UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

EDUCACION POPULAR

PARA LAS ORGANIZACIONES DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA, UNA PROPUESTA DE TRABAJO SOCIAL

TESIS PRESENTADA A:

LA DIRECCION Y AL INSTITUTO DE INVESTIGACION DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

POR:

ALBA YOLANDA MEZA JUAREZ

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
BIBLIOTECA
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

PREVIO A CONFERIRSELE EL TITULO DE

TRABAJADORA SOCIAL

EN EL GRADO ACADEMICO DE LICENCIADA.

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 1996.

R
15
T(1023)
c. 2

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR:	Dr. Jafeth Cabrera Franco
SECRETARIO:	Dr. Otto España Mazariegos

AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

DIRECTORA:	Licda. Gloria Rebeca Morán M.
SECRETARIO:	Ing. Hernán Cortés Urioste

CONSEJO ACADEMICO

REPRESENTANTES DOCENTES

Licenciada:	Carmen Mejía
Licenciada:	Aída Ofelia Pérez Duque
Licenciada:	Carolina de la Rosa de Martínez
Licenciada:	Amparo Meléndez López
Licenciada:	Blanca Mercedes Aroche

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Maestra de Educación Primaria:	Edelmira Mendoza Pinelo
Maestra de Educación Primaria:	Margarita de Jesus García
Maestra de Educación Primaria:	Claudia Lorena Alfaro
Maestra de Educación Primaria:	Lilian Noemi Lucas V.
Bachiller en Ciencias y Letras:	Sara Franco Tejada
Secretaria Comercial:	Rosa Elena Barillas C.

TRIBUNAL EXAMINADOR

DIRECTORA:	Licda. Gloria Rebeca Morán Mérida
SECRETARIO:	Ing. Hernán Cortés Urioste
ASESORA:	Licda. Luz del Carmen González V.
REVISOR:	Lic. Rolando López Godínez
COORD. AREA DE FORMACION PROFESIONAL ESPECIFICA:	Licda. Elsa Arenales de Franco

Guatemala, 27 de marzo de 1996

Licenciado
CESAR ESTRADA OVALLE
Director de la Escuela
de Trabajo Social
Universidad de San Carlos.

Señor Director:

Atentamente me dirijo a usted, para hacer de su conocimiento que en mi calidad de asesora, he procedido a analizar el trabajo de tésis de grado de la Trabajadora Social ALBA YOLANDA MEZA JUAREZ, sobre el tema: "EDUCACION POPULAR PARA LAS ORGANIZACIONES DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA. UNA PROPUESTA DE TRABAJO SOCIAL". Al respecto me permito manifestarle que es un trabajo de tesis sumamente importante para los Equipos de Salud que laboran en Escuintla, así como un valioso aporte para el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

El informe presentado llena los requisitos de cientificidad y metodología de investigación, por lo que emito dictamen favorable a efecto de que continúe en el trámite correspondiente para su aprobación y presentación final.

Atentamente,

LICDA. LUZ DEL CARMEN GONZALEZ V.
ASESORA
Colegiada No. 4,301

LDCGV/

NIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA

ELA DE TRABAJO SOCIAL
Edificio S-1, 2º Nivel
Ciudad Universitaria, Zona 12
Guatemala, Centroamérica
Teléfonos:
50790-4 y 4760985-86-88
Ext. 288-289
léfonos Directos:
59590 y 4769606
ax: 4769590

Guatemala,
septiembre 9 de 1,996

DICTAMEN 002/96-L

Licda. Gloria Rebeca Morán
Directora
Escuela de Trabajo Social
Edificio

Señora Directora:

Respetuosamente me dirijo a usted, para informarle que se me asignó para revisar y orientar el trabajo de tesis titulado: **"EDUCACION POPULAR PARA LAS ORGANIZACIONES DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA. UNA PROPUESTA DE TRABAJO SOCIAL"**; presentado por la estudiante **Alba Yolanda Meza Júarez.**

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 **Alba Yolanda Meza Júarez,** y así pueda disctuirse en su exámen público y opte a su graduación profesional.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Lic. Rolando López Godínez
REVISOR

Universidad de San Carlos de Guatemala
"IIETS"
Instituto de Investigaciones
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

c.c. archivo

RLG/mcd.

:RSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA

A DE TRABAJO SOCIAL
Edificio S-1, 2º Nivel
lad Universitaria, Zona 12
uatemala, Centroamérica
Teléfonos:
90-4 y 4760985-86-88
xt. 288-289
onos Directos:
90 y 4769606
4769590

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

En vista de los dictámenes favorables que anteceden de los Licenciados Luz del Carmen González V. y Rolando López Godínez, en calidad de Asesor y Revisor respectivamente, esta Dirección autoriza la impresión de la tesis "EDUCACION POPULAR PARA LAS ORGANIZACIONES DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA, UNA PROPUESTA DE TRABAJO SOCIAL", presentado por la estudiante Alba Yolanda Meza Juárez, 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 diez días del mes de septiembre de mil novecientos noventa y seís.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licda. Amparo Meléndez López
Directora a.i.

AML/cdm
c.c. :archivo

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

ACTO QUE DEDICO

A DIOS:	Fuente inagotable de sabiduría
A MIS PADRES:	CESAR HUGO MEZA MONTES como un homenaje a su memoria
	ROSA LUBIA JUAREZ VDA. DE MEZA gratitud por todo su apoyo y sacrificios
A MIS HERMANOS:	FRANCISCO JAVIER, EDGAR ANIBAL, FREDY WALDEMAR Y HUGO WANERGES MEZA JUAREZ
A MIS SOBRINOS:	MELISSA Y CESAR FRANCISCO
A MIS AMIGAS:	AURY MARCUS, MIRNA SANCHEZ, CHIQUI CISNEROS, ROSI GARNICA Y MIRTA DE CALVO
A MI ASESORA DE TESIS:	LICDA. LUZ DEL CARMEN GONZALEZ VILLATORO
A MIS MADRINAS DE GRADUACION	LICDA. MARIA CONCEPCION SAMAYOA GONZALEZ LICDA. NORMA LISETH DE LEON CALDERON LICDA. MARIA SALOME GARCIA ORTIZ

AGRADECIMIENTO ESPECIAL

A las Instituciones y Profesionales, sin cuya colaboración no habría sido posible desarrollar esta investigación.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
- Licda. Luz del Carmen González Villatoro
- Licda. Norma Lisseth de León Calderón
- T.S. Edna Martínez de Villatoro
- Trabajadores Sociales del Departamento de Escuintla
- Equipos de Proyección Comunitaria de Escuintla

CENTRO DE INVESTIGACION Y EDUCACION POPULAR
- Lic. Rafael Castro
- Lic. Heriberto Martín

INSTITUTO MEXICANO DE DESARROLLO COMUNITARIO
- Lic. Efrén Orozco
- Lic. Jorge Narro
- Lic. Roberto Antillón

Así también, a los Grupos de Salud y Promotoras Voluntarias del Departamento de Escuintla.

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO 1. CONSIDERACIONES TEORICAS 1

1.1 ATENCION PRIMARIA DE SALUD 1

1.1.1. ANTECEDENTES 1

1.1.2. DEFINICION DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD 4

1.1.3. ELEMENTOS ESENCIALES DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD 10

1.1.3.1. LA EDUCACION SOBRE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD 11

1.1.3.2. LA PROMOCION DEL SUMINISTRO DE ALIMENTOS Y NUTRICION APROPIADA 11

1.1.3.3. UN ABASTECIMIENTO ADECUADO DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO BASICO 12

1.1.3.4. LA ASISTENCIA MATERNO-INFANTIL CON INCLUSION DE LA PLANIFICACION DE LA FAMILIA 12

1.1.3.5. LA INMUNIZACION CONTRA LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES INFECCIOSAS 14

1.1.3.6. LA PREVENCION Y LUCHA CONTRA ENFERMEDADES ENDEMICAS LOCALES 14

1.1.3.7. EL TRATAMIENTO APROPIADO DE ENFERMEDADES Y TRAUMATISMOS COMUNES 14

1.1.3.8. SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES Y CONOCIMIENTO DE MEDICINA TRADICIONAL 15

1.2 ORGANIZACION SOCIAL 15

1.2.1. ANTECEDENTES 15

1.2.2. DEFINICION DE ORGANIZACION SOCIAL 20

1.2.2.1. CARACTERISTICAS DE LAS ORGANIZACIONES SOCIALES 22

1.2.3. FORMAS EN QUE SE PRESENTA LA ORGANIZACION SOCIAL 24

1.2.3.1. POR SU NATURALEZA 25

1.2.3.1.1. PRIMARIA 25

1.2.3.1.2. SECUNDARIA 25

1.2.3.2. POR EL AMBITO GEOGRAFICO QUE CUBREN 25

1.2.3.2.1. LOCAL 25

1.2.3.2.2. MUNICIPAL 26

1.2.3.2.3. DEPARTAMENTAL 26

1.2.3.2.4. REGIONAL 26

1.2.3.2.5. NACIONAL 26

1.2.3.2.6. INTERNACIONAL 26

1.2.3.3. POR SU ESTRUCTURA 27

1.2.3.3.1. RIGIDA 27

1.2.3.3.2. DINAMICA 27

1.2.3.4. POR SU SITUACION JURIDICA 27

1.2.3.4.1. FORMALES 28

1.2.3.4.2. INFORMALES 28

1.2.3.5. POR LOS OBJETIVOS QUE PERSIGUEN 28
1.2.3.5.1. COMUNITARIA 29
1.2.3.5.2. DE BASE 29
1.2.3.5.3. POPULARES 29
1.3. EDUCACION POPULAR 32
1.3.1. ANTECEDENTES 32
1.3.2. DEFINICION DE EDUCACION POPULAR 39
1.3.3. METODOLOGIA DE LA EDUCACION POPULAR 44

CAPITULO 2. RASGOS FUNDAMENTALES DE LA SOCIEDAD GUATEMALTECA 53
2.1 ASPECTOS FISICOS GENERALES DEL TERRITORIO GUATEMALTECO 53
2.2. SITUACION POBLACIONAL DE GUATEMALA 55
2.3. SITUACION SOCIAL 58
2.3.1. SALUD 59
2.3.2. EDUCACION 62
2.3.3. VIVIENDA 67
2.4. SITUACION ECONOMICA 74
2.4.1. PRODUCTO INTERNO BRUTO 74
2.4.2. SECTORES PRODUCTIVOS 75
2.4.2.1. AGROPECUARIO 75
2.4.2.1.1. CAFE 75
2.4.2.1.2. ALGODON 76
2.4.2.1.3. CAÑA DE AZUCAR 76
2.4.2.1.4. BANANO 76
2.4.2.1.5. CARDAMOMO 76
2.4.2.1.6. GRANOS BASICOS 76
2.4.2.1.7. AVICULTURA 77
2.4.2.1.8. CARNE BOVINA 77
2.4.2.2. INDUSTRIA 77
2.4.2.3. CONSTRUCCION 78
2.4.2.4. COMERCIO 78
2.4.2.5. TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACION 78
2.4.2.6. BANCA Y SEGUROS 79
2.4.3. SALARIOS 79
2.5. SITUACION POLITICA 81
2.5.1. PROCESO DE PAZ 81
2.5.2. PROCESO ELECTORAL 1995 85
2.5.3. RETORNADOS 88

CAPITULO 3. CARACTERISTICAS SOCIO-ECONOMICAS DEL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA 91
3.1. DATOS GEOGRAFICOS 91
3.2. DEMOGRAFIA 94
3.3. ACTIVIDADES ECONOMICAS 100
3.4. SITUACION SOCIAL 105
3.4.1. EDUCACION 105
3.4.2. VIVIENDA 108
3.4.3. SALUD 110

CAPITULO 4. ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN ESCUINTLA 116
4.1. BREVE RESEÑA HISTORICA 116
4.2. DATOS COMPARATIVOS 1989-94 127
4.3. ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO 1989-95 129

CAPITULO 5. SITUACION ACTUAL DE LA ORGANIZACION EN SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA 143
5.1. AUTOGESTION DE LAS COMUNIDADES 145
5.2. ORGANIZACION COMUNITARIA EN SALUD 147
5.3. DIAGNOSTICO DE LAS NECESIDADES 161
5.4. DEFINICION DE ESTRATEGIAS DE SALUD 163
5.5. REDUCIR LA DEPENDENCIA MEDICA 165
5.6. PARTICIPACION COMUNITARIA 166
5.7. PARTICIPACION DE LA ORGANIZACION EN SALUD 172
5.8. EL LIDERAZGO EN LAS ORGANIZACIONES DE SALUD 177
5.9. PROMOCION Y MOVILIZACION SOCIAL EN LA SALUD COMUNITARIA 179
5.10. EDUCACION POPULAR EN LOS EQUIPOS DE PROYECCION COMUNITARIA 187

CAPITULO 6. PROPUESTA TEORICO-METODOLOGICA DE EDUCACION POPULAR PARA LAS ORGANIZACIONES DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA 200
6.1. FUNDAMENTOS TEORICO-PRACTICOS PARA EL GRUPO TECNICO INSTITUCIONAL 202
6.2. INICIO DEL PROCESO METODOLOGICO DE EDUCACION POPULAR CON LAS ORGANIZACIONES DE SALUD 206
6.2.1. COMBINACION DEL TRIPLE DIAGNOSTICO (PRACTICA-TEORIA-PRACTICA) 206
6.2.2. PROPUESTA DE TEMAS A IMPLEMENTAR EN LAS ORGANIZACIONES DE SALUD 210
6.3. ROL DEL COORDINADOR DEL GRUPO 212

CONCLUSIONES
RECOMENDACIONES
BIBLIOGRAFIA
ANEXOS

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

Para lograr el desarrollo de nuestro país, es fundamental tomar en cuenta las necesidades de los sectores populares y propiciarles un adecuado nivel educativo, de salud, de capacitación, así como oportunidades de empleo con una remuneración justa. Se ha observado, que tanto hombres como mujeres son capaces de participar en muchas actividades creadores y realizar grandes empresas, pero una gran cantidad de ellos y ellas no lo protagoniza, sino únicamente juegan el rol de espectador o espectadora por carecer de preparación que les permita ser "sujetos de su acción innovadora", por lo tanto, no es suficiente impulsar programas de alfabetización, sino es preciso crear políticas de educación que conlleven un nivel adecuado de instrucción, y aquí, es donde toma validez el impulso de la Educación Popular que permitirá concientizar, organizar y movilizar a los sectores mayoritarios, con el fin de que participen del proceso de desarrollo del hombre y la mujer y gocen de los beneficios económicos, sociales, culturales y políticos, que les permite, como derecho, la Constitución Política de la República de Guatemala.

La Educación Popular en Guatemala debe ser un factor muy importante para lograr la consolidación de la organizaciones comunitarias y de base, las cuales desarrollan sus actividades con el propósito de obtener mejoras en lo individual y lo colectivo. Se ha observado que estas organizaciones solamente activan cuando las necesidades son apremiantes y se los exige, pero luego estos grupos se desintegran y desactivan. Por tal

situación, es urgente la implementación de la Educación Popular con el fin de que los sectores populares puedan conocer aspectos relevantes de su propia realidad, misma que se ha dado como un proceso de cambio, que les permita tomar conciencia sobre la necesidad de que estos cambios deben ser inducidos con conocimiento para elevar el nivel de vida de la comunidad en forma integral.

En el Departamento de Escuintla, se ha implementado el Programa de Atención Primaria de Salud como plan piloto, el cual propicia la formación de organizaciones que busquen el mejoramiento de la salud individual y comunitaria, pero se da el problema que constantemente, estas organizaciones, se desintegran, considerándose de especial importancia la implementación de la Educación Popular para que éstas sean duraderas y consecuentes con las necesidades de los integrantes de los grupos, así como de todos los habitantes de sus comunidades.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social ha patrocinado el impulso de este programa, que persigue como objetivo principal el mejoramiento de la salud tomando como base los elementos esenciales de Atención Primaria de Salud, los que se logran con mayor eficacia cuando todos los sectores de la comunidad participan y se hacen representar en las organizaciones creadas para ello.

Por tales circunstancias, se presenta la investigación de tesis: EDUCACION POPULAR PARA LAS ORGANIZACIONES DE SALUD EN

EL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA. UNA PROPUESTA DE TRABAJO SOCIAL, para que sirva como fuente de consulta en el abordaje a problemas similares, pues en paises como el nuestro, donde existe un alto porcentaje de analfabetismo, desorganización, poca participación social, económica y politica, la Educación Popular viene a ser la dinámica sistemática que le permitirá a las organizaciones populares acrecentar sus conocimientos y elevar su nivel de vida.

Esta investigación consta de seis capítulos, los cuales se desarrollaron de la siguiente manera:

Capítulo Uno: Se exponen consideraciones teóricas generales sobre Atención Primaria de Salud, Organización Social y Educación Popular, que permitirán tener un mínimo conocimiento sobre los antecedentes y definición de cada uno de estos aspectos que en la realidad concreta se pueden conjugar para beneficio de los sectores populares.

Capítulo Dos: Da a conocer un marco referencial de la sociedad guatemalteca que permite conocer la situación económica, social y política de nuestro país que influye en el grado de desarrollo de cada una de las comunidades existentes en el mismo.

Capítulo Tres: Se plantean en forma global las características sociales y económicas que prevalecen en el Departamento de Escuintla, área geográfica donde se desenvuelven las organizaciones de salud que fueron el punto focal de esta investigación.

Capítulo Cuatro: Se expone una breve historia del desarrollo de Atención Primaria de Salud en Escuintla, desde el año en el cual se inició con el apoyo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. No existe mucha información documental al respecto, por lo que se aprovechó la referencia verbal de las personas que conocen sobre el mismo.

Capítulo Cinco: Este es un planteamiento de la situación actual de las organizaciones de salud que son apoyadas por los Equipos de Proyección Comunitaria en el Departamento de Escuintla, resultado de la investigación de campo que se efectuó con habitantes de las comunidades, con líderes comunitarios, con integrantes de las organizaciones de salud y con los integrantes de los Equipos de Proyección Comunitaria.

Capítulo Seis: Se presenta una propuesta teórico-metodológica de Educación Popular para las organizaciones de salud, desde la perspectiva del Trabajo Social, para que a los Equipos Técnicos les permita consolidar estas organizaciones a fin de que ellas sean autogestoras y movilizadoras en el mejoramiento de su situación social, especialmente en los aspectos de salud, educación y organización.

Para lograr esta investigación, se plantearon los siguientes objetivos:

Generales: 1. Hacer resaltar la importancia que tiene la Educación Popular para las organizaciones populares en su consecución, autogestión y movilización social. 2. Dejar

establecida la necesidad de la organización popular para los sectores mayoritarios que buscan elevar su nivel de vida en forma integral.

Específicos: 1. Plantear aspectos teórico-metodológicos de Educación Popular para facilitar su implementación en las organizaciones de salud. 2. Determinar la necesidad e importancia que conlleva la organización de salud para lograr cambios en favor de la salud integral de los sectores populares. 3. Demostrar la dependencia que tienen las organizaciones de salud de los Equipos Técnicos, para que estos equipos establezcan estrategias de trabajo con orientación educativa popular.

Estos objetivos fueron alcanzados en un alto porcentaje, ya que en cada uno de los capítulos se expone lo propuesto en los mismos.

Sirvieron como guía para el desarrollo de la investigación, tanto bibliográfica como de campo, las siguientes hipótesis:

General: 1. El poco conocimiento que tiene el Equipo Técnico del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, sobre los beneficios de la Educación Popular que coadyuva a las organizaciones populares, ha dado como resultado la poca implementación de la misma en las organizaciones de salud.

Específicas: 1. La falta de liderazgo en las comunidades incide en la poca participación organizativa en pro de la salud integral colectiva. 2. En las organizaciones de salud

existentes, no se ha fomentado el liderazgo necesario para que en las comunidades se logre la promoción, autogestión y movilización social.

Estas hipótesis fueron comprobadas a través de la investigación de campo, que permitió hacer el planteamiento teórico-metodológico de Educación Popular para los Equipos Técnicos que apoyan las organizaciones de salud y así no exista desgaste de energía y si mejor aprovechamiento de los recursos existentes.

También se apoyó la investigación con los lineamientos del Método Científico en sus tres fases: indagadora, demostrativa y expositiva; se aplicaron los procedimientos deductivo-inductivo-deductivo y se conjugó con el Método Dialéctico , pues el Método Científico y el Método Dialéctico guardan estrecha relación con la filosofía y teoría de Trabajo Social así como con la metodología de Educación Popular. Así mismo se aplicaron técnicas de recolección y registro de información en función de dos aspectos: investigación bibliográfica e investigación de campo. Estas técnicas son: el fichaje, la entrevista estructurada, la observación no participante y la encuesta, así también se complementó con los instrumentos siguientes: fichas bibliográficas, fichas de trabajo, cédulas, cuaderno de notas y otros.

Se deja a consideración este informe, esperando que todos los profesionales del Trabajo Social le hagan críticas para

hacerlo crecer y así todo aquél que se desarrolle en el campo de la salud, considere importante propiciar que las organizaciones luchen por conquistar sus derechos y prioricen a la salud como la expresión del derecho de gozar de una mejor calidad de vida y no solo de prevenir o curar la enfermedad. Se debe permitir que la iniciativa y la creatividad de cada uno de los participantes les permita protagonizar actos en defensa de su salud y se comparta lo expresado por Javier Torres Goitia: "LA SALUD ES UN DERECHO SOCIAL, QUE COMO TAL, NO SE VENDE NI SE REGALA, SE CONQUISTA CON LA MOVILIZACION POPULAR ORGANIZADA".

C A P I T U L O 1

CONSIDERACIONES TEORICAS

1.1. ATENCION PRIMARIA DE SALUD:

1.1.1. ANTECEDENTES: A medida que en la sociedad se fue dando la división de clases sociales, se fue generando un desequilibrio en los aspectos económicos, sociales y culturales en la población; lo que incidió negativamente en el bienestar social y por lo tanto en la salud de los individuos y las familias. Muchas enfermedades provocaron la muerte en numerosos casos e invalidez en otros. Esta situación vino a propiciar pobreza y atraso cultural, así como marginación socio-económica para la mayoría de los pueblos.

Los gobiernos, desde hace varias décadas, no han podido equilibrar la distribución de los servicios de salud, por lo que éstos se han quedado en las áreas urbanas dejando a la población del área rural sin los mismos, siendo esta última la que tiene el mayor porcentaje de personas a nivel mundial. Ante tal situación, personas e instituciones se han venido interesando en atender algunas de las necesidades que afectan la salud individual y colectiva, pero ello no ha sido suficiente para resolver los problemas de salud. Esta atención ha sido básicamente en el nivel primario sin apoyo gubernamental, por lo que se registra como una atención primaria de salud no sistematizada. Se tiene conocimiento que en México se oficializó la Atención Primaria de Salud en 1956, y la República Popular de China presentó muy buenas experiencias; pero en otros países fueron las iglesias de

FACULTAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

diferentes religiones quienes la impulsaron. A pesar de que no fue conocida con ese nombre, si fueron las mismas acciones.

A través de documentos y libros que hablan de la historia de diferentes países, se puede observar el interés de los pueblos por mantener una buena salud, pero han sufrido experiencias dolorosas en las cuales han perdido a muchos de los miembros de sus comunidades (enfermedades como: cólera, sarampión, paludismo, tos ferina, tuberculosis y otras). Por esta misma razón, la ciencia médica se ha mantenido en constante investigación para encontrarle cura a muchas enfermedades, y en muchos casos, lo ha logrado. Sin embargo, también se ha estudiado que muchas de éstas se pueden evitar tomando en consideración y llevando a la práctica, medidas preventivas que ayudan a muchas comunidades como el control del saneamiento básico, el cual no se ha llevado a todas las áreas. Decimos entonces, que la salud no ha estado fuera del empobrecimiento de muchos y enriquecimiento de pocos, donde se ha permitido que estos últimos gocen de todos los beneficios de la medicina y las grandes mayorías, mientras tanto, padecen y sufren por los desajustes y malas distribuciones de la riqueza de los países y por consiguiente, de los recursos de salud.

Después de la Segunda Guerra Mundial, se establecieron, se firmaron y ratificaron los derechos fundamentales del hombre, pero a pesar de ello, se ha continuado con el gran abismo que separa a ricos y pobres, permitiendo que los unos

se hagan más ricos y los otros más pobres, siendo los segundos, quienes sufren las consecuencias carenciales de alimentación, vivienda, educación, un sistema adecuado de salud, de trabajo, recreación y otros, que va de generación en generación, permitiendo establecer en forma permanente la cultura de la pobreza que genera desmotivación y desinterés por salir de ella.

Ante esta situación, la Organización Mundial de la Salud, en su declaración de principios establece que el goce de la salud es un derecho fundamental sin distingo de sexo, raza, situación social o económica, no importan creencias religiosas o políticas.

Por tales situaciones, los gobiernos, la UNICEF y la OMS, se interesaron en encontrar puntos de referencia para lograr atender la salud y la enfermedad a toda la población, tanto del área rural como urbana. Por ello, la Atención Primaria de Salud es el resultado de toda la experiencia tanto la tradicional curativa como la innovadora preventiva. De esta experiencia se tomaron los aspectos más relevantes, los cuales dieron resultados positivos y efectivos para sectores necesitados de la población.

Por lo anterior, la Atención Primaria de Salud se constituye en ente contestatario a los desajustes o desequilibrios que tradicionalmente se dan en el sector salud de la mayoría de los países, especialmente aquéllos calificados como pobres o subdesarrollados. ¿Qué se quiere

decir con ésto? Que los sectores menos favorecidos de la población, que son la gran mayoría, viven en las zonas rurales o marginales, se encuentran en condiciones sanitarias insatisfactorias, olvidados del progreso y desarrollo y por ello reciben poca o ninguna atención de salud y apenas se benefician con otras medidas relacionadas con el fomento de la misma, mientras tanto, otros sectores de la población, que representan una minoría y habitan en zonas urbanas con más posibilidades económicas tienen el privilegio de disfrutar de una buena salud por el hecho de que tienen mayor acceso a diversos servicios que coadyuvan y fomentan la salud, así como la cercanía a servicios curativos y hospitales especializados que les permite obtener una atención inmediata y oportuna, lo que les ha generado un estado de salud adecuado que les ha dado una mejor situación social y económica.

1.1.2. DEFINICION DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD: En 1978, en la ciudad de Alma-Ata, Rusia, se reunieron muchos países del mundo para desarrollar la estrategia de Atención Primaria de Salud, quedando en la Declaración la siguiente definición: "La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas

de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación". [1]

Esta definición se apoya en estudios científicos donde se dice que el hombre no es un ser exclusivamente biológico, sino que tiene una estrecha relación con el ambiente total que influye en la salud y la enfermedad. Anteriormente, la epidemiología clásica hablaba de tres factores condicionantes del nivel de salud: el agente, el medio ambiente y la susceptibilidad (individual y colectiva) pero actualmente se consideran otros factores como los económicos, los sociales, los culturales y los políticos que deben considerarse y tomarles interés para desarrollarlos en las poblaciones más necesitadas.

Se ha subrayado que la Atención Primaria de Salud debe ser la base central y el foco principal del sistema sanitario de un país, por ello requiere del apoyo de todo el sistema sanitario y también de los otros sectores que influyen sobre la salud, como la agricultura, la industria, el comercio, la educación y otros; y algo muy importante, la participación organizada de la comunidad, que es punto central de la Atención Primaria de Salud. Pero para que ésto se de, los gobiernos deben reestructurar todo su sistema de salud, o sea, introducir cambios sustanciales en toda su organización de

---

1. Atención Primaria de Salud, Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6 al 12 de septiembre de 1978. Organización Mundial de la Salud, OMS, Ginebra, Suiza, 1978, página 19.

salud y de otros sectores que se relacionan con ella, por lo tanto, la Atención Primaria de Salud se presenta en forma cualitativa, pues se concibe como una empresa en la que intervienen la acción política y los esfuerzos de muchos sectores distintos del de la salud, por lo tanto, es necesario que los recursos se encaminen y se dediquen a la atención de las ocho tareas fundamentales de la Atención Primaria de Salud que se centran en la educación en salud, en la nutrición, el saneamiento básico y potabilización del agua, en la atención materno infantil, la prevención de enfermedades infecciosas en los niños, prevención y tratamiento de las enfermedades de orden endémico, el tratamiento a traumatismos comunes y el conocimiento de medicina tradicional.

La Atención Primaria de Salud presenta la ventaja de que su aplicación puede darse en todos los países, tanto los desarrollados como los países en desarrollo y cada uno de ellos deberá interpretar y adaptar algunos aspectos de A.P.S. en función de su contexto social, económico, político y en general de su propio desarrollo. Así también, propiciar que todas las personas apliquen su derecho y su deber de participar ya sea en forma individual y/o colectivamente en la planificación y organización de su asistencia sanitaria. Con ello se pretende hacer realidad el objetivo de lograr la salud para todos en el año 2,000.

En la Conferencia se determinó que la salud está estrechamente ligada al desarrollo económico y social, pues

las personas que gozan de una buena salud, presentan mejores condiciones para el desarrollo integral de su propia vida.

Por lo tanto, la Atención Primaria de Salud debe comprender servicios de promoción, de prevención, de curación, de rehabilitación y de urgencia adecuados para resolver los principales problemas sanitarios de la comunidad, que prestan particular atención a los grupos vulnerables y se adapten a las necesidades y capacidades de la población.

En la Conferencia también se habló de la necesidad de que todos los niveles del sistema nacional de salud (anexo 1), deben apoyar la Atención Primaria de Salud y para ello se necesita de una adecuada formación de personal, cambios en la supervisión y en los servicios de consulta. Con respecto al personal, debe incluirse a las comadronas adiestradas en forma tradicional. La Atención Primaria de Salud se orienta hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad y presta los correspondientes servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y fomento de la salud.

Se considera importante la premisa de que cuanto mejor sea el estado de salud de la población, más fácil será que esa población contribuya al desarrollo económico y social, y este desarrollo, facilite los nuevos recursos y la energía social que favorecen el desarrollo de las salud. La A.P.S. contribuye al desarrollo mediante el mejoramiento de la situación sanitaria y el estímulo de las medidas que favorezcan ese proceso evolutivo.

La Atención Primaria de Salud puede ser una palanca que mejore la conciencia y el interés sociales, la iniciativa y la innovación.

La confianza en el propio esfuerzo y la conciencia social son factores claves en el progreso humano. La participación de la comunidad en aprender sobre medidas sanitarias obliga al sistema de salud a explicar, asesorar y a informar sobre las consecuencias favorables y desfavorables de las actividades propuestas así como del costo que ellas implican para la población.

Podemos decir entonces que la Atención Primaria de Salud, con su definición establece lo siguiente:

- Básicamente, un desarrollo en la asistencia sanitaria, que integra el aspecto social y cultural, pues busca modificar los hábitos higiénicos que afectan la salud así como establecer los servicios básicos necesarios para la protección del ser humano y de su ambiente.
- Sus métodos y técnicas son prácticos, fáciles de aplicar, de aprender y de darle continuidad. No necesita estudios avanzados o altamente tecnificados, sino que se puede aplicar conforme el nivel de conocimiento de la población, apoyado por una capacitación mínima.
- Su fundamento es científico, pues existen estudios que avalan y apoyan su implementación, a manera que la población esté segura de su protección, por lo tanto, es aceptada por la misma sociedad.

- Es posible ponerla al alcance de todos (tanto individuos como familias), pues se propicia la adecuada distribución de los recursos y porque se trata de llevarlos hasta los lugares más lejanos reforzando la participación de todos en forma individual y organizada.
- Su costo es relativamente bajo, ya que se busca satisfacer las necesidades de acuerdo a los recursos materiales y económicos existentes, no creando compromisos económicos altos.
- Fomenta el espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación, pues los habitantes de las comunidades se convierten en autores y actores de su propio desarrollo y bienestar, siendo ellos los que planifican, organizan, administran y controlan el funcionamiento de la Atención Primaria de Salud.

Con este orden de prioridades, observamos tres consecuencias principales: La primera es comprender que los problemas de salud afectan a una serie de aspectos más amplios y no sólo el servicio que se ha dado en forma tradicional, por lo que Atención Primaria de Salud debe considerarse como una empresa en la que intervienen la acción política y los esfuerzos de muchos sectores distintos del de la salud y la participación de la comunidad misma, en segundo lugar, se da la necesidad de emplear políticas acordes que permitan llevar a cabo lo dicho anteriormente, y por último, modificar las estructuras del sector salud de acuerdo a lo requerido por las

políticas, para que exista una equilibrada distribución de los recursos tanto en el área urbana como rural y se dediquen a los ocho rubros fundamentales establecidos en la Declaración de Alma-Ata, Rusia.

Aparte del objetivo general de Atención Primaria de Salud, que es lograr la salud para todos en el año 2,000; también se persiguen dos objetivos que podríamos llamarlos específicos, los cuales dicen lo siguiente:

- Educar para que todos conozcan sobre medidas preventivas prácticas de las enfermedades para que todos participen mejorando la salud individual, familiar y comunal.
- Organizar grupos multiplicadores para que todos accionen en la prevención de enfermedades y mejoramiento del medio ambiente, procurando que no implique costos altos y sea posible llevarla a cabo.

Educación y organización, aspectos muy importantes para que la Atención Primaria de Salud siente sus bases firmes con el apoyo de las políticas de salud, la situación económica y política para lograr cambios sociales y culturales de los países y sus pueblos que están urgidos de atención concreta y específica para el impulso de su desarrollo.

1.1.3. ELEMENTOS ESENCIALES DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD: La Atención Primaria de Salud consta de ocho elementos que se consideran fundamentales para el desarrollo de las comunidades, especialmente aquéllas que tienen difícil acceso

y que han sido olvidadas de las políticas gubernamentales. Tanto adultos como niños tienen en ella la posibilidad de ganar la lucha por la vida, conjugando estos elementos de acuerdo a sus necesidades. Estos son:

1.1.3.1. LA EDUCACION SOBRE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD: Con la educación, información y capacitación sobre medidas preventivas se logran cambiar ciertos hábitos individuales, familiares y comunales; siendo necesario que comprendan las causas de la mala salud y promuevan la satisfacción de las propias necesidades de ella, ésto se logra con la participación activa de toda la población, dándole una nueva dinámica de aprendizaje y de educación en materia de salud. Esta tiene que ir a la par de un diálogo más creativo y profundo entre los agentes de salud y la población. Esto con el propósito de que ambas partes asuman juntos la responsabilidad en la búsqueda y aplicación de estrategias para el mejoramiento de la misma.

1.1.3.2. LA PROMOCION DEL SUMINISTRO DE ALIMENTOS Y UNA NUTRICION APROPIADA: Uno de los problemas más grandes que se presentan en salud es la mala nutrición ocasionada por factores económicos, culturales, geográficos y políticos, que ha servido de obstáculo para el crecimiento y desarrollo normal de las personas. En cada decenio se ha observado que aumentan considerablemente los países afectados por la escasez

de alimentos, por lo que en países en desarrollo es necesario que se continúe con la promoción de la lactancia materna como base fundamental para el adecuado crecimiento del niño y la niña, así como la regulación de empleo, con salarios acordes y una facilitación de la adquisición de alimentos para el consumo interno, tanto en precios como en acercamiento a las localidades.

1.1.3.3. UN ABASTECIMIENTO ADECUADO DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO BASICO: En la mayoría de países de recursos económicos bajos su población tiene poco acceso a un abastecimiento de agua pura y apta para el consumo. Se necesita una mejora del saneamiento de ésta, así como la protección al medio ambiente para asegurar los ciclos normales de lluvias y crecimiento de fuentes naturales de agua. Es necesaria una reforestación a gran escala como coadyuvante al logro de un seguro abastecimiento, así también fomentar el saneamiento no sólo del agua, sino de la tierra y el aire, que son fuentes naturales para sostener el ecosistema y asegurar un mejor futuro para las nuevas generaciones que deberán estar educadas para lo mismo.

1.1.3.4. LA ASISTENCIA MATERNO INFANTIL CON INCLUSION DE LA PLANIFICACION DE LA FAMILIA: Dada la función biológica materna, la mujer también tiene necesidad de atención de salud en forma específica. La salud materno-

infantil constituye una de las esferas más importantes del sistema de Atención Primaria de Salud, trata de las necesidades de salud de los grupos de población más vulnerables y por ello, los beneficios que se obtienen en relación con los esfuerzos realizados son bastante buenos, por lo que se deben seguir fomentando.

Es necesario tomar en cuenta que en todos los países del mundo, la mujer es el agente más importante de producción y suministro de alimentos para la familia. La función de la mujer en la salud es crucial ya que ella es la persona que presta la primera asistencia en el hogar y la familia. En muchos países en desarrollo, los índices de mortalidad y morbilidad relacionados con la maternidad siguen siendo alarmantemente altos y requieren atención en forma urgente.

La planificación familiar continúa siendo objeto de una atención especial, y de hecho, desempeña un importante papel en la salud de las madres y de los hijos.

Un enfoque racional de la salud materno-infantil también requiere que se preste una atención cuidadosa a la función de las comadronas tradicionales, ya que son una de las categorías más importantes de practicantes tradicionales, aparte del liderazgo que ejercen en las comunidades y la confianza que la población femenina manifiesta por ellas, lo que ayudará a introducir cambios en la conducta de la embarazada y la madre lactante, que permitirá salvar a gran cantidad de niños y niñas que generalmente se enferman por diarreas e infecciones

FACULTAD DE LA HUMANIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

respiratorias y la deshidratación que afecta más a los niños que a los adultos.

1.1.3.5. LA INMUNIZACION CONTRA LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES INFECCIOSAS: Las enfermedades transmisibles son las que más comúnmente requieren tratamiento en casi todos los países, y representan aproximadamente un tercio de todos los casos que se tratan en los servicios de salud, especialmente en países en desarrollo. La práctica de inmunización es necesaria, especialmente para la prevención de enfermedades infecciosas como la difteria, la tos ferina y el tétano, la poliomielitis y el sarampión, así como la tuberculosis.

1.1.3.6. LA PREVENCION Y LUCHA CONTRA ENFERMEDADES ENDEMICAS LOCALES: Se necesita tomar medidas concretas para el tratamiento y la lucha contra las enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias, paludismo, dengue, tuberculosis y otras enfermedades que afecten la salud de la población en cada localidad, pero con medidas comunitarias que constituyan el marco referencial preventivo-permanente para tratar estas enfermedades.

1.1.3.7. EL TRATAMIENTO APROPIADO DE ENFERMEDADES Y TRAUMATISMOS COMUNES: Para que el tratamiento sea adecuado, debe tener un tratamiento apropiado de las enfermedades y lesiones. Es necesario aprender ciertas técnicas que son

fáciles y útiles, para que le permita a la población tenerlas al alcance y ganar posibilidades contra enfermedades que se pueden tratar fácilmente en su comunidad, así como prevenirlas. Debe considerarse el área geográfica y situación social y económica de la población, para considerar la intensidad de la capacitación y promoción de medidas preventivas adecuadas y acordes.

1.1.3.8. SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES Y CONOCIMIENTO DE MEDICINA TRADICIONAL: Un suministro seguro de medicamentos esenciales destinados tanto a los programas de A.P.S. como a los de salud integral. Una cuestión prioritaria de los suministros farmacéuticos sigue siendo realmente desesperada ya que el alto costo de ellos ya no permite estar al alcance de la capacidad económica de la población, aparte de ello su distribución interna, la gestión en materia de pedidos y almacenamiento constituye una gran dificultad. Por ello es necesario que las personas conozcan de la medicina tradicional en forma sistemática para poderla aplicar en los casos que consideren convenientes, así también colaboren en su promoción.

1.2. ORGANIZACION SOCIAL:

1.2.1. ANTECEDENTES: Las organizaciones sociales se han originado con los procesos de desarrollo de la humanidad, así se inicia con la horda primitiva y a través del

crecimiento de la misma, pasa a las gens para luego llegar a las tribus, aldeas, villas, etc., y en la actualidad, las organizaciones sociales se caracterizan por ser más completas y complejas, de acuerdo al grado de avance y desarrollo que demande, pues éstas han surgido de grupos de hombres para satisfacer sus necesidades básicas, ya que siempre se ha dicho que el hombre es un ser eminentemente social, por lo tanto, no puede vivir aislado, sino que necesita de otros hombres para impulsar su seguridad y bienestar.

No hay mucha información explícita de las organizaciones sociales en períodos antiguos, pero se deduce que en la comunidad primitiva, la organización social estaba dada por vínculos de sangre y lo constituía la familia, en libertad y con derechos iguales para los hombres y mujeres, así como de los niños, y su relación cotidiana se regulaba por medio de un consejo formado democráticamente por miembros de la misma comunidad. Su objetivo principal era satisfacer sus necesidades básicas como alimentos, vestido, vivienda, seguridad y trabajo que se daban a través de su práctica.

Algo importante aquí fue que todos, desde pequeños, adquirían plena conciencia con respecto a que su grupo consideraba muy fundamental el hecho que nada era superior a los intereses y necesidades de su comunidad, por lo tanto, la colectividad prevalecía a la individualidad.

La organización en la comunidad primitiva se dio en forma espontánea e integral. Espontánea porque no existió agente

externo que llegara a inculcarles la necesidad de organizarse, sino que ellos mismos la sintieron; e integral porque cada miembro se incorporaba de la mejor manera y se preparaba para dar y recibir con miras al beneficio grupal.

Cuando la propiedad se hizo privada, se dio la división del trabajo y las fuerzas mentales se separan de las físicas, los vínculos de sangre pasaron a un segundo término, por lo tanto, la organización social integral desaparece, y con ella también desaparecen los intereses comunes. Surgen intereses de clase. Una clase dominante y otra dominada. La primera era quien desempeñaba los cargos directivos y ella misma designaba a quien le sucedería (que era de su misma clase), por lo que de esta forma, estas funciones se volvieron patrimonio de un determinado grupo, mientras que los dominados, aparte de habérseles quitado el derecho a la riqueza y sus beneficios, también se les quitó la oportunidad de organizarse para solucionar sus problemas y necesidades.

Cuando la familia monógama aparece en el mundo, se convierte en una organización social desigual, pues la mujer pasa a un segundo plano y su función se encierra en las actividades domésticas que dejaron de ser sociales. La mujer había estado en igualdad de derechos con el hombre cuando desempeñaba también funciones útiles a la comunidad, pero al perder esa igualdad, esta organización pierde los objetivos comunes y deja de ser social.

Cuando el Estado aparece, se convierte en una

organización represiva pues se pierde toda oportunidad o posibilidad de crear o formar organizaciones que persigan intereses comunes, sino que se marca más la división de clases sociales y la explotación se legitima.

En el período antiguo, ya se daba la explotación a través de la esclavitud y de individuos semilibres que pagaban tributo. Las clases sociales estaban ya bastante marcadas y la dominante ya había orientado toda capacidad para mantenerse con ese poder, pero para asegurarlo en forma permanente, creó y organizó campamentos militares. Toda su educación y vida social se centró y se orientó al estímulo de las virtudes guerreras. Con la consolidación y legitimación de esta organización, logra vivir a expensas del fruto del trabajo ajeno. Esta organización no permitió otra clase de organización, especialmente de la clase sometida, pues eso podía significar que ésta quisiera apropiarse o compartir la riqueza y por supuesto, frenó la organización popular. Quiere decir con ésto que su objetivo principal fue: mantener la riqueza, el poder y el dominio de las clases dominadoras y al mismo tiempo mantener en el sometimiento, esclavitud, pobreza e imposibilidad de organizarse a la clase dominada.

En el período feudal se permitió que los sectores dominados se pudieran reunir en las escuelas monásticas, pero no para elevar su nivel cultural o social, sino para mantenerlos sometidos, dóciles y conformes, a través de la doctrina cristiana. Con ello también se les cerró todo

camino, toda oportunidad de organizarse para permitirse su liberación.

En el siglo XI se fundan las Universidades, las cuales eran reuniones libres o asambleas corporativas de personas que conocían de un mismo oficio o conocimiento, y por ello existían de zapateros, carpinteros, sastres, filósofos, matemáticos, etc., quienes no compartían sus conocimientos a cualquier persona, por lo que no sirvió a los intereses de la clase dominada, sino que estuvo al servicio de los sectores dominantes, ya que fue dirigido por ellos.

En el siglo XIII se iniciaron las corporaciones y los gremios, pero eran de carácter cerrado y revestidos del máximo secreto, donde no tuvo participación el sector popular, sino que se daban con el sector dominante. Después de la Revolución Francesa se conformaron grupos, gremios, asociaciones, que iniciaron movimientos para lograr reivindicaciones. Muchos de estos movimientos fueron disueltos y desarticuladas sus organizaciones.

En Guatemala, se manifestaron organizaciones que también fueron controladas y algunas veces manipuladas. "Las más relevantes fueron: las cajas de comunidad, los Municipios y las Cofradías Indígenas las que hicieron operativo el estilo de vida comunitario (1550-1030)". [2]

---

[2]. Miguel von Hoegen, "ORGANIZACION SOCIAL: NOTAS SOBRE EL PASADO Y LINEAMIENTOS PARA EL FUTURO", Cuadernillo No. 30, Colección Cuadernos Informativos, Departamento de Investigación y Tesis, Escuela de Trabajo Social, USAC 1993, página 20.

Estas organizaciones también fueron atacadas y debilitadas y en muchos casos fueron destruidas por el movimiento liberal (1871-1944) que trató de sustituir el estilo de vida ancestral por el estilo de vida europeo o norteamericano; sin embargo, a pesar del ataque sufrido, su influencia se mantiene en la actualidad y se observa especialmente en el área rural donde la vida comunitaria es parte de lo cotidiano. La única forma de organización que sustituyó a las anteriores y que se manifiesta en la actualidad es la de comités pro mejoramiento de la comunidad, que generalmente se inicia por interés o necesidad de los mismos habitantes de la localidad y son personas de reconocido prestigio en su ámbito social.

A partir de 1944 se inicia todo un movimiento democrático organizativo, y así surgen grupos y gremios y también sindicatos que buscaron elevar el nivel de vida de sus integrantes. Así también se manifestaron las cooperativas, asociaciones, partidos políticos, pero con poca trascendencia para los sectores populares.

1.2.2. DEFINICION DE ORGANIZACION SOCIAL: La organización social es un conjunto de personas agrupadas como unidad que persiguen los mismos objetivos, pero que en la búsqueda de éstos, juegan roles diferentes desempeñando cada uno funciones preestablecidas de acuerdo a la necesidad o interés mismo. Quiere decir que articulada como totalidad es

también, unidad protagónica de cambios. Toda organización social es un proceso gradual en el cual interactúan las personas tomando responsabilidades y conciencia para conocerse así mismas y a su colectividad, aprovechando los recursos para su propio bienestar. Quiere decir que se da un proceso que conlleva la unificación de esfuerzos para alcanzar metas y objetivos, con funciones diversas y el uso correcto de instrumentos y recursos. Es importante hacer notar que en ella se habla de una planificación técnica, la cual debe ser guiada por las personas con mayor conocimiento o por técnicos que apoyan la organización a efecto de que la misma pueda manejar adecuadamente en su oportunidad. Esta definición es una situación real en las comunidades, por cuanto la organización no puede darse en forma inmediata, sino que lleva un proceso adecuado, técnico y dialéctico para que la agrupación social no se pierda en la búsqueda de sus objetivos.

La organización social se refiere a que dentro de la sociedad interactúan los seres humanos diferenciados por las funciones que cada uno de ellos llevan a cabo. Es importante hacer destacar que aquí se habla de división social del trabajo que persigue un mismo objetivo.

La organización social es uno de los procesos básicos para el desarrollo por ser un medio para que las personas logren satisfacer sus necesidades, sus intereses y sus problemas para elevar su nivel de vida en busca del bienestar

integral. Es un elemento importante de dinámica social, además se considera un pilar que permite desarrollar a la sociedad. Con la organización se logra la participación a nivel individual, grupal y comunal, y aquí se afianza el sentido de pertenencia a una comunidad donde prevalece el sentimiento solidario más que el individualismo y la competencia.

Algo importante que debe considerarse es la urgencia de asumir una condición de actor que opere a la vez como sujeto político, para lograr así trascender el nivel propiamente reivindicativo en el que se han quedado la mayoría de las organizaciones en nuestras comunidades.

1.2.2.1. CARACTERISTICAS DE LAS ORGANIZACIONES SOCIALES: Estas presentan algunas características que las hace parecidas pero que al mismo tiempo, por la forma que estas características se presentan, las hace diferentes unas de otras. Son las siguientes:

- Sus objetivos están claramente definidos y se dan de acuerdo a las necesidades, a los intereses y problemas manifestados por la comunidad o por sus integrantes.
- Poseen una estructura organizativa definida.
- De acuerdo al grado de desarrollo, van creando sus normas internas que los rigen.
- Cuando tienen personería jurídica, están obligados a llevar libros de actas y de contabilidad (movimiento de

fondos).

- Entre sus integrantes existe cierto grado de pertenencia lo que hace que su práctica sea más efectiva y positiva.
- La participación en la misma es más definida y sus integrantes logran la cohesión con sentimientos de solidaridad y cooperativismo.
- Logra elevar la autoestima de cada uno de sus integrantes, así como seguridad en sí mismos para tomar decisiones en favor de su grupo o comunidad.
- Propicia la necesidad de autocapacitación y retroalimentación en los aspectos económicos y sociales, así como políticos y culturales de sus miembros.
- Permite el surgimiento y capacitación de personas líderes que le dan mayor fuerza a sus actividades o movimiento.
- Logra la independencia de agentes externos o institucionales y se manejan por si mismos.

La definición que nos presenta Ezequiel Ander-Egg es bastante completa, la cual dice así: "Esta expresión denota la idea de que la sociedad está articulada en una totalidad, cada una de las distintas partes que forma esta totalidad tiene funciones diferenciales, al mismo tiempo que existe una división social del trabajo, cuya configuración permite alcanzar los fines específicos de la vida en sociedad habida cuenta de que la mayor parte de la satisfacción de las necesidades humanas no se logra por la acción individual

directa". [a] Esta asevera que la organización social se da en una sociedad, la cual es el todo constituida por diferentes partes que bien pueden ser grupos de personas que cumplen con funciones diferentes unas de otras para aprovechar la potencialidad de cada una de ellas asi como evitar la duplicidad de actividades, que conlleva a una división lógica del trabajo que en determinado momento permite alcanzar los objetivos o fines comunes, ésto en tiempo más corto que si fuera realizado por personas en acciones individuales, por lo tanto, es necesario fomentar el trabajo en grupo para lograr resultados más satisfactorios y de mayor alcance para la colectividad, especialmente en aquellas comunidades que se encuentran a mucha distancia de las áreas urbanas y se les dificulta la obtención de servicios sociales, para que la satisfacción de sus necesidades y resolución de sus problemas sea coherente y consecuente con ellas y con la naturaleza misma.

1.2.3. FORMAS EN QUE SE PRESENTA LA ORGANIZACION SOCIAL: La organización social es bastante diversa y por ello podemos encontrarla en varias formas, y de acuerdo a ello, se presenta un ejemplo de esta división:

---

[a]. Ezequiel Ander-Egg, "DICCIONARIO DE TRABAJO SOCIAL", Editorial El Ateneo, México, D.F., 10a. edición, 1988, página 221.

1.2.3.1 POR SU NATURALEZA: Se dice de las organizaciones sociales que se conforman de acuerdo a los lazos naturales que le van dando origen a la sociedad. Se subdivide en: Primaria y Secundaria.

1.2.3.1.1. PRIMARIA: Se da por medio de los lazos de consanguinidad. Ejemplo: la familia, que es la primera instancia de organización y constituye la unidad básica de toda sociedad.

1.2.3.1.2. SECUNDARIA: Se da por medio de los lazos de amistad. Ejemplo: los comités, las asociaciones, los clubs, las cooperativas, etc.

1.2.3.2. POR EL AMBITO GEOGRAFICO QUE CUBREN: Son todas aquellas organizaciones que se desarrollan dentro de una determinada área geográfica. Vale decir que estas formas de organización, se dan especialmente en nuestro país, Guatemala. Se subdivide en: Local, Municipal, Departamental, Regional, Nacional e Internacional.

1.2.3.2.1. LOCAL: Las que se desarrollan dentro de una comunidad pequeña como un barrio, un sector, un caserío, una aldea. Puede ser un comité, una asociación, un club y otra forma, pero que su desempeño sea meramente local.

1.2.3.2.2. MUNICIPAL: Son las organizaciones que ya tienen un ámbito más amplio para desarrollar sus actividades y buscan tener representación de todas las áreas geográficas que pertenecen al Municipio. También pueden ser comités, asociaciones, ligas, cooperativas y otras.

1.2.3.2.3. DEPARTAMENTAL: Aquí las organizaciones tienen una representación y se desarrollan a nivel del departamento, buscan tener presencia en todos los municipios de que consta éste. Pueden ser fundaciones, asociaciones, consejos u otros.

1.2.3.2.4. REGIONAL: Aquí podemos ver las organizaciones que han sido conformadas por instituciones, un ejemplo de ello es la Asociación de Maestros de cada región y también las federaciones de las cooperativas.

1.2.3.2.5. NACIONAL: Aquí se dan especialmente las asociaciones nacionales pues cubren toda la República, ejemplo: Asociación Nacional de Algodoneros, Confederaciones Sindicales, Confederaciones de Cooperativas, etc.

1.2.3.2.6. INTERNACIONAL: Aquí las organizaciones logran trascender las fronteras y sus intereses

son más amplios. Ejemplo: Asociación Latinoamericana de Escuelas de Trabajo Social, y la Organización Internacional del Trabajo.

1.2.3.3. POR SU ESTRUCTURA: Es la presentación que se le da a cada organización y la comunicación y relación que se mantiene entre sus miembros. Se presenta en dos categorías, las cuales manifiestan diferencias que en un determinado momento son fundamentales para el desarrollo o decaimiento de la misma. Estas son: Rígida y Dinámica.

1.2.3.3.1. RIGIDA: Aquí la comunicación se da en forma vertical, de arriba (la directiva) hacia abajo (la base), no existen muchos lazos de amistad pues la directiva toma la decisión de la información que se dará. Ejemplo: Movimiento Solidarista, algunos sindicatos, algunas asociaciones y comités.

1.2.3.3.2. DINAMICA: Aquí se permite la participación de todos sus miembros, se toma en cuenta la necesidad y el interés de los mismos y la comunicación es de doble vía. Ejemplo: Sindicatos, Ligas Campesinas, Movimiento de Mujeres.

1.2.3.4. POR SU SITUACION JURIDICA: Se refiere a que las organizaciones, por la naturaleza de sus actividades

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

y el manejo de fondos, deben tener una legalización. Se subdividen en: Formales e Informales.

1.2.3.4.1. **FORMALES:** Se constituyen en organizaciones formales por el hecho de que están legalizadas por la autoridad respectiva, lo que les permite realizar una serie de actividades que no tienen una determinada cantidad de dinero para su manejo, sino que les autorizan en forma indeterminada. También les decimos organizaciones legalizadas, como ejemplo: los comités pro mejoramiento o los comités específicos, las ligas, las asociaciones, las cooperativas y otros.

1.2.3.4.2. **INFORMALES:** Se dice de las organizaciones que actúan sin legalización por parte de la autoridad correspondiente, generalmente son las organizaciones de las localidades o barrios, que persiguen intereses comunes y se forman espontáneamente. Ejemplo: clubs deportivos, grupos de madres, asociación de jóvenes, etc.

1.2.3.5. **POR LOS OBJETIVOS QUE PERSIGUEN:** Estas son las organizaciones que logran mayor o menor importancia considerando a sus integrantes como objetos o sujetos, según sea el caso. Son las formas que deben interesar a los Trabajadores y Trabajadoras Sociales, pues de ellas depende visualizar y realizar la movilización y gestión popular. Se

subdivide en: Comunitarias, de base y populares.

1.2.3.5.1. COMUNITARIAS: Es la organización que ha sido motivada para su conformación por un agente externo o agente institucional y únicamente persigue lograr los objetivos institucionales sin interesarles si sus integrantes son debidamente capacitados para que posteriormente puedan activar independientemente. Los convierte en objetos, pues no les dejan decidir por sus propios intereses o necesidades, sino que la institución es la que toma la decisión en cuanto a ello. Generalmente su formación es impuesta.

1.2.3.5.2. DE BASE: Son las organizaciones que se forman espontáneamente o sea por iniciativa propia, como su nombre lo dice, se constituyen en la base para que se de inicio a la autogestión, a la movilización y a la lucha por la defensa de sus intereses como grupo y de su colectividad.

1.2.3.5.3. POPULARES: Esta organización es un instrumento para la modificación de políticas sociales para resolver las demandas de los sectores populares, considerando que éstos son los productores de los bienes materiales, interesados en el progreso de ellos mismos y de su colectividad, que abarca a un país, ya que con su trabajo y el producto de él se sostiene la economía de toda sociedad.

Ellas juegan un papel protagónico en el logro de sus conquistas, en la lucha consecuente que mantienen para lograr elevar su nivel de vida, a fin de que logren ocupar un lugar digno dentro de la sociedad a la cual pertenecen. Toda organización o comunidad, debe lograr niveles de organización popular, con funciones definidas claramente, para ampliar y fortalecer el liderazgo con miras a una actuación eficaz y eficiente para ser autores y actores de su propio desarrollo.

Se expone la definición que fue presentada por el Licenciado Argueta en cátedra del Curso de Organización Social, 1987, que dijo: "Organización Popular es la estructuración consciente e ideológicamente definida de los sectores sociales mayoritarios, tendiente a realizar frente al sistema de dominación imperante, propósitos, objetivos, y fines que les son comunes". Quiere decir que es la conformación de un grupo de personas que tienen funciones definidas, que en ella existe una división del trabajo, pero que tienen clara conciencia de su quehacer por lo que son protagónicos en la consecución de sus objetivos, así también tienen una ideología popular definida que con ella y su protagonismo, se dirigen a la búsqueda de su transformación aún conociendo que existe un sistema dominante que les pondrá obstáculos en la búsqueda de sus propósitos comunes.

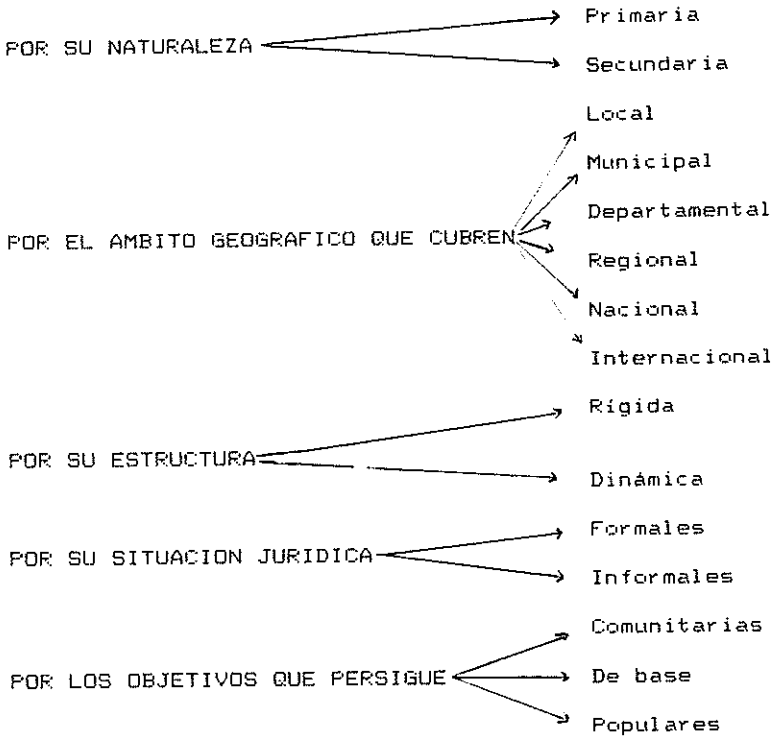
Además, se debe decir que la Organización Popular es algo que va más allá de las organizaciones reivindicativas, que persigue intereses a largo plazo con un planteamiento

educativo permanente que le permita a sus integrantes movilizar a la población con fines e intereses colectivos.

Las organizaciones populares presentan como característica principal que su estructura es dinámica, pues los canales de vinculación interna son concebidos como canales de participación que se adaptan a las necesidades y ritmo de su propio proceso, sus reuniones son momentos claves, momentos vivos de crecimiento, de participación, de discusión y análisis sobre la orientación de la organización, su comunicación es de doble vía (de la dirigencia a la base y viceversa). Su acción está orientada a nutrir la vida cotidiana de sus bases, a consolidar la organización y construirla colectivamente. Existe preocupación por la visión que tiene la base de su dirigencia. Su acción va dirigida a la elevación material y espiritual de sus integrantes.

GRAFICA No. 1

FORMAS EN QUE SE PRESENTA LA ORGANIZACION SOCIAL



1.3. EDUCACION POPULAR:

1.3.1. **ANTECEDENTES:** Para contribuir a la elevación de la cultura y superación de la pobreza, dos aspectos que influyen en el mejoramiento de las condiciones de vida de los diversos grupos de población, debemos tener presente a la educación como la base fundamental de su desarrollo, por lo

que es deber nuestro, darle una importancia preponderante y considerarla como una necesidad básica que debe trabajarse permanentemente.

Desde un inicio, la humanidad se ha venido educando; claro está que ha sido en diferentes formas, según el período histórico que se ha vivido. Así vemos que la educación en la comunidad primitiva no estaba confiada a nadie en especial, sino que se amparaba en la enseñanza práctica de la vida para la vida y por la vida; así los niños se educaban participando en las funciones de la colectividad, formando parte de su grupo sin desligarse de él, sino únicamente para colaborar en el beneficio individual y de su entorno social.

La educación en la comunidad primitiva era una función espontánea de la sociedad, donde lo más importante radicaba en el hecho de que no había división de clases sociales, por lo tanto, la finalidad de la educación provenía del mismo ambiente social. Estaba identificada con los intereses de la sociedad, y se llevaba a cabo por todos sus miembros de una forma espontánea.

Cuando la comunidad primitiva se dividió en clases sociales, también se dio la división de las fuerzas físicas y mentales que influyó en el aparecimiento de la propiedad privada, la esclavitud y también la educación desigual. Aquí aparece la educación sistemática, ya en forma organizada y se pierde entonces, el carácter homogéneo e integral.

Según se cree, la primer escuela se funda en el año 600

a. de Cristo, que viene a desempeñar la función de enseñar a leer y escribir, que representa el carácter de clase, a pesar de ser dirigida por particulares. En esta época, en que el Estado aún no contrataba maestros y no presentaba programas oficiales, si reglamentaba el tipo de educación que el niño debía recibir en la familia y en las escuelas, y para ello, tenía personas especializadas para ejercer ese control. El maestro también guiaba su enseñanza por la doctrina única que consistía en "formar a los futuros gobernantes", por lo tanto, les inculcaba ideas de dominio y poder. Mientras que los hijos de los ricos aprendían cuestiones como la lectura, la música, filosofía, natación, equitación y otros, los pobres debían ejercitarse para la agricultura e industria, sin la oportunidad de aprender a leer y a escribir y menos aún, a conocer sobre las artes y las ciencias.

Es de hacer notar, que la educación fue dirigida únicamente a los niños hijos de familias que pertenecían a la clase dominante, mientras que a las niñas les quitaron la oportunidad de elevar su nivel intelectual.

En la antigua Roma, se dio la necesidad de una nueva educación con el surgimiento de una clase comerciante e industrial que ya competía con la clase aristócrata y agrícola. Dada las necesidades de esta nueva clase, aparece la escuela primaria, posteriormente la media y superior. "La primera noticia segura sobre una escuela primaria en Roma data

del año 449 antes de Cristo". [4]

Esta era una escuela privada, donde al maestro le pagaban con contribuciones que las familias ricas le hacían a cambio de la educación que le impartía a alguno de sus miembros.

Las escuelas públicas primarias fueron creadas por los comerciantes y los industriales, por sus propias necesidades, pero fueron dirigidas para la clase pudiente. En el siglo IV después de Cristo, el Emperador de Roma toma el derecho de confirmar a los maestros, con lo que se inicia la enseñanza a cargo del Estado, y también el monopolio de la educación que prevalece hasta nuestros días, pues desde esa época se ha prohibido toda forma de enseñanza que esté fuera de la enseñanza del Estado, quien tiene como fin primordial mantener la sumisión de una clase en beneficio de la otra.

En el período feudal fueron los monasterios las primeras escuelas, haciendo desaparecer las escuelas llamadas paganas, y por lo tanto, la iglesia tomó a su cargo la educación y la instrucción, es así como se dividieron en dos categorías: Unas encargadas de instruir a los futuros monjes (escuelas para oblatos) o educación religiosa y otras para la instrucción del pueblo (escuelas monásticas) donde no se enseñaba a leer y escribir, sino solamente familiarizar a las grandes mayorías campesinas con las doctrinas cristianas y así lograr que se mantuvieran en el conformismo, la obediencia y

---

4. Aníbal Ponce, "EDUCACION Y LUCHA DE CLASES", Editores Unidos Mexicanos, S.A. 8a. edición, febrero de 1988, 1era. reimpresión, página 89.

la sumisión.

También, los monasterios crearon las escuelas llamadas externas que estaban dirigidas a nobles que querían estudiar sin tomar los hábitos como era en las escuelas para oblatos. Estos nobles se empleaban posteriormente como juristas y consejeros de emperadores y otros oficios de prestigio o cargos privilegiados.

En el siglo XI ya se habla de la Universidad. Su fundación fue válida para la burguesía y se empleaba para designar asambleas corporativas (carpinteros, zapateros, maestros, estudiantes y otros), o sea, que en sus inicios, las universidades fueron reuniones libres de hombres que se propusieron el cultivo de las ciencias, las artes y los oficios. Se puede decir que la universidad fue la primera organización de tipo liberal ya que los estudiantes tomaban decisiones en cuanto a inicio de clases, períodos de duración, etc. Estas estaban dirigidas a personas con capacidad económica desahogada.

Durante el renacimiento, la educación superior era de costos altos. También aquí, no existía ningún sistema de educación de carácter popular. Se ha establecido que existieron algunas escuelas que únicamente enseñaba trabajos manuales donde se daba como una especie de agencias de información donde personas acomodadas llegaban a buscar servidores para sus casas o empleados para sus negocios.

Después de la Revolución Francesa, se dieron dos tipos de

escuela: Una para los pobres (llamadas escuelas grandes), otra para los hijos de los más apoderados y eminentes ciudadanos (escuelas pequeñas). En las escuelas grandes se les enseñaba a leer, escribir y contar, pero también se les inculcaba sobremanera los deberes propios de su clase, o sea, la popular. En las escuelas pequeñas se impartía hasta la educación superior donde las ciencias ya eran consideradas importantes, y se les capacitaba para que estos estudiantes fueran los encargados de "guiar la voluntad nacional"; por ello, tenían acceso a la cultura moral e intelectual.

Debido a las sublevaciones que protagonizaron los sectores proletarios, la burguesía y la iglesia se unieron para protegerse; motivo que aprovechó la iglesia para apoderarse de las atribuciones del Estado y manejar la pedagogía para el continuismo de la sumisión a los intereses de las clases dominantes. Resultó de ello la escuela laica, que reglamentaba la enseñanza religiosa y ayudaba a no permitir conflictos en dichas instituciones, pues eran frecuentadas por burgueses, por lo tanto, no podía permitir dar una mala imagen.

En los alrededores de 1900, se inicia una nueva didáctica que tiene por objetivo aumentar el rendimiento del trabajo escolar, tomando como base la socialización. Esta se propone construir al hombre nuevo, donde el Estado no intervenga ni limite, y el maestro esté libre de toda influencia mental de clase, para que la educación no esté monopolizada por un

sector para someter a otro.

Con todo ésto, vemos entonces, que a través de l historia, desde el período antiguo, en ningún momento s desarrolló una educación para los sectores populares que le permitiera elevar su nivel cultural, sino que solamente s protegió a las clases dominantes para que siguiera manteniéndose en el poder.

Actualmente podemos observar que la educación est hábilmente dirigida, que lleva a la clase dominada a olvidars y alejarse de su origen, lo que ha permitido desarticular la fuerzas populares. Diremos que la educación, a excepción d la educación del período primitivo, ha estado siempre al servicio de las clases dominantes, y que urge que la clas popular de un salto revolucionario y se apropie de s educación, para que todos aquellos que vayan a la escuela o s organicen en su medio social, no lo hagan para olvidarse de s clase social, y se mentalicen de la clase dominadora enemiga; sino que se unan a la vanguardia consciente que permit acelerar el proceso para la construcción de una nuev educación, la educación popular, que a partir de 1960 surge e América Latina como un nuevo modelo de educación cuyo máxim exponente, Paulo Freire, que en Brasil, Chile y Africa logr revolucionar la pedagogía al demostrar que la educación no e un instrumento exclusivo de una determinada clase, que l pueda permitir reproducir sus propios intereses, sino qu también es un instrumento para la clase dominada que l

permita acciones criticas con conciencia revolucionaria y transformadora para que logren liberarse de la opresión y establezcan nuevos niveles sociales para la elevación y mejoramiento de vida así como el logro de sus intereses de clase.

1.3.2. DEFINICION DE EDUCACION POPULAR: Para fines de esta investigación, se presentan las siguientes definiciones, consideradas importantes por el reconocido prestigio de sus autores, siendo ello: Carlos Núñez y el Centro de Estudios Integrados de Desarrollo Comunal.

Carlos Núñez nos dice que Educación Popular es "el proceso contínuo y sistemático que implica momentos de reflexión y estudio sobre la práctica del grupo o de la organización. Es la confrontación de la práctica sistematizada, con elementos de interpretación e información que permitan llevar dicha práctica consciente a nuevos niveles de comprensión. Es la teoría a partir de la práctica y no teorizar sobre la práctica". [5]

EL CEIDEC nos dice que Educación Popular es "el proceso permanente que partiendo de la práctica y vida de los sectores populares, estimula el desarrollo de los distintos niveles de conciencia de clase, lo cual les permite a estos sectores populares ser sujetos de la transformación social y a otros

---

5. Carlos Núñez, "EDUCAR PARA TRANSFORMAR, TRANSFORMAR PARA EDUCAR", Editorial Alforja, 5a. edición, San José, Costa Rica, 1989, página 45.

sectores sociales, optar por el proyecto popular". [6]

De acuerdo a estas dos definiciones, se considera que la educación popular es un proceso continuo y permanente que le permite al grupo reflexionar sobre su práctica cotidiana, partiendo de ella para lograr nuevos niveles de conciencia y conocimiento sobre su clase social, para ser sujetos protagónicos de la elevación de su nivel de vida individual y colectiva, tanto en el ámbito político como cultural, pues ésto le permitirá a las personas mantenerse en organizaciones consecuentes que sirvan para expresar la fuerza y capacidad que poseen los sectores populares como sujetos de su historia, por lo tanto, permite generar procesos movilizadores, autogestionarios y cogestionarios como el resultado de que los sectores populares sean los autores y actores de las acciones de su desarrollo.

Esta educación se da a través de las organizaciones populares, aquellas que protagonizan el derecho de hacer su historia, las que luchan por conseguir que su sociedad sea más justa, más equilibrada y humana. La educación popular tiene su origen en el pueblo y mantiene un proceso constante de análisis, investigación y reflexión. Nace ante la exigencia de sujetos sociales concretos y manifiesta como compromiso principal, mantenerse ligada a los intereses que buscan elevar

---

6. Centro de Estudios Integrados de Desarrollo Comunal, CEIDEC, "EDUCACION POPULAR", México, D.F., 1990, Documento fotocopiado por Escuela de Trabajo Social, USAC, página 13.

el nivel de vida de los sectores populares. Se enriquece de la práctica de los movimientos sociales que llevan implícita una potencialidad de renovación política con capacidad de planteamientos de nuevas estrategias que conllevan solucionar problemas y necesidades. Se define con una práctica social constante que trabaja en el plano del conocimiento y manifiesta una intencionalidad, así como plantea objetivos políticos y uno de ellos es el de contribuir a la transformación social que permita establecer una sociedad nueva que le de respuesta positiva a los intereses y expectativas de los sectores populares. Ella tiene asegurada su integridad, ya que es un proceso sistemático de investigación colectiva, de reflexión y de teorización permanente que parte de la práctica y conocimiento de los participantes en el proceso educativo. La educación popular contribuye a la promoción de la necesidad del fortalecimiento y desarrollo de los movimientos sociales que buscan dignificar al ser humano, puesto que todos y cada uno tiene conocimientos que aportar y que pueden representar a fuerzas culturales y sociales que orienten a la sociedad a una democracia donde todos pueden, todos conocen y todos saben; por lo tanto, todos coadyuvan a la superación de obstáculos que frenan el desarrollo integral de los pueblos.

No se debe entender a la educación popular como únicamente concientizar o desarrollar la conciencia crítica, sino que educación popular le da a este hecho el sentido de

conciencia solidaria que se transforma en solidaridad organizada de clase.

Decimos que la educación popular es un proceso que permite crear e impulsar y recrear condiciones educativas que sirvan para generar y consolidar las organizaciones populares, ésto por medio de los elementos teóricos y prácticos que parten de la realidad concreta para permitir coadyuvar a mejores condiciones de vida.

Lleva como objetivo plantear un proceso que implique concientizar y formar al pueblo, o sea, capacitarlos para que conozcan y afronten su problemática, por medio de la creación de espacios sociales, económicos, políticos y culturales en donde su participación será de una manera real y justa.

Vemos que la educación popular constituye una herramienta de lucha en el orden económico, político e ideológico, puesto que su postura se da desde un punto de vista reflexivo y de acciones políticas, simultáneas a otras prácticas sociales en el sector popular, tales como actividades culturales, pintura popular, música y canción popular, y otras.

La educación tiene que promover la expresión de la ideología de los sectores dominados y necesitados, quienes buscan su liberación, por ello vemos que la educación popular es una acción creadora, dinámica, dialéctica, que principia con el conocimiento que lo lleva a la interpretación científica de la realidad, la que está ligada al quehacer cotidiano de las personas.

La educación popular constituye una alternativa social que como tal responde a las expectativas e intereses de la clase dominada, por ello sus programas, proyectos y las actividades que surgen de ella, por sus propias condiciones y características, están íntimamente vinculadas con los sectores populares, uniéndose directamente, de manera organizada, al pueblo. La categoría popular no sólo se refiere a la condición de clase dentro de la formación económico-social, sino además se ubica como un producto de las relaciones sociales en los diferentes modos de producción. Así sus características fundamentales, entre otras se refieren a los sectores populares, oprimidos tanto económica, social e ideológicamente por la clase dominante.

La educación popular analizada de manera inicial, se constituye en una alternativa que permite y propicia hacer necesaria una práctica política más liberadora, pero interrelacionada con la movilización y gestión populares.

Uno de los componentes de la educación popular lo constituye la organización popular, que se logra a través del fortalecimiento de la conciencia de los sectores populares, que permite construir prácticas aunadas a la movilización y gestión de los mismos.

La educación popular está íntimamente ligada a las demandas y necesidades de los sectores populares, ya sea con planteamientos de grupos aislados o con los que realizan los grandes grupos de población. El objetivo final y principal es

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

que los sectores populares adquieran la capacidad de luchar por la transformación de su sociedad, dirigida por las organizaciones populares cuya promoción de las mismas, es otra de las tareas fundamentales de la educación popular, para que estas organizaciones produzcan poder popular y éste expresé la fuerza y capacidad que posee el pueblo.

Contribuye al aparecimiento y exaltación de valores y conocimientos diferentes así como de apoyar a hombres y mujeres que conforman una sociedad nueva. Permite lograr que éstos sean capaces de analizar críticamente su propia realidad, descubriendo los mecanismos que utiliza la ideología dominante para asegurar su permanencia como clase, y así encontrar la forma de superarlos.

1.3.3. METODOLOGIA DE LA EDUCACION POPULAR: El movimiento popular presenta una gran complejidad, que se manifiesta por su composición heterogénea, por sus contradicciones internas y el desarrollo que es desigual en las organizaciones que lo integran. Ante ésto, se debe buscar una hegemonía en el ámbito popular que debe partir de las estrategias del movimiento popular para la búsqueda de su liberación, que exige al mismo tiempo una articulación de las organizaciones populares y otros sujetos de cambio. Deben integrarse a un solo proyecto político activo y en permanente construcción. Un elemento clave para este logro, al que no se le ha dado la importancia que merece, es el metodológico, pues

no todos manejan la misma concepción, por lo que se da la necesidad de formular y reformular una concepción metodológica dialéctica. ¿Qué se quiere decir con ésto? Que es necesaria la educación para los sectores populares, pero esta educación debe basarse en el método dialéctico, iniciando el proceso: práctica-teoría-práctica, lo que quiere decir que su principio fundamental se basa en lo que las personas saben, piensan, creen y siente en su vida cotidiana (Gráfica No. 2). Debe apoyarse con una persona promotora, guía o coordinadora que facilite las tareas, descartando toda actitud tradicional del maestro que llega a imponer criterios (educación bancaria). Por lo tanto, sólo a través de una metodología dialéctica se puede lograr dicha relación, ya que debemos tener como base principal la teoría dialéctica del conocimiento, con la cual se puede lograr que el proceso "acción-reflexión-acción" o lo que es lo mismo "práctica-teoría-práctica" de los grupos populares en el movimiento popular lleve al logro de la apropiación clara y consciente de su práctica para transformarla de manera permanente, apuntando al logro de una nueva sociedad.

La característica esencial de la educación popular radica en que puede incorporar algunos elementos de los otros modelos (como son: educación tradicional o bancaria y educación reformista o manipuladora, Ver anexo 2), pero no deja de lado que ella está dada por su concepción y compromiso de clase y está unida orgánica y permanentemente al movimiento popular,

definido en términos socioeconómicos y político-culturales.

Quiere decir que aquí, educar no está entendido como un hecho escolar en el que, el que sabe informa y educa al que no sabe, sino que es un proceso continuo y sistemático de interrelación entre práctica y teoría, impulsado y acompañado por aquellos compañeros que tengan mayor nivel y capacidad de análisis, reflexión e información. Si se logra ésto, entonces lo popular se sitúa en su justa dimensión, puesto que aquí no existe un beneficiario, sino un autor y actor protagónico propio de su clase. Por lo tanto, para que los programas de educación popular que se definen como tales produzcan cambios y generen acciones conducentes con los objetivos políticos planteados por la organización responsable del programa, es necesario adoptar un planteamiento metodológico que le de coherencia interna y una concepción dialéctica que le de coherencia política.

Si hemos de partir del proceso metodológico práctica-teoría-práctica es recomendable que los grupos y organizaciones que se inician, lo hagan con un Diagnóstico de su realidad (punto de partida: concepción-contexto-práctica social. Ver anexo 3) para que los integrantes de los mismos, tengan la oportunidad de intercambiar conocimientos y reflexionen sobre su situación real, así mismo planteen estrategias iniciales y permanentes para elevar su nivel de conocimiento y su capacidad de consecución y consolidación de su propia organización.

Los sectores populares deben mantener un proceso continuo de educación, tomando como base su quehacer cotidiano y los resultados de sus luchas y demandas.

Para encausar al grupo al trabajo analítico-reflexivo del conocimiento se deben buscar técnicas y dinámicas que permitan su desarrollo, para ello se han de plantear objetivos que conduzcan al primer conocimiento, al proceso teórico y luego a realizar una nueva práctica, o lo que es lo mismo, propiciar el punto de partida, para que el punto de entrada sea una reflexión ordenada del pensamiento que permita sistematizar, analizar, investigar y comunicar con el apoyo de la teoría, para darle coherencia e intención a la práctica social, que permitirá nuevamente partir de la realidad para elevar los niveles de conocimiento y acción constituyendo de esta manera la espiral dialéctica (anexos 3 y 4).

En resumen diremos lo siguiente: El punto de partida lo constituye la combinación de un triple diagnóstico. Para realizarlo, o sea, para obtener un reconocimiento objetivo de la realidad, se produce un primer distanciamiento de la misma, la cual tantas veces se ha vivido, pero quizá nunca se ha visto en forma objetiva.

El punto de partida contempla tres elementos principales: La concepción que tengamos de nuestra práctica, el contexto en el que la desarrollamos y las formas concretas en que dicha práctica se materializa. Estos tres elementos se llevan a la confrontación que permite valorar los aciertos, así como

detectar las incoherencias o contradicciones en las que nos vemos envueltos. El contexto es la realidad que nos refleja datos. La práctica social es la práctica intencionada.

Se da un punto de partida con tres posibilidades y a la vez hay tres puntos de entrada, que puede darse por la concepción, el contexto o la práctica social.

Esto es un proceso acumulativo, no lineal ni circular, sino en forma de espiral. Como vemos, la concepción es lo que sentimos, lo que vemos. Incluye la parte subjetiva de la gente. Es una visión que se da en términos relativos. Es en sí, lo que realmente piensa la gente. El contexto, responde a la pregunta: ¿Cómo es la realidad que vivimos? Y la práctica social es la intencionalmente hecha hacia la transformación.

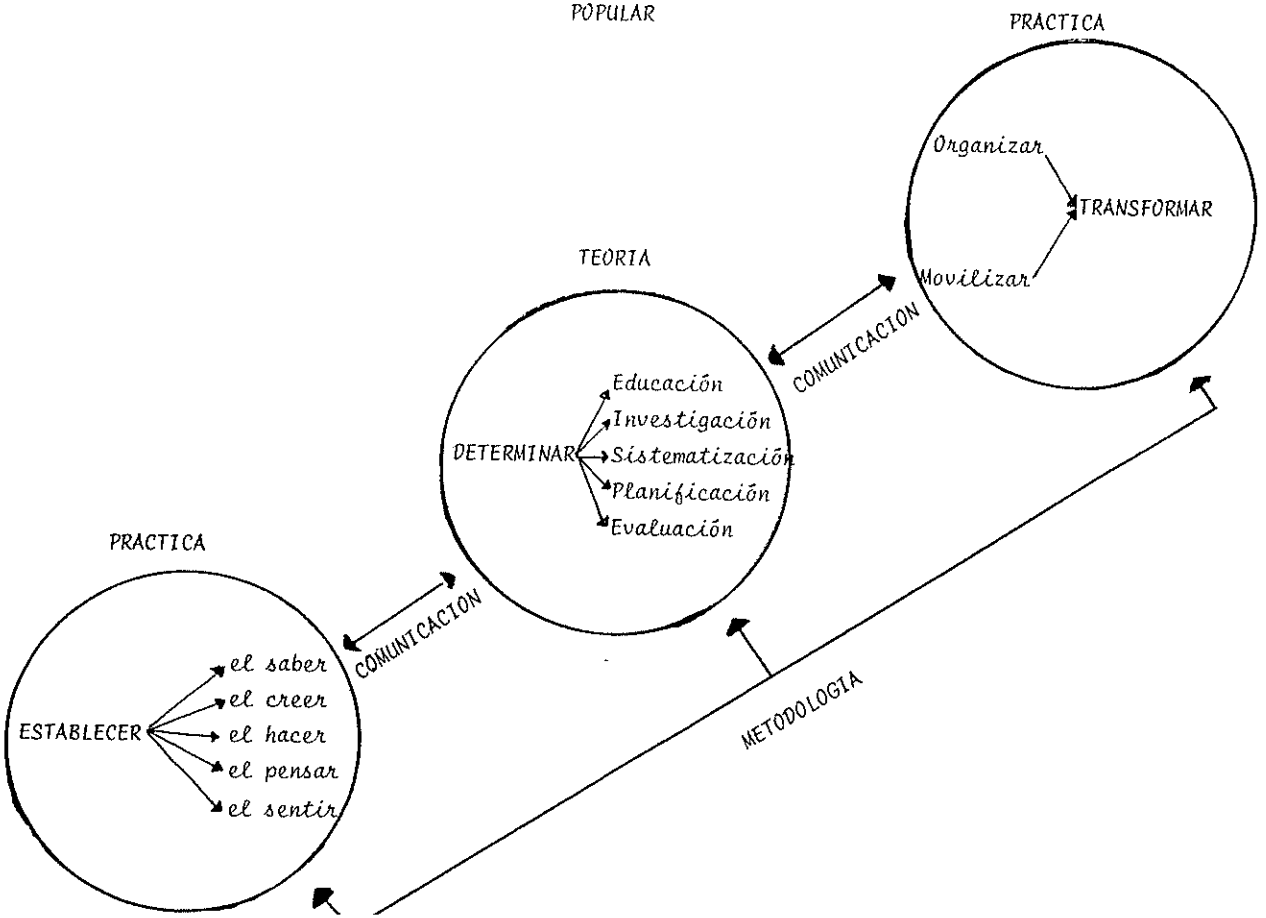
Debemos recordar, que los elementos que intervienen metodológicamente en la educación popular son: la realidad (económica, social, política y cultural), la teoría, la práctica transformadora y la organización.

Decimos que la realidad, puesto que todo proceso de educación popular se inicia con ella ya sea para conocer la realidad política o la cultural, o a lo mejor la económica o la social o en mejor caso, todas juntas. La confrontamos con la teoría para conocer sus aciertos, complementar los vacíos de conocimiento y dar respuesta a interrogantes que surgen de esta confrontación, con ésto nos permitimos decidir mejorar el nivel de práctica, la cual se convierte en práctica

transformadora, puesto que ya se realiza con un nuevo conocimiento del qué, porqué, para qué y para quién, así como quiénes serán los autores y actores de esta nueva práctica. La organización, porque sin un grupo de personas que se inicien en el proceso organizativo no puede llevarse a cabo, ya que ellos serán los protagónicos de los cambios necesarios para realizar la práctica transformadora y harán que la mayoría de las personas se integren al proyecto de cambio.

GRAFICA No. 2

METODOLOGIA DE LA EDUCACION POPULAR



En la gráfica No. 2, están figurados en círculos los tres grandes momentos (práctica-teoría-práctica) que nos permiten ver el inicio del proceso que parte de la práctica con el objetivo de establecer lo que las personas, en su realidad cotidiana, saben, creen, hacen, piensan y sienten con respecto a los aspectos sociales, culturales, económicos y políticos (como ejemplo: establecer situaciones como educación, salud, religión, organización social y deportiva, vestuario, vivienda, y otros que se consideren necesarios). Ya una vez que el grupo cuenta con un marco general de su propia vivencia se puede pasar al segundo momento con un proceso de reflexión y análisis de aquellos elementos que son de interés colectivo y que se deseen modificar, y para ello, se determinan los niveles, las formas y las estrategias que las personas necesitan para desarrollar procesos teóricos de educación, de investigación, de planificación, de evaluación, de sistematización. El aporte teórico debe llevar en sí a una profundización grupal y a la reflexión, confrontando lo teórico con su práctica cotidiana. No se debe descartar el conocimiento externo pues llega a reforzar el conocimiento que el grupo tiene, y puede ser apoyado por un agente externo que aporte elementos de juicio que han escapado a la visión del grupo (criterios técnicos, consideraciones de carácter administrativo, datos estadísticos, etc.) Debe propiciarse que el grupo llegue a sus propias conclusiones, pues así se apropiarán de ellas y conceptualizarán su realidad. Con esto,

las personas asumirán un compromiso consciente y buscarán las estrategias adecuadas para iniciar su nueva práctica ya enriquecida. Con un nuevo nivel de conciencia, estarán en la capacidad de formular la implementación de procesos que contribuyan a mejorar cualitativamente esa práctica para transformarla en una nueva y superior, y ésto se logra a través de la organización consecuente que busca movilizar a su población con fines de transformación individual y colectiva.

En cada uno de estos procesos debe existir una comunicación de doble vía con lo cual se permitirá construir la Metodología de la Educación Popular, que propicia el enriquecimiento mutuo de quienes participan en los procesos (o sea del grupo al facilitador y del facilitador al grupo).

C A P I T U L O 2

RASGOS FUNDAMENTALES DE LA SOCIEDAD GUATEMALTECA

2.1. ASPECTOS FISICOS GENERALES DEL TERRITORIO GUATEMALTECO:

Guatemala, un país situado en la América Central, "que tiene una extensión territorial de 108 mil 889.2 kilómetros cuadrados, sin contar con el territorio de Belice. Se encuentra entre los paralelos 13° 44' a los 18° 30' y meridianos 87° 30' a 92° 13' al oeste del Meridiano de Greenwich". [7] Situación geográfica que lo constituye en un país de privilegio en cuanto a clima, suelo y producción variada.

Colinda al norte con México, al sur con el Océano Pacífico, al este con el Océano Atlántico, Honduras y El Salvador y al oeste con México.

Posee litoral marítimo por los Océanos Atlántico y Pacífico. Su sistema orográfico se divide en dos ramales: Sistema de la Sierra Madre y el Sistema de los Cuchumatanes. Presenta una serie de 33 volcanes a lo largo de la cadena costera del pacífico.

Su sistema hidrográfico también se divide en dos regiones: la del norte que desemboca en el Atlántico y la del sur que desemboca en el Pacífico. Goza de una gran variedad de climas sin extremos, pero comúnmente se le clasifica en tres: cálido, templado y frío. El clima cálido lo

---

7. Héctor Roberto Rosada Granados, "PROBLEMAS SOCIOECONOMICOS DE GUATEMALA", Colección de Textos Modernos, Editorial Escolar Piedra Santa, Guatemala, C.A., enero de 1975, página 3.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

encontramos en el norte, oriente y sur del país, el clima templado en la zona central y el clima frío en la zona occidental. Sus temperaturas van de 0° Centígrados en época fría (mes de diciembre) a 35° Centígrados en época calurosa (marzo y abril). Sus estaciones son Verano e Invierno. El verano que va de noviembre a abril e invierno de mayo a octubre.

Por todos estos fenómenos naturales hacen de Guatemala situarse geográficamente en forma privilegiada, como ya se dijo anteriormente, y por ello, presenta una diversidad de suelos que permiten cosechar una gran variedad de productos tropicales, semitropicales y de zona templada.

Se divide en 22 departamentos y 330 municipios, y éstos a su vez se dividen en aldeas, caseríos, cantones, barrios y otros. Todos ellos situados en cinco regiones: norte, sur, centro, oriente y occidente.

Cuenta con pocas carreteras en buenas condiciones, pero las que son más utilizadas son: La Panamericana que viene de la frontera de México y va hacia la frontera con El Salvador, la del norte que parte de la Ciudad Capital a las Verapaces, Puerto Barrios y El Petén (se divide a la altura del El Rancho), y la del sur que va de la Ciudad Capital a la frontera con El Salvador y frontera con México (se divide a la altura de Escuintla).

Vale la pena mencionar también, que Guatemala posee uno de los cinco pulmones del mundo, con su selva tropical situada

en el Departamento de El Petén. Uno de los lagos más bellos del mundo, el Lago de Atitlán y uno de los monumentos coloniales de América, como lo es la Ciudad de Antigua Guatemala, así como fue cuna de una de las culturas más sobresalientes de la época precolombina, la Cultura Maya. Con ello aprovecha el movimiento de turismo nacional e internacional, así como el comercio de productos agrícolas variados. Por todo lo anterior, es reconocido como el país de la Eterna Primavera.

2.2. SITUACION POBLACIONAL DE GUATEMALA: Guatemala es un país que cuenta con un total proyectado de 10,621,226 habitantes para 1995 según estimaciones del Instituto Nacional de Estadística y puede inferirse que hay 97.5 habitantes por kilómetro cuadrado.

Su población urbana es de 4,107,943 habitantes y la rural de 6,513,283 habitantes [e] que significan un 39% y un 61% para cada área en forma respectiva.

También presenta un 58% de población indígena y un 42% de población no indígena o ladina. Su población por sexo está dividida en: 51% para el masculino y un 49% para la femenina. Su crecimiento anual es de 3.3%, lo que quiere decir que para el año 2,000 la población de Guatemala será 12,493,274 con 114 habitantes por kilómetro cuadrado y para el año 2,005 la

---

e. Instituto Nacional de Estadística, "ESTIMACIONES DE POBLACIÓN URBANA Y RURAL POR DEPARTAMENTOS Y MUNICIPIOS 1990-95", Guatemala, febrero 1991, pág. 21-23.

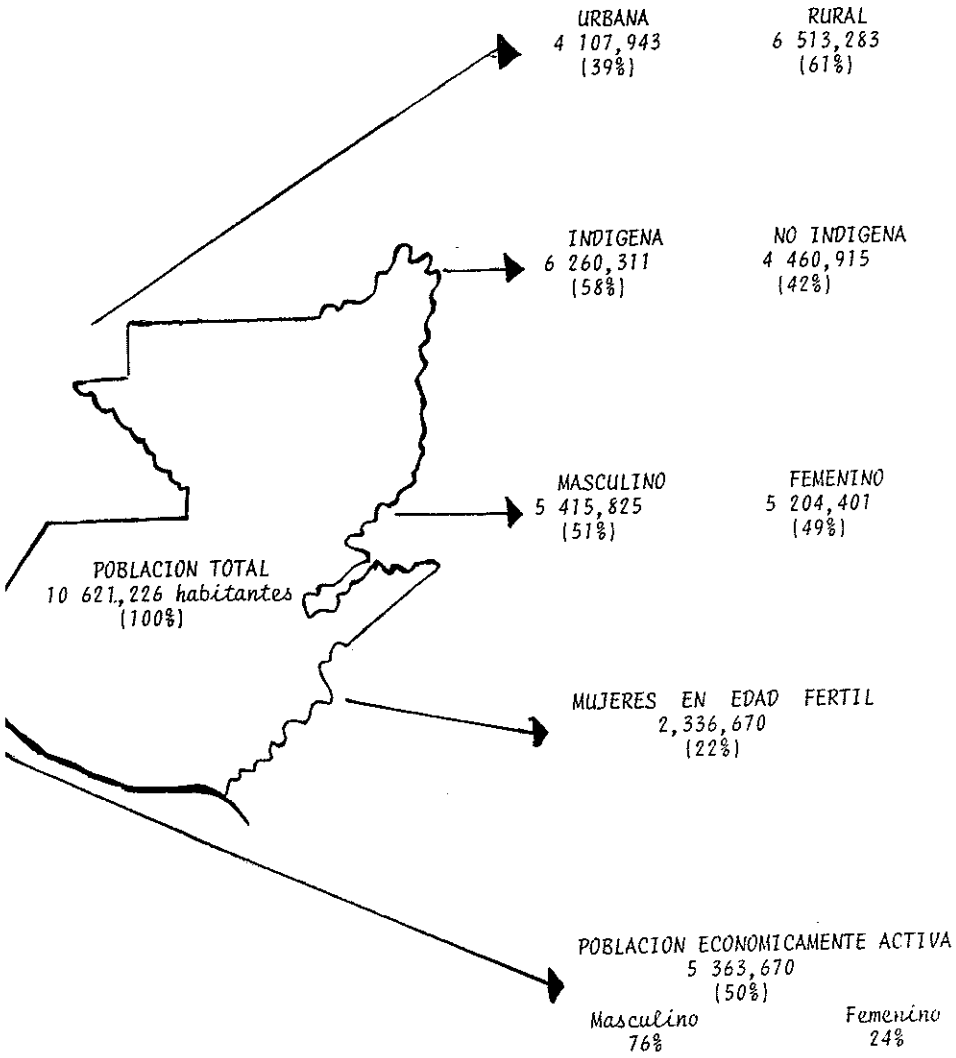
población alcanzará a 135 habitantes por kilómetro cuadrado. La parte más poblada del país es la Ciudad Capital con 1,908,085 habitantes en un área de 2,126 kilómetros cuadrados (o sea 985 habitantes por kilómetro cuadrado).

La población menor de 4 años constituye el 18%, la menor de 15 años el 46%. El grupo de mujeres en edad fértil (15 a 44 años de edad) es el 22%, la población juvenil (de 15 a 24 años) constituye casi una quinta parte de la población (el 19%). La población mayor de 64 años representa un 3%. La participación de la mujer en la población económicamente activa resulta ser del 24%, el hombre el 76% a nivel nacional. [9]

---

9. Datos tomados de: Organización Panamericana de la Salud, "ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD POR REGIONES", Guatemala, 1992, págs. 17-18.

GRAFICA No. 3


URBANA
4 107,943
(39%)
RURAL
6 513,283
(61%)
INDIGENA
6 260,311
(58%)
NO INDIGENA
4 460,915
(42%)
MASCULINO
5 415,825
(51%)
FEMENINO
5 204,401
(49%)
POBLACION TOTAL
10 621,226 habitantes
(100%)
MUJERES EN EDAD FERTIL
2,336,670
(22%)
POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA
5 363,670
(50%)
Masculino
76%
Femenino
24%

2.3. SITUACION SOCIAL: El programa de Naciones Unidas para el Desarrollo situó a Guatemala en el 112 lugar de 174 paises analizados sobre el Indice de Desarrollo Humano que califica en base a tres variables: Esperanza de vida, Nivel educacional y el Producto Interno Bruto

Guatemala es un país con una población predominantemente joven, para 1990 la tercera parte de ésta se encontraba dentro de la económicamente activa. Se mantiene dentro del grupo de países en desarrollo pues para 1992, los guatemaltecos presentaban una esperanza de vida al nacer de 64.8 años la menor de Centro América, presentando la máxima Costa Rica con 76.3 años. Hay una variante en cuanto al sexo femenino que presentó 67.3 años mientras que el sexo masculino el 62.4 años.

La tasa de alfabetización de adultos fue de 54.2% y la de matriculación escolar de menores de 24 años del 43% que también son las más bajas de América Latina, contrario a Uruguay que presenta el 96.9%.

El Producto Interno Bruto real per cápita se presentó como 3.330 dólares, el segundo en Centro América después de Costa Rica que alcanzó 5.480 dólares. Para 1990, 6.4 millones de personas carecían de servicios de salud, 3.7 millones de agua potable y 3.9 millones de saneamiento básico ambiental. Mientras morían 48 niños por cada mil nacidos vivos. El gasto público en salud aumentó del 0.6% del Producto Nacional Bruto en 1960 al 2.1% en 1990, el de educación se ha mantenido en el

1.4% del PIB desde 1960 a 1990; y lo que es de hacer notar es el de defensa que del 1.8% bajó al 1.1% en 1992. [10]

2.3.1. **SALUD:** No es casualidad que los indicadores de salud de Guatemala sean de los precarios de América Latina, situación que se ha agudizado en los últimos veinte años. La información más reciente (1992) nos dice que la Esperanza de vida promedio de los guatemaltecos al nacer es de 64.8 años, la tasa de mortalidad es de 6.5 por mil habitantes, la tasa de mortalidad infantil de 37.8 por mil nacidos vivos y la mortalidad materna de 102 por cien mil nacidos vivos. Estos son datos promedio de toda la población, pero la situación se observa más difícil cuando analizan las condiciones de salud de los grupos más vulnerables o de alto riesgo como los niños menores de un año, mujeres embarazadas, personas en la tercera edad, o los grupos sociales con menores niveles de ingreso y educación.

El estado de pobreza de la población incide en sus condiciones de salud, ésta se agrava por las fallas observadas en el tipo de política de salud instrumentada por el gobierno, así como por la ineficiente asignación de recursos, lo cual no ha permitido enfrentar adecuadamente las demandas de la población y los retos que conlleva proveer oportunamente de los servicios curativos y preventivos. En este sentido puede

---

10. "GUATEMALA NO MEJORA SITUACION DE DESARROLLO, DICE PNUD", Prensa Libre, Guatemala, 18 de agosto de 1995, página 4.

indicarse que una buena parte de fallecimientos por estos motivos podrían evitarse llevando a cabo un saneamiento básico, inmunización al cien por ciento y la puesta en práctica de otros servicios básicos de salud a un costo relativamente bajo.

La insatisfacción de las necesidades de atención primaria de salud, sobre todo en las zonas rurales, el descontrol de las enfermedades transmisibles, la desprotección de los grupos vulnerables, la incapacidad de dar solución al problema de salubridad urbana y la imposibilidad de reducir los riesgos para la salud derivados de la contaminación y los peligros ambientales, nos dicen que la salud es precaria.

La atención del sector salud por parte del Estado está a cargo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, así como de otras entidades gubernamentales y no gubernamentales relacionadas con la salud del país.

"El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social cubre un 30% de la población, mientras que el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social atiende un 15% aproximadamente. Estos dos atienden en su mayoría a la población del área urbana". [11] Esto se debe a que los servicios únicamente están ubicados en las áreas de mayor accesibilidad y éstas son las áreas urbanas, dejando de lado a la población del área rural que por

---

11. "LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN GUATEMALA", Revista Momento, Asociación de Investigación y Estudios Sociales, ASIES, año 10, No. 1, 1995, pág. 3.

las distancias, inaccesibilidad y bajos recursos económicos, no pueden acudir a los centros donde se ubican los servicios. El Seguro Social disminuye su número de población, no sólo por las circunstancias anteriores, así como por el hecho de atender sólo población laboral.

Entre las principales causas de muerte se cuentan las enfermedades infecciosas y las asociadas con la ausencia de saneamiento ambiental. Estos reflejan el mal estado de la salud de los guatemaltecos y la ineficiencia del sistema de salud. Más del 64% del total de muertes por enfermedad son causadas por infecciones, por problemas nutricionales y perinatales. Dentro de las principales causas de mortalidad infantil, las enfermedades diarreicas participan con el 30%, las infecciones respiratorias con el 9.56 por mil nacidos vivos, las enfermedades perinatales con el 24.1 por mil nacidos vivos y la desnutrición en menor grado con el 0.33 por mil habitantes. La mortalidad en los menores de cinco años llegó en el referido año 1992, a 3.22 por mil habitantes y se observó que se debieron a las mismas causas: infección respiratoria, infección intestinal, desnutrición y parasitismo.

La tasa bruta de mortalidad fue de 6.5 defunciones por mil habitantes en el período comprendido de 1990-92 que bajó comparado con el anterior que fue de 7.5. Se registró la mayor tasa de mortalidad en el grupo de 65 años y más, que fue de 53.6 por mil habitantes para 1990 y 42.7 para 1992. En

segundo lugar está el grupo de menores de un año la tasa fue de 47 por mil nacidos vivos en 1990 y 37.8 para 1992.

Según registro existente en 1992, el 21.4% de las defunciones registradas sucedieron en el hospital, el 1.1% en casas de salud, el 5.8% en la vía pública y el 71.7% en el domicilio. Del total de fallecidos el 63.2% no recibió ningún tipo de atención médica y el 36.8% fue atendido por un médico. [12] Con esta información se sigue confirmando que Guatemala, un país que tiene tierra fértil, y su población mayoritaria es agrícola, carece de las posibilidades para lograr un mejor nivel de vida y por consiguiente, un mejor estado de salud. Así también se observa que las políticas de salud del Estado Guatemalteco carecen de consistencia para resolver los problemas profundos que afectan a la mayoría de la población que se sigue consumiendo en la pobreza, enfermedad y marginación. Se hace necesario que la misma población demande la formulación de mejores y acertadas políticas sociales para que sus necesidades sean solventadas.

2.3.2. EDUCACION: La educación es la base del desarrollo de cada país, y en el nuestro, el analfabetismo ha sido un obstáculo para el desarrollo integral de la población. Una de las deficiencias que se presenta en Guatemala es que no se ha cumplido con lo establecido en la Constitución Política de la

---

[12] "CONDICIONES DE SALUD EN GUATEMALA 1994", Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS, Guatemala, 1994, pág. 5.

República de Guatemala (Artículos 71, 72 y 75) especialmente en lo que respecta a educación pre-primaria y primaria. Otro problema que se manifiesta en alto grado es que los niños que logran terminar la primaria, dejan el avance educativo en el nivel básico, por lo que se hace necesario tomar conciencia de que sólo el nivel primario no es suficiente, sino que se tiene que orientar a completar todos los niveles educativos apuntando a la consecución de mejores condiciones de vida. Por lo tanto, urge "abordar problemas externos como: la falta de interés político para priorizar la educación como un elemento fundamental del desarrollo nacional, pobreza y extrema pobreza, salud, alimentación, desigualdad social, represión, violencia, explotación, incorporación laboral a temprana edad, analfabetismo; todo ésto con el propósito que la educación en si, pueda abordar problemas internos como la educación que ha venido a ser un fenómeno de dominio, desvinculación de los problemas reales de la sociedad guatemalteca, organización centralizada e inflexible, la relación entre conformación étnica, y el sistema educativo, baja cobertura, rendimiento y eficiencia, falta de una educación para el desarrollo independiente, falta de educación tecnológica, el analfabetismo y la alfabetización, autoritarismo docente y otros". [19]

Se da la necesidad de analizar todos los factores antes

---

[19] "LA EDUCACION Y SUS PROBLEMAS", Pulso, Suplemento Económico, Siglo Veintiuno, Guatemala, 18 abril 1995, página 11.

mencionados, pues la educación no es un fenómeno aislado, está inserta en la superestructura social y está determinada por la infraestructura productiva y por la sociedad en su conjunto. La educación en nuestra sociedad debe plantearse la tarea práctica de formar al hombre nuevo, un hombre desarrollado en forma integral a través de su praxis.

Se debe considerar que Guatemala, un país pluriétnico y multilingüe, con una educación formal que la rige el Ministerio de Educación, debe basarse en teorías internas y externas que le permitan desarrollar e implementar modelos curriculares que respondan a las necesidades de la población, de lo contrario se seguirán enfrentando problemas de analfabetismo, deserción, baja cobertura en todos los niveles, etc.

La tasa de analfabetismo para los habitantes mayores de 15 años es de 40.7% en 1990 y de 40.4% en 1991. Es más agudo en las mujeres (47.8%) que en los hombres (34.2%) en el año 1989. En cuanto a mujeres rurales el porcentaje de analfabetismo es de 60% y en mujeres indígenas de 74%.

El número de niños inscritos entre 7 y 14 años (1989) fue de 1,249,143 o sea el 60.6% del total de niños en edad escolar del país. La relación de matrícula entre hombres-mujeres señala que éstas participan menos en el sistema educativo con una razón de inscripción niño-niña de 2.1.

La deserción durante el ciclo escolar 1991 fue de 11.8% (114,136 alumnos), este porcentaje unido al número de niños

que no están inscritos, da un total de 46.5% de niños que no terminan la escuela primaria.

Con respecto al ciclo básico, la matrícula fue de 200,422 de la cual los varones representan el 54.1%. La matrícula urbana es de 90%. El promedio de deserción en este ciclo (7.8) es más bajo en el nivel primario, se observa que es superior en los hombres (9%) que en las mujeres (6.3%). [14]

En el Cuadro No. 1 observamos que el déficit es extremadamente alto en el nivel de primaria bilingüe, así como el de párvulos, básico y diversificado. En la primaria bilingüe se debe tomar en cuenta a los grupos étnicos de nuestro país, para permitirles una educación de acuerdo a su cultura, a su cosmovisión, considerando épocas de estudio para evitar la deserción así como las verdaderas necesidades y no implantarles teorías externas, sino relacionarlas con las internas. La educación es un campo que debe merecer alta prioridad en la política de desarrollo para que el país logre mayores niveles de desarrollo apoyado por el nivel de instruccion y tecnológico. Se debe analizar el perfil de la población (PEA) por su relación con el trabajo y desarrollo económico, cuyo nivel en Guatemala es extremadamente bajo. El 36% de la que está ocupada no tiene ninguna instrucción, el 25.7% ha cursado del primero al tercer grados de primaria, el 22.6% del cuarto al sexto grados. El 12.2% tiene uno o varios

---

[14] "CONDICIONES DE SALUD EN GUATEMALA, 1994", Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Guatemala, mayo 1994, página 2.

grados de secundaria y el 4.3% alcanza nivel universitario. Con ésto se muestra la limitación de la cobertura escolar que incide en la educación de los adultos incorporados al trabajo que de esta manera no pueden tener un óptimo rendimiento como agentes de desarrollo integral.

CUADRO No. 1

DEFICIT DE COBERTURA EDUCATIVA A 1991

NIVEL EDUCATIVO	PORCENTAJE
PRIMARIA BILINGUE	96.5 %
PARVULOS	87.5 %
PRIMARIA	28.4 %
BASICO	82.4 %
DIVERSIFICADO	90.7 %

Fuente: CANDIDATOS PROMETEN RESCATAR A NIÑOS DESAMPARADOS DEL PAIS, Prensa Libre, Guatemala, 21 de octubre de 1995, página 8.

En el Cuadro No. 2, nos damos cuenta que en el período comprendido de 1981 a 1989, los porcentajes no han variado mucho, pues la población sin instrucción únicamente bajó un 2.2% en esos 8 años, el 1.3% bajó para el nivel Primaria de 1 a 3 años logró subir en el nivel Primaria de 4 a 6 grados con un 1.8%, mientras que los niveles Media y Superior fue mínima su variación. Aparte de ello, también vemos que es bastante alto el porcentaje de la población que se encuentra sin

instrucción que unido al nivel Primaria de los tres primeros grados hacen un 72.6% y un 69.1% que difícilmente pueden elevar su nivel de vida económica y social, ya que son escasas las oportunidades de empleo decoroso con salarios acordes a sus necesidades.

CUADRO No. 2

GUATEMALA: POBLACION DE SIETE Y MAS AÑOS DE EDAD
SEGUN EL NIVEL DE INSTRUCCION 1981-1989

NIVEL/GRADO	PORCENTAJE 1981	PORCENTAJE 1989
SIN INSTRUCCION	44.6 %	42.4 %
PRIMARIA (1ero. a 3er. grados)	28.0 %	26.7 %
PRIMARIA (4to. a 6to. grados)	17.3 %	19.1 %
MEDIA (1ero. a 3er. grados)	4.5 %	5.3 %
MEDIA (4to. a 6to. grados)	4.1 %	4.7 %
SUPERIOR (completa o incompleta)	1.5 %	1.8 %
TOTAL	100.0 %	100.0 %

Fuente: René Arturo Orellana González, PERFIL EDUCATIVO DE LA POBLACION GUATEMALTECA, Siglo Veintiuno, Guatemala, 29 de junio de 1993, pág 4.

2.3.3. VIVIENDA: La situación de vivienda en Guatemala es precaria dada la situación económica de la población que no le permite obtener una mínima porción de tierra o poder construir

en condiciones aceptables.

Se menciona que hay un déficit habitacional que alcanza las 75 mil viviendas por año. Los gobiernos de turno que han dirigido al país desde hace varias décadas, no han implementado una política que apunte a resolver este problema, pues se conoce que únicamente se construyen aproximadamente unas tres mil viviendas por año, que en su mayoría es por cuenta propia y no por el Estado. Esto no alcanza a resolver dicho problema, el que se vino a agravar después del terremoto de 1976, que aparte de no existir la oportunidad de adquisición de terreno habitacional, tampoco existe la oportunidad de construcción con cuotas módicas para vivienda popular. Esto generó y aceleró la demanda de los sectores populares por vivienda mínima y también generó la invasión de terrenos baldíos tanto de propiedad privada como del Estado. En este mismo año se empiezan ha formar los cinturones de miseria con los asentamientos que marcaron más el grado de pobreza y pobreza extrema que impera en el país y especialmente en la ciudad capital.

Las invasiones de terrenos baldíos dejan entrever el problema social de la vivienda, que cada año se agudiza más. El presupuesto familiar de los sectores de más modestos ingresos se ha visto fuertemente golpeado por el ya largo estado depresivo de la economía nacional y familiar, la inflación y el desempleo. Por medio de las invasiones, las personas han intentado obtener una respuesta a su problema habitacional,

pero muchas veces no lo han logrado porque la fuerza pública los ha desalojado inmediatamente y cuando al fin logran consolidar la invasión, empieza para ellos, el largo calvario en los procesos de negociación por estabilizar su posesión sobre una pequeña porción de suelo para mantener su vivienda. En la ciudad de Guatemala es donde más se percibe un buen número de asentamientos precarios, testimonio vivo de la necesidad imperante de vivienda popular y la imposibilidad que hay al acceso de cualquier tipo de proyecto habitacional, sea éste público o privado.

En 1959, se produjo la primera invasión masiva a un predio municipal de la zona dos, cerca de un sector residencial los que fueron desalojados, pero a la semana siguiente, unas 500 o 600 personas invadieron los barrancos de la zona cinco, cerca del Estadio Olímpico. Esto dio lugar al primer asentamiento precario en Guatemala, el que hoy se conoce como "La Limonada". A raíz del terremoto de 1976, volvió a explotar el movimiento de invasiones y fue así que se formaron los asentamientos de El Paraíso, Carolingia, El Mezquital, El Amparo, Tierra Nueva que se dieron entre los años 1980-84. El último que se ha dado ha sido en Villa Nueva en 1995, y se conoce con el nombre de "Victoria 20 de mayo".

Se ha observado que las invasiones se han producido cuando se presentan coyunturas políticas propicias, pues las personas necesitadas aprovechan estas instancias.

Actualmente, el Banco Nacional de la Vivienda, por

enfrentar el problema de la privatización, no ha impulsado proyectos habitacionales que vengan a coadyuvar al acceso de vivienda con facilidades que le permita a los sectores populares adquirir una para solucionar su problemática de alquiler y hacinamiento, que redunda en el estado de salud integral de la familia. Muchas personas, por el salario tan bajo que tienen, no pueden tener la posibilidad de mantener un ahorro para dedicarlo posteriormente a comprar un lote, por lo que prefiere alquilar en malas condiciones.

A pesar de esta situación precaria, la tenencia de vivienda en Guatemala, según estimaciones para 1989 del Instituto Nacional de Estadística, se presentó de la siguiente manera:

CUADRO No. 3

ESTIMACIONES DE LA TENENCIA DE VIVIENDA EN GUATEMALA. 1989

TENENCIA	URBANA	%	RURAL	%	TOTAL	%
ALQUILADA	180,377	29.45	50,801	5.09	231,178	14.35
A PLAZOS	41,920	6.84	18,185	1.82	60,105	3.73
PROPIA	331,002	54.04	774,815	77.60	1105,817	68.64
CEDIDA	54,432	8.89	130,807	13.00	185,239	11.50
OTRA FORMA	4,727	0.77	23,928	2.30	28,655	1.78
TOTALES	612,458	100.00	998,536	100.00	1610,994	100.00

Fuente: Encuesta Nacional Socio-demográfica 1989, Instituto Nacional de Estadística, Guatemala, junio 1990, Volúmen I, página 112.

De acuerdo a la información de este Cuadro, podemos observar que el porcentaje más alto se relaciona con vivienda propia, 54.04% para el área urbana y un 77.60% para el área rural, ésto se da en función de los otros parámetros; y haciendo relación entre urbana y rural, esta segunda cuenta con un 70.07% mientras que la urbana con un 29.93%, lo que nos permite tener una de las razones fundamentales por las cuales, el problema se marca más en el área urbana y, especialmente, en la Ciudad Capital, a donde emigran muchas personas del interior de nuestro país para lograr un empleo, pues las fuentes del mismo se concentran, en su mayoría, en ella. En el área urbana, la vivienda alquilada ocupa un segundo lugar con un 29.45%, o sea que cerca de la tercera parte de la población ubicada en ella, enfrenta el problema de vivir en propiedad ajena. Haciendo relación entre urbana y rural, también la primera presenta un 78%, mientras que la segunda sólo un 22%, que quiere decir que en el área rural este problema no ha llegado a los límites insostenibles como en el área urbana.

De estas viviendas, a nivel nacional el 49.90% (803,846) gozan de energía eléctrica, mientras que el 50.10% (807,148) aún no la tienen, marcándose más en el área rural que presenta un 90% de viviendas que carecen de este servicio, mientras que el área urbana presenta un 10% (726,465 y 80,683 respectivamente).

Si vemos únicamente el área rural, que alcanza un total

de 998,536 viviendas, de ellas, el 27% tiene el servicio de energía eléctrica, mientras que el 73% aún no ha logrado obtener esa demanda, por la falta de política institucional y gubernamental.

El servicio de agua también es otro problema que enfrenta la población guatemalteca, como vemos en el cuadro No. 4, según información del Instituto de Estadística:

CUADRO No. 4

SERVICIO DE AGUA PARA LA POBLACION GUATEMALTECA

TIPO DE SERVICIO	NUMERO	%
CHORRO EXCLUSIVO	677,433	42
PARA VARIOS HOGARES	167,104	10
CHORRO PUBLICO	185,378	12
POZO	253,224	16
RIO, LAGO O MANANTIAL	250,091	15
OTRO	77,764	5
TOTAL	1,610,994	100

Fuente:Encuesta Nacional Socio-demográfica 1989, Instituto Nacional de Estadística, Guatemala, junio 1990, Volúmen I, página 105.

Observamos que el mayor porcentaje (42%) es para chorro exclusivo a nivel nacional, manifestando un 52.6% para el área urbana y un 47.4% para el área rural, lo que significa que

todavía hay muchos hogares carentes del servicio por lo que la vivienda no presenta mayor calidad para las personas. Vemos que el resto de personas se abastecen en condiciones difíciles, como por ejemplo: agua para varios hogares en el área urbana tiene un 76.66% y chorro público un 26.72%, mientras que en el área rural el mayor porcentaje se presenta con el abastecimiento de agua en río, lago o manantial con un 96.25%, le sigue pozo con 89.25% y en chorro público con 72.28% (ésto es en relación con el área urbana). Quiere decir que las personas tienen que salir de su vivienda para llegar al lugar donde se abastecen del agua, lo que viene a aumentar la precaria situación de salud, pues si se descuidan con las medidas preventivas que cada familia debe mantener, existe el peligro de enfermar de cualquiera de las enfermedades diarreicas y parasitarias, pues las autoridades no tienen un sistema de control del agua en estos servicios.

A nivel nacional, el servicio sanitario (ubicación de excretas) vemos que el 30% (36,262) no tienen, un 24% (378,675) utilizan pozo ciego, un 19% (308,404) tienen inodoro para uso exclusivo, mientras que un 15% (237,582) utilizan letrina. Esto observándolo por área urbana y rural, se manifiesta así: un 92.52% del área rural no tiene este servicio, un 85% de esta misma área utiliza letrina y un 70% utiliza pozo ciego. Mientras que en el área urbana la manifestación está así: inodoro para uso exclusivo 85% (262,217), inodoro para varios hogares con un 84% (100,012) y

sanitario lavable con un 76% (62,454). Con ello vemos que también en el área urbana, muchos hogares enfrentan el problema de compartir este servicio, lo que dificulta la convivencia diaria.

En conclusión podemos decir, que las causas principales del problema de vivienda, las encontramos en: el bajo ingreso económico pues existe falta de fuentes de trabajo y carencia de educación, así como limitadas fuentes de planificación y financiamiento para la vivienda, también la falta de construcción de viviendas rurales módicas que coadyuven a evitar la migración hacia el área urbana y evitar colonias marginales, una insuficiencia de capital disponible, falta de una reforma agraria que también eviten el proceso migratorio, así como una mejor distribución de la industria y fuentes de trabajo.

2.4. SITUACION ECONOMICA:

2.4.1. PRODUCTO INTERNO BRUTO: Estimación preliminar permitió anticipar que para 1994 el Producto Interno Bruto alcanzaría un nivel de Q.73,951.3 millones, cifra que significó un crecimiento del 16% respecto del nivel registrado en el año 1993. Es un débil crecimiento económico que se debió a una baja en los precios internacionales de algunos productos de exportación, lo que incidió en la producción agrícola que tuvo menores niveles de producción en los cultivos permanentes y reducciones en la superficie sembrada.

También influyó la situación climatológica que afectó principalmente la producción de granos básicos. Otro factor que influyó negativamente fue el corte de energía eléctrica que en forma periódica se dio en los últimos meses del año, que vino a afectar especialmente a las actividades industriales. Por aparte, la discusión sobre la reforma fiscal creó incertidumbre en la inversión que la vino a retrasar.

2.4.2. SECTORES PRODUCTIVOS:

2.4.2.1. AGROