

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

**“PROPUESTA PARA OPERATIVIZAR
LA POLITICA SOCIAL DE ATENCION
AL DISCAPACITADO FISICO EN GUATEMALA”**

TESIS

PRESENTADA A LA DIRECCION Y AL
PROGRAMA ESPECIAL DE LICENCIATURA DE
LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

POR

**GLORIA MARINA SERRANO CHAVEZ
PREVIO A CONFERIRSELE EL TITULO DE**

**TRABAJADORA SOCIAL
EN EL GRADO ACADEMICO DE
LICENCIADA**

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 1995

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

BIBLIOTECA CENTRAL-USAC
DEPOSITO LEGAL
PROHIBIDO EL PRESTAMO EXTERNO



DL
15
T(916)

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR: Dr. Jafeth Ernesto Cabrera Franco

SECRETARIO: Dr. Otto Manuel España Mazariegos

CONSEJO ACADEMICO

REPRESENTANTES DOCENTES

LICENCIADA: Rebeca Morán

LICENCIADA: Arecely Quiroa de Gómez

LICENCIADO: Alfonso Solís

LICENCIADA: Amparo Meléndez López

LICENCIADA: Blanca Mercedes Aroche

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

MAESTRA DE EDUCACION PRIMARIA: Edelmira Mendoza Pinelo

MAESTRA DE EDUCACION PRIMARIA: Margarita de Jesús García

MAESTRA DE EDUCACION PARA EL HOGAR: Claudia Lorena Alfaro

BACHILLER EN CIENCIAS Y LETRAS: Sara O. Franco Tejada

MAESTRA DE EDUCACION PRIMARIA: Lilian Noemí Lucas V.

SECRETARIA COMERCIAL: Rosa Elena Barillas C.

TRIBUNAL EXAMINADOR

DIRECTOR: Lic. César Augusto Estrada Ovalle

SECRETARIA: T.S. Miriam Silda Fuentes

ASESOR: Licda. Carolina de la Rosa de M.

REVISOR: Lic. Rolando López Godínez

COORDINADOR PROGRAMA

DE LICENCIATURA: Lic. Edgar Flores Gonzáles

BIBLIOTECA CENTRAL-USAC
DEPOSITO LEGAL
PROHIBIDO EL PRESTAMO EXTERNO

Guatemala,
31 de julio de 1995

Licenciado
César Augusto Estrada Ovalle
Director Escuela de Trabajo Social
Su Despacho

Lic. Estrada:

Por este medio informo a usted que en calidad de Asesor de Tesis, he analizado detenidamente el informe final de Investigación sobre el tema "PROPUESTA PARA OPERATIVIZAR LA POLITICA SOCIAL DE ATENCION AL DISCAPACITADO FISICO EN GUATEMALA", que para el efecto ha elaborado la Trabajadora Social Gloria Marina Serrano Chávez.

Al respecto me es grato informarle que este trabajo llena los requisitos técnico-profesionales exigidos por esa Unidad Académica, por lo que no dudo en emitir mi dictamen de aprobación a dicho trabajo de investigación para los trámites correspondiente.

Atentamente,



Dr. Edgar Herrera De León
Colegiado Activo No. 1358



DIICIMEN - 202-28/96

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL.
EDIFICIO 8-1, 2o. NIVEL
Ciudad Universitaria, Zona 12
Guatemala, Centroamérica

Noviembre 3 1995

Teléfonos:
760790-4 y 760985-86-88, Ext. 288-289
Teléfonos Directos: 769590-769602
Fax: 769590

Licenciado
César A. Estrada Ovalle
DIRECTOR-ESCUELA TRABAJO SOCIAL
Presente.

Señor Director:

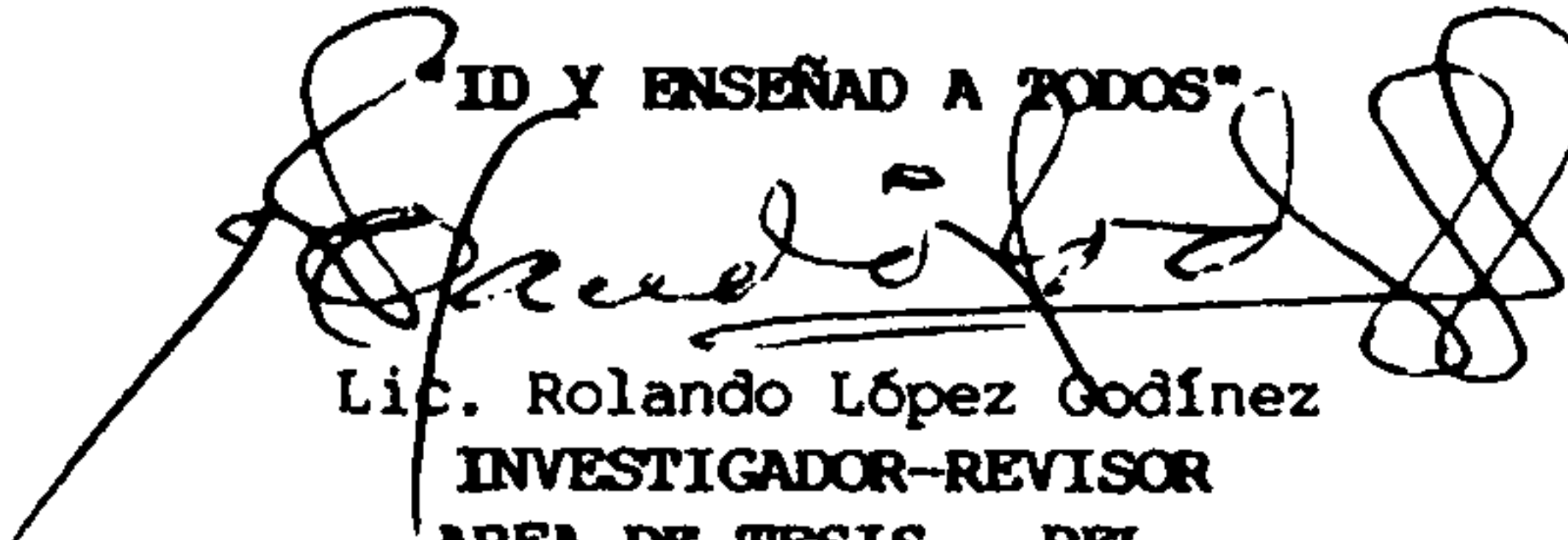
Respetuosamente me dirijo a usted, para informarle que mediante el oficio PEL-153-42/91 de fecha 18 de octubre de 1991, se me asignó para revisar y orientar el trabajo de tesis titulado: "PROPUESTA PARA OPERATIVIZAR LA POLITICA SOCIAL DE ATENCION AL DISCAPACITADO FISICO EN GUATEMALA", presentado por la estudiante GLORIA MARINA SERRANO CHAVEZ.

Se realizó la revisión minuciosa y sistemática del Informe Final, con el propósito de adecuarlo a las normas respectivas dictadas por la Escuela de Trabajo Social y la sustentante verificó los planteamientos señalados.

En consecuencia, recomiendo la impresión del trabajo de tesis de la Trabajadora Social: GLORIA MARINA SERRANO CHAVEZ, y así pueda discutirse en su examen público y opte a su graduación profesional.

Atentamente,

"DID Y ENSEÑAD A TODOS"


Lic. Rolando López Godínez
INVESTIGADOR-REVISOR
AREA DE TESIS - PEL -

RLG/edl.
cc: Archivo.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



PEL-166/95

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL.

EDIFICIO 8-1, 2o. NIVEL

Ciudad Universitaria, Zona 12
Guatemala, Centroamérica

Noviembre 9 1995

Teléfonos:

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

Teléfonos Directos: 769590-769602

Fax: 769590

Licenciado

César A. Estrada Ovalle

DIRECTOR-ESCUELA TRABAJO SOCIAL

Presente.

Señor Director:

De manera atenta me dirijo a usted, adjunfándole para su conocimiento y efecto consiguiente, el INFORME FINAL de tesis: "PROPUESTA PARA OPERATIVIZAR LA POLITICA SOCIAL DE ATENCION AL DISCAPACITADO FISICO EN GUATEMALA", presentado por la estudiante GLORIA MARINA SERRANO CHAVEZ.

El dictamen lo rindió favorablemente el licenciado Rolando López Godínez, en el oficio No. 202-28/95.

Al agradecer su atención, quedo de usted deferente servidor.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Lic. Edgar Flores González
COORDINADOR

PROGRAMA ESPECIAL DE LICENCIATURA

EFG/edl.

cc: Archivo.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL.

EDIFICIO 8-1, 2o. NIVEL

Ciudad Universitaria, Zona 12

Guatemala, Centroamérica

Teléfonos:

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

Teléfonos Directos: 769590-769602

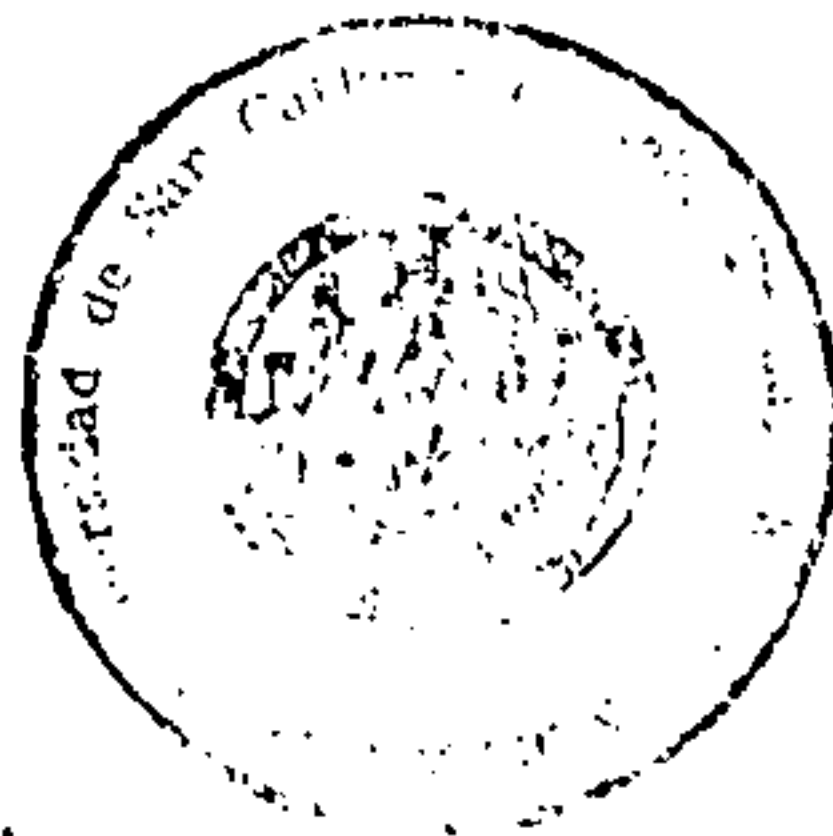
Fax: 769590

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

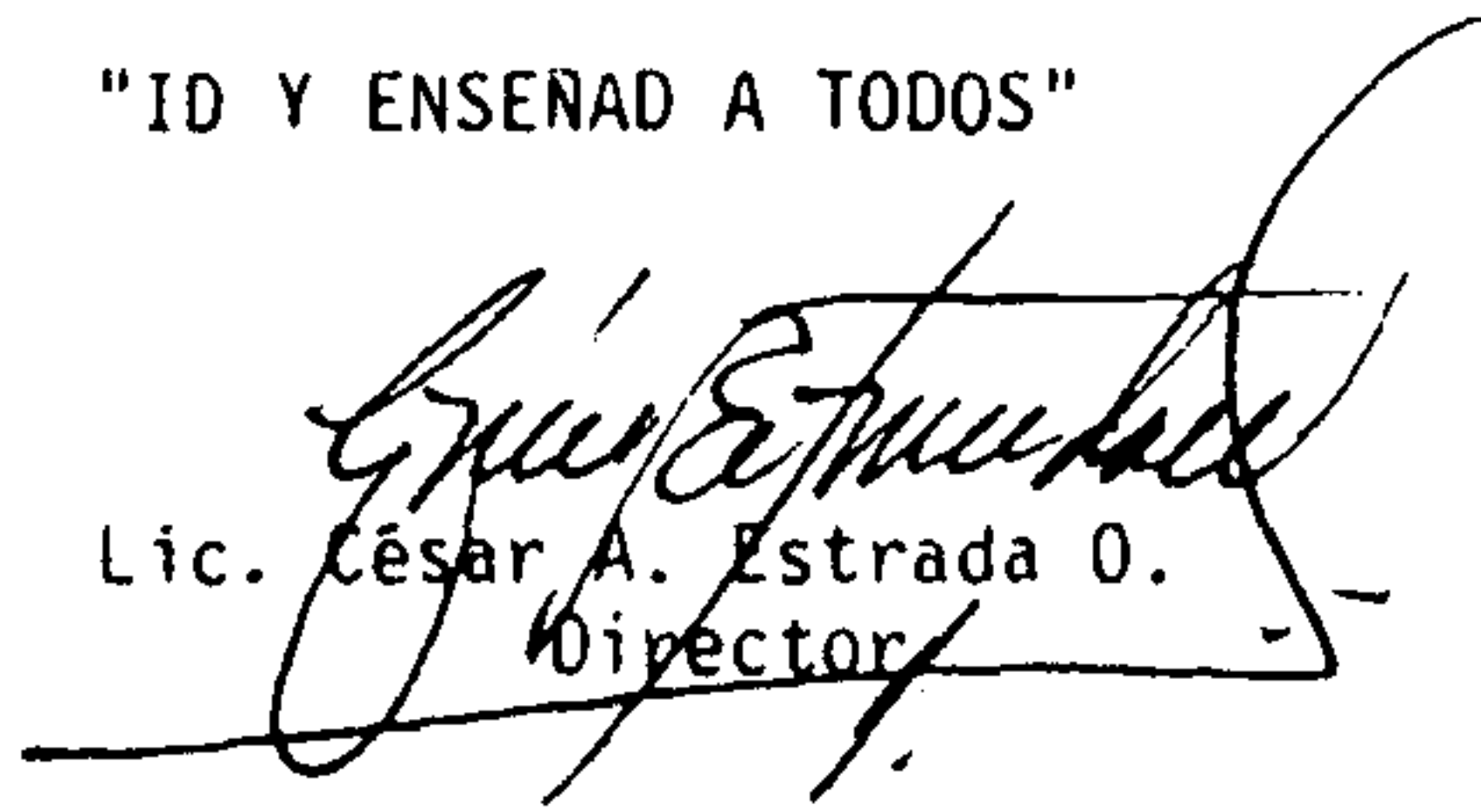
UNIVERSIDAD DE SAN

En vista de los dictámenes favorables que anteceden del Doctor Edgar Herrera De León y del Lic. Rolando López - Godínez, en calidad de Asesor y Revisor respectivamente, esta Dirección autoriza la impresión de la tesis "PRO - PUESTA PARA OPEATIVIZAR LA POLITICA SOCIAL DE ATENCION AL DISCAPACITADO FISICO EN GUATEMALA", elaborada y presentada por Gloria Marina Serrano Chávez, 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 nueve días del mes de noviembre de mil novecientos noventa y cinco.



"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Lic. César A. Estrada O.
Director

CAEO/cdm
c.c.:archivo

ACTO QUE DEDICO

- A: Dios y la Virgen Santísima
- A MIS PADRES: Emilio Osmundo Serrano L.
Estela Chávez de Serrano
Audelia López Vda. de Chávez
- A MIS HIJOS: Oscar y Flor de María González Serrano
- A: Mis hermanos, cuñadas y sobrinos
- A: Dr. Oscar Enrique Gozález B.

AGRADECIMIENTOS MUY PROFUNDOS

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

AL HOSPITAL NACIONAL DE ORTOPEDIA Y REHABILITACION
"DR. JORGE VON AHN"

A MI ASESOR, MAESTRO Y AMIGO
DR. EDGAR HERRERA DE LEON

AL LIC. ROLANDO LOPEZ GODINEZ
POR SU ASESORIA

A CARLOS RENE RODRIGUEZ
POR SU APOYO EN EL DESARROLLO DE ESTE TRABAJO

ARTICULO No.11.- "Los autores serán los responsables de las opiniones y criterios expresados en sus obras".

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

I N D I C E.

	Página
INTRODUCCION.	1
CAPITULO 1.	
1. DIAGNOSTICO POLITICO SOCIAL Y LA CRISIS ECONOMICA DEL PAIS.	1
1.1 Entorno Socio Político.	1
1.2 Articulación Espacial.	2
1.3 Características Demográficas de la Población.	4
1.3.1 Tamaño y Crecimiento.	4
1.3.2 Estructura por edad, sexo y étnia.	4
1.3.3 Distribución de la población.	5
1.4 La Base Económica y Social.	6
1.4.1 La Deuda Externa.	7
1.5 Estructura Socio Ocupacional.	8
1.5.1 Distribución del ingreso.	9
1.5.2 Niveles de Ocupación y Desempleo.	9
1.5.3 Situación General de la Pobreza.	10
1.6 Organización Social.	11
1.6.1 Organización y Cobertura de los Servicios de Salud, Educación y Promoción Social y vivienda.	11
CAPITULO II.	
2. LA SALUD EN EL CONTEXTO NACIONAL.	14
2.1 Análisis Plan Nacional de Salud (94-95).	14
2.2 Problemática de la Salud en Guatemala.	17
2.3 Causas de la Problemática de Salud en Guatemala.	21
2.3.1 Inadecuada Oferta de los Servicios de Salud. a personas y medio ambiente.	21
2.3.1.1 Baja Cobertura de Servicios.	22
2.3.1.2 Baja Calidad de Servicios.	22
2.3.1.3 Deficiente Conducción y Gerencia del Sector Salud.	24
2.3.2 Condicionantes Sociales, Económicos y Culturales.	24

	Página
2.3.2.1 Pluriculturalidad y Diversidad Etnica.	25
2.3.2.2 Dispersión Poblacional • Ineaccessibilidad geográfica.	25
2.3.2.3 Los Flujos Migratorios.	25
2.3.2.4 Pobreza Extrema.	26
2.3.2.5 Analfabetismo.	26
CAPITULO III.	
3. PROBLEMATICA SOCIAL DEL DISCAPACITADO FISICO EN GUATEMALA.	28
3.1 Marco Teórico.	28
3.2 Causas que producen Discapacidad.	30
3.2.1 Factores de riesgo que influyen en el incremento de la discapacidad.	33
3.3 Aspectos Conceptuales.	34
CAPITULO IV.	
4. INSTITUCIONES QUE ATIENDEN DISCAPACITADOS FISICOS.	39
4.1 Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación.	39
4.2 Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.	40.
4.3 Fundación Pro-Bienestar del Mimusvalido "FUNDABIEM".	41
4.4 Asociación Guatemalteca de Rehabilitación de Lisiados "AGREL".	42
4.5 Centro de Rehabilitación Vocacional "CERVOC".	43
4.6 Comisión Nacional de Impedidos "CONACI".	43
Análisis de las Instituciones que atienden a la Discapacidad.	47
CAPITULO V.	
5. PROPUESTA DE UNA POLITICA SOCIAL DE ATENCION AL DISCAPACITADO FISICO EN GUATEMALA.	50
5.1 Situación Actual de la Problemática de Rehabilitación.	50
5.2 Propuesta de la Política Social de Atención al Discapacitado Físico en Guatemala.	51
CONCLUSIONES.	59
RECOMENDACIONES.	61
BIBLIOGRAFIA.	64

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

Guatemala, un país con características de subdesarrollo, de baja producción, bajos salarios y desempleo lo cual, entre otros factores, trae como consecuencia un aumento a la tasa de desnutrición y de enfermedades productoras de discapacidad física, mental y sensorial.

La problemática de la salud, teóricamente hablando se dice que debe ser responsabilidad de cada uno de los individuos. Sin embargo, cómo pretender que sea así? cuando existen problemas como los siguientes: Altos indicadores de pobreza extrema, aumento de la delincuencia, poca cobertura de atención de los servicios de salud, morbimortalidad elevada en enfermedades prevenibles, gran número de desempleo y analfabetismo. Por lo tanto en lo individual es difícil la solución de estos problemas, por lo que una solución sólo es posible a nivel colectivo e institucional.

Así mismo, podemos hablar que desde 1954 a 1995 la violencia sociopolítica en Guatemala ha producido en alguna medida personas discapacitadas tanto en la población civil como en la militar; lógicamente, la población militar está protegida, mientras que la población civil, en la cual se encuentran personas campesinas e indígenas y quienes por desconocimiento, limitantes económicas, culturales, de traslado, desconocimiento de sus recursos institucionales o falta de personal de salud capacitado para la detección temprana de estos casos, no tienen acceso a tratamientos especializados de rehabilitación.

Es por lo tanto obligación del Estado crear una política que logre resolver estos problemas y sus secuelas que, en este caso, es la discapacidad.

Es en ese momento cuando la Universidad de San Carlos de Guatemala debe manifestarse en beneficio de dicha población, por medio de la Escuela de Trabajo Social, comprometiéndose a desarrollar un papel responsable, consciente, que oriente en la solución de dicha problemática que afecta a nuestro país.

Se tiene conocimiento, según indicadores internacionales, que en países con características como el nuestro, un 10% de la población se encuentra afectada en algún grado de discapacidad; sin embargo, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, estiman valores más altos para la población latinoamericana.

La población guatemalteca supera los nueve millones, estimando un 12.5% de la población afectada en algún grado de discapacidad, por lo que estaríamos aproximando sin temor a equivocarnos que el número de discapacitados supera el millón.

La discapacidad es un problema que está latente dentro de nuestra realidad, que amerita un estudio científico que a su vez sea un aporte teórico-científico y que se lleve a la práctica; considerándose este problema de falta de atención a la discapacidad, como un problema de trascendencia científica, humana, social, y actual en la conservación de la salud que amerita la atención multisectorial para poder responder a su solución.

No se puede negar que existen instituciones que prestan servicio de rehabilitación; la más completa y que da un servicio integral de rehabilitación es el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; sus afiliados son los únicos que tienen acceso, pues como en todo país capitalista su interés es reintegrar o rehabilitar a la fuerza de trabajo, teniendo

como porcentaje de población para atender hasta el año de 1995 el 15% de la población total del país. El resto (85% de la Población) no cuenta con la atención adecuada a su discapacidad.

Ampliamente es conocida FUNDABIEM (Fundación Pro Bienestar del Minusválido) que tiene a su cargo atención de niños y adolescentes discapacitados; atiende únicamente por consulta externa, con un horario de atención de 7 a 13 horas y no cuenta con hospitalización; por lo que se considera que no responde a las necesidades de la población discapacitada. De lo anterior, se desprende la siguiente problemática: Qué hacer con los discapacitados del área rural?; Y los adultos discapacitados?; es por lo anteriormente expuesto que es de suma importancia y necesidad crear y operativizar una Política Social de Atención al Discapacitado Físico por medio del Ministerio de Salud Pública.

Es lamentable que las autoridades desconozcan esta problemática, y que ni siquiera sea tomada dentro de las actuales Políticas de Atención; en consecuencia, este trabajo pretende no sólo ser una guía o una propuesta, sino impulsar y motivar al Estado para que asuma su responsabilidad respecto a la atención de la población discapacitada mediante la incorporación de programas en los diferentes niveles de atención de las actuales Políticas Sociales.

Deplorablemente, por falta de un programa específico de rehabilitación a nivel nacional, la falta de coordinación existente dentro de las Instituciones que atienden discapacitados, los limitados programas preventivos, el poco personal capacitado, la falta de Políticas, la poca e inadecuada utilización de los recursos técnicos y profesionales, como el desconocimiento de la realidad del discapacitado hacen que cada día este

problema social persista y se incremente; y lo que se realiza, es únicamente un servicio paliativo y no una solución a la problemática.

Este trabajo pretende que los profesionales en Trabajo Social tengan un claro conocimiento de los recursos disponibles tanto a nivel institucional como comunitario, para orientar y ser un enlace entre los discapacitados, su familia, su comunidad e institución especializada.

Para las Instituciones encargadas de la atención en rehabilitación, el presente trabajo será un aporte que colabore a mejorar la atención, motivar al aumento de coberturas y propiciar una mejor coordinación por medio de un sólo Organismo rector; asimismo este trabajo pretende que oriente los lineamientos, se aprovechen los recursos humanos, materiales, físicos, para evitar duplicidad de esfuerzos y porque se logre una estrecha coordinación interinstitucional.

Los elementos mencionados con anterioridad motivan a que la autora de esta investigación presente como producto de la misma, una propuesta de una Política Social de Atención al Discapacitado Físico en Guatemala; que pueda ser operativizable por medio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Entre los objetivos que tiene este trabajo está prevenir que el paciente discapacitado sea abandonado en las instituciones, evitar que viva de la caridad; es decir que convenientemente sea rehabilitado de acuerdo a sus capacidades residuales y pueda tener derecho a una vida digna.

Todo ello motiva a que se involucren muchos sectores como: La Iniciativa Privada, El Ministerio de Trabajo, El Congreso de la República para que emita las leyes y, en especial, El Ministerio de Salud Pública y

Asistencia Social, principal responsable de la rehabilitación de los discapacitados físicos, ya que al no ser rehabilitados, no pueden ejercer los derechos que les corresponden.

A nivel personal, el presente trabajo persigue ser una contribución teórica dentro de la rehabilitación física.

C A P I T U L O I.

1. DIAGNOSTICO POLITICO SOCIAL Y LA CRISIS ECONOMICA DEL PAIS.

En este capítulo, daremos a conocer las características generales del país sin profundizar en ellas; lo único que se pretende es dar a conocer un panorama de nuestra realidad actual y que nos sirva de referencia para orientarnos al final del trabajo a la elaboración de una Política Social de Atención al Discapacitado. Para ello daremos a conocer el entorno socio político, articulación espacial, características demográficas de la población, la base económica y social, estructura socio económica ocupacional, organización social. Entraremos a describir generalidades de cada una de ellas.

1.1 ENTORNO SOCIO POLITICO.

Guatemala es un país de grandes contrastes, con gran diversidad étnica: 23 grupos indígenas, cada uno hablando su propio idioma. La mayor parte de su población (62%), es rural y vive en 19,000 pequeñas comunidades dispersas con menos de 2,000 habitantes cada una.

Históricamente, el desarrollo que prevalece en el país ha generado desigualdad en grandes proporciones, tal es el caso de la distribución de la tierra útil, la que el 65% está en manos del 2.2% de la población integrada por los barones de la tierra. Similar situación, consecuencia de lo anterior, el 10% de la población capta el 44% del ingreso, lo que dá como resultado que el 77% de las familias vivan en extrema pobreza. (1)

En 1985 Guatemala inicia un proceso democratizador posterior a tres décadas de regímenes militares. Esto colabora abrir espacios

(1) Análisis de la situación del niño y la mujer: Guatemala, agosto 1,991, SEGEPLAN-UNICEF.

para las Organizaciones Populares y Organizaciones no Gubernamentales en beneficio de la población.

Sin embargo, en los últimos dos gobiernos, tanto el del presidente Jorge Serrano Elias como el de Ramiro de León Carpio, no han tenido políticas y programas elaborados para ejecutar en su período lo que ha generado la gran cantidad de problemas, como es la actual crisis económica que prevalece en el país; asimismo, no ha permitido tener el recurso necesario para resolver la problemática que se presenta en el área hospitalaria.

De la misma manera influye la Crisis Política prevaleciente; los intereses de los políticos son perpetuarse en los espacios que tienen.

En el actual momento donde se lucha por la paz, teóricamente, los enfrentamientos continúan en el interior del país, la desestabilización de la moneda, la falta de oportunidades laborales, la desmotivación del Sector Público y Privado por no contar con buenos salarios, la corrupción y toda una serie de problemas más, han llevado a la población a sumirse en la pobreza; por lo tanto, el incremento de la violencia no es nada oculto.

1.2 ARTICULACION ESPACIAL.

Guatemala ocupa una extensión territorial de 108,889 KM², se encuentra dividida políticamente en 22 Departamentos y a su vez cada uno en Municipios; en los últimos años se ha pretendido agrupar estos Departamentos en Regiones, tomando en cuenta su cultura, su étnia, su ubicación. Sin embargo, no se ha realizado como se esperaba por no perder la hegemonía que se tiene a nivel gubernamental, pues la regio

nalización pretende la descentralización y diferenciar zonas con desigual nivel de desarrollo socio económico.

La Región quedó integrada como sigue: (2)

Región.

I.	Metropolitana:	Guatemala.
II.	Norte:	Baja Verapaz, Alta Verapaz.
III.	Nor-Oriente:	El Progreso, Izabal, Zacapa, Chiquimula.
IV.	Sur-Oriente:	Santa Rosa, Jalapa, Jutiapa.
V.	Central:	Sacatepéquez, Chimaltenango, Escuintla.
VI.	Sur-Occidente:	Quetzaltenango, Totonicapán, Suchitepéquez, Retalhuleu, San Marcos, Sololá.
VII.	Nor-Oriente:	Huehuetenango, El Quiché.

(2) Ley Preliminar de Regionalización, Decreto 70-86 del Congreso de la República, 1986, Editorial Tipografía Nacional de Guatemala.

VIII.

Petén:

Petén.

Esta regionalización colabora a entender, por ejemplo, que la población económicamente activa se ha distribuido paralelamente de acuerdo a las fuentes de empleo disponibles que corresponden en cada una de las regiones. Sin embargo, según indicadores de SEGEPLAN puede observarse en relación a este fenómeno, que en la región nor-Occidente el 12% de la población económicamente activa, sólo genera el 4% de la producción nacional. A la vez, la región metropolitana es donde se concentra la mayor cantidad de la inversión nacional pública y privada, así como gran parte de los servicios y de la administración.

Como consecuencia, las políticas prevalecientes en el país, dentro de los modelos de desarrollo, no han llegado a todo el territorio nacional quedando marginadas de estas políticas las regiones de Petén, Norte, Nor-Occidente y Sur-Oriente. Son las regiones que presentan inadecuada infraestructura, escasa prestación de servicios públicos básicos y, un mayor grado de pobreza; especialmente, dentro de su población rural.

1.3 CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA POBLACION.

1.3.1 TAMAÑO Y CRECIMIENTO.

Según estimaciones de SEGEPLAN (Secretaría General de Planificación Económica), la población guatemalteca para 1990 ascenderá a 9.197,345 habitantes, con una tasa de crecimiento anual del 2.8%.

1.3.2 ESTRUCTURA POR EDAD SEXO Y ETNIA.

En los diagramas en relación a este rubro en el INE (Instituto Nacional de Estadística), observamos que la población

guatemalteca es muy joven, el 46% tiene menos de 15 años de edad. Para la población indígena la edad media es de 20.9 años de edad, y para la población no indígena es de 22 años. Las mujeres representan el 49.5% de la población y de ellas un poco menos de la mitad en edad fértil.

La población indígena estimada para 1990 es de 3.4 millones de personas, equivalente al 37% de la población total. Cerca de 3.0 millones de habitantes (88% del total), se comunica dentro de su respectivo grupo poblacional usando algún idioma mayense, así: el 29% en idioma K'ichee'; el 25% en Kaqchi'; 14% en Q'eqchi'; 4% en Mam y el restante 24%, está representado por comunidades que utilizan lenguas como Poqomchi', Poqomam, Achí, Tz'utujil, Ch'orti', Q'anjob'al entre otras.

Los departamentos con mayor población indígena monolingüe son: En la región Norte, Alta Verapaz 95%; en la región Sur Occidente Sololá 85%, Totonicapán 85% y San Marcos 80%; en la región Nor Occidente, Quiché 80% y Huehuetenango 85%. Estas regiones ya fueron citadas como de escasa infraestructura socio económica y reducida prestación de servicios básicos para la población.

1.3.3 DISTRIBUCION DE LA POBLACION.

En relación con los datos que tiene el I.N.E. y SEGEPLAN, puede observarse que la población guatemalteca se encuentra distribuida desigualmente en el territorio. Ello es una consecuencia de las migraciones y del desigual desarrollo socioeconómico de las regiones, lo que origina a su vez que las

oportunidades de empleo y desarrollo se concentre en pocos departamentos.

La Distribución de la población guatemalteca se encuentra dividida en dos grandes rubros: La urbana con un 38% y la rural en un 62%; siendo la población urbana la que cuenta con más posibilidades de desarrollo humano que la rural donde se concentra la mayor parte de la población misma que se encuentra sumida en condiciones de extrema pobreza, con pocas o casi ninguna posibilidad de desarrollarse, reclamando ser prioritarias en la actual política de combate a la pobreza por medio del desarrollo humano.

1.4 LA BASE ECONOMICA Y SOCIAL.

El crecimiento del Producto Interno Bruto (P.I.B.) que ha conocido Guatemala en los últimos años, se ha sustentado en la expansión de la recuperación de la industria manufacturera, en el desarrollo del sector energético y en la actividad agrícola de productos tradicionales y no tradicionales.

En 1990, el Sector Agrícola representaba el 26% del PIB, seguido por el Sector Comercial con 25% y el Sector Industrial 15%. (3)

Dentro del restante 34%, los que más destacaron fueron la Banca y el Sector Energético. (4)

En relación al Sector Agrícola, Guatemala se ha caracterizado en dos formas de producción: Los grandes y extensos latifundios, que generan fuentes de trabajo y se dedican a la Agro Exportación y, los minifundios que son pequeñas unidades de carácter familiar y de

(3) Boletín Informativo 1991, Banco de Guatemala.

(4) Op cit 3.

subsistencia, que sólo logran producir en algunas oportunidades para el mercado interno. Vale la pena mencionar también el surgimiento de Cooperativas dedicadas al cultivo de productos no tradicionales. En el Sector Industrial, el despegue se dió en los años sesenta con la conformación del Mercado Común Centro Americano y el Convenio de Incentivos Fiscales para el Desarrollo Industrial. Este Sector ha llegado a alcanzar importancia desde el punto de vista productivo y ocupacional, al grado que llega a conformar el 15% del PIB, y ocupar alrededor del 15% de la población económicamente activa.

Algunos economistas opinan que este Sector está tan protegido en grandes monopolios que no permite la competitividad en los mercados tanto nacionales como internacionales y eso mismo lo hace ineficiente en su producción, únicamente genera bienes de consumo final; en términos generales, no existe ninguna vinculación con el Sector Agrícola.

1.4.1 LA DEUDA EXTERNA.

La deuda externa es un factor importante que limita el desarrollo económico del país y que ha generado pobreza a los sectores más afectados como lo son las grandes mayorías, especialmente de área rural; y además ha sido la preocupación de los gobiernos, ya que ese endeudamiento limita aún más los préstamos que colaboran en la operativización de las políticas encaminadas a resolver los problemas que se presentan.

Para 1980, la deuda externa era de 1,053 millones de Quetzales, que ascendió en 1990 a US \$2,987 millones. La falta de pago y la escasez de divisas en el Sector Público, Guatemala se ve

imposibilitada de pagar las amortizaciones, los intereses y comisiones de la deuda. En consecuencia, las ventanillas de las agencias financieras se encuentran cerradas hasta que se superen las moras incurridas. (5)

Para poder hacer frente a esta crisis, Guatemala se ha visto en la necesidad de adoptar medidas de ajuste macroeconómicas para corregir los desequilibrios fundamentales en materia del crecimiento económico.

Las políticas de ajuste han incidido negativamente en el nivel general de precios, el cual ha ido aumentando en los últimos 5 años moderadamente al principio, pero muy fuertemente al final. En efecto, después de un alza moderada entre 1985 y 1988, la tasa de inflación subió a 20.2% en 1989, agudizándose en 1990 para llegar al 60%, (6) llevando una buena parte de la población a niveles nunca antes alcanzado anteriormente.

A la fecha se observa que el conjunto de medidas establecidas, han contribuido más a la desestabilización de la economía, como resultado del déficit fiscal aumenta la inflación, el tipo de cambio no se estabiliza y, por ende, la pobreza se generaliza en la sociedad guatemalteca.

1.5 ESTRUCTURA SOCIO OCUPACIONAL.

Un efecto importante de la experiencia del ajuste en Guatemala ha sido el agravamiento de las condiciones sociales en general, lo cual se refleja en una gama de indicadores entre los que sobresalen el deterioro de la distribución del ingreso, la rápida aceleración del

(5) Op cit 3.

(6) SEGEPLAN, Índice de inflación, Diagrama.

desempleo urbano, el aumento de la pobreza y el rápido crecimiento del sector informal, en especial en las zonas urbanas.

1.5.1 DISTRIBUCION DEL INGRESO.

En este aspecto, la crisis económica es provocada por la mayor concentración de los ingresos del país en el 10% de la población; con el consiguiente deterioro de la población más pobre, donde el 10% de la misma percibe el 24% del ingreso. Este mismo porcentaje se reduce en 1989 al 0.5%.

1.5.2 NIVELES DE OCUPACION Y DESEMPLEO.

En relación a este problema, se observan gráficas en SEGEPLAN que nos indican que dentro de la población económicamente activa el 42% es sin escolaridad; el 36% es de mano de obra no calificada; el 50% del Sector Agrícola sin escolaridad.

Estos indicadores no son más que el reflejo de la crisis económica manifestada en la elevación del desempleo durante los regímenes militares que vivió el país. El desempleo se redujo en un 9.6% (7) con la apertura democrática iniciada con el gobierno del expresidente Marco Vinicio Cerezo Arevalo a principios de 1986, gracias al incremento de la construcción.

Así también, la falta de oportunidades de educación y de capacitación básica como la necesidad de trabajar a temprana edad, hace que la oferta de mano de obra sea bajo nivel de calificación.

Todo ello, han originado que la participación de la población más pobre sea cada vez menor en la captación del ingreso nacional.

(7) SEGEPLAN, gráficas de análisis e información de P.E.A., 1991.

1.5.3 SITUACION GENERAL DE LA POBREZA.

Cuando hablamos de pobreza nos referimos a un gran número de población, quienes no logran satisfacer sus necesidades básicas y no tienen acceso a buena alimentación, educación y salud. Considerándolos algunos en un 89%, otros en 70%; pero generalmente son las grandes mayorías las que están inmersas en este problema; es decir son los menos protegidos por las Políticas Sociales que imperan en el país.

De acuerdo a datos estadísticos, existe información del proceso de pauperización en que, a medida que se eleva el nivel de vida, en esa medida muchas familias serán más pobres en poco tiempo; según datos de la Secretaría General de Planificación Económica, el crecimiento de la pobreza actual es de un 5.3%, tasa promedio anual, lo que significa que en ese porcentaje, la pobreza afectará anualmente a 484,809 personas las que verán disminuir sus ingresos con el transcurrir del tiempo.

Ha sido tan fuerte el deterioro económico en las actuales condiciones de vida que no sólo las personas no calificadas las sufren sino también existen patronos, profesionales y técnicos que se encuentran en similar situación de pobreza.

Al observar la situación de pobreza por familia, por región y por departamento, se observará que los menores grados de pobreza extrema y no extrema, se localizan en la región I metropolitana (departamento de Guatemala); y los de mayor índice en las regiones IV sur oriente (Jalapa); VI sur occidente (Totonicapán, San Marcos y Sololá) y VII nor occidente (Quiché y

Huehuetenango). En consecuencia, la pobreza del país se pronuncia más en el área rural que en la urbana.

Dentro de ese mismo sector de pobreza se contemplan los campesinos semi jornaleros o pobres que venden su mano de obra y quienes a su vez, integran el sector minifundista al sufrir frecuentemente el fraccionamiento de su escasa tierra. La mayor parte de ellos combinan el cultivo de la tierra con trabajo asalariado y actividad de producción artesanal.

1.6 ORGANIZACION SOCIAL.

Para comprender este rubro por lo complejo de nuestra sociedad, dividiremos al país en áreas rural y urbana debido a las diferencias tan marcadas que en ellas encontramos.

- a) En el área rural, se encuentra concentrada la mayor parte de la población guatemalteca (62%), destacándose la familia como unidad productora, ya que gran parte de ella se dedica a la agricultura de subsistencia y pecuarias. Gran parte del trabajo lo realizan los niños y las mujeres.
- b) En el área urbana, los ingresos que perciben en cada uno de los hogares los colocará en diferente estrato social. De ahí que en los sectores considerados no pobres, se observa que los niños tienen acceso a la educación, cultura y recreación. Esta situación va desapareciendo conforme se reducen los ingresos hasta llegar a los que viven en las áreas marginales llamadas asentamientos, donde todos, incluyendo mujeres y niños, desarrollan alguna actividad generadora de ingresos para el sostenimiento del hogar.

1.6.1 ORGANIZACION Y COBERTURA DE LOS SERVICIOS SALUD, EDUCACION, VIVIENDA Y PROMOCION SOCIAL.

Analizaremos en términos generales la problemática que se presenta en cuanto a la atención social en Guatemala como es la salud, educación, promoción social y vivienda. Estos elementos tienen en común el alto déficit de cobertura a la población, pues mientras ésta va creciendo aceleradamente, el presupuesto destinado a la inversión de estos rubros van mermando paulativamente; los servicios de salud sólo cubren la mitad de la población y el presupuesto per cápita del sector va disminuyendo; en educación, el presupuesto aumenta levemente con el propósito de mejoras salariales pero no para ampliar su cobertura. En el rubro de promoción social, ésta se concentra en la región metropolitana cuando la necesidad es más fuerte en el resto del país. El aumento en la promoción de viviendas no cubre el crecimiento desmedido de la población.

Lo importante para nuestra profesión no es sólo conocer la realidad de la problemática de la salud dentro del contexto nacional guatemalteco, sino reflexionar de las perspectivas de Trabajo Social en cuanto a su rumbo como disciplina científica.

Para hacer ese análisis se hace necesario tener un conocimiento claro de la realidad económica y social prevaleciente del país; encontrándose inmerso dentro de la estructura de corte Neoliberal prevaleciente en los países desarrollados, industriales y europeos; dentro de este marco conceptual, se manifiestan una serie de contradicciones como las expuestas en el primer capítulo, donde se refleja de una manera general los problemas como el de la tenencia de la tierra, falta de oportunidad de desarrollo humano, la escasa o ninguna política que resuelva los problemas de

las grandes mayorías; ante esta situación es importante que el profesional de Trabajo Social no se limite únicamente a operativizar las políticas que otros profesionales han planteado, sino tome consciencia de su rol y se lance en la formulación de Políticas de beneficio, mismas que aún no aparecen en los actuales planes de salud.

Es ese contexto y en base a la experiencia de trabajo se presenta una propuesta como es la de una Política de Atención al Discapacitado Físico en Guatemala, encaminada a resolver la falta de oportunidad de rehabilitación de un gran número de discapacitados (1 millón aproximadamente) que existen en nuestro país y que no han tenido la oportunidad de reintegrarse a los beneficios sociales y al proceso productivo del país.

C A P I T U L O II.

2. LA SALUD EN EL CONTEXTO NACIONAL.

2.1 ANALISIS PLAN NACIONAL DE SALUD (94-95).

Durante la primera etapa del actual gobierno, y dadas las medidas de emergencia del momento histórico que vive el país, se justifica que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social elabore un Plan de Salud que corresponde al actual gobierno. Dentro de los objetivos de la propuesta se pretende sentar las bases para que la salud deje de ser un privilegio de pocos y se convierta en un derecho de todos los guatemaltecos.

Esperando cumplir con esos objetivos y, con la colaboración de todos los sectores que se establecen aún así todo queda en intenciones mientras vivamos en situación de extrema pobreza, poca producción, bajos salarios, carencia de vivienda lo que ocasiona el surgimiento de asentamientos humanos, represión política, violencia y otras circunstancias sociales que colaboran en el proceso salud enfermedad en los sectores mayoritarios del país.

Ante tal situación, le corresponde al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, velar por la salud de todos los guatemaltecos.

Actualmente el gobierno pretende priorizar su atención a favor de los grupos humanos con mayores riesgos sociales y biológicos, como son las mujeres y los niños indígenas, no sólo por constituir la mayoría de la población sino porque históricamente han sido los más postergados.

La madre y el niño constituyen más del 65% de la población y son quienes tienen mayor riesgo de morir, lo que justifica para que en

tal población se priorice la atención.

Es preocupante conocer la magnitud del problema y tener que enfrentarlo en la actual crisis económica en que el país se encuentra.

El mismo plan pretende dar un enfoque integral y así como ha establecido prioridades para los grupos considerados de alto riesgo, dá énfasis a la descentralización, la planificación y programación local, las acciones preventivo-promocionales (vacunación), la coordinación sectorial e intersectorial, el desarrollo de los recursos humanos para la salud, la movilización y participación social.

A pesar de lo que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social pretende, a la fecha la salud ha sido vista tradicionalmente como un aspecto aislado de la realidad económica, social, cultural y política del país.

Los parámetros que se han tomado en cuenta para el análisis y diagnóstico, han sido exclusivamente biológicos; tomando en cuenta únicamente la relación edad y sexo. Muy eventualmente se ha planteado la situación en términos de las grandes diferencias que existen en los diferentes grupos de población; por lo mismo, se tiene una visión equivocada de la problemática real de la salud en Guatemala, pues no lo vincula a la problemática social, económica y política. En un país como el nuestro es impostergable no desvincular esta realidad y priorizar la atención de la salud a los sectores más afectados que se encuentran inmersos dentro de la extrema pobreza y quienes no tienen el derecho de enfermarse por no contar con los recursos mínimos para costear la compra de medicamentos los que día a día van incrementándose en su valor adquisitivo, y si a ello le agregamos el uso de

tecnología y equipo médico que ayuden al diagnóstico de salud que son los difíciles de pagar y con los cuales el Estado no cuenta, como por ejemplo, Tomografías, Resonancias, Ultrasonidos, etc..

En las actuales circunstancias y ante la crisis económica que vive el país, el sector salud busca por muchos medios, mecanismos, técnicas, sistemas, métodos, etc., que logren mejorar la calidad de atención que se brinda a la población guatemalteca; la que en su mayoría vive en extrema pobreza y no ha recibido nada o casi nada en relación a este rubro. Es evidente la falta de infraestructura, equipo que ayude al diagnóstico del paciente, falta de insumos y medicamentos así como la existencia de un enorme déficit para salir de las deudas de los proveedores, aún así se hacen esfuerzos para salir adelante de estos problemas.

Lo antes descrito dificulta que los objetivos e intenciones del actual gobierno puedan ser una realidad.

En consecuencia, podemos afirmar en términos generales, que la falta de relación entre proyectos y programas, que la ausencia de una política definida y de planes intra e intersectoriales, así como la mala utilización de los escasos recursos, ha impedido un avance significativo del sector.

La pluralidad de Instituciones y por lo tanto la fragmentación de el sector salud, la debilidad de la coordinación institucional, la confrontación entre realidades técnicas, políticas y administrativas han producido y siguen produciendo modelos de decisiones inconvenientes, escasa cooperación con otros Organismos sectoriales y limitada participación en la comunidad.

2.2 PROBLEMATICA DE LA SALUD EN GUATEMALA.

Los gobiernos del país inclusive el actual, no han priorizado el problema de la salud, lo cual puede observarse en el hecho de que solamente el 1.3% del Producto Interno Bruto (P.I.B.) es destinado al sector salud, muy lejano del 5% recomendado por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.). Los recursos humanos y materiales no son suficientes, están mal distribuidos y mal utilizados, la mayor parte se encuentran centralizados, las políticas a seguir sólo se deciden administrativamente a niveles jerárquicos ministeriales sin tomar en cuenta a la base social que de acuerdo a necesidades y experiencia se han formado dentro de las Instituciones.

A estas deficiencias se suma la débil coordinación con Organismos Internacionales de Cooperación Técnica Financiera, como reflejo de la débil conducción del sector, lo que algunas veces provoca duplicidad de esfuerzos y mal aprovechamiento de los recursos disponibles.

Las dificultades de acceso a los servicios de salud se deben entre otros factores a la escasez de los mismos y distribución de la infraestructura así como a barreras económicas, geográficas, culturales y lingüísticas. En Guatemala, se estima que existen 23 diferentes lenguas para comunicarse, de las cuales 21 son de origen maya entre las mayoritarias están: K'ichee' 26.04%; Kaqchi' 26.04%; Q'eqchi' 14.58%; Mam 8.3% y otras 25%. (8)

Por razones de movilización de la fuerza de trabajo para la agricultura, se estima una migración interna alrededor de un millón de personas al año (9), fundamentalmente a la región Central, Nor-o

(8) Unicef-Segeplan: "Análisis de la situación del niño y la mujer" agosto 1991, Guatemala.

(9) Proyecto A.P.S. para la población emigrante y su grupo familiar, C.E.A.R., 1992 Guatemala.

riente, creando en muchos casos, serios problemas de salud.

La tasa de mortalidad general para 1992 fue de 7.20 por mil habitantes, siendo la causa específica de mortalidad más significativa la infección intestinal y la neumonía (10), la tasa de mortalidad en mujeres es de 9 por mil; una de las más altas a pesar del sub-registro existente.

En Guatemala, de cada mil niños que nacen, mueren 54 antes de cumplir los doce meses (11); y de ellos, el 14.2% antes de cumplir los 28 días (12). Sin embargo, este promedio nacional no refleja el hecho de que en zonas residenciales de Guatemala, mueren menos de 10 niños; mientras que en zonas rurales como el Triángulo Ixil, mueren más de 120 por cada mil niños que nacen vivos. (13)

Dos de cada cinco defunciones que ocurren en Guatemala, corresponden a niños menores de cinco años; en más de la mitad de éstos casos, la muerte se debe a causas evitables como la diarrea, ira (infecciones respiratorias agudas) y enfermedades inmuno prevenibles.

Dos de cada cinco niños en edad escolar están desnutridos y seis de cada diez mujeres lactantes sufren de anemia nutricional. La prevalencia de desnutrición en menores de cinco años es de 33.5% en déficit de peso; y de 57.8% en déficit de peso para talla. (14)

Aproximadamente 360,000 nacimientos que se producen anualmente en el país, únicamente alrededor de 75,000, es decir el 20.8% se producen en establecimientos de salud, y más de 280,000 son atendidos

(10) M.S.P.A.S. , Proyecto Operativo Anual, (P.O.A.), 1994.

(11) M.S.P.A.S. , Plan Nacional de Salud Materno Infantil 1992-1996, dic. 1991.

(12) Unicef, Compilación y Análisis de la mortalidad registrada en 1990.

(13) Encuesta Socio-demográfica en el Triángulo Ixil, Proyecto Gua/92/INUAP/OIM/CEAR/Mayo 1992.

(14) Op. cit 4.

por comadronas muchas de ellas sin adiestramiento, esto significa que de cada mil niños nacidos 792 o sea el 79.2% no reciben una atención médica adecuada en un centro de salud.

La tasa global de fecundación es de 5.6 hijos por mujer, el 44% de las mujeres tienen su primer hijo antes de cumplir 20 años y se estima que un 20% de las camas obstétricas están ocupadas por aborto y sus complicaciones. (15)

Nuevamente conviene recordar que estas cifras de por sí dramáticas, son promedios nacionales y ocultan tremendas desigualdades entre regiones, entre población ladina y población indígena, entre el área urbana y rural y urbano marginales; en las que más del 80% de la población vive en extrema pobreza. (16)

En los últimos cinco años se ha incrementado el porcentaje de enfermedad diarreica y la presencia del cólera con carácter endémico, debido a la falta de cobertura de servicios de agua potable con déficit mayor en el área rural y urbano marginal; por lo que recurren al abastecimiento de agua en pozos, rios y nacimientos naturales sin cloración.

Otro factor importante que colabora al incremento de problemas de carácter diarreico es la falta de higiene en la manipulación de los alimentos.

Para resumir los principales problemas de la salud de la población son: Enfermedades infecciosas, deficiencias de la nutrición, violencia, enfermedades crónico degenerativas, malaria, dengue, oncocercosis y tuberculosis. El Sida, presenta en el país desde junio de 1984

(15) Op. cit 4.

(16) I.N.E.: Extrema Pobreza en Guatemala, 1992.

un total de 885 casos (451 asintomáticos VIH positivo y 434 de Sida) a julio de 1993 (17). Los problemas anteriormente descritos no sólo no son cubiertos en su totalidad, sino que dejan sus secuelas generando un gran número de población discapacitada física que no tiene acceso a programas de rehabilitación; a todo ello, le agregamos que los recursos financieros y económicos destinados a las Instituciones Públicas de Salud han disminuido progresivamente en términos reales en los últimos años. El Presupuesto destinado a Servicios de Salud ha aumentado pero no en la proporción en que se ha incrementado la inflación; por lo tanto, el deterioro del equipo, la falta de insumos y alimentación no completa para pacientes hospitalizados se hace irreversible.

Como consecuencia, se tiene baja cobertura de los servicios de salud y poca capacidad resolutive en cuanto a evaluación, diagnóstico y tratamiento de la morbilidad que se presenta.

Guatemala tiene un ingreso anual aproximado en US \$800 dólares por habitante. La participación del Presupuesto ejecutado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el Producto Interno Bruto (P.I.B.) del país ha fluctuado de un máximo de 1.46% en 1980 a un mínimo de 0.88% en 1990. (18)

Existen dentro del sistema de salud serios problemas por la centralización de los servicios en cuanto a infraestructura, recurso humano, burocratización y corrupción administrativa; del Presupuesto asignado a salud, el 70% está destinado a salarios y pensiones, el otro 30%, para atención y mantenimiento de los programas de salud. (19)

(17) Centro de Vigilancia del Sida. OPS/IGSS. 1993.

(18) Financiamiento del Sector de Salud y Costos Operativos, A.I.D., 1992, Guatemala.

No hay un sistema de referencia y contra referencia que permita el seguimiento de los casos que van del área comunitaria al área hospitalaria y viceversa, lo que demuestra falta de coordinación institucional, sus actividades se concentran en funciones puramente curativas, para prevención, y casi nada de rehabilitación.

Si la coordinación interna del Sector Salud no se da, menos puede darse con otros sectores como debería ser con la economía, educación, trabajo, agricultura y otros que constituyen factores que contribuyen en el proceso salud enfermedad.

2.3 CAUSAS DE LA PROBLEMATICA DE SALUD EN GUATEMALA.

Derivado del análisis del diagnóstico de salud del país, se ha podido caracterizar de manera resumida el problema de la salud de la siguiente forma:

a) Persistencia de la Morbimortalidad por Infecciones Prevenibles y Controlables.

Dentro de la categoría de infecciones podemos mencionar las parasitarias e infecciosas, especialmente aquellas que se transmiten por las malas condiciones del medio y por las malas prácticas higiénicas que se traducen en infecciones gastro intestinales, de transmisión sexual, respiratorias y nutricionales. Estos problemas a su vez tienen dos causas fundamentales que son:

- Inadecuada oferta de los servicios de salud, y
- Condiciones sociales económicas y socio culturales.

2.3.1 Inadecuada Oferta de los Servicios de Salud a Personas y Medio Ambiente.

Los servicios de salud no se prestan en forma suficiente y

(19) O.P.S./O.M.S. Estudio Básico del sector Salud, Guatemala, 1991.
O.P.S./O.M.S. Análisis de la Situación de la Salud por Regiones, Guatemala, 1992.

oportuna para mantener en niveles la salud de la población y la preservación del medio ambiente en niveles adecuados. Entre los niveles adecuados, los problemas que constituyen a esta deficiencia de servicios están:

2.3.1.1 Baja Cobertura de Servicios.

Con frecuencia se escuchan señalamientos por medio de radio y prensa escrita; y es de reconocer que los servicios de salud no son capaces de abarcar en forma adecuada toda la población susceptible, debido entre otras circunstancias a las siguientes:

- a) Ausencia de recursos en áreas prioritarias.
- b) Insuficiente disponibilidad de medicamentos e insumos básicos.
- c) Énfasis en actividades curativas.
- d) Baja cobertura y participación social y comunitaria.
- e) Insuficiente educación en salud.
- f) No existen programas de promoción y atención en rehabilitación.

2.3.1.2 Baja Calidad de Servicios.

Además de los problemas por la baja cobertura de los servicios, existe la situación de que la población cubierta no goza de una buena calidad de servicios. Esto se deriva de variables que a continuación se analizan:

- a) Baja Capacidad para Resolver. Debido a la escasez de recursos y al poco desarrollo de los aspectos técnico-administrativos, los servicios de salud han sido

superados por los problemas sanitarios en cuanto a su capacidad de respuesta.

- b) Ausencia de una política de recurso humano dirigida al personal de áreas prioritarias.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social no cuenta con un sistema de administración de personal que permita una buena selección, reclutamiento, inducción y desarrollo, así como de una política de incentivos que facilite desconcentrar los recursos humanos calificados hacia aquellas áreas geográficas del país donde se ubican los grupos humanos de mayor riesgo biológico y social.

Es importante mencionar que las Instituciones de apoyo a nivel nacional de Servicio Civil, Dirección Técnica de Presupuesto, etc., son muy rígidas y no contribuyen a establecer un sistema favorable en ese sentido.

- c) Descoordinación intra y extrasectorial.

La falta de coordinación dentro del Sector Salud, se ha evidenciado en muchas oportunidades, a pesar que se ha tratado muchas veces por resolver este problema tanto internacionalmente como con otras instituciones sin que a la fecha se logre sistematizar. De concretarse algún mecanismo que favorezca una buena coordinación, se aprovecharía este potencial con la Iniciativa Privada, Instituto

Guatemalteco de Seguridad Social, las Organizaciones No Gubernamentales y el trabajo de los gobiernos locales a nivel de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural y Municipalidades. De lo anterior se deduce que los problemas principales de este rubro son:

- Inoperancia de los foros de coordinación.
- Inoperancia de la política sectorial.
- Bajo aprovechamiento de los recursos de inversión nacionales e internacionales.
- Baja utilización del potencial del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Organizaciones no Gubernamentales y Sectores Privados.
- Debilidad en la coordinación con Municipalidades y Consejos de Desarrollo, para Proyectos de Inversión.

d) Escaso estímulo al desarrollo y utilización de tecnología.

2.3.1.3 Deficiente Conducción y Gerencia del Sector Salud.

Existe debilidad y deficiente conducción gerencial en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y otras Instituciones del Sector Salud, debido a la centralización administrativa, inadecuado proceso de programación local así como la mala distribución de los recursos económicos y humanos asignados sin criterios; déficit de un sistema de información y debilidad en la capacitación gerencial entre otros problemas.

2.3.2 Condicionantes Sociales, Económicos y Culturales.

Estas presentan la segunda gran categoría de las condiciones que influyen en la persistencia de la morbilidad.

2.3.2.1 Pluriculturalidad y Diversidad Etnica.

La población maya representa el 65% de la población guatemalteca; está concentrada en el altiplano occidental, donde la tenencia de tierra es el minifundio, cuando se posee tierra. Sus poblaciones están muy dispersas y es en el campesino indígena donde se encuentra el mayor porcentaje de analfabetismo; la diversidad de idiomas mayenses y otra serie de factores subrayan su marginalidad y su situación de extrema pobreza.

2.3.2.2 Dispersión Poblacional e Inaccessibilidad Geográfica.

La topografía accidentada de Guatemala, la escasez de vías de comunicación y el mal estado de la mayor parte de las existentes, limita el acceso a los servicios en donde éstos se encuentran.

La diferencia del idioma entre el que oferta y demanda el servicio de salud, es otro factor adverso que se suma a la baja capacidad de compra del usuario.

2.3.2.3 Los Flujos Migratorios.

Los campesinos minifundistas de las áreas más pobres, especialmente de las regiones occidente y norte del país, se desplazan hacia la costa sur donde se encuentran vastos latifundios y una agricultura de exportación, con el propósito de vender su fuerza de trabajo para obtener ingresos para su subsistencia tanto en la época de siembra como de cosecha; viajan en grupos numerosos, siendo albergados en grandes colecti

vos existentes en esas áreas de trabajo que no cuentan con los requisitos mínimos de salubridad, lo que provoca grandes riesgos de contagio y diseminación de enfermedades infecto contagiosas, dermatológicas, pulmonares, cólera y dengue entre otras.

2.3.2.4 Pobreza Extrema.

La crisis económica mundial, la disolución del bloque socialista con la consiguiente reorientación de las políticas de cooperación internacional, la inflación y una serie de medidas económicas, han colocado a la mayoría de la población (80% según dato del Instituto Nacional de Estadística) en línea de pobreza extrema; que no le permite tener acceso a la canasta básica de alimento y le niega oportunidades de desarrollo humano y no le da acceso a la salud.

2.3.2.5 Analfabetismo.

El índice de analfabetismo estimado en un 74% en 1995, profundizado con el insuficiente logro en la educación bilingüe, así como las condiciones económicas que obligan la migración estacional familiar y al abandono de la escuela, dificultan la comprensión de mejoras de salud y cambio de actitudes y hábitos negativos.

CONCLUSION.

El Estado ha incorporado políticas sociales que tratan de colaborar en disminuir los problemas anteriormente mencionados, a pesar de ello

no se han logrado resolver. Lo que es preocupante es que en los actuales planes de salud, no se encuentran establecidas políticas que favorezcan la rehabilitación del discapacitado físico; mientras que en los otros Ministerios como el de Trabajo, se contempla un Departamento de Reinserción Laboral del Discapacitado. Suena irónico que mientras crece el número de discapacitados físicos, no se crean las instancias necesarias para su rehabilitación y así evitar más cargas a la familia y a la sociedad.

Por lo que es de suma urgencia, sensibilizar a las autoridades de salud en relación al problema y presentar soluciones concretas en relación al mismo.

Actualmente existen algunas Instituciones que tratan de colaborar con la atención del discapacitado, tomando cada una acciones aisladas que no logran resolver el problema.

En el siguiente capítulo ampliaremos la problemática social del discapacitado, especialmente el físico, que es el que no está protegido, ya que los discapacitados sensoriales (sordos, ciegos), cuentan con programas bien establecidos como es el Hospital de Ojos y Oídos Dr. Rodolfo Robles, el Comité Pro Ciegos y Sordomudos, y la Escuela Fray Ponce de León, etc., y los discapacitados mentales que son cubiertos por el Hospital Nacional de Salud Mental, Dirección de Educación Especial Alida España, y Organizaciones no gubernamentales que se dedican a esta actividad. Mientras que los discapacitados físicos, en su mayoría, no tienen acceso a la rehabilitación.

C A P I T U L O III.

3 PROBLEMATICA SOCIAL DEL DISCAPACITADO FISICO EN GUATEMALA.

3.1 MARCO TEORICO.

En el transcurso de la historia, se ha conocido el problema del discapacitado físico como un producto de la guerra, en unos casos, en otros por problemas en el nacimiento y otros como secuela de una enfermedad. En cualquiera de los casos, el individuo ha tratado de superar el problema y lucha por integrarse a la sociedad.

Desde la época de nuestros antepasados mayas, el Popol-Vuh nos define como los individuos que presentaban alguna anomalía física y eran vistos como divinidades. Sin embargo, las actitudes que se han tomado en relación a personas que sufren alguna discapacidad, son muy variadas y la cultura a la que pertenecen ha influido, desde pensar en que es un castigo por algo que cometimos en nuestra vida anterior, hasta la marginación manifestada; ingresando a los que padecen de invalidez a Instituciones, escondiéndolos en sus casas, etc..

Actualmente existe una lucha mundial para que el discapacitado se le proporcione la posibilidad de desarrollar una vida digna dentro de lo que las posibilidades se lo permitan.

Supuestamente el ser humano debe disfrutar de la salud como un derecho fundamental al alcance de todos, y una necesidad básica para la subsistencia, utilizando la salud como una forma productiva en el proceso de desarrollo.

Hablando sociológicamente de rehabilitación, Juan Ricardo Parreño Rodríguez (20), nos dice que: "la rehabilitación supone una necesidad

(20) Juan Ricardo Parreño Rodríguez: "Sociología de la Rehabilitación", Tratado de Rehabilitación Médica, Tomo II, R. Gonzales Mans, 3a. Edición, Editorial Científica Médica, 1976 Barcelona.

social y económica para el enfermo, la familia y la sociedad. Y tiene a su vez un componente humanístico y antropológico", a la vez agrega que "El hombre tiene derecho a mantener su integridad física para lograr su autodesarrollo para sí mismo, su familia y la sociedad".

A lo anterior podemos agregar que todos los Derechos Constitucionales modernos imponen al hombre, incorporado al trabajo. En la Declaración del Hombre redactada por la UNESCO, se habla del derecho del hombre para trabajar y elegir libremente su trabajo.

No sería correcto hablar del derecho al trabajo sin previo derecho del discapacitado a su rehabilitación.

El hombre tiene derecho a ser capaz de vivir y ganarse el sustento diario por sí mismo y de la forma más adecuada; con su trabajo y no con limosnas o subsidios. Sólo de esa manera responderá a una vida digna.

Otro de los derechos del hombre que aspira a la rehabilitación es el derecho a la salud; este derecho de la salud debe prevalecer desde el derecho a la medicina preventiva, curativa y de rehabilitación en los casos que lo amerita. Estas deben estar incluidas en las Políticas de Salud, para garantizar la integridad física del hombre.

Sin embargo, para reducir muchos problemas se ha creado las Políticas Sociales con el propósito de colaborar en la solución de los problemas que repercuten en las grandes mayorías, como vivienda, salud, educación, etc., lamentablemente, éstas no han tenido el resultado que se esperaba.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística, el 80% de la población se encuentra en extrema pobreza; esto refleja que a pesar

de muchos intentos por beneficiar a esta población, no se ha logrado mejorar, menos resolver esta situación.

La problemática social que presenta el discapacitado, es la misma que cualquier otro individuo en los que afectan factores de índole social, económico y político con desventaja; pues es difícil su reincorporación social, y ésta se agudiza con la actual crisis económica que afecta al país y que se manifiesta en una incontrolable inflación, falta de políticas de control de precios, etc., todo ello viene a empeorar la situación socioeconómica del país. Esto nos empuja a buscar pasos o lineamientos que orienten a mejorar la situación del discapacitado en Guatemala.

Por todo lo anterior, es necesario crear una Política Social que beneficie al discapacitado físico en Guatemala, cuyo fin será el de proporcionarles una vida digna con derecho al trabajo remunerado, que le permita satisfacer sus necesidades individuales como las de su familia.

El sujeto que tiene la obligación de velar porque se cumplan estas políticas es el Estado por medio de las Instituciones creadas para dichos fines.

El Estado debe de orientarse en la creación de Políticas Sociales que protejan a personas que, por secuelas de enfermedad o accidente han quedado discapacitadas; para tener acceso a su rehabilitación, para que éste no sea una carga para su familia y para el Estado.

3.2 CAUSAS QUE PRODUCEN DISCAPACIDAD.

Las causas de las deficiencias (entiéndase como toda pérdida o

anormalidad de función psicológica, fisiológica o estructura anatómica) pueden ser atribuidas a muchos factores. Entre otros podríamos mencionar para nuestro medio los siguientes:

- Falta de Programas de Prevención a la Discapacidad.
- Elevado índice de pobreza extrema (80% de la población, I.N.E.).
- Desempleo.
- Analfabetismo.
- Concentración y Centralización de los servicios de atención al discapacitado.
- Aumento de la violencia.
- Accidentes de diferente etiología.
- Contaminación del medio.
- Desastres naturales.
- Tratamientos equivocados.
- Desconocimiento de la discapacidad.

Resumiendo los factores de riesgo en el cuadro #1 donde se presenta un resumen en relación a diversos factores de riesgo que influyen en el incremento de la discapacidad. No se pretende decir por ejemplo, que todos los que se encuentran dentro del estrato social de extrema pobreza, tiendan a ser discapacitados; pero sí existe mayor riesgo de que esto influya, porque son los que menos acceso tienen a la salud, habitan en viviendas inadecuadas, muchas de estas ubicadas en lugares de alto riesgo de derrumbe (barrancos, laderas etc.) y, por falta de educación y capacitación tienen necesidad de laborar en condiciones no propicias, desprotegidos y sin acceso al Seguro Social (albañiles, pintores, etc.).

De la misma forma podemos señalar el incremento de la violencia,

la que ha dejado a un sinnúmero de personas discapacitadas como consecuencia de accidentes, heridos de arma de fuego y arma blanca, etc.. En la misma relación, no se puede escapar en un momento dado los desastres naturales, situaciones de guerra y violencia socio-política, etc..

Otra de las dificultades encontradas para la detección temprana y tratamiento de pacientes que presentan algún grado de discapacidad, es la carencia de los servicios de salud. Considerando a los anteriormente mencionados como riesgos menos directos de la sociedad.

En la misma situación pero de forma más directa podemos hablar de los riesgos que se corren en un grupo familiar que por diferentes razones (salud, socioeconómicas, etc.) pueden producir una discapacidad tomando como un daño ya establecido a niños y adultos que padecen una deficiencia o minusvalía.

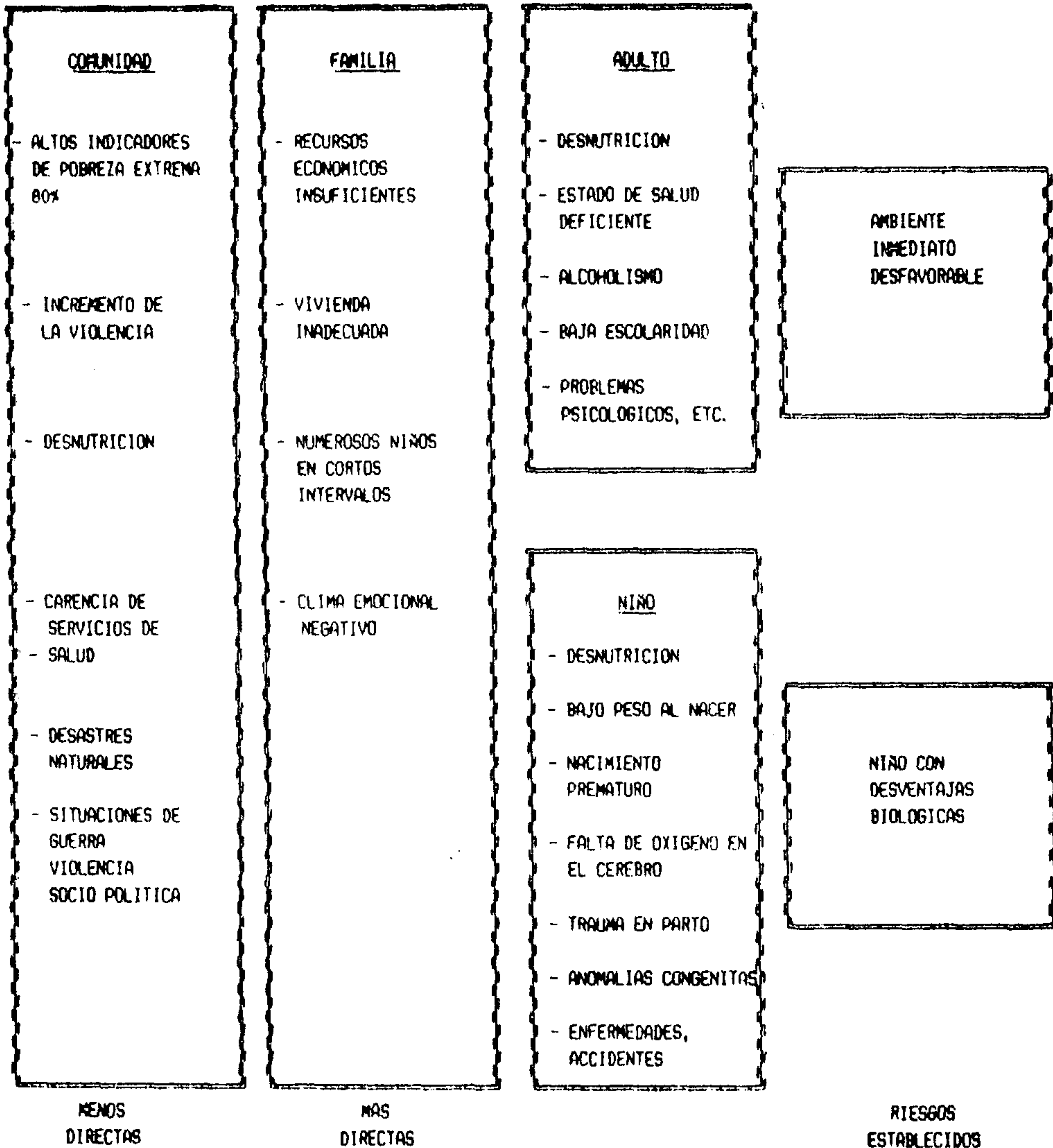
Todos estos factores contribuyen al aumento de pacientes con limitaciones físicas; las que perjudican tanto al paciente como a su familia y, por ende a su comunidad.

Para poder reducir estos problemas, es necesario establecer, un proceso de rehabilitación que permita desde el establecimiento de un buen diagnóstico de la incapacidad física, así como establecer y fundar su pronóstico de los últimos resultados físicos, sin menospreciar el aspecto psicosocial del paciente.

Hellen J. Yesner (21) respecto a Trabajo Social en Rehabilitación dice: "El diagnóstico y el problema de identificación que debe ser

(21) Hellen J. Yesner, Trabajadora Social especializada en Rehabilitación Separata obra. Medicina Física y Rehabilitación, Kotke F. J. Stillwel, G.K. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, Argentina 1988.

FACTORES DE RIESGO QUE PUEDEN INFLUIR EN EL INCREMENTO DE LA DISCAPACIDAD



algo más que una recopilación de datos, requiere una valoración de los hechos para clarificar las interrelaciones entre diversos aspectos de la personalidad".

Es en ese momento que se necesita de la intervención del Trabajo Social y la incorporación de la familia, el paciente y su comunidad dentro del proceso de su rehabilitación, aprovechando los cursos que para ello existen.

Si observamos que la discapacidad física resulta ser la secuela de un problema de salud, congénito o adquirido, es por lo tanto el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social la Institución a la que compete técnicamente la atención y rehabilitación del paciente y cuenta para ello con la capacidad de infraestructura instalada en los niveles de prevención, curación y rehabilitación; por lo tanto, es conveniente hacer uso de estos recursos.

Si hablamos de curación, estamos hablando de un segundo nivel de atención en donde tratarán de evitar el aumento de la incapacidad y posteriormente se le brinda atención especializada dependiendo de la incapacidad o invalidez, estableciendo un programa.

3.3 ASPECTOS CONCEPTUALES.

Se hace necesario para la comprensión de este tema el manejo de algunos términos como los siguientes:

Rehabilitación.

Alicia Amate, rehabilitadora de la Organización Mundial de la Salud, lo define como: "Un proceso integrado por un conjunto de medidas de salud, económicas, pedagógicas, laborales y sociales, encaminadas a permitir que una persona con deficiencias alcance un nivel físico,

mental o sensorial funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar la pérdida de una función, una limitación funcional (por ejemplo, mediante ayudas técnicas), y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales". (22)

Para que la rehabilitación pueda llegar a todos, se necesita aprovechar los tres niveles de atención y capacidad instalada con la cuenta del Ministerio de Salud Pública, por lo que trataremos de conceptualizarlo de acuerdo con el Manual de Referencia Materno Infantil y adaptarlo a rehabilitación.

Niveles de Atención.

El concepto de niveles estratifica y jerarquiza los servicios complementándolos entre sí y cuyo funcionamiento articulado permite la atención de salud adecuada en términos de eficiencia y eficacia; además de los conceptos de universalidad y accesibilidad sustentados en la Política de Extensión de Cobertura. (23)

Primer Nivel.

Es la comunidad, evita al máximo los riesgos, prevención de deficiencias, detección de casos y aplicación de procedimientos de rehabilitación simplificada.

Segundo Nivel.

A nivel institucional, donde se cuenta con una sección de medicina física y rehabilitación; evita el aumento de la incapacidad y su evolución a la invalidéz, efectuando rehabilitación especializada.

(22) Alicia Amate: Conferencias, "Conceptos Básicos en Rehabilitación", agosto 26, 1990, Unicef.

(23) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: Dirección General de Servicios de Salud, "Manual de Normas de Referencia de Pacientes Materno Infantil y Atención General a Nivel Nacional", Guatemala, marzo de 1987.

Tercer Nivel.

Se lleva a cabo en Instituciones especializadas, dependiendo de la incapacidad o invalidéz, estableciendo el programa de rehabilitación integral. (24)

Los términos de deficiencia, discapacidad, minusvalía, serán manejados con mucha frecuencia, por lo que se considera necesario ampliar su concepto. Podrá observarse que cada uno de ellos serán diferentes grados de afección.

En 1976, la O.M.S., comienza a analizar la relación entre los factores que conducen a una pérdida o disminución de una función.

Los términos de deficiencia, discapacidad, minusvalía o desventaja, se usan para describir estas consecuencias.

Deficiencia: Es toda pérdida o anomalía de función psicológica, fisiológica o estructura anatómica.

Discapacidad: Es toda restricción o pérdida (resultado de una deficiencia) de la habilidad para desarrollar una actividad en la manera considerada normal para un individuo.

Minusvalía: Es la desventaja de una persona como resultado de una deficiencia o discapacidad que limita o impide el total desarrollo de su rol normal (dependiendo de la edad, sexo y factores socioculturales) para ese individuo. (25)

Las deficiencias, discapacidades o minusvalías pueden ser:

- De corta o larga duración (crónica, dura más o menos tres meses).
- Reversible o permanente.

(24) Unicef: "Discapacidad", Unidad de Capacitación y Asistencia Técnica en Atención Integral al Niño, Guatemala, abril 1990. Publicación Científica No.1 s.p.

(25) Naciones Unidas: "Carta para los años 80s", Rehabilitación Internacional, Edición Castellana, Madrid, abril 1982.

- No compensada o parcialmente o totalmente compensada, verbigracia, la provisión de lentes puede compensar totalmente una deficiencia visual.

Proceso de Discapacidad.

Es un concepto que describe los cambios en las funciones y roles sociales, resultantes de una condición patológica.

Tipos de Discapacidad.

- a) Físicas: Los impedimentos neuromotores, sean leves, locales o generales, transitorios o permanentes, se manifiestan por reducción o trastorno del rendimiento motor.
- b) Sensoriales: Se subdividen en alteraciones visuales y auditivas.
 - Visuales. El término "impedimento visual", es aceptado actualmente como genérico e incluye el grupo total de personas con impedimento estructural y/o funcional del órgano del sentido visual, sin importar la naturaleza ni el grado de discapacidad.
 - Auditivos. Los trastornos auditivos pueden ser clasificados como congénitos o adquiridos. Se debe tener en cuenta el grado de afección de la función auditiva, el tiempo en que surgió, el proceso patológico y la rapidez de su desarrollo.
 - Mental. Se subdividen en alteraciones de conducta, lenguaje, aprendizaje y subnormalidad mental.
 - Conducta: En un extremo se encuentra la persona físicamente normal, con un patrón característico de conducta que causa en la escuela, en el hogar y en el trabajo, dificultades en su manejo y, en el otro extremo, se encuentra la persona con un problema de trastorno sociopático. (26)

(26) O.M.S.: "Taller Participativo de Rehabilitación de la Comunidad", Editado por la Organización Mundial de la Salud, Washington, Estados Unidos de Norte América, Dic. 1987.

Entre los dos extremos, se encuentra toda una serie de personas con distintos trastornos que le dificultan su funcionamiento armónico en el medio en el que se desenvuelven.

- Lenguaje: Un trastorno del lenguaje, se caracteriza por la dificultad en el entendimiento y uso; tanto en su forma oral como escrita e involucra uno o más de los siguientes componentes: Fonología, morfología, sintaxis, semántica, práctica.
- Aprendizaje: Los problemas de aprendizaje son desórdenes en el desarrollo cognoscitivo, el pensamiento y la comunicación.
- Subnormalidad Mental: Se define como un funcionamiento intelectual general inferior a lo normal, que se origina durante el período evolutivo y, se halla asociado ya sea con impedimentos para el aprendizaje y el ajuste social, para la maduración o para ambos.

La subnormalidad mental, resulta de cierta condición patológica del cerebro que impide el desarrollo normal y, a la que con toda propiedad se le denomina "Deficiencia Mental".

C A P I T U L O IV.

4 INSTITUCIONES QUE ATIENDEN DISCAPACITADOS FISICOS.

Para atender a los individuos con discapacidad física, existen en el país diversas Instituciones, las cuales fueron creadas con el fin de rehabilitar a los mismos; pero por carecer de los medios necesarios, o por tener personal poco capacitado, no llenan a cabalidad las necesidades para que estas personas puedan tener una superación física y mental para valerse por sí mismas.

Con el fin de dar a conocer los Centros, Instituciones y Organizaciones que atienden a las personas discapacitadas, se procedió a realizar una entrevista donde se obtuvo la información que a continuación se presenta; cabe señalar, que éstas se dedican a la curación y rehabilitación a reducidos grupos, no así a la prevención de la discapacidad. Ya que los Programas y Políticas que prevalecen en el país, no contemplan lineamientos que favorezcan el desarrollo de la atención a la discapacidad, desde la atención primaria en salud.

Analizaremos cada una de ellas y comentaremos el impacto que tienen dentro de la población guatemalteca.

4.1 HOSPITAL NACIONAL DE ORTOPEDIA Y REHABILITACION.

Considerado dentro del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como un Centro Hospitalario especializado en el campo de:

- a) Ortopedia, y
- b) Rehabilitación.

Es considerado de referencia nacional, pues a él se refieren todos los casos de pacientes que por diversas causas de enfermedad o accidente, han quedado con alguna discapacidad; como son pacientes

con hemiplejía, paraplejía, etc., lamentando la escasez de recursos humano, financiero, equipo, etc., conque cuenta para cubrir la demanda de servicio hacia ese tipo de pacientes.

En el caso de Ortopedia, se cuenta con más recurso humano, financiero y equipo, pues se cuenta con 17 Médicos Ortopedistas; mientras que en el área para consulta externa y servicios para la atención del área de rehabilitación, se cuenta con sólo uno.

A pesar de ello, se tiene una población atendida de enero a agosto del año de 1993 de 848 pacientes, atendidos con diferentes diagnósticos a resolver. Preocupa que en el caso de los niños, la primera causa de atención es la parálisis cerebral por la falta de atención en el embarazo; mientras que en el caso de los adultos está la paraplejía, en su mayoría, resultado de la violencia generada en el país.

Cuenta con un programa de subsidios familiares, con el que se apoya en forma total o parcial, la compra de aparatos ortésicos, protésicos y sillas de ruedas. Esta ayuda va condicionada previo a un estudio socioeconómico del paciente beneficiado, con el propósito de que no por falta de recursos económicos, se limite el acceso a su rehabilitación.

4.2 HOSPITAL DE REHABILITACION DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL.

Como dependencia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, es una entidad autónoma de Derecho Público con Personería Jurídica. Y como lo indica nuestra Constitución Política de la República en su artículo 100, referente a la Seguridad Social, está dentro de un régimen unitario y obligatorio de Seguridad Social. Se sostiene por

medio de contribuciones del Estado en un 25%; de los patronos en un 50% y de los trabajadores, en un 25%.

La protección que ofrece a sus afiliados, es en relación a accidentes de trabajo, enfermedades varias, etc. y, comprende los siguientes beneficios:

- a) En caso de incapacidad temporal, servicios médicos, quirúrgicos, terapéuticos y hospitalarios, aparatos ortopédicos y una indemnización en dinero proporcional al sueldo o salario.
- b) En caso de incapacidad permanente, parcial o total, las rentas que están establecidas en los Reglamentos de la Institución.
- c) En caso de muerte, los familiares recibirán una pensión mensual, además de una cantidad proporcional establecida para los gastos a los que incurren en el sepelio.

Esta Institución es considerada como la más completa para la atención del discapacitado físico. Lamentablemente, sólo cubre a la población afiliada, la cual constituye un 14% del total de la población. Dejando al descubierto, al resto de la misma, la que supuestamente debe ser cubierta por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

4.3 FUNDACION PROBIENESTAR DEL MINUSVALIDO "FUNDABIEM".

Institución de carácter privado, fundada con el propósito de rehabilitar a niños y adolescentes con limitaciones físicas. Cuenta con el apoyo de la iniciativa privada y se sostiene por medio de un programa permanente anual conocido como "Teletón". Este evento es organizado con el fin de recaudar fondos económicos para el mantenimiento de los programas de rehabilitación.

Funciona en un horario de 07:00 a.m. a las 13:00 horas. Ubicado en el kilómetro 18 de la carretera interamericana, jurisdicción de Mixco. Su cobertura de atención aún cuando el impacto que causa en la teletón, en cuanto a los resultados obtenidos, no representa la solución en cuanto a la atención del niño y adolescente discapacitado, ya que los tratamientos de rehabilitación, conllevan prolongados meses de tratamiento.

El lugar donde está ubicada la Institución, no permite el acceso de pacientes que viven en áreas marginales, y no digamos de los departamentos. Y si a ello agregamos que este tipo de pacientes no se movilizan solos sino que dependen de otros para su traslado, difícilmente podrán recibir una atención adecuada de rehabilitación.

4.4 ASOCIACION GUATEMALTECA DE REHABILITACION DE LISIADOS "AGREL".

Es la primera Institución de carácter privado no lucrativa, cuyo objetivo general es dar asistencia a limitados físicos a través de sus programas.

Empezó a funcionar según los estatutos, el 5 de septiembre de 1957, y posee tres programas que consisten en:

a) Apoyo.

Taller de prótesis y ortesis.

b) Rehabilitación Profesional.

- Unidad de evaluación.

- Escuela Artesanal.

- Pequeña Industria.

- Talleres Protegidos.

c) Recreación.

Deporte como medio de rehabilitación.

La Asociación se sostiene por medio de colaboraciones recibidas de personas voluntarias y de la venta de productos, que producen los discapacitados para tratamientos como por ejemplo: Prótesis, ortésis, etc..

4.5 CENTRO DE REHABILITACION VOCACIONAL "CERVOC".

Surgió en marzo de 1977 y actualmente desarrolla los siguientes programas:

- a) Talleres.
- b) Alfabetización.
- c) Producción y Enseñanza de Carpintería.
- d) Atención de personas del área rural.
- e) Programas para padres.
- f) Programas de salud.
- g) Colaboración en la colocación laboral.
- h) Seguimiento de egresados.

El Cervoc financieramente se sostiene por medio de rifas y donaciones particulares.

4.6 COMISION NACIONAL DE IMPEDIDOS "CONACI".

Esta Comisión creada según Acuerdo Gubernativo #179-83 emitido el 29 de marzo de 1983, en donde el Artículo 1o. de los Acuerdos se detalla la creación de la Comisión Nacional de los Impedidos, adscrita a la Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia de la República, y fue integrada por:

- a) Secretaría de Bienestar Social.
- b) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

- o) Ministerio de Trabajo y Previsión Social.
- d) Ministerio de Educación.
- e) Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
- f) Instituto Técnico de Capacitación y Productividad.
- g) Consejo de Bienestar Social.
- h) Comité Nacional Pro-Ciegos y Sordomudos.
- i) Instituto Neurológico de Guatemala.
- j) Asociación Guatemalteca de Rehabilitación de Lisiados.
- k) Centro de Rehabilitación Vocacional.
- l) Dirección de Asistencia Educativa Especial, Bienestar Social.
- m) Unión Nacional de Lisiados y Minusválidos.
- n) Fraternidad Cristiana de Enfermos Crónicos y Limitados Físicos.
- ñ) Patronato contra la Mendicidad.
- o) Liga Pro-Salud del Pueblo.

Es importante analizar generalidades de las funciones que realiza la Comisión Nacional de los Impedidos CONACI, considerada como el Organismo Rector de las Instituciones dedicadas a la atención a la discapacidad en Guatemala.

1. Realizar un diagnóstico sobre la situación de los impedidos en el país con base a la información disponible, o en investigaciones y estudios. En relación a este rubro, no se ha hecho ni siquiera una evaluación de coberturas de atención con todas las Instituciones que integran dicha Comisión, argumentando no contar con el recurso humano y económico para poder hacerlo.
2. Ayudar a los impedidos en su adaptación física y psicológica para integrarlos a la sociedad. No existe voluntad para incrementar

esfuerzos y unificar criterios de las Instituciones participantes por resolver este problema, ya que cada una de las Instituciones tienen sus propios programas y quien dirige y coordina la CONACI, por no ser un experto en rehabilitación, no coordina los recursos disponibles de las Instituciones afines para la atención del mismo.

3. Coordinar las actividades de Instituciones que laboran en el campo de los minusvalidos. Es increíble que lo único que se ha logrado, es realizar reuniones ordinarias de los representantes de las Instituciones, no por ello se ha logrado propiciar una buena coordinación ya que existe una lucha por tomar posiciones hegemónicas y protagonismo; situación que no permite un trabajo armónico en beneficio de los mismos.
4. Normar y promover todos los esfuerzos tendientes a que presten a los impedidos, asistencia, atención, capacitación y orientación apropiada y que se ponga a su disposición, oportunidades de trabajo adecuado y. se asegure su integración plena a la sociedad. No existen normas que integren acciones en favor de los impedidos, únicamente las que se tienen establecidas en cada una de las Instituciones; en cuanto a oportunidades de trabajo, el Ministerio de Trabajo cuenta con una oficina de colocación de minusvalidos sin alcanzar impacto alguno, ya que, cuantos pueden tener acceso a trabajo si previo a ello no se cuenta con rehabilitación.
5. Educar e informar al público sobre los Derechos de los impedidos a participar en los diversos aspectos de la vida económica, social y política y su obligación de aportar su contribución. Ya que no hay

programas definidos para dar a conocer esos derechos y que los mismos sean respetados.

6. Estimular los proyectos de estudio e investigación destinados a facilitar la participación plena de los impedidos en la vida cotidiana. Para este rubro, se hace necesario fortalecer por lo menos las áreas de medicina física de los hospitales y lamentablemente se ha dado todo lo contrario, tal es el caso del Hospital Roosevelt donde fue cerrado el Departamento de Medicina Física y Rehabilitación.
7. Legislar medidas efectivas para la prevención de la incapacidad y para la rehabilitación de los impedidos. En cuanto a las leyes que legislan a los minusválidos, existe en la Constitución Política de la República de Guatemala, el Artículo 53 con el propósito de proteger a los mismos; pero no ha sido operativizado en beneficio del discapacitado.
8. Instar a la programación de actividades dirigidas a la prevención de la incapacidad. Al llegar a este rubro nos damos cuenta que quizá algo de ello se hizo, como fueron campañas de prevención por la radio y la televisión, así como anuncios en las carreteras para prevenir accidentes, especialmente en días festivos.
9. Desplegar esfuerzos dentro de la familia y la comunidad, a fin de lograr objetivos concretos en el desarrollo de los planes y programas en beneficio de los impedidos.
10. Continuar el plan de trabajo presentado e iniciado por la Comisión Nacional del Año Internacional de los Impedidos, creando los mecanismos necesarios para su actualización.

11. Crea los Comités o grupos de trabajo técnico que se estime conveniente para el mejor desarrollo de sus actividades.

En relación a las otras funciones, no se ha elaborado un plan o programa que contemple estrategias para desplegar esfuerzos dentro de la familia y la comunidad ni la formación de grupos de trabajo que organicen acciones directas para ejecutar las funciones contempladas; por lo que las autoridades justifican que las mismas no se han puesto en práctica por las limitaciones que se han presentado en cuanto a recurso humano y financiero.

ANALISIS DE LAS INSTITUCIONES QUE ATIENDEN A LA DISCAPACIDAD.

La discapacidad en Guatemala, constituye un problema serio y de multiples repercusiones económicas y sociales; que colocan al individuo que las sufre en desventaja dentro de su normal desenvolvimiento, especialmente porque en el país hay muy pocas Instituciones que los apoye en cuanto a su rehabilitación que les permita reincorporarse a su familia y por lo mismo a la sociedad.

Las Instituciones y Organizaciones que trabajan por atender al discapacitado, son muy pocas y con limitaciones; por lo que no logran satisfacer la demanda de tratamiento de personas discapacitadas existentes en todo el país.

En cuanto a la participación del Trabajo Social dentro de las Instituciones, el 67% cuentan con el servicio de éste profesional; mientras que el restante 33% no cuentan con los servicios de estos profesionales. Es importante señalar que las Instituciones que no cuentan con Trabajadoras Sociales, son Organizaciones que no cuentan con una estructura organizativa formal y sólida que les permita realizar sus

funciones. De las mismas, el 50% participan en programas específicos de la atención a los discapacitados; asumiendo funciones de dirección, organización, planificación y se vé el impacto que llega a los discapacitados para quiénes se está trabajando parcialmente en algo para beneficio de los mismos.

Dentro de las Instituciones tenemos: Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación, Asociación Guatemalteca de Rehabilitación de lisiados "AGREL", Fundación Pro-bienestar del Minusvalido "FUNDABIEM"; Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, I.G.S.S. etc..

En cuanto a la CONACI, es un Organismo Rector, con funciones determinadas, pero no con la organización que se requiere para la ejecución de las mismas funciones. Cuenta con el apoyo de muchas Instituciones, pero no ha logrado resolver el problema de la integración de las Instituciones ahí representadas.

Las personas que han dirigido CONACI, no han sido las idóneas para luchar por los objetivos ahí propuestos. No se logran concretar programas a corto plazo mucho menos a largo plazo. Cada una de las Instituciones continúa trabajando aisladamente y, los esfuerzos se duplican en alguna medida, sin que con ello se resuelva la problemática del discapacitado.

Puede observarse que todas las Instituciones enumeradas dentro de la CONACI, están centralizadas dentro del perímetro de la ciudad capital; lo que limita el acceso del discapacitado del área rural.

En cuanto a FUNDABIEM, es considerada la Institución más joven con apoyo de la iniciativa privada. Se ha dado la imágen como la Institución que es la única que está realizando la rehabilitación en el país, y que está resolviendo este problema. Sin embargo, los discapacitados no sólo

son niños y adolescentes, sino que abarca a personas adultas, y si los mismos servicios de rehabilitación están centralizados en la capital; por nuestra experiencia en el campo, hemos observado que por ser muy prolongados los tratamientos, les resulta difícil para estas personas. Ya que necesitarían tener una condición económica aceptable para poder costear el transporte diario, o de acuerdo al tratamiento semanal. Lo anterior es difícil para las personas que viven en el interior del país o en las zonas más retiradas del lugar donde se ubica FUNDABIEM; esto por el lugar poco accesible y la falta de transporte y sabiendo que el paciente no puede llegar por si mismo, ya que necesita de la ayuda de otra persona para poder movilizarse, les resultaría casi imposible por no poder contar con los medios necesarios, sobre todo económicos, debido a la condición de pobreza en la que está sumergida la mayoría de la población guatemalteca.

En cuanto a las extensiones en los departamentos, esto es muy relativo, pues no se cuenta con el personal debidamente capacitado para tales fines, y la problemática de traslado, sería la misma que se presenta. Unicamente se cuenta con un estudiante de fisioterapia y no hay un equipo de trabajo que permita la rehabilitación integral del paciente y su familia.

C A P I T U L O V.

5 "PROPUESTA DE UNA POLITICA SOCIAL DE ATENCION AL DISCAPACITADO FISICO EN GUATEMALA".

5.1 Situación Actual de la Problemática de Rehabilitación.

Existen en Guatemala diversidad de Instituciones que atienden fragmentariamente al paciente discapacitado físico. Ninguna de ellas proporciona la atención integral inherente a la rehabilitación, como ya fué mencionado en el capítulo anterior.

Únicamente el Centro Médico Militar y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social cuentan con programas completos de rehabilitación física. Lamentablemente, sólo los derecho-habientes tienen acceso a esos programas, mientras el resto de la población que es más de un 80%, quedan descubiertos.

El gran número de discapacitados físicos van creciendo conforme transcurren los días, y no se ven intenciones de las autoridades en tratar de resolverlos, ni siquiera existe un mínimo aliento a crear una coordinadora que aune esfuerzos para enfocar dicho problema.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, únicamente a priorizado la atención curativa invirtiendo recursos humano, financiero e institucional en la lucha por salvar la vida del paciente, sin importarle el futuro del mismo.

En cuanto a la prevención, algunos esfuerzos se están haciendo, pero en relación a la rehabilitación, ni siquiera aparece el término en el actual Plan de Salud.

Es ridículo que exista en el Ministerio de Trabajo una oficina de colocación al discapacitado físico, cuando no se tiene acceso a la

rehabilitación.

No hay un ente que funcione como rector e integrador y coordinador de las Instituciones, rol que debería jugar la CONACI y que por muchas razones no funciona como se esperaba de acuerdo a los objetivos que tiene.

En los Hospitales de referencia nacional, existe gran preocupación por la estadía prolongada de pacientes que presentan algún grado de discapacidad física, porque ello representa menor cobertura de atención y no les preocupa el individuo que la sufre, sino que la cama sea utilizada para más pacientes; delegando en la Trabajadora Social la responsabilidad de devolverlo a la familia; y es en ella en quién recae la responsabilidad de incorporarlo a la familia, a otras Instituciones o luchar por obtener un espacio en el único Hospital que se dedica a realizar rehabilitación. Esto conlleva el compromiso de la Trabajadora Social, la familia y el paciente y, en espera de turno, pues en el Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación, se carece de infraestructura, recurso humano y financiero para la atención de los mismos.

Partiendo de la necesidad que se presenta a nivel nacional en el problema del discapacitado, aún cuando en apariencia "FUNDABIEM" se refleja como la solución al problema, la realidad es totalmente diferente como ya se analizó en el cuarto capítulo, por tal razón en este trabajo se pretende sugerir una Política de beneficio al limitado físico.

5.2 PROPUESTA DE UNA POLITICA SOCIAL DE ATENCION AL DISCAPACITADO FISICO EN GUATEMALA.

Institución Ejecutora:

Por la responsabilidad que tiene ante el problema y por la capacidad instalada que posee a nivel nacional, se propone como Institución Ejecutora a:

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Política:

Crear, implementar, fortalecer y apoyar programas de atención para la rehabilitación integral de toda la población con limitación física que no está protegida por el Seguro Social.

Objetivos Generales:

- Integrar una Dirección Nacional de Rehabilitación, por un equipo de profesionales especializados en rehabilitación; responsables de ejecutar acciones integradoras, coordinadoras y, que dirijan los programas de atención y prevención de la rehabilitación en nuestro país.
- Lograr la reincorporación del discapacitado a una vida activa, productiva y feliz desde el punto de vista físico, mental, social, vocacional y económico.
- Obtener el apoyo político, financiero y humano para la ejecución de la política social de Atención al Discapacitado Físico de Guatemala.

Objetivos Específicos:

- a) Ejercer todas las medidas necesarias a efecto de prevenir y limitar la discapacidad, protegiendo de sus efectos a todos los guatemaltecos.
- b) Proporcionar tratamiento rehabilitador adecuado mediante la organización de áreas para la rehabilitación en todos los lugares donde

se considere necesario, apoyando y fortaleciendo las áreas destinadas para el mismo en los Hospitales Regionales y, a la adecuada implementación del Hospital Nacional de Rehabilitación.

- c) Elaborar y definir los mecanismos de coordinación inter-institucional con las Organizaciones no gubernamentales, Seguro Social y las Organizaciones gubernamentales involucradas en el proceso de atención del discapacitado.
- d) Evaluar constantemente y en forma adecuada la calidad de los servicios de rehabilitación que se presten.
- e) Buscar por todos los medios posibles la descentralización de funciones, tanto a nivel nacional, como regional y local.
- f) Lograr la detección temprana de discapacitados, incorporando la rehabilitación Basada en la Comunidad.

METAS:

1. Que la Política Social de Atención al Discapacitado se operativice en un 100%.
2. Que se integre un Organismo dependiente directamente del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social responsable.
3. Construir en la Ciudad de Guatemala el Hospital Nacional de Rehabilitación a nivel nacional; para cuyo efecto, podría ser remodelado equipado e implementado el Departamento de Rehabilitación del Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación Dr. Jorge Von Ahn. Centro que funciona como Hospital de Atención Tercera especializada en rehabilitación.

ESTRATEGIAS:

- a) Incorporar al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social una

- Instancia por un equipo de Profesionales Especializados en rehabilitación de Oriente, que dirija las acciones necesarias para la ejecución de esta Política.
- b) Incrementar el personal y el equipo necesario para una adecuada atención en rehabilitación.
 - c) Aplicar la rehabilitación en los tres niveles de atención de Salud Pública.
 - d) Establecer los mecanismos de integración y coordinación con Instituciones incorporadas al proceso de la rehabilitación (OG, ONGs, I.G.S.S., etc.).
 - e) Capacitar continuamente y lo más completa posible, al personal que labora en los tres niveles de atención en salud, referente a la atención y prevención de la discapacidad física.
 - f) Organizar cursos de capacitación dirigidos al primer nivel de atención fundamentada en los Principios de Rehabilitación Basada en la Comunidad.
 - g) Crear consciencia de trabajo en equipo a los Profesionales de distintas disciplinas que conforman el Equipo de Rehabilitación.

ACCIONES:

Para el desarrollo y logro de las estrategias es importante:

1. Obtener el aval político para el desarrollo y ejecución de esta política.
2. Legalizar la creación de un Organismo Rector que planifique, organice, coordina y evalúe todas las acciones que en rehabilitación, se lleven a cabo tanto en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y

las Organizaciones no Gubernamentales.

3. Desarrollar la atención en rehabilitación en tres niveles de la siguiente manera:

a) Atención Primaria, que se desarrollará en los Centros, Puestos de Salud, o incluso domiciliariamente por los Técnicos en Salud y enfermeras y voluntarios debidamente capacitados en tareas o labores que estén a su alcance, sin sobrepasar los límites que sus conocimientos elementales les dan, ni las normas éticas que deben guardarse en todo momento. Pueden usarse las normas y procedimientos conocidos con el nombre de Rehabilitación Basada en la Comunidad; utilizando para ello la Investigación Participativa.

b) Atención Secundaria, que se desarrollará en los Servicios de Rehabilitación de los Hospitales Regionales, por personal debidamente capacitado en las áreas de la Medicina de Rehabilitación. Aquí también pueden ser usados los Principios de Rehabilitación Basada en la Comunidad; haciendo uso al máximo de los Programas de Educación Continua, que se llevan a cabo en los Hospitales Generales del país.

c) Atención Tercera, que se desarrollará en los Centros de Rehabilitación Integral debidamente implementados que existen o se creen en la Capital de la República y en las Ciudades de mayor importancia del país.

4. Crear programas adecuados para capacitar al personal de los diferentes Niveles de Atención, capacitación que puede sustentarse en la Rehabilitación Basada en la Comunidad.

5. Obtener recursos financieros para el personal especializado, quien participará en la ejecución de los Programas de Capacitación del personal de los diferentes Niveles de Atención.
6. Elaborar Manuales para delimitar las actividades elementales que se ofrezcan a los discapacitados en Atención Primaria y, toda la información que sea necesaria para el manejo del paciente en su domicilio o en los Centros o Puestos de Salud.
7. Los mencionados Manuales deberán orientar al personal al respecto de cuidados generales en rehabilitación, pero también se deberán elaborar otros que traten específicamente de los grandes problemas que provocan discapacidad en Guatemala, tales como: Parálisis Cerebral, Paraplejía, Hemiplejía, Enfermedades Reumáticas, Neurológicas, Vasculares, Cardíacas, Pulmonares, Ortopédicas, etc..
8. Incrementar la formación de personal básico en rehabilitación, para las Atenciones Secundarias y Tercerarias, tales como enfermeras, fisioterapistas ocupacionales, orientadores vocacionales, terapistas, Trabajadoras Sociales, etc., tratando de mejorar e implementar las Escuelas respectivas.

SISTEMAS DE APOYO.

1. Recursos Humanos:

- 1.1 Son necesarios todos los Profesionales que integran el Equipo Multidisciplinario de Rehabilitación, bajo cuya coordinación de un Especialista en Rehabilitación.
- 1.2 Crear plazas para integrar Equipos Multidisciplinarios de Rehabilitación lo más completos posibles, para que se hagan cargo de la Atención Secundaria.

1.3 Contar con el recurso del personal de Distritos, Centros y Puestos de Salud, incluyendo voluntarios debidamente capacitados en Rehabilitación Basada en la Comunidad, para que se hagan cargo de la Atención Primaria.

2. Recursos Financieros:

Los que establezcan el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para el funcionamiento y equipamiento adecuados del REHABIPLAN (Plan Nacional de Rehabilitación), y todos aquellos que puedan obtenerse de las Organizaciones no Gubernamentales e Instituciones Internacionales.

3. Recursos Materiales y Tecnológicos:

3.1 Instalaciones físicas adecuadas para el funcionamiento del Hospital Nacional de Rehabilitación, que se hará cargo de la Atención Terciaria.

3.2 Equipo Médico Hospitalario de Rehabilitación para la atención adecuada en el Hospital Nacional de Rehabilitación.

3.3 Areas adecuadas para la Rehabilitación en los Hospitales Nacionales que brindarán Atención Secundaria, recuperando todas aquellas construidas para ese fin que actualmente se utilizan para otros menesteres.

3.4 Equipo Médico Hospitalario de Rehabilitación para los Hospitales Nacionales que brindarán Atención Secundaria.

3.5 Elaboración y distribución de los Manuales que servirán en Atención Primaria.

ESTRUCTURA PROGRAMATICA:

1. Capacitar adecuadamente al personal que se hará cargo de la Atención

Primaria, haciendo especial énfasis en Rehabilitación Basada en la Comunidad.

2. Organizar Campañas de Prevención de todas aquellas situaciones potencialmente discapacitantes.
3. Organizar Campañas de Detección Precoz de la Discapacidad.
4. Divulgar aspectos conceptuales y Programas de Rehabilitación entre los Médicos, Comunidades, Empleadores y otros.
5. Impulsar Programas de Capacitación en algún oficio para los beneficiarios del REHABIPLAN.
6. Promover la colocación laboral de los discapacitados adiestrados.
7. Elaborar constantemente y mantener actualizadas las estadísticas de Rehabilitación en Guatemala.
8. Promover y propiciar ante el Congreso de la República, la elaboración de leyes que beneficien a la población discapacitada.
9. Promover ante las Facultades de Arquitectura, Municipalidades, INFCOM, etc., la incorporación de todas aquellas medidas que sean necesarias a efecto de que, en los futuros diseños urbanísticos y arquitectónicos, se eviten al máximo las barreras que tanto dificultan el desplazamiento de los discapacitados.

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

1. No hay conciencia en las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social por plantear dentro de sus Políticas la prevención, atención y rehabilitación del discapacitado físico.
2. No existen las medidas de prevención para evitar la discapacidad física.
3. Incapacidad en algunos profesionales para detectar tempranamente las discapacidades.
4. Existe una Organización reconocida por Acuerdoubernativo rectora en beneficio del discapacitado físico en Guatemala, como lo es la Comisión Nacional del Impedido (CONACI), cuyo Presidente, nombrado por la Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia, no llena los requisitos mínimos para dirigirla, por no ser especialista en el ramo de la rehabilitación. Ni siquiera se ha propiciado la coordinación entre las Instituciones que atienden al discapacitado físico.
5. El incremento del número de discapacitados físicos va en aumento día a día, sin que existan alternativas de solución para la atención de los mismos.
6. El único Hospital que presta atención al discapacitado físico no protegido por el Seguro Social de Guatemala, es el Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación. Y no cuenta con recurso humano suficiente, ni equipo médico adecuado, ni financiamiento propio.
7. En el Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación, existen únicamente 10 camas habilitadas para la atención de 20,000 pacientes limitados físicos, según cálculos aproximados en relación a egresos y diagnósticos de la red de Hospitales Nacionales.

8. El personal calificado para la atención del discapacitado físico en Guatemala, es insuficiente en relación a la demanda de servicios.
9. Los Derechos del discapacitado físico en Guatemala han sido violados desde el momento en que se ha vedado el Derecho a la Rehabilitación.
10. Los aparatos ortésicos y protésicos, son de difícil adquisición para los pacientes discapacitados físicos de escasos recursos económicos, por lo que con ayuda de programas de subsidios algunos logran obtenerlos.
11. Las Comunidades desconocen el manejo del discapacitado.
12. Baja cobertura de la Prevención en Rehabilitación.
13. Ausencia de leyes que propicien la integración del discapacitado.
14. No se ha propiciado la participación del discapacitado en la toma de decisiones dentro de las Organizaciones e Instituciones que trabajan en su beneficio.

RECOMENDACIONES.

1. Que las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social hagan consciencia de la necesidad de crear, implementar y fortalecer Políticas para la prevención, atención y rehabilitación del discapacitado físico dentro de sus planes operativos de salud.
2. Incorporar en la Atención Primaria en Salud, Programas de Rehabilitación Basada en la Comunidad, con el propósito de detectar tempranamente los casos de discapacidad y fortalecer acciones preventivas para la discapacidad física; así como incorporar a la Comunidad dentro del proceso rehabilitador.
3. Se hace necesario impulsar Programas que tiendan a capacitar en rehabilitación en los diferentes Niveles de Atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y aprovechar la capacidad instalada con que cuenta.
4. Fortalecer a la CONACI para su propia auto gestión, creando Programas y Proyectos financiables y que propicien la coordinación inter-institucional dentro de las entidades que atienden la discapacidad.
5. Buscar los mecanismos necesarios para operativizar la Política Social de Atención al Discapacitado Físico por medio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, integrando al mismo tiempo, un equipo especializado en rehabilitación, capaz de dirigir dichas acciones que tiendan a disminuir el número de discapacidades, así como la atención y la rehabilitación.
6. Se hace necesario crear un Hospital Docente en Rehabilitación para la atención del paciente, así como impulsar en el mismo, la capacitación del personal del Ministerio de Salud. O en su defecto, reestructurar

- el Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación, actualizando sus objetivos y metas y, fortalecer recursos humano, físico y financiero.
7. Es prioritario que las autoridades ministeriales de salud conozcan el problema de la falta de infraestructura, equipo y recurso humano para la atención de la población discapacitada física que egresa de los Hospitales Nacionales, para ello se hace necesario fortalecer técnica y financieramente las áreas de medicina física del único Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación.
 8. Promocionar y fortalecer la Escuela de Fisioterapia, e incorporar contenidos de rehabilitación en los Pensum de carreras incorporadas en el proceso de rehabilitación (Sociología, Trabajo Social, Medicina, Enfermería y otras).
 9. La Procuraduría de los Derechos Humanos, debe propiciar Seminarios, Conferencias y Publicaciones para que se conozcan los Derechos del discapacitado y, estos sean respetados tanto por las autoridades como la población en general.
 10. Obtener un subsidio que permita la creación de un taller donde se elaboren prótesis y aparatos ortésicos que preste facilidad a pacientes de escasos recursos económicos para adquirir los mismos o por lo menos, se logre aportar la recuperación de los costos.
 11. Elaborar Manuales donde se oriente al manejo del discapacitado físico y, que se den a conocer en los tres niveles de atención de salud (Comunidad, Centros y Puestos de Salud, así como la red Nacional de Hospitales).
 12. Habilitar servicios de medicina física por lo menos en los Hospitales Regionales, para ampliar cobertura de atención del discapacitado, así

mismo los Centros de Salud detecten tempranamente los casos que ameritan rehabilitarse y sean referidos oportunamente.

13. Motivar a Organismos Nacionales e Internacionales para que presenten leyes ordinarias que favorezcan al discapacitado, y pueda ser operativizado el Artículo No. 53 de la Constitución Política de la República de Guatemala referente a los Minusválidos.
14. Se debe incorporar al discapacitado físico dentro de las Organizaciones e Instituciones para que tomen decisiones dentro de las mismas.

BIBLIOGRAFIA.

BIBLIOGRAFIA METODOLOGICA.

- Ander-Egg, Ezequiel:
1,989
"Introducción a las Técnicas de Investigación Social", Editorial El Ateneo S.A., Mexico D.F.
- Godínez, Carlos A:
S. F.
"Metodología de la Investigación", Los Problemas del Método, Documento sin fecha.
- Hernández Sifontes, Julio:
1,987
"Cómo Investigar en Guatemala, Segunda Edición, Imprenta y Fotograbado Llerena, S.A. Guatemala.
- Rojas Soriano, Raúl:
1,989
"Guía para realizar Investigaciones Sociales", Textos Universitarios, 6a. Edición, México.
- Schmelkes, Corina:
1,988
"Manual para la presentación de Anteproyectos e informes de Investigaciones", (tesis), Colección Textos Universitarios de las Ciencias Sociales, México.

BIBLIOGRAFIA GENERAL.

- A.I.D:
1,992
"Financiamiento del Sector Salud y Costos Operativos", A.I.D.
- Anate, Alicia:
1,990
"Conferencias, Conceptos Básicos en Rehabilitación", Unicef.
- Ander-Egg, Ezequiel:
1,988
"Diccionario de Trabajo Social", Editorial El Ateneo S.A., México D.F.
- Banco de Guatemala:
1,991
"Boletín Informativo", Guatemala.
- C.E.A.R:
1,992
"Encuesta Sociodemográfica en el Triángulo Ixil", Proyecto Gua/92/ Inmap/OIM/CEAR/ mayo, Guatemala, S/E.
- C.E.A.R:
1,992
"Proyecto A.P.S. para la Población Emigrante y su grupo familiar, Guatemala, S/E.
- Congreso de la República:
1,986
"Ley Preliminar de Regionalización Decreto ley 70-86., Tipografía Nacional, Guatemala.

- Harnecker, Marta:
1,976
"Los Conceptos Elementales del Materialismo Histórico". Trigésima quinta Edición. Siglo XXI. Ediciones S.A., México.
- I.N.E:
1,992
"Documento Extrema Pobreza en Guatemala", Guatemala. S/E.
- Lumpkin, H. Garren:
1,982
"Estudio de Servicios para el niño Discapacitado en Centro América y Panamá". Editado por Unicef Guatemala, agosto.
- M.S.P.A.S:
1,991
"Correo de la Salud". Publicación del Departamento de Relaciones Públicas del Ministerio de Salud Pública. Guatemala, marzo. Publicación Científica No.1, s.p.
- M.S.P.A.S:
1,991
"Departamento Materno Infantil", Estudio de Subregistros de la Mortalidad Materna en Guatemala, Documento de investigación del Departamento Materno Infantil.
- M.S.P.A.S:
1,987
"Dirección General de Servicios de Salud". Manual de Normas de Referencia de Pacientes Materno Infantil y Atención General a nivel Nacional. Guatemala, marzo.
- M.S.P.A.S:
1,994
"Plan Nacional de Salud 1,994-1,995".
- M.S.P.A.S:
1,991
"Plan Nacional de Salud Materno Infantil" 1,992-1996. Dic. Editorial Artes Gráficas.
- M.S.P.A.S:
1,994
"Programa Operativo Anual". P.O.A. S/E.
- Naciones Unidas:
1,982
"Carta para los años 80s", "Rehabilitación Internacional". Edición Castellana. Madrid, abril.
- Naciones Unidas:
1,983
"Programa de Acción Mundial para los Impedidos". 1,983-1,992. Naciones Unidas, New York, U.S.A.
- O.M.S:
1,987
"Taller Participativo de Rehabilitación de la Comunidad". Editado por la Organización Mundial de la Salud. Washington, U.S.A. Dic. S/E.
- U.P.S./O.M.S:
1,991
"Estudio Básico del Sector Salud, Guatemala", Guatemala. S/E.

O.P.S./O.M.S:
1,992

"Análisis de la Situación de la Salud por Regiones", Guatemala, Documento Guatemala.

Parreño Rodríguez, Juan Ricardo:
1,976

"Sociología de la Rehabilitación". Tratado de Rehabilitación Médica. Tomo II. R. González Mans. 3a. Edición. Editorial Científica Médica Barcelona, España.

Plan General:
1,984

Informe Seminario-Taller "Encuentro de las Instituciones Miembros del Grupo Latino Americano de Rehabilitación Profesional". Bogotá, Colombia, mayo.

Plan Nacional:
1,980

"Para el año Internacional de los Impedidos". Editado por la Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia. Guatemala, noviembre.

Plan de Salud, 1,991-1,995:
1,991

"Nuestro Compromiso con la Salud Pública de Guatemala". Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala, febrero. Unica Edición.

SEGEPLAN:
S. F.

"Gráficas de Análisis Interpretativo en Relación a la Población Económicamente Activa y de Crecimiento de Inflación". Folleto S/E.

UNICEF:
1,990

"Discapacidad". Unidad de Capacitación y Asistencia técnica en Atención Integral al Niño. Guatemala, abril. Publicación Científica No. 1, s.p.

UNICEF:
1,990

"Compilación y Análisis de la Mortalidad registrada en 1,990". Guatemala, documento. S/E.

UNICEF-SEGEPLAN:
1,991

"Análisis de la Situación del niño y la mujer", Guatemala, documento.

Yesner, Hellen J:
1,988

"Trabajadora Social Especializada en Rehabilitación", Separata, Obra: Medicina Física y Rehabilitación, Kotke, F.J. Stillwel, G.K. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, Argentina.