, puede utilizarse esa experiencia como marco de referencia para su aplicación en todos los Programas Docentes con la Comunidad y como motivación para la correcta utilización del Trabajo Social profesional, en la función médico-social de los futuros profesionales de la Medicina, en toda la carrera.

#### **2.3.1 EL PROGRAMA DE MEDICINA DE LA COLECTIVIDAD:**

El Programa de Medicina de la Colectividad, ha sido un programa docente que proporciona al estudiante la oportunidad de observar y analizar en la realidad concreta los factores determinantes y condicionantes del proceso salud-enfermedad a nivel colectivo, para interpretar las principales

causas de morbi-mortalidad desde el punto de vista epidemiológico.

El contenido teórico y práctico ha comprendido temas relacionados con: enfermedad diarreica, desnutrición protéico-energética; enfermedades respiratorias y enfermedades de la piel, como modelo de las enfermedades que por su importancia, representan los problemas de salud-enfermedad más severos que afectan a la mayoría de la población.

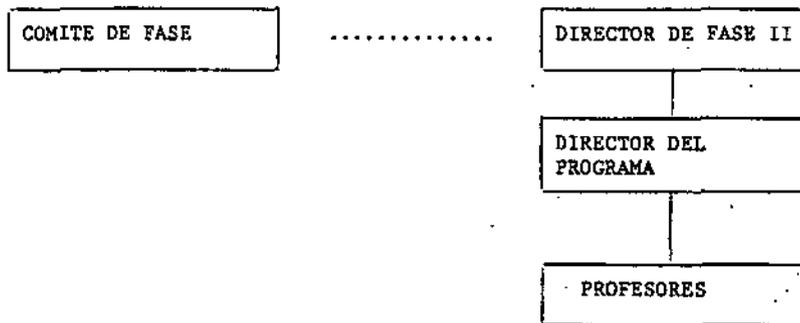
Los contenidos teóricos se han impartido en las instalaciones de la Ciudad Universitaria y para la práctica se han seleccionado colonias marginales de la Capital, que son áreas de influencia de las Clínicas Familiares del Cuarto Año de la carrera.

El Programa Teórico y Práctico, ha tenido una duración de 8 semanas y para poder cumplir con los objetivos se han realizado las siguientes actividades de enseñanza-aprendizaje: conferencias magistrales; discusiones de grupo en asesoría y comprobaciones de lectura; panel-forum; seminarios; prácticas de campo; visitas de campo; cine-forum; sociodramas, etc.

Para la práctica de campo, la actividad más importante ha sido la VISITA DOMICILIARIA que el estudiante efectúa a la o las familias asignadas en la colectividad. Las actividades de la práctica fueron asesoradas por los profesores en el campo y en el aula, con tiempo específico para ese fin.

Es importante señalar que en 8 años (1983-1990) más de cuatro mil estudiantes cursaron el Programa de Medicina de la Colectividad. En 1990, una de las promociones con menor número de estudiantes, fue de 350 alumnos. Así mismo, más de cuatro mil familias han sido cubiertas y 1446 Médicos graduados cursaron el programa.

2.3.1.1 ORGANIGRAMA DEL PROGRAMA:



2.3.1.2 ORGANIZACION DOCENTE (1990):

1 Médico Director del Programa	8:00 a 16:00 Horas
2 Médicos	8:00 a 16:00 Horas
2 Médicos	12:00 a 16:00 Horas
3 Médicos	13:00 a 16:00 Horas
2 Médicos	14:00 a 16:00 Horas
2 Trabajadores Sociales	8:00 a 16:00 Horas
TOTAL DE PROFESORES.....	12

2.3.1.3 ORGANIZACION ESTUDIANTIL (1990):

-Los estudiantes de Tercer Año se han organizado en grupos de 10 estudiantes, reunidos por afinidad.

-Cada grupo ha tenido un coordinador, quien además de la actividad de coordinación del trabajo, ha tenido funciones de enlace administrativo

y docente con los otros coordinadores; con el Director del Programa y con la Fase.

-Los estudiantes de Tercer Año se han dividido en cuatro grandes secciones que se denominan: A, B, C, D. Cada sección incluye el mismo número de grupos.

-Cada sección ha rotado secuencialmente en el Programa de Medicina de la Colectividad cada 8 semanas y a cada profesor se le ha asignado uno o más grupos, según el número de los mismos.

#### 2.3.1.4 OBJETIVOS (Programa de Medicina de la Colectividad 1990):

##### OBJETIVO GENERAL:

Vincular al estudiante y al docente con la colectividad, en el conocimiento y búsqueda de soluciones a sus problemas prioritarios de salud-enfermedad.

##### OBJETIVOS TERMINALES:

Al terminar el Programa el estudiante sea capaz de:

-Identificar los problemas de enfermedad diarreica, desnutrición y enfermedades de la piel.

-Aplicar el método epidemiológico para analizar los problemas de salud-enfermedad.

-Interpretar la situación de salud-enfermedad en la colectividad, sus condicionantes y determinantes así como sus tendencias.

-Participar en actividades de vigilancia epidemiológica de la enfermedad diarreica, desnutrición y enfermedades de la piel, dentro de la colectividad.

-Aplicar la estrategia de Atención Primaria en Salud para modificar el estado de salud de la colectividad.

-Fomentar la identificación y el respeto hacia las personas que conforman la colectividad.

### 2.3.2 TAREAS ASIGNADAS AL TRABAJADOR SOCIAL EN FUNCION DE LA PRACTICA:

El Programa de Medicina de la Colectividad, como puede apreciarse, ha comprendido un conjunto de actividades de enseñanza-aprendizaje de carácter teórico-práctico. A continuación se hace referencia a los roles en las actividades de la práctica, ya que en este aspecto es donde más se ha aprovechado el espacio profesional conseguido por el Trabajador Social.

Dentro de las actividades delegadas en el Trabajador Social, en función de la práctica docente, encontramos actividades de planificación, organización, administración, planificación, evaluación y otras.

#### 2.3.2.1 SELECCION DE AREA DE PRACTICA:

Exceptuando el año de 1988, desde 1983 a 1990, se delegó en el Trabajador Social la responsabilidad de seleccionar y proponer el área de práctica, previo su reconocimiento y evaluación para que satisficiera los objetivos previstos.

Para el efecto se seleccionaron colonias marginales de la capital, área de influencia de las Clínicas Familiares del Cuarto Año de la Facultad de Ciencias Médicas. Así, se proyectó la práctica del Programa en las siguientes colonias: "El Amparo", Zona 7, de 1983 a 1985; "Santa Marta", Zona 5, Mixco, 1986 y 1987; "La Berbena" y "San Martín de Porres", 1988; "San Martín de Porres" y "El Rodeo", Zona 7, 1989 y "La Brigada", Mixco y "FEGUA", Zona 8, 1990.

#### 2.3.2.2 OBTENCION DE CROQUIS CORRESPONDIENTE:

Se visitaron las instituciones correspondientes para solicitud del croquis del área seleccionada para la práctica: Municipalidad de Guatemala, Municipalidad de Mixco, BANVI y otros. Esto implicó establecer contacto con las autoridades u otras personas responsables del asunto, a efecto de lograr la autorización para la reproducción del croquis y su uso en el Programa.

#### 2.3.2.3 SECTORIZACION:

Implicó ubicar en el croquis correspondiente, el área de práctica; sectorizándola convenientemente para su adecuación entre el número de profesores y alumnos.

#### 2.3.2.4 RECONOCIMIENTO DEL AREA:

Se visitó el área de práctica para precisar su ubicación, vías de acceso, transporte y otros aspectos importantes para poder orientar a los alumnos y profesores antes de iniciar la práctica. Además, se aprovechó esta visita para establecer contacto con los líderes de la colectividad; autoridades, dirigentes religiosos, maestros, dirigentes de agrupaciones y otras personas importantes, a quienes se les informó de las actividades a realizar y la importancia de su colaboración.

#### 2.3.2.5 DISTRIBUCION DE ALUMNOS Y PROFESORES:

Se asignó grupo o grupos de alumnos a cada uno de los profesores del Programa, para realizar las actividades de la práctica.

#### **2.3.2.6 SELECCION DE FAMILIAS:**

En los programas realizados en los años 1983 a 1987, los Trabajadores Sociales detectaron las familias para estudio (promedio de 400 familias para cada una de las cuatro rotaciones del año).

A partir de 1986, se delegó en los estudiantes la responsabilidad de detectar sus familias para estudio, previo adiestramiento por parte de los Trabajadores Sociales en la técnica de la entrevista y la visita domiciliaria.

#### **2.3.2.7 PREPARACION DE INSTRUMENTO PARA EL ESTUDIO DE LA COLECTIVIDAD:**

Elaboración de ficha para estudio de la colectividad y para estudio de la familia, con los instructivos correspondientes.

#### **2.3.3 TAREAS EN LA PRACTICA DE CAMPO:**

##### **2.3.3.1 VISITA DOMICILIARIA:**

Como lo enfatiza el Programa de Medicina de la Colectividad de 1990, para la práctica de campo la actividad más importante lo constituyó la visita domiciliaria que los estudiantes efectuaron a la familia asignada en la colectividad, los días miércoles de cada semana, de 14:00 a 16:00 horas. Cada grupo con su profesor, incluyendo a los Trabajadores Sociales con un grupo de 10 alumnos cada uno.

##### **2.3.3.2 ASESORIA:**

Se dio asesoría a los alumnos en al aula y en el campo, para

analizar, evaluar y coordinar las tareas de campo realizadas. Así mismo, se planificaron y organizaron tareas pendientes de realizar y se discutieron problemas suscitados en la práctica.

Se aprovechó también la asesoría, para la discusión de temas de interés relacionados con la práctica.

#### 2.3.4 TAREAS EN LAS VISITAS DE OBSERVACION:

Como complemento de la práctica con la colectividad, se realizaron visitas de observación con los alumnos a:

-RELLENO SANITARIO DE LA ZONA 3, para que el estudiante observara los problemas de salud que ocasiona la mala eliminación de los desechos y los aspectos psicológicos, sociales y estéticos que conlleva.

-PLANTA DE POTABILIZACION DE AGUA "LO DE COY", MIXCO, para que el estudiante conociera objetivamente el proceso de potabilización y su importancia para la salud.

-PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUAS NEGRAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS Y LOTIFICACION CIUDAD SAN CRISTOBAL (MIXCO), para que el estudiante observara objetivamente la importancia del tratamiento de las aguas negras para la salud, al evitar la contaminación del ambiente.

-UNIDADES DE TERAPIA DE REHIDRACION ORAL DEL HOSPITAL ROOSEVELT, HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS Y HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN, así como las UNIDADES DE TERAPIA DE RECUPERACION NUTRICIONAL Y LACTARIOS de dichas instituciones, para que el estudiante conociera dichos recursos y

la importancia de su utilización, para evitar la mortalidad infantil.

El Trabajador Social tuvo a su cargo las siguientes actividades asignadas: elaboración de guías de visita y gestiones para su impresión y tiraje correspondiente; establecer contactos previos con las personas e instituciones a efecto de solicitar autorización y establecer la coordinación para la visita; distribución de profesores y alumnos; elaboración de calendario de visitas; acompañar a los alumnos asignados (20), al lugar de la visita, para coordinación y control de la actividad y finalmente, evaluación y calificación del informe de la observación y la investigación realizada por los alumnos asignados.

#### 2.3.5 TAREAS DE EVALUACION:

En evaluación el Trabajador Social realizó las siguientes actividades asignadas: evaluación de las actividades de la práctica, a través de la revisión semanal del registro de actividades de campo en el cuaderno correspondiente; evaluación de informes de observación e investigaciones realizadas por los alumnos asignados; elaboración del cuadro de evaluación de los alumnos asignados y elaboración de preguntas para exámenes parciales y finales, específicamente de los temas de contenidos teóricos delegados en el Trabajo Social (la entrevista, la visita domiciliaria, la vivienda y otros).

#### 2.3.6 DOCENCIA DIRECTA:

La docencia directa se realizó a través de las siguientes actividades: manejo de contenidos teóricos inherentes al Trabajo Social (la entrevista, la visita domiciliaria, vivienda, salud y otros), dinámica

de grupo para comprobación de lecturas y ensayo de instrumentos de investigación (ficha de la colectividad, ficha familiar y otros), y reuniones de asesoría, con los alumnos asignados.

#### 2.3.7 OTRAS ACTIVIDADES:

Se asistió a reuniones de profesores para información, planificación, organización, evaluación y coordinación del Programa y se participó en seminarios, talleres y otras actividades para docentes, organizados por la Facultad y otras instituciones.

#### 2.3.8 CONCLUSIONES:

Como lo revela la cronología, desde la apertura del espacio profesional, el Trabajo Social ha ganado el respeto y el prestigio necesario, confiándosele en cada momento histórico una tarea que cumplir, involucrando dentro del equipo profesional, en la docencia, investigación y servicio. Así mismo, se le ha dado acceso en los Programas para Formación de Docentes (cursillos, seminarios, talleres, etc.) con participación y deliberación, otorgándosele los créditos correspondientes. Sin embargo, se evidenció que la función del Trabajo Social profesional, no ha sido comprendida ni definida con claridad y exactitud, siendo por lo tanto necesario e indispensable una propuesta de acción metodológica que norma su carácter y representatividad en los Programas Docentes con la comunidad.

Además, el quehacer del Trabajo Social profesional debe ubicarse dentro de la perspectiva de la Facultad de Ciencias Médicas para el Siglo XXI, que considera entre sus planteamientos básicos, dentro de la estrategia de SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2,000 "la implementación del SISTEMA DE

ATENCION PRIMARIA EN SALUD, LA INTEGRACION DOCENTE ASISTENCIAL Y LA IMPLEMENTACION APROPIADA DE LA ATENCION COMUNITARIA como compromiso de la Facultad de Ciencias Médicas con la población guatemalteca". 24/

---

24/ Blanca E. González de Ochaeta. Crónica de la Facultad de Ciencias Médicas a finales del Siglo XX y su Perspectiva para el Siglo XXI. Revista Commemorativa del CCVII Aniversario de la Cátedra Prima de Medicina. Octubre 1988. Vol. 1 (2). Pág. 20.

### CAPITULO 3

#### EL PERFIL ACADEMICO DEL TRABAJADOR SOCIAL Y UNA PROPUESTA METODOLOGICA PARA SUS FUNCIONES EN LOS PROGRAMAS DOCENTES CON LA COMUNIDAD

##### 3.1 JUSTIFICACION:

Dentro de la concepción social en relación con el problema salud-enfermedad, surge la importancia y justificación de un espacio profesional con funciones claramente definidas para el mejor aprovechamiento del Trabajo Social en la Facultad de Ciencias Médicas, ya que por ello fue incorporada la profesión en los Programas Docentes con la Comunidad, para coadyuvar a comprender la condición social del hombre como constitutiva de su naturaleza, así como que los factores económicos y sociales y el pensamiento político y social determinan en gran medida la forma de asistencia médica, ya se desarrolle ésta por medios propios o por instituciones o servicios organizados por la comunidad.

El Doctor José Rómulo Sánchez López, en sus consideraciones "Algo Sobre Trabajo Social y Salud", dice: "En la lucha para aclarar el asunto, por reforzar los conocimientos ¿ES NECESARIO EL TRABAJO SOCIAL? Claro que sí, porque cualquiera que sea el sistema de atención médica y organización de salud adoptados deben urgarse las interrelaciones entre la sociedad y el ambiente, pobreza, enfermedad, etc., y una medicina así rebasa las acciones individuales para hacerse una acción colecta de servicio e investigación, cuya integración de funciones la harán diferentes científicos y técnicos con objetivos claros y definidos. El Trabajo Social tiene la ventaja de ser una actividad dinámica influida y participante en corrientes

sociales, económicas, políticas y culturales sujeta a permanente evaluación, cuyo significado real radica en el análisis y proyección en nuevas y cambiantes soluciones. En esta problemática está inmerso el Trabajo Social y no escapa a ello el fenómeno salud-enfermedad".

Para la profesión de Trabajo Social, también es importante una propuesta de acción metodológica, con roles claros y definidos de acuerdo al perfil académico y así lograr su representatividad profesional en los Programas Docentes con la Comunidad, ya que el espacio profesional logrado así lo requiere.

Para la Escuela de Trabajo Social, también es necesaria la definición clara y precisa de la función profesional de sus egresados, a efecto de que se reconozca esa Unidad Académica como formadora de profesionales calificados para el ejercicio profesional en los Programas Docentes con la Comunidad de la Facultad de Ciencias Médicas; permitiendo establecer el nexo profesional entre la Escuela de Trabajo Social y la Facultad de Ciencias Médicas, como centro de práctica para alumnos de la Escuela de Trabajo Social.

### 3.2 PERFIL ACADEMICO DEL TRABAJADOR SOCIAL:

El perfil académico del Trabajador Social se da en el contexto de su formación profesional a través de la cual adquiere las orientaciones, disposiciones, conocimientos, habilidades y destrezas para adquirir el grado académico correspondiente. Esto determina su pensamiento social que es "la totalidad del pensamiento del hombre acerca de sus relaciones con sus semejantes y obligaciones para con ellos". 25/

---

25/ Henry Pratt Fairchild. Diccionario de Sociología. Fondo de Cultura Económica. México, 5a. Reimpresión. Pág. 217.

El Reglamento de la Escuela de Trabajo Social, aprobado por el Consejo Superior Universitario, en Punto 5o., Acta No. 2-75, del 29 de enero de 1975, actualmente en vigencia, es el instrumento legal que rige la formación académica del Trabajador Social.

En el Capítulo 1, Artículos 1 y 2, encontramos la definición de ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL: "La Escuela de Trabajo Social de la Universidad de San Carlos de Guatemala, es la Unidad Académica encargada de la formación y educación profesional en el ramo de Trabajo Social. Se preocupará permanentemente porque sus egresados adquieran capacidad para el ejercicio de esta profesión, así como para promover cambios positivos en el ámbito de su especialidad y en el medio social en que actúen. Para efectos de su funcionamiento, tiene las mismas calidades y atribuciones que los Estatutos de la Universidad confieren a las escuelas facultativas. Está por lo tanto capacitada para expedir los títulos universitarios que corresponden a los estudios que imparte y sus egresados tendrán las mismas atribuciones, obligaciones y derechos que los egresados de dichas escuelas".

En el Capítulo 1, Artículo 3, aparecen los objetivos generales que a continuación se sintetizan: "Ofrecer la formación ideológica, científica y técnica e impulsar la investigación científica interdisciplinaria, para facilitar el conocimiento de la realidad nacional y contribuir a la solución de los problemas nacionales a través de teorías propias del Trabajo Social guatemalteco, y que propicien el mejoramiento de esa práctica profesional en nuestro medio, con una conciencia crítica en torno a los problemas de subdesarrollo, proyectando la acción del Trabajo Social a grandes grupos de población en la búsqueda de soluciones que permita la transformación integral del país, procurando el establecimiento de programas preventivos,

curativos y de promoción de soluciones a los problemas sociales de la colectividad nacional. Finalmente, ofrecer los medios para una permanente formación y mejoramiento de sus docentes".

En el Capítulo II, Artículos 6 y 8 del Reglamento General, refiere acerca del REGIMEN ACADEMICO: "El quehacer académico de la Escuela, comprende actividades de enseñanza-aprendizaje teórico-práctica, de investigación y de servicio. Estas actividades serán ejercidas por la comunidad educativa, en un accionar integrador en todo nivel y dirección". (Arto. 6).

"El aprendizaje del Trabajo Social, se organizará en cinco áreas a lo largo de la carrera. Dichas áreas reciben el nombre de: Area de Trabajo Social, Area de Ciencias Sociales, Area de Ciencias Básicas, Area de Ciencias de la Conducta y Area de Ciencias de la Salud". (Arto. 8).

Es importante señalar que el Area de Ciencias de la Salud corresponde lo relativo a la Medicina del Trabajo, Saneamiento Ambiental, Salud Materno Infantil y Nutrición; temas que están íntimamente relacionados a los Programas Docentes con la Comunidad de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC y los cuales son impartidos por un Médico especializado en Salud Pública.

### 3.2.1 LICENCIATURA DE TRABAJO SOCIAL:

La carrera de Licenciatura, como complemento de la carrera intermedia, es de dos años de duración (4 semestres). La carga académica es de 16 cursos y Tesis de Grado, previo a optar al título de Trabajador Social en el grado de Licenciado.

El Proyecto Especial de Licenciatura, fue aprobado en Punto 4o., Acta No. 1-85 del Consejo Superior Universitario, el 23 de enero de 1985, y presenta el contenido curricular organizado en función de áreas de aprendizaje para propiciar y facilitar la integración general del conocimiento y al desarrollo multidisciplinario de actividades de aprendizaje, orientadas al alcance de los objetivos educacionales cognoscitivos, psicomotores y afectivos, que se pretenden para una óptima formación profesional de los Trabajadores Sociales interesados en alcanzar el grado académico de Licenciado.

Las tres áreas de formación son: Científico-Filosófico, Metodológico-Técnica y de Integración Teórico-Práctica.

"El movimiento de reestructuración y creación de la Licenciatura en Trabajo Social respondió a las necesidades de distribuir la carga académica, integrar conocimientos útiles en la profesión, ampliar los conocimientos sobre la realidad objeto de acción, elevar el nivel académico y presentar mejores aportes y alternativa de acción profesional". 26/

### 3.3 CONCEPCION DEL TRABAJO SOCIAL:

"El Trabajo Social está considerado como una disciplina científica aplicada, perteneciente a las ciencias sociales, que tiene como objetivo contribuir a la solución de la problemática económico-social de individuos, grupos y comunidades, mediante el empleo de métodos y técnicas que propician la participación activa de los individuos y el aprovechamiento de sus propios recursos, y los de la sociedad en general". 27/

26/ USAC. Escuela de Trabajo Social. Proceso de Creación de la Licenciatura de Trabajo Social, 1985. (Mimeografiado). Pág. 2.

27/ USAC. Escuela de Trabajo Social. Proyecto Especial de Licenciatura en Trabajo Social. 1984. (Mimeografiado). Pág. 5.

Así, se puede afirmar, que el Trabajo Social no puede ver la salud y la enfermedad al margen de la naturaleza social del hombre y su desarrollo histórico, unido a otras formas de práctica social, como son: la vida política, las actividades científicas y artísticas y que la salud es decisiva en todos los dominios de la vida práctica de la sociedad.

Debe agregarse, que el criterio de la verdad en el Trabajo Social, en relación con el problema salud-enfermedad, no puede ser alejado de la práctica social ésto implica buscar una toma de conciencia del ser humano acerca de la vida y de su poder para cambiar la naturaleza y su propia naturaleza.

Además, es necesario considerar que la práctica social debe estar en contacto y acción con nuestra realidad en su momento histórico, dentro de la problemática actual y de acuerdo con los objetivos que queremos alcanzar, al abordar la transformación del fenómeno salud-enfermedad. Debemos pensar: en qué sociedad vivimos, qué problemas tiene y sus causas, para buscar soluciones adecuadas, quién es el hombre con el que trabajamos, cuáles son sus necesidades; cómo podemos establecer una comunicación con él; en qué términos vamos a relacionarnos con él. Así nuestra reflexión debe estar apegada estrictamente a la realidad, en un tiempo dado y preciso, en una compostura histórica especial particular.

Dentro de este contexto debe buscarse para el Trabajo Social, las herramientas teórico-metodológicas en los Programas Docentes con la Comunidad, pues dentro de esa corriente se cuestiona la medicina moderna.

"Ello ha sido por el reconocimiento, cada vez más generalizado, de que la salud y la enfermedad son productos sociales, dependiendo básicamente

de las estructuras socio-económicas y culturales prevaletentes y por lo tanto requiere para su comprensión y tratamiento, de un enfoque social que rebasa la postura biológica característica de la profesión Médica". 28/

Para responder a los objetivos propuestos, a continuación se presenta una propuesta de acción metodológica que puede servir como un marco referencial para el ejercicio de la profesión de Trabajo Social en los Programas Docentes con la Comunidad y de marco referencial para la relación entre el trabajo Médico y el Trabajo Social en la docencia, investigación y servicio.

#### 3.4 PROPUESTA METODOLOGICA DE FUNCIONES PARA EL TRABAJO SOCIAL EN LOS PROGRAMAS DOCENTES CON LA COMUNIDAD:

Debe destacarse, que aunqua el proceso metodológico hace diferenciación en cuanto a DOCENCIA, INVESTIGACION Y SERVICIO, éstos no deben verse aislados o independientes, sino interrelacionados entre sí en una unidad de trabajo en el aula y en el campo.

##### 3.4.1 DOCENCIA:

En la DOCENCIA, el Trabajador Social coadyuvará a que el estudiante aprenda y comprenda el fenómeno salud-enfermedad como un instrumento de análisis dentro de las ciencias sociales, o sea, la idea de la Medicina como una ciencia social. Que la Medicina tiene que ver con el hombre, no sólo como individuo, sino como miembro de una sociedad y que la atención médica es un acto social, en el que se implica no sólo el Médico y el

---

28/ María del Carmen Elu de Leñero. De lo Institucional a lo Comunitario. Un Programa de Salud Rural. Asociación Mexicana de Población. 1982. (Mimeografiado). Pág. 7.

paciente, sino la sociedad en su conjunto y que los factores económicos y sociales y el pensamiento político y social, determinan en gran medida la forma de asistencia médica, ya se desarrolle ésta por medio propios, por instituciones o servicios organizados por la comunidad, es decir, la toma de conciencia de los procesos biopsicosociales, así como, que la sociedad y el individuo dependen de principios comunitarios, de cooperación y convivencia.

Para nuestro propósito, vamos a considerar los Programas Docentes con la Comunidad, como unidad conceptual que incluye los elementos siguientes: COMUNIDAD, PARTICIPACION, SALUD-ENFERMEDAD y PROCESO EDUCATIVO. Debe tenerse claro estos conceptos, previo a la aplicación de políticas y estrategias en los aspectos metodológicos educativos y en la promoción de la comunidad (ver fundamentación conceptual).

En cuanto a los métodos y técnicas educativas, debe utilizarse técnicas eficaces para el aprendizaje dirigido en las que predomine la actividad del educando sobre el educador; motivación para el auto-aprendizaje; adecuada interrelación de la docencia, investigación y servicio en cada actividad; todo dentro de una educación eminentemente participativa profesor-alumno.

Para las actividades de enseñanza aprendizaje, la experiencia nos ha demostrado la eficacia de las siguientes actividades: discusiones de grupo; comprobaciones de lectura, panel-forum; sociodramas; talleres de trabajo, seminarios; cine-forum; etc., sin descartar, cuando sea indispensable, la clase o charla tradicional. Esto implica contar previamente con los recursos necesarios: sede física, ayudas audiovisuales, reproducciones de materiales de estudio y todo el material didáctico que

la actividad docente requiera.

Los alumnos durante el proceso formativo, dentro de su capacitación básica, deben ser considerados como un recurso adicional al servicio de la salud de la comunidad y sus actividades de adiestramiento deben estar basadas en toma de conciencia y concientización del problema salud-enfermedad y sus causas determinantes y condicionantes, en el individuo, la familia y la comunidad.

Una vez el estudiante ha sido motivado con una clara ubicación, en cuanto a la concepción filosófica, aspectos conceptuales, objetivos, alcances y limitaciones del Programa, podemos acercarlo a la realidad, para continuar el proceso educativo a través de la investigación y el servicio.

#### 3.4.2 INVESTIGACION:

En el proceso de INVESTIGACION vamos a considerar tres etapas interrelacionadas, a través de las cuales prepararemos al estudiante para una participación eficaz en todos los pasos para conocimiento de la realidad objetiva.

3.4.2.1 Primera Etapa: Esta es la etapa preliminar y debe ser considerada como la primera aproximación del estudiante con la realidad concreta en donde realizará la práctica. Implica el conocimiento global del área de estudio: costumbres, controles sociales formales e informales; normas de comportamiento; datos útiles y experiencias de orden económico, político y cultural, así como las características de estructuración y configuración del área en donde se desarrollará el trabajo de campo; sus características demográficas, antecedentes históricos, etc.

La relación de los estudiantes con los habitantes de la comunidad en este momento, debe aprovecharse para acciones de motivación y promoción del Programa a través de nexos interpersonales de aceptación mutua, ofreciendo información clara y precisa acerca del Programa y sus objetivos, tratando de motivar e involucrar a las personas para que sean partícipes de todas las acciones que se realicen en la promoción de la salud, con plena aceptación, satisfacción y conciencia colectiva.

Es importante también en esta etapa que el estudiante utilice técnicas indirectas de información, tales como la indagación documental: monografía del lugar; estudio de mapas, croquis, planos, organigramas, información estadística: consulta de archivos oficiales y privados; otras investigaciones, informes, estudios, encuestas, etc.

No debe olvidarse en esta etapa, educar al estudiante en la técnica de registro de actividades diarias en la libreta de campo correspondiente, haciendo el registro de datos en el mismo momento, para evitar que se tergiverse la realidad con datos improvisados.

**3.4.2.2 Segunda Etapa:** El siguiente paso será decidir, seleccionar y precisar con el estudiante los aspectos más significativos de la etapa preliminar; dentro de este proceso de análisis de una serie de factores que incluye las necesidades registradas en general por la comunidad, con énfasis en los que tienen relación con la salud. Esto, permitirá acercarnos al diagnóstico correspondiente.

**3.4.2.3 Tercera Etapa:** Varios autores coinciden en que el Diagnóstico es el marco de referencia de una programación. En el Trabajo Social, dice la T.S. Angélica Gallardo Clark: "El Diagnóstico es una

descripción pormenorizada de los problemas habidos, su naturaleza y cuantía, y de los recursos existentes para solucionarlos; su naturaleza y cuantía, y la proyección de ambos al futuro".

Esta tercera etapa de Diagnóstico debe partir entonces, de la descripción, jerarquización y selección de los problemas de salud del área de práctica, para buscar las soluciones de carácter inmediato como mediato a través de políticas de acción factibles y de acuerdo a los recursos disponibles.

Del Diagnóstico surgirá el plan, estructura y estrategia para el diseño del trabajo de campo, dentro de su pretensión docente asistencial.

### 3.4.3 SERVICIO:

El concepto de SERVICIO en la Facultad de Ciencias Médicas es fundamental para el Trabajo Social, cuando se considera la conveniencia de ampliar relaciones entre la Facultad y la comunidad como un complemento necesario de educación y de investigación, así como medio para la integración de la teoría y la práctica y la devolución del conocimiento a la comunidad.

El SERVICIO se da a través de la práctica docente, que el estudiante realiza dentro de una programación especial elaborada para el efecto, tratándose de afianzar la formación del estudiante vinculándolo con la realidad.

La práctica docente así, no sólo redunda en beneficio del sector estudiantil y del sector docente, sino también se traduce en servicio a

la comunidad, dentro del conocimiento de la realidad, toma de conciencia de los procesos biopsicosociales que enfrenta y el conocimiento para la búsqueda de alternativas de solución.

La práctica docente en función del servicio a la comunidad, debe dirigirse de modo que sirva para hacer objetivos los aspectos señalados en la teoría y ser gradual, metódica y dirigida.

Del mismo modo que la enseñanza teórica supone la dirección de un profesor, la práctica docente requiere la presencia del supervisor que oriente y asesore las actividades; el Trabajo Social en este aspecto, debe ser el nervio y motor del desarrollo de las actividades prácticas del programa.

#### **3.4.3.1 LA PRACTICA EN FUNCION DOCENTE:**

La práctica de campo en función docente, debe ser planeada a fin de que el proceso de enseñanza aprendizaje sea gradual, integral y ejecutarse de modo que el estudiante:

-Pueda tener oportunidad para adquirir experiencias en la promoción y desarrollo comunal en salud.

-Tenga la oportunidad de fortalecer los valores primarios de la personalidad. De aquí la necesidad de ayudarlo en su crecimiento personal, dándole las oportunidades y estímulos necesarios para el desarrollo de su iniciativa e imaginación y que aprenda a responsabilizarse de lo que hace y cómo se hace.

En este aspecto, debe evitarse que el estudiante se convierta sólo en aplicador de actividades específicas ya formuladas, para entenderse profesionalmente con las personas, pues la experiencia ha demostrado que lleva a la deshumanización y a la maquinización de su tarea, pues se inhibe la iniciativa y el entusiasmo que merece la actividad en función de servicio.

-Adquiera experiencia en la coordinación de servicio a través del conocimiento de las políticas y organización de los mismos.

Un programa de salud necesariamente debe ejecutarse considerando los recursos existentes. Dado el hecho de que existen diferentes servicios o instituciones para la atención del problema de salud que afecta a la comunidad, es necesario que las experiencias que se dan al estudiante comprendan también el trabajo coordinado con dichos servicios u otros programas distintos fuera de la comunidad.

-Tenga la oportunidad de trabajar en equipo para que cada actividad de la tarea práctica sea una oportunidad de actividad conjunta y coordinada.

A través de nuestra experiencia, adiestrando a los alumnos para el trabajo de campo, nos dimos cuenta de lo necesario que es el trabajo en equipo para dominar toda esa gama de prejuicios profesionales o de grupo que se desarrollan en el estudio y práctica de una profesión. El trabajo en equipo enseña de una manera patente a pensar con criterios más amplios; a ver los problemas y los programas con visión de conjunto; a considerar las limitaciones individuales o administrativas para el planteamiento y solución de los problemas de salud de la comunidad.

-Sepa priorizar los problemas de salud de la comunidad a nivel clínico, epidemiológico y social, aplicando los principios de la Atención Primaria en Salud.

Todos los aspectos considerados, para que se traduzcan en realidades en función de servicio, supone un tipo de enseñanza de carácter dinámico, de formulación objetiva, de estructura flexible y de adaptación a las características individuales de los estudiantes y a las manifestaciones de los mismos como grupo.

#### 3.4.3.2 LA PRACTICA EN FUNCION DE SERVICIO A LA COMUNIDAD:

En función de la comunidad, dentro del aspecto metodológico en la práctica docente del Programa, el Trabajador Social debe impulsar tres aspectos ineludibles: la organización, la educación y la participación de la comunidad para ejecutar las acciones asistenciales de salud necesarias.

En las tareas de organización, se debe promover la participación consciente y organizada de la población en los planes y proyectos para beneficio de la salud. Es aconsejable detectar el liderazgo y la formación de un Comité Vecinal que congregue con espíritu de cooperación a elementos locales que voluntariamente quieran contribuir al mejoramiento de la salud. También es importante el reclutamiento, capacitación, adiestramiento y organización de personal voluntario en las diferentes actividades que requieran las acciones de salud. Esto ha sido recomendado como una política y estrategia dentro de la Atención Primaria en Salud.

En cuanto a la educación, se trata de que la gente reconozca cuáles son sus necesidades reales en materia de salud, para involucrarla en la toma de decisiones.

La educación y la participación comunitaria en salud, es un método a la vez que un instrumento de los programas para procurar la óptima utilización y aprovechamiento de los servicios de salud.

Por medio de la educación y la participación comunitaria trataremos entonces, que:

-La comunidad reconozca, que a través de la organización y participación, debe buscarse la solución de sus problemas y sus necesidades reales en materia de salud y los procesos para hacerle frente.

-El personal voluntario se capacite como recurso para la toma de decisiones y su participación activa en las actividades del programa dentro de una función coordinadora de trabajo en equipo.

-Haya fomento y promoción de la salud a nivel colectivo en relación con los problemas de salud más apremiantes y frecuentes, sus causas y prevención de los mismos, a efecto de planificar acciones comunitarias que puedan llevarse a cabo para mejorar la salud individual, familiar y colectiva.

### 3.5 ASPECTOS COYUNTURALES ENTRE EL TRABAJO MEDICO Y EL TRABAJO SOCIAL:

El Diccionario de Sociología dice: "Coyuntura es la combinación de fuerzas o circunstancias de una situación social determinada". 29/

En cuanto al trabajo Médico y el Trabajo Social en los Programas

---

29/ Henry Pratt Fairchild. Op. Cit. Pág. 72.

Docentes con la Comunidad, la coyuntura se da a través de la combinación de fuerzas o circunstancias que se dan en la docencia, investigación y servicio a través de su afinidad y semejanza.

Entre la profesión Médica y el Trabajo Social encontramos un buen número de fuentes comunes que las hacen afines. Ambas profesiones no tienen una educación idéntica, pero sí suficientemente similares en donde convergen; están en interacción frecuente y realizan acciones afines. Tienen métodos que les son comunes, o sea que requieran operativamente la participación de ambos.

Dentro de los aspectos coyunturales más importantes, está la toma de conciencia de que la salud-enfermedad está condicionada por factores culturales vigentes y por la situación socio-económica del medio en que se desenvuelven los individuos y la colectividad humana.

Además, con la mentalidad sensible de ambas profesiones a los problemas sociales y al bienestar del hombre, tanto de la profesión Médica como de Trabajo Social, consideran la salud como un bien comunitario, como un bien social. Se coincide también, en la supervivencia del hombre al desarrollo de todas las posibilidades humanas, tanto en sus características psicológicas como en el proceso de adaptación social.

Respecto al curriculum, tanto el trabajo médico como el Trabajo Social, encuentran en su base metodológica tres elementos: DOCENCIA, LA INVESTIGACION Y EL SERVICIO.

La DOCENCIA, ambos la conciben como un proceso dinámico de acción común de docentes y estudiantes en la enseñanza-aprendizaje.

La INVESTIGACION como apoyo a la docencia, cuando a través de ella se busca el conocimiento de la realidad concreta y las causas determinantes y condicionantes del problema salud-enfermedad.

El SERVICIO, para cumplir diversos planes curriculares: afianzar la formación del estudiante vinculándolo con la realidad, dentro de las contradicciones y desajustes de la estructura económico-social, dando al estudiante y docentes la posibilidad de integrar la teoría con la práctica.

Para concluir, podemos decir que el Trabajo Social tiene mucho que ver con la epidemiología social, con el estudio de status, papeles, estratificación social, análisis situaciones y el cambio social en todos sus aspectos en relación con los procesos salud-enfermedad.

### 3.6 EL TRABAJO EN EQUIPO:

En este aspecto, se encuentran múltiples definiciones, sin embargo, se considera que la siguiente es la que más se ajusta a los fines y propósitos.

Frederick A. Whitehouse define al equipo como: "Una unión íntima, cooperadora, democrática y multiprofesional dedicada a un propósito común. Ésto es, el mejor tratamiento de las necesidades fundamentales del individuo. Sus miembros al trabajar parte de un diagnóstico, combinado e integrado, dirigiéndose hacia una planificación flexible y dinámica para lograr un tratamiento oportuno, consecuente y equilibrado en la acción".

El trabajo en equipo, entre los profesionales de la Medicina y el Trabajo Social en los Programas Docentes con la Comunidad, debe darse a través de la coordinación, interacción e integración de conocimientos de

ambas profesiones, dentro de las funciones de docencia, investigación y servicio, en beneficio del individuo, la familia y la comunidad.

"El trabajo en equipo se basa en los siguientes principios:

- a) La necesidad de que los problemas humanos se resuelvan desde sus raíces y en forma permanente.
- b) La concepción del ser humano como unidad total: física, mental, emocional, espiritual y social.
- c) La convicción de que el tratamiento debe efectuarse en forma integrada". 30/

Es muy importante señalar como función del equipo, la necesidad de que se establezca y mantenga un clima democrático donde se desarrolle un sentimiento de grupo de tal naturaleza, que se frague un frente unido hacia el logro del propósito común. La opinión de cada profesional debe respetarse y tomarse en cuenta, para que cada uno pueda desarrollar sus potencialidades al máximo.

La personalidad de los profesionales que componen el equipo determina la calidad del clima o ambiente en que se trabaja, el grado de cohesión, el ritmo del progreso y la interacción entre los miembros del equipo.

Si el clima no es democrático surgen entre los profesionales actitudes de competencia, rigidez, agresividad y estar a la defensiva.

Finalmente podemos decir, que ninguna profesión posea todos los

---

30/ Lidia C. Hernández de Vittorioso. Trabajo en Equipo en el Campo de Salud. Boletín del Colegio de Asistentes Sociales. Chile, Año IV, No. 5. 1979. Pág. 34.

conocimientos y destrezas para solucionar los problemas tan complejos, como el de la salud y la enfermedad, que requieren el concurso de distintas disciplinas, de ahí la importancia del trabajo en equipo.

## CAPITULO 4

### ACEPTACION Y CONOCIMIENTO DEL TRABAJO SOCIAL DENTRO DE LA PROFESION MEDICA, EN LOS PROGRAMAS DOCENTES DE LA COMUNIDAD

El aporte de los profesionales de la Medicina que han compartido experiencias con el Trabajo Social en los Programas Docentes con la Comunidad, se consideró valioso, ya que constituye un cúmulo de opiniones y criterios que permiten elementos de juicio para evaluar la aceptación y conocimiento que el Médico tiene del Trabajo Social y los aspectos coyunturales entre ambas profesiones.

Pensamos también que los profesionales de la Medicina, poseen vivencias muy particulares al compartir experiencias con el Trabajo Social, y que dentro de ese contexto encontraríamos modelos mentales que ayudarían a ubicar la relación entre el trabajo Médico y el Trabajo Social.

El aporte de los profesionales de la Medicina se justifica y le da validez a la investigación, porque su criterio es una fuente de primera mano que se fundamenta en su experiencia, dentro de la realidad objetiva.

#### 4.1 TRABAJO DE CAMPO:

El trabajo de campo se realizó entre abril y junio de 1991 en la sede de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC y a través de visitas domiciliarias o a lugares de trabajo de los profesionales seleccionados en la investigación.

Como unidad de análisis, se tomó el total de profesionales de la

Medicina (65), que compartieron experiencias con el Trabajo Social profesional en actividades docentes con la comunidad, de la apertura del espacio profesional en 1960 a 1991. La distribución de los citados profesionales según el área de trabajo dentro de la Facultad de Ciencias Médicas, se presenta en el cuadro No. 1.

CUADRO No. 1  
PROFESIONALES DE LA MEDICINA QUE COMPRENDE LA INVESTIGACION  
(1960-1990)  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, USAC

PROGRAMA	GRADO	FASE	TOTAL
Medicina de la Colectividad	3o.	II	8
Infección	3o.	II	6
Medicina Familiar	4o.	II	15.
Medicina del Trabajo	3o.	II	8
Patología	3o.	II	6
Conducta Colectiva	2o.	I	7
Centro de Investigación (CICS)	-	-	6
Otros	-	-	9
TOTAL	-	-	65

FUENTE: Los Programas en referencia.

Para los efectos de la investigación, se diseñó un cuestionario piloto de acuerdo a los objetivos e hipótesis del estudio, efectuándose la prueba correspondiente para validarlo en cuanto a fidegnidad, operatividad y comprensión del mismo. Posteriormente se organizó el cuestionario de acuerdo al tipo de preguntas conveniente, buscando su orden lógico y su formulación.

La información se recabó a través de entrevistas personales o confiando el cuestionario para entregarlo posteriormente. De los sesenta y cinco (65) profesionales (universo estadístico), respondieron el cuestionario 44, que representa el 67.69% resultando así una MUESTRA ADECUADA, suficientemente amplia y representativa, que contenga suficientes casos para el fin que se persigue, ya que todos los elementos importantes están representados en la misma proporción, según el UNIVERSO. (Ver Cuadro No. 1).

Independiente de la aplicación del cuestionario, se realizaron entrevistas con profesionales de la Medicina cuidadosamente seleccionados como personas idóneas por sus cualidades de expertos, buenos informadores y con capacidad de análisis: dos ex-decanos, un ex-secretario de la Facultad y dos docentes ya retirados.

La investigación, además implicó la observación participativa dentro del equipo de docentes. Siendo el Trabajador Social investigador parte activa del mismo, se adentró en las tareas cotidianas, para conocer las actitudes y conductas en relación con los objetivos del estudio.

Finalmente, después de revisar cuidadosamente la información recabada se procedió a su tabulación (manual y computación), y cuyos resultados se presentan en el siguiente apartado.

#### 4.2 PRESENTACION, INTERPRETACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

##### 4.2.1 TIEMPO DE RELACION PROFESIONAL ENTRE EL MEDICO Y EL TRABAJADOR SOCIAL

CUADRO No. 2

TIEMPO DE RELACION PROFESIONAL ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA MEDICINA Y  
LOS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, USAC

INTERVALO EN AÑOS	FRECUENCIA	%
0 - 5	19	43.18
6 - 10	17	38.64
11 - 15	5	11.36
16 - 20	3	6.82
TOTAL	44	100.00

FUENTE: Investigación de Campo. Abril/Junio 1991.

Podemos observar (Cuadro No. 2), que el rango de compartir experiencias entre el trabajo Médico y el Trabajo Social oscila entre menos de un año, hasta menos de 20 años.

El porcentaje más alto se observa de 0 a 5 años, con el 43.18%; en seguida en el intervalo de 6 a 10 años, con el 38.64%; entre 11 a 15 años, el 11.36% y de 16 a 20 años, el 6.82%.

Integrando los porcentajes de 0 a 5 y de 6 a 10 años, encontramos

el 81.82%, lo cual indica que la mayoría de los médicos involucrados en nuestro estudio, compartieron experiencias profesionales con el Trabajo Social entre 0 a 10 años, lo que se estima como tiempo de vivencia prudencial para comprender la coyuntura y convergencia entre el trabajo Médico y el Trabajo Social.

#### 4.2.2 CONOCIMIENTO QUE LOS PROFESIONALES DE LA MEDICINA TIENEN DEL TRABAJO SOCIAL

El conocimiento que tienen los profesionales de la Medicina que compartieron experiencias con el Trabajo Social en los Programas Docentes con la Comunidad, sobre el Trabajo Social, se presenta en tres aspectos explorados: CONOCIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL, CONOCIMIENTO DE LOS OBJETIVOS PRE-GRADO Y CONOCIMIENTO DEL PENSUM DE LA CARRERA DE TRABAJO SOCIAL. A continuación los resultados.

CUADRO No. 3

#### CONOCIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Si los conocen	4	9.10
No los conocen	40	90.90
TOTAL	44	100.00

FUENTE: Investigación de Campo. Abril/Junio 1991.

CUADRO No. 4  
CONOCIMIENTO DE LOS OBJETIVOS PRE-GRADO DE LA CARRERA DE  
TRABAJO SOCIAL

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Si los conocen	7	15.91
No los conocen	37	84.09
TOTAL	44	100.00

FUENTE: Investigación de Campo. Abril/Junio 1991.

CUADRO No. 5  
CONOCIMIENTO DEL PENSUM DE LA CARRERA DE TRABAJO SOCIAL

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Si la conocen	5	11.36
No la conocen	39	88.64
TOTAL	44	100.00

FUENTE: Investigación de Campo. Abril/Junio 1991.

Si se analizan los resultados de la investigación, sobre el conocimiento que el profesional de la Medicina tiene del Trabajo Social en los Programas Docentes con la Comunidad, obviamente hay un desconocimiento de la Carrera en su fundamentación académica. Así, el 90.90%

desconoce los OBJETIVOS DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL (Cuadro No. 3); el 84.09% desconoce los OBJETIVOS PRE-GRADO (Cuadro No. 4) y el 88.64% desconoce el PENSUM DE LA CARRERA (Cuadro No. 5).

Los hallazgos en cuanto al conocimiento de la carrera de Trabajo Social son importantes, ya que ponen en evidencia la necesidad de dar a conocer su fundamentación académica entre los profesionales de la Medicina, para que éstos tengan una referencia en que basar su relación profesional con el Trabajo Social y poder así establecer los aspectos coyunturales y de convergencia entre ambas profesiones, así como la importancia de la coordinación y trabajo en equipo. Además, el conocimiento de la carrera de Trabajo Social por parte de los profesionales de la Medicina, es indispensable para justificar y conservar el espacio profesional ganado y para merecer el respeto a sus funciones, de acuerdo a la calidad profesional que le corresponde.

#### 4.2.3 OPINION SOBRE LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO SOCIAL

CUADRO No. 6

OPINION DE LOS PROFESIONALES DE LA MEDICINA, SOBRE LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO SOCIAL EN LOS PROGRAMAS DOCENTES CON LA COMUNIDAD  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, USAC.

OPINION	FRECUENCIA	%
Muy importante	33	75.00
Importante	10	22.73
Poco importante	1	2.27
Nada importante	0	0.00
TOTAL	44	100.00

FUENTE: Investigación de Campo. Abril/Junio 1991.

A pesar del desconocimiento de la fundamentación académica del Trabajo Social, la importancia de la profesión dentro del equipo fue reconocida casi unánimemente. El 75% la consideró MUY IMPORTANTE y el 22.73% IMPORTANTE, lo cual revela que el 97.73% reconocen la importancia del Trabajo Social en los Programas Docentes con la Comunidad (Cuadro No. 6).

La respuesta acerca de la importancia del Trabajo Social, indica que los profesionales de la Medicina han reconocido el aporte profesional, sólo como un elemento de apoyo para tratar fenómenos aislados o aspectos separados del hecho social. Así se reconoce aisladamente la experiencia del Trabajo Social y su capacidad para el estudio de la comunidad y comprensión y enfoque de los problemas; como vínculo entre la docencia, Facultad y comunidad; como "llave de ingreso a la comunidad"; como medio para educar a los futuros profesionales de la Medicina en los aspectos sociales del problema salud-enfermedad, etc.

#### 4.2.4 DEBE O NO TENER EL TRABAJADOR SOCIAL LAS MISMAS ATRIBUCIONES DENTRO DEL EQUIPO

CUADRO No. 7

OPINION DE LOS PROFESIONALES DE LA MEDICINA, SOBRE SI DEBE O NO TENER EL TRABAJO SOCIAL, LAS MISMAS ATRIBUCIONES DENTRO DEL EQUIPO DE DOCENTES  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, USAC

OPINION	FRECUENCIA	Z
SI	21	47.73
NO	23	52.27
TOTAL	44	100.00

FUENTE: Investigación de Campo. Abril/Junio 1991.

Si analizamos la opinión de los profesionales de la Medicina, acerca de si el Trabajo Social DEBE O NO tener las mismas atribuciones dentro del equipo de docentes (Cuadro No. 7); se encuentra que el 47.73% opinó que SI debe tener las mismas atribuciones y el 52.27% que NO debe tener las mismas atribuciones.

En este aspecto es importante señalar que persiste la idea del Trabajo Social como elemento de apoyo. La mayoría estima que las atribuciones delegadas en el Trabajador Social deben estar relacionadas únicamente con los aspectos económico-sociales que tengan que ver con el proceso salud-enfermedad, en la familia, grupo y comunidad. Se reconoce que hay atribuciones que son comunes dentro del trabajo Médico y el Trabajo Social, porque toda patología tiene un componente social.

#### 4.2.5 DE LA FUNCION DEL TRABAJADOR SOCIAL, EN LOS COMPONENTES DE SERVICIO, INVESTIGACION Y DOCENCIA

##### CUADRO No. 8

##### OPINION DE LOS PROFESIONALES DE LA MEDICINA SOBRE LA FUNCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LOS COMPONENTES DE SERVICIO, INVESTIGACION Y DOCENCIA

##### FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, USAC

COMPONENTES	FRECUENCIA	%
Servicio	30	68.18
Investigación	20	45.45
Práctica Docente	19	43.18
Planificación y Admon. Docente	16	36.36
Docencia Directa	14	31.82
Evaluación	13	29.54
Otras funciones	6	13.04

FUENTE: Investigación de Campo. Abril/Junio 1991.

En primer lugar (Cuadro No. 8), encontramos que el 68.18% delegaría funciones de servicio al Trabajador Social, coincidiendo las opiniones en que "es allí donde puede aprovecharse su experiencia y conocimientos".

Es importante aclarar que el concepto de servicio, fue interpretado por los profesionales de la Medicina como "el esfuerzo organizado a través de los Programas Docentes con la Comunidad, para mejorar las condiciones de salud de la comunidad por medio de la práctica docente".

En los otros aspectos contemplados en el Cuadro No. 8, se observa así la delegación de funciones al Trabajador Social: en la INVESTIGACION, 45.45%, en la PRACTICA DOCENTE, 43.18%; en PLANIFICACION Y ADMINISTRACION DOCENTE, 36.36%; en La DOCENCIA DIRECTA, 31.82%; en La EVALUACION, 29.54%; y en OTRAS FUNCIONES, 13.64%. Prevalciendo el criterio del Trabajo Social como elemento de apoyo en funciones de servicio.

Las opiniones en cuanto a las FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL, revelan claramente el desconocimiento que se tiene de sus roles en los Programas Docentes con la Comunidad, ya que no se encontró un criterio preciso acerca del asunto.

Puede percibirse también, la delegación de las atribuciones para el Trabajador Social, con funciones de servicio como elemento de apoyo y no como profesional con aptitud para desempeñarse en las tareas de docencia, investigación y servicio.

Aquí vuelve a surgir la ingente necesidad de dar a conocer y divulgar entre los profesionales de la Medicina el perfil académico de la profesión de Trabajo Social.

#### 4.2.6 ACTITUD HACIA EL ESPACIO PROFESIONAL DEL TRABAJO SOCIAL

CUADRO No. 9  
ACTITUD DE LOS PROFESIONALES DE LA MEDICINA HACIA EL ESPACIO  
PROFESIONAL DEL TRABAJO SOCIAL  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, USAC

ACTITUDES	FRECUENCIA	%
Aumentaría el número de T.S.	24	54.55
Dejaría el mismo número de T.S.	11	25.00
Se abstuvieron de opinar	8	18.18
Aboliría el Trabajo Social	1	2.27
TOTAL	44	100.00

FUENTE: Investigación de Campo. Abril/Junio 1991.

En relación con el espacio profesional, para el Trabajo Social, la respuesta de los profesionales de la Medicina, como lo revela el Cuadro No. 9, fue el siguiente: el 54.55% aumentaría el número de Trabajadores Sociales, por el fuerte componente social en los problemas de salud-enfermedad; por la proyección de los Programas Docentes con la Comunidad al individuo, la familia y la comunidad; porque el Trabajador Social es la persona idónea para motivar al estudiante hacia la interpretación y comprensión de los aspectos socio-económicos que influyen en el proceso salud-enfermedad; porque es necesario incorporar al Trabajo Social en todos los Programas en donde el componente de acción comunitaria sea fundamental (E.P.S., Medicina Familiar, Medicina del Trabajo, etc.).

En el 25% cuya actitud sería dejar el mismo número de Trabajadores

Sociales, es importante señalar, que hay conciencia en una razón: "Porque los profesionales del Trabajo Social no han demandado la necesidad de ampliar su espacio profesional".

En cuanto a las razones de los docentes que se abstuvieron de opinar (18.18%) encontramos: desconocimiento de las herramientas teórico-metodológicas y del perfil profesional del Trabajador Social; necesidad de evaluar el Trabajo Social y su eficacia en el equipo, para decidir el espacio profesional correspondiente; se desconocen los roles específicos del Trabajador Social en los Programas Docentes con la Comunidad.

Finalmente, en cuanto a abolir el Trabajo Social, Únicamente encontramos la respuesta de uno de los profesionales (2.27%), quien dijo: "hay mucho desempleo en el gremio médico, el Trabajo Social lo pueden realizar Los Médicos Salubristas y Epidemiólogos".

#### **4.2.7 COYUNTURA Y RELACION ENTRE EL TRABAJO MEDICO Y EL TRABAJO SOCIAL:**

Para saber cómo se dio la coyuntura y relación entre el trabajo Médico y el Trabajo Social en los Programas Docentes con la Comunidad, se indagó a los profesionales de la Medicina que compartieron experiencias con el Trabajo Social, en cuanto a los siguientes aspectos: Si hubo o NO AFINIDAD entre ambas profesionales (Trabajo Médico y Trabajo Social); SI HUBO O NO CONGRUENCIA, o sea donde fue conveniente y oportuna la ocurrencia y encuentro; así como la convergencia a través del paralelismo o desarrollo independiente de cada profesión. También se indagó acerca de SI HUBO O NO, trabajo en equipo, coordinación y buenas relaciones interpersonales, a continuación los resultados.

CUADRO No. 10

OPINION SOBRE LA AFINIDAD ENTRE EL TRABAJO MEDICO Y EL TRABAJO SOCIAL

OPINION	FRECUENCIA	%
SI HUBO	36	81.82
NO HUBO	8	18.18
TOTAL	44	100.00

FUENTE: Investigación de Campo. Abril/Junio 1991.

CUADRO No 11

OPINION SOBRE LA COINCIDENCIA ENTRE EL TRABAJO MEDICO Y EL TRABAJO SOCIAL

OPINION	FRECUENCIA	%
SI HUBO	33	75.00
NO HUBO	11	25.00
TOTAL	44	100.00

FUENTE: Investigación de Campo. Abril/Junio 1991.

CUADRO No. 12

OPINION SOBRE LA CONGRUENCIA ENTRE EL TRABAJO MEDICO Y EL TRABAJO SOCIAL

OPINION	FRECUENCIA	%
SI HUBO	33	75.00
NO HUBÓ	11	25.00
TOTAL	44	100.00

FUENTE: Investigación de Campo. Abril/Junio 1991.

Como puede observarse, los aspectos coyunturales y de relación entre el Trabajo Médico y el Trabajo Social son satisfactorios. Encontramos el 81.82% que opinó que SI HUBO AFINIDAD (Cuadro No. 10), lo cual revela que los profesionales de la Medicina, en un alto porcentaje, reconocen que sí hay analogía o semejanza entre el trabajo Médico y el Trabajo Social.

El 75% opinó que SI HUBO COINCIDENCIA (Cuadro No. 11), que se manifestó en la concordancia entre ambas profesiones. Encontramos también, el 75% que opinó que SI HUBO CONGRUENCIA (Cuadro No. 12), pues se buscó donde era conveniente y oportuna la ocurrencia entre el trabajo Médico y el Trabajo Social.

Los hallazgos en cuanto a AFINIDAD, COINCIDENCIA Y CONGRUENCIA revelan claramente que los profesionales de la Medicina están conscientes que hay factores en donde coinciden y se hacen afines las dos profesiones para su convergencia, siendo las siguientes los que aparecen como más importantes:

a) La salud-enfermedad está condicionada por factores culturales y por la situación socio-económica del medio en que se desenvuelven los individuos y la colectividad humana.

b) Ambas profesiones consideran la salud como un bien comunitario, como un bien social.

c) La idea de la supervivencia del hombre al desarrollo de todas las posibilidades humanas (psicológica y en su proceso de adaptación social).

d) Ambas profesiones tienen las mismas bases metodológicas: docencia, investigación y servicio, la DOCENCIA como un proceso dinámico de acción común de docentes y estudiantes en la enseñanza aprendizaje. La

INVESTIGACION como apoyo a la docencia, cuando a través de ella se busca el conocimiento de la realidad concreta y las causas determinantes y condicionantes del problema salud-enfermedad. EL SERVICIO, para cumplir diversos planes curriculares y afianzar la formación del estudiante vinculándolo con la realidad, a través de la integración de la teoría y la práctica.

e) Que el Trabajo Social tiene mucho que ver con la epidemiología social.

En seguida, los cuadros 13, 14 y 15, que revelan los resultados acerca del trabajo en equipo entre el Médico y el Trabajador Social y las relaciones interpersonales entre ambas profesiones.

CUADRO No. 13

OPINION SOBRE EL TRABAJO EN EQUIPO ENTRE EL MEDIO Y EL TRABAJADOR SOCIAL

OPINION	FRECUENCIA	%
SI HUBO	31	70.45
NO HUBO	13	29.55
TOTAL	44	100.00

FUENTE: Investigación de Campo. Abril/Junio 1991.

CUADRO No. 14

OPINION SOBRE COORDINACION ENTRE EL TRABAJO MEDICO Y EL TRABAJO SOCIAL

OPINION	FRECUENCIA	%
SI HUBO	30	68.18
NO HUBO	14	31.82
TOTAL	44	100.00

FUENTE: Investigación de Campo. Abril/Junio 1991.

CUADRO No. 15

OPINION SOBRE LAS RELACIONES INTERPERSONALES ENTRE EL MEDICO  
Y EL TRABAJADOR SOCIAL

OPINION	FRECUENCIA	%
Si hubo buenas relaciones	44	100.00
No hubo buenas relaciones	00	0.00
TOTAL	44	100.00

FUENTE: Investigación de Campo. Abril/Junio 1991.

En cuanto al TRABAJO EN EQUIPO (Cuadro No. 13), el 70.45% opinó que se manifestó a través de la armonía de conjunto que se observó entre el trabajo Médico y el Trabajo Social.

Para la interpretación y análisis de resultados fue necesario previamente hacer las siguientes consideraciones. El TRABAJO EN EQUIPO DEBE ENTENDERSE COMO:

- a) Comprensión mutua entre el trabajo Médico y el Trabajo Social, dentro del reconocimiento y respeto del área particular de competencia en la que ha sido adiestrado cada profesional.
- b) Conciencia de todos los miembros del equipo en su interés por alcanzar el objetivo común, dentro de una fuerza de cohesión que debe superar las fuerzas antagónicas que naturalmente surgen en todo grupo.
- c) Armonía de pensamiento integrador, si cada miembro posee la flexibilidad necesaria para condicionar sus conclusiones frente al aporte de las otras disciplinas.
- d) "Una unión íntima, cooperadora, democrática y multiprofesional,

dedicada a un propósito común". 31/

De acuerdo a los postulados anteriores, es necesario preguntarse y responder honestamente. ¿Se ha dado el trabajo en equipo tan efectivamente como debiéramos? Si no es así, ¿por qué no? ¿Cómo podremos unir nuestros conocimientos y destrezas por el bien de la comunidad?

El Médico y el Trabajador Social tienen un propósito común al trabajar juntos en los problemas de salud de la comunidad y es su preocupación por bienestar físico, mental, emocional y social del individuo, la familia y la comunidad. Este propósito común puede ser realizado a través de los elementos comunes que unen en sus funciones a las dos profesiones. Sin embargo, no se dió la fuerza de cohesión recomendable entre el trabajo Médico y el Trabajo Social, para lograr el trabajo en equipo en toda su plenitud, siendo una de las mayores barreras encontradas, que los profesionales de la Medicina no conocen lo suficiente acerca de la profesión de Trabajo Social y no comprenden qué es lo que trata de lograr y mediante qué proceso.

Respecto a la COORDINACION (Cuadro No. 14), el 68.18% opinó favorablemente, pero a través de la interpretación y análisis de resultados en este aspecto, se detectó que no se tiene claro el concepto de COORDINACION, como trabajo en común de una manera organizada e integrada, en forma cooperativa para conseguir el objetivo común. Así, puede afirmarse que debido a esta razón fundamental, hubo muy poca coordinación entre el trabajo Médico y el Trabajo Social. Además, pueden agregarse las razones expuestas para que no se diara el trabajo en equipo satisfactoriamente.

Finalmente, el 100% opinó que sí hubo BUENA RELACION INTERPERSONAL

31/ Frederick A. Whitehouse. Filosofía y Principios del Trabajo en Equipo. Práctica de Trabajo Social en Instituciones de Cuidado Médico y Rehabilitación. Sociedad Americana de Trabajadores Sociales en Medicina. Washington, 1985. (Mimeografiado). Pág. 30.

(Cuadro No. 15), de lo cual se deduce que el aspecto afectivo entre el Médico y el Trabajador Social es positivo y que el Trabajador Social tiene plena aceptación en su relación profesional. Esto es importante, ya que revela que están dadas las condiciones subjetivas para que el Trabajo Social consolide su espacio profesional dentro del equipo en los Programas Docentes con la Comunidad de la Facultad de Ciencias Médicas.

#### 4.2.8 CONCLUSION:

La presente investigación busca descubrir la interacción entre el trabajo Médico y el Trabajo Social. Analizando los resultados, encontramos que a pesar del tiempo de convivencia profesional, el nivel académico del Trabajador Social aún no ha sido comprendido por los profesionales de la Medicina, ya que prevalece en ellos el concepto de Trabajo Social como simples acciones aisladas para tratar fenómenos individuales o aspectos separados del hecho social, en vez de considerarse como una actividad integradora de los distintos sectores componentes de la sociedad, siendo así que el Trabajo Social ha sido aceptado sólo como un elemento de apoyo dentro del equipo. Esto minimiza las posibilidades del trabajo en equipo y la coordinación necesaria en todas las actividades de docencia, investigación y servicio.

Debe agregarse que el desconocimiento de la naturaleza de la profesión de Trabajo Social ha retardado su utilización apropiada; ante este hecho corresponde a los Trabajadores Sociales la responsabilidad de interpretar su función, su acción y sus propósitos a fin de asumir el papel que le corresponda.

## C O N C L U S I O N E S

1. El Trabajo Social en los Programas Docentes con la Comunidad en la Facultad de Ciencias Médicas (1960-1990), tiene su fundamento en la idea de la Medicina como una ciencia social, que se consolidó con las Reformas Globales de 1969, dentro de una visión integral del hombre, biológica, psicológica y social.
2. Los hallazgos en la investigación revelan que entre los profesionales de la Medicina:
  - 2.1 Hay desconocimiento del Trabajo Social en su fundamentación académica y por ende, desconocimiento del perfil profesional del Trabajador Social.
  - 2.2 Se reconoce la importancia del Trabajo Social, sólo como elemento de apoyo.
  - 2.3 Hay desconocimiento de los aspectos coyunturales y de relación que establecen la convergencia entre el trabajo Médico y el Trabajo Social. Sin embargo, estos aparecen satisfactorios, por el componente afectivo de relación profesional establecido entre ambas profesiones.
3. Con los resultados de la investigación se aceptan las hipótesis propuestas:
  - 3.1 La subordinación del Trabajo Social al trabajo Médico, obedece al desconocimiento que los profesionales de la Medicina tienen del perfil profesional y de los roles del Trabajo Social, así como al desconocimiento de los aspectos coyunturales que establecen la convergencia entre ambas profesiones.
  - 3.2 Que es necesaria una acción metodológica como la propuesta,  
(Ver página No. 43, Inciso 3.4)

para ubicar los roles del Trabajo Social en los Programas Docentes con la Comunidad y evitar así la subordinación a la profesión Médica, con un marco referencial adecuado para el ejercicio de la profesión.

4. La influencia y participación del Trabajo Social en los Programas Docentes con la Comunidad, se ha dado dentro de simples acciones aisladas, dentro del tratamiento de fenómenos individuales o aspectos separados del hecho social, en vez de considerarse como una actividad integradora de los distintos sectores o componentes de la sociedad.
5. El trabajo en equipo entre el Médico y el Trabajo Social en los Programas Docentes con la Comunidad debe fomentarse a través de la interacción de conocimientos de ambas profesiones, dentro de las funciones de docencia, investigación y servicio, en beneficio del individuo, la familia y la comunidad.
6. Entre el trabajo Médico y el Trabajo Social, la coyuntura debe fortalecerse a través de la coordinación de fuerzas o circunstancias que se dan en la docencia, investigación y servicio, dentro de la afinidad y semejanza entre ambas profesiones.

### R E C O M E N D A C I O N E S

1. Poner en práctica la acción metodológica para el Trabajo Social propuesta en el Capítulo III, Inciso 3.4 del presente trabajo, relacionada con los componentes de docencia, investigación y servicio, dentro de los Programas Docentes con la Comunidad.
2. Dar a conocer y divulgar dentro del gremio Médico, el nivel académico y perfil profesional del Trabajador Social, a efecto de que se reconozca su importante función dentro del equipo de docentes.
3. Conseguir la ampliación del espacio profesional para el Trabajo Social en los Programas Docentes de la Facultad de Ciencias Médicas, en donde el componente de acción comunitaria sea fundamental (E.P.S., Medicina de la Colectividad, Medicina Familiar, Medicina del Trabajo y otros) incluyendo las posibilidades de aprovecharlos como recurso para la práctica de Trabajo Social, previa coordinación entre ambas Unidades Académicas.
4. Coordinar las acciones del Programa de Ejercicio Profesional Supervisado (E.P.S.) de la Facultad de Ciencias Médicas, con el E.P.S. de la Escuela de Trabajo Social, ya que los nexos coyunturales entre ambas profesiones así lo permiten.

BIBLIOGRAFIA

- AGUILAR STACKMAN, Humberto. ACCION MEDICA INTEGRAL. Plan de Trabajo Docente 1986-1990. USAC, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1986. (Mimeografiado).
- ANDER-EGG, Ezequiel y H.C. Kruse. EL SERVICIO SOCIAL: DEL PATERNALISMO A LA CONCIENCIA DE CAMBIO. Ediciones Gullaumet, Montevideo, 1970.
- ARDON, Víctor. LA CIENCIA Y EL METODO CIENTIFICO AL SERVICIO DE LA INVESTIGACION. USAC, Serie Investigación y Educación, Fascículo 1, Editorial Universitaria, Guatemala, 1986.
- AYLWIN DE BARRIOS, Nidia. et. al. UN ENFOQUE OPERATIVO DE LA METODOLOGIA DEL TRABAJO SOCIAL. Humanitas, Buenos Aires, 1987.
- BAENA PAZ, Guillermina. MANUAL PARA ELABORAR TRABAJOS DE INVESTIGACION DOCUMENTAL. Primera Parte, Colección Técnicas No. 7. Departamento de Publicaciones, Facultad de Ciencias Económicas, USAC. Guatemala, 1980.
- BANQUEDANO, Rafael. et. al. ASPECTOS TECNICOS DE LA MEDICINA COMUNITARIA. Educación Médica y Salud. USAC, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1985. (Mimeografiado).
- BREIHL, Jaime. MEDICINA DE LA COMUNIDAD ¿UNA NUEVA POLICIA MEDICA? USAC, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1988. (Mimeografiado).
- BOSCH, Samuel J. y R. Merino. UNA FACULTAD DE MEDICINA Y LA ATENCION MEDICA DE LA COMUNIDAD. Medicina y Sociedad. Vol. 2, No. 2. Abril y Junio 1979.
- CABRERA FRANCO, Jafeth Ernesto. IMPORTANCIA DEL ENFOQUE MULTISECTORIAL Y MULTIDISCIPLINARIO EN SALUD CON PARTICIPACION COMUNITARIA. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, USAC. Guatemala, 1988. Vol. 1, No. 1.
- CASTRO ASTURIAS, Carlos. FILOSOFIA DE LAS ACTIVIDADES CON LA COLECTIVIDAD. USAC, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1986. (Mimeografiado).
- CONTI, Laura. ESTRUCTURA SOCIAL Y MEDICINA. USAC, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1982. (Mimeografiado).

- COLLADO ARDON, Rolando. et. al. LA COMUNIDAD OPERATIVA, UN INSTRUMENTO DE SALUD COMUNITARIA. Anual Meeting, Abril 1987. México, 1987.
- CHOW, Napoleón. TECNICAS DE INVESTIGACION SOCIAL. EDUCA, Costa Rica, 1976.
- DE KDET, Emanuel. PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD PARA LA SALUD. USAC. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1989 (Mimeografiado).
- DICCIONARIO DE FILOSOFIA. Editorial Progreso. Moscú, 1984. (Traducción al Español por O. Razinkov).
- ECHEGARAY, Francisco E. TRABAJO CON GRUPOS Y ORGANIZACION COMUNITARIA. USAC, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1989. (Mimeografiado).
- ELU DE LEÑERO, María del Carmen. DE LO INSTITUCIONAL A LO COMUNITARIO: UN PROGRAMA DE SALUD RURAL. Asociación Mexicana de Población. México, 1982.
- EXTENSION DE LA COBERTURA DE SALUD CON LAS ESTRATEGIAS DE ATENCION PRIMARIA Y PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD. Resumen, Documento Oficial No. 156 OPS-OMS, 1987.
- FRIEDELANDER, Walter A. CONCEPTO Y METODOS DEL TRABAJO SOCIAL. Kapelusz, Buenos Aires, 1977.
- GALVEZ COTO, Mario Fernando. PARTICIPACION COMUNITARIA EN SALUD. (Valoración de la Participación Comunitaria en el Municipio de Antigua Guatemala, Estudio Retrospectivo). Tesis de Médico y Cirujano. USAC. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, Agosto de 1987.
- GALLARDO D., Leonel. ALGUNAS TENDENCIAS DE LA EDUCACION Y PARTICIPACION COMUNITARIA. Boletín O.P.S. Vol. 96 (4) Abril, 1984.
- GARCIA LAGUARDIA, Jorge Mario. J. Luján Muñoz. GUIA DE TECNICAS DE INVESTIGACION Y CUADERNOS DE TRABAJO. Serviprensa Centroamericana, 1983.
- GIRON MENA, Manuel Antonio. ANTROPOLOGIA SOCIAL APLICADA A LA SALUD PUBLICADA. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, Julio de 1988. Año I, Volumen 1.
- GIRON MENA, Manuel Antonio. MEDICINA SOCIAL. Editorial Universitaria. Vol. 47. Guatemala, 1964. Pág. 39.

- GONZALEZ DE OCHAETA, Blanca E. CRONICA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS A FINALES DEL SIGLO XX Y SU PARTICIPACION PARA EL SIGLO XXI. Revista Conmemorativa del CCCVII Aniversario de la Cátedra Prima de Medicina. USAC, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, Octubre de 1988. Volumen 1 (2).
- HERIA RIVAS, Patricia. MODELO DE PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN LOS PROGRAMAS DE SALUD. Educación Médica y Salud. Vol. 2, No. 3, 1977.
- HERNANDEZ DE VITTORIOSO, Lidia C. TRABAJO EN EQUIPO EN EL CAMPO DE LA SALUD. Boletín del Colegio de Asistentes Sociales. Santiago de Chile, Año IV, No. 5, 1979. (Mimeografiado).
- INFORME DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCION PRIMARIA EN SALUD. Alma-Ata, URSS, 6-12 de Septiembre de 1978. OMS, Ginebra 1978.
- KEPPER RODRIGUEZ, Rodolfo. MEDICINA DE LA COMUNIDAD. UNA REVISION EPISTEMOLOGICA. Revista Conmemorativa del CCCVIII Aniversario de la Cátedra Prima de Medicina. USAC, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 20 de Octubre de 1989.
- KOPNIN, P. V. HIPOTESIS Y VERDAD. Grijalbo, México, 1969.
- KRUSE, Herman. FILOSOFIA DEL SIGLO XX Y SERVICIO SOCIAL. ECRU, Buenos Aires, 1979.
- LUNA AZURDIA, Rolando. LA MEDICINA EN EL DESARROLLO NACIONAL DE GUATEMALA. Relato Final del II Seminario de Educación Médica, USAC. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1975. Págs. 117-124. (Mimeografiado).
- MAZARIEGOS MORALES; Carlos E. PROTOCOLO E INFORME FINAL DE TESIS PRE-GRADO. (Guía para su Presentación). USAC. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1989. (Mimeografiado).
- MILLER, Benjamín y J. Brut. SALUD INDIVIDUAL Y COLECTIVA. Nueva Editorial Interamericana. México, 1987.
- NUILA G., Héctor A. DESARROLLO Y PERSPECTIVAS FUTURAS DE LOS PROGRAMAS EXPERIENCIAS DOCENTES CON LA COMUNIDAD DE LA FASE III. Boletín Informativo, Facultad de Ciencias Médicas, USAC. Enero y Febrero 1979. Pp. 10.
- O.M.S. SEGUNDA REUNION PARA LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL. Washington, D.C. 1974. Pp. 40-56. Publicación Científica 324.
- O.M.S.-UNICEF. ATENCION PRIMARIA EN SALUD. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS. 6-12 de Septiembre de 1978.

- O.P.S. SEMINARIO SOBRE LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL. Viña del Mar, Chile 1955 y Tehuacán, México 1956. Washington, 1976. Pp. 5-16. Publicación Científica No. 324.
- O.P.S. III REUNION ESPECIAL DE MINISTROS DE SALUD DE LAS AMERICAS. (Santiago, Chile 2-9 de Octubre de 1972). Informe Final Plan Desarrollo de Salud. Washington, C.D. 1973. (Documento Oficial 118).
- O.F.S.-O.M.S. EXTENSION DE LA COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD CON LAS ESTRATEGIAS DE ATENCION PRIMARIA Y PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD. Resumen de la Situación en la Región de las Américas. Washington, 1978. Doc. Oficial 156. P. 3.
- O.P.S.-O.M.S. SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2,000. Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales. Washington, 1982. Doc. Oficial No. 179.
- ORTIZ, Eliseo. TECNICAS DE INVESTIGACION CIENTIFICA. LA FICHA BIBLIOGRAFICA. USAC, Escuela de Ciencias Psicológicas. Guatemala, 1981. (Mimeografiado).
- PEREZ GARCIA, Jorge Mario. EDUCACION MEDICA, EPIDEMIOLOGIA, PRACTICA MEDICA Y COMUNIDAD. Revista Conmemorativa del CCCVIII Aniversario de la Cátedra Prima de Medicina. USAC, Facultad de Ciencias Médicas, 20 de Octubre de 1989. Vol. 2(3).
- PRATT FAIRCHILD, Henry. DICCIONARIO DE SOCIOLOGIA. Fondo de Cultura Económica, México.
- PRIETO, Federic y R. Lobo. MEDICINA Y SOCIEDAD. Fontanella, Barcelona, 1972.
- PRIMERA REUNION SOBRE PRINCIPIOS BASICOS PARA EL DESARROLLO DE LA EDUCACION MEDICA Y SALUD. OPS, 1972.
- QUIROZ SALINAS, Carlos. ENSEÑANZA DE LOS ASPECTOS INTEGRALES DE LA SALUD O ASPECTOS MEDICO SOCIALES. HISTORIA Y SITUACION ACTUAL. Educación Médica y Salud, 1978. Vol. 12, No. 1.
- QUIROZ MARTIN, Teresa. FUNDAMENTACION METODOLOGICA PARA EL TRABAJO SOCIAL. USAC. Escuela de Trabajo Social, Guatemala, 1985. (Mimeografiado).
- RODRIGUEZ, Isabel. y Ramón Villarreal. LA ADMINISTRACION DEL CONOCIMIENTO. Lo Fiológico y lo Social en la Formación del Personal de Salud en la América Latina. O.P.S. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Washington, PASCAP: 1987. Págs. 1-16.
- ROJAS SORIANO, Raúl. CAPITALISMO Y ENFERMEDAD. Folios Ediciones. México, 1985.

- ROJAS SORIANO, Raúl. METODOS DE LA INVESTIGACION SOCIAL. UNA PROPOSICION DIALECTICA. Folios Ediciones, México, 1986.
- ROJAS SORIANO, Raúl. GUIA PARA REALIZAR INVESTIGACIONES SOCIALES. Textos Universitarios, 1981.
- ROSEN, George. ¿QUE ES LA MEDICINA SOCIAL? Salud y Sociedad. U.A.M. Verona, 1985 (Mimeografiado).
- SALUD PROBLEMA, PRACTICA MEDICA Y POLITICA SANITARIA. Salud y Sociedad. U.A.M. Verona, 1985. Pp. 14-15. (5-25).
- SANCHEZ, J. Rómulo. ALGO SOBRE TRABAJO SOCIAL Y SALUD. Revista de Trabajo Social. USAC, Escuela de Trabajo Social, No. 4, Julio y Noviembre de 1983.
- SEGUNDA REUNION SOBRE ENSEÑANZA DE LA MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL. OPS-OMS. Washington, 1974.
- SOTO AVENDAÑO, Arturo y O. Menéndez. EL PROTOCOLO EN LOS PROYECTOS DE INVESTIGACION CIENTIFICA. USAC, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1988. (Mimeografiado).
- TALLER SOBRE PLAN DE ACCION DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2,000. INFORME FINAL. Guatemala, 14-16 de Marzo de 1983.
- TECLA, J. Alfredo y A. Garza R. TEORIA, METODOS Y TECNICAS EN LA INVESTIGACION SOCIAL. Colección Técnicas No. 9. USAC, Departamento de Publicaciones, Facultad de Ciencias Económicas. Guatemala, 1979.
- TOBIAS, César. ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE EL PROGRESO, MEDICINA DE LA COLECTIVIDAD EN FASE II. Tesis (Médico y Cirujano). USAC. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1986.
- UNION DE UNIVERSIDADES EN LA AMERICA LATINA (UDUAL). DECLARACION DE MEXICO SOBRE EDUCACION MEDICA EN AMERICA LATINA. Conclusiones de la I Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina. México, 1957. (Documento Mimeografiado).
- USAC. Facultad de Ciencias Médicas. ESTUDIOS EXPLORATORIOS Y DESCRIPTIVOS. Guatemala, 1986. (Mimeografiado).

- USAC. Facultad de Ciencias Médicas. NORMAS Y EJEMPLOS PARA LA PREPARACION BIBLIOGRAFICA. Guatemala, 1985. (Mimeografiado).
- USAC. Departamento de Registro y Estadística. Facultad de Ciencias Médicas. Separata Catálogo de Estudios 1983.
- USAC. Consejo Superior Universitario. Acta No. 994, 11-1-1969.
- USAC. Escuela de Trabajo Social. PROCESO DE CREACION DE LA LICENCIATURA DE TRABAJO SOCIAL. Guatemala, 1985. (Mimeografiado).
- USAC. Escuela de Trabajo Social. PROYECTO ESPECIAL DE LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL. Guatemala, 1984. (Mimeografiado).
- USAC. Boletín Universitario. DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL EN CIENCIAS MEDICAS. Año III, Guatemala, Octubre de 1959.
- VALLADARES MIJANGOS, Edgar Manolo. PARTICIPACION COMUNITARIA EN SALUD. (Valoración de la Participación Comunitaria en el Distrito de Salud El Milagro. Estudio Prospectivo, Marzo-Mayo 1986). Tesis Médico y Cirujano. USAC. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1988.
- VASCO URIBE, Alberto. SALUD, MEDICINA Y CLASES SOCIALES. -León, Medellín. 1975.
- VILLATORO PALACIOS, Mirna Verónica. EVALUACION DEL PROGRAMA DOCENTE. MEDICINA DE LA COLECTIVA. Tesis Médico y Cirujano. USAC, Escuela de Ciencias Médicas. Guatemala. 1986.
- WHITEHOUSE, Frederick A. FILOSOFIA Y PRINCIPIOS DEL TRABAJO EN EQUIPO. PRACTICA DE TRABAJO SOCIAL EN INSTITUCIONES DE CUIDADO MEDICO Y REHABILITACION. Sociedad Americana de Trabajadores Sociales en Medicina. Washington, 1985. (Mimeografiado).
- YANG, Robert. LA SALUD DE LA COMUNIDAD Y LOS ESTUDIOS DE MEDICINA. Foro Mundial de Salud, Vol. 2 (3). 1981.

A N E X O

**CUESTIONARIO**

**PARA:** Profesionales de la Medicina que han compartido experiencias en la docencia, con Trabajadores Sociales, en los Programas Docentes con la Comunidad, en la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC.

**DE:** T.S. Armando Morales Figueroa.

**MOTIVO:** Investigación para Informe de Tesis sobre el Trabajo Social en los Programas Docentes con la Comunidad, en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

**OBJETIVO:** Comprobar la aceptación y conocimiento que los profesionales de la Medicina tienen del Trabajo Social en los Programas Docentes con la Comunidad.

**PREGUNTAS**

1. ¿En qué Programa prestó o presta sus servicios como docente compartiendo experiencias con el Trabajo Social profesional?  
\_\_\_\_\_
- ¿A qué grado corresponde el Programa? \_\_\_\_\_ ¿Fase? \_\_\_\_\_
2. ¿Qué tiempo compartió o tiene de compartir experiencias con el Trabajo Social profesional? \_\_\_\_\_
3. ¿Conoce los objetivos de la Escuela de Trabajo Social de la USAC?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- ¿Conoce sus objetivos pre-grado? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- ¿Conoce el Pensum de la Carrera de Trabajo Social? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
4. ¿Qué opinión le merece el Trabajo Social en los Programas Docentes con la Comunidad?  
Muy Importante \_\_\_\_\_ Importante \_\_\_\_\_ Poco Importante \_\_\_\_\_ Nada Importante \_\_\_\_\_  
¿Por qué? \_\_\_\_\_

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central

5. ¿Cree que el Trabajador Social debe tener las mismas atribuciones que todo el equipo de Docente? SI \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Por qué? \_\_\_\_\_
6. ¿En cuáles de las siguientes funciones daría usted atribuciones al Trabajador Social? Anote por prioridad: 1, 2, 3, etc.  
En la docencia directa \_\_\_\_\_ En la investigación \_\_\_\_\_  
En el servicio \_\_\_\_\_ En la práctica docente \_\_\_\_\_  
En la planificación y administración docente \_\_\_\_\_  
En la evaluación \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_  
¿Por qué daría atribuciones al Trabajador Social en esas funciones?  
\_\_\_\_\_
7. Si tuviera la autoridad necesaria para decidir el espacio profesional para el Trabajo Social ¿Qué actitud tomaría?  
¿Aumentaría el número de Trabajadores Sociales? \_\_\_\_\_  
¿Reduciría el número de Trabajadores Sociales? \_\_\_\_\_  
¿Dejaría el mismo número de Trabajadores Sociales? \_\_\_\_\_  
¿Aboliría el Trabajo Social? \_\_\_\_\_  
¿Por qué tomaría esa decisión? \_\_\_\_\_
8. En su experiencia como se manifestaron los siguientes aspectos coyunturales y de relación entre el Trabajo Médico y el Trabajo Social?  
¿Hubo afinidad? SI \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Hubo Coincidencia? SI \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Hubo Coordinación? SI \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Hubo Congruencia? SI \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Hubo buenas relaciones personales? SI \_\_\_ NO \_\_\_

OBSERVACIONES GENERALES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_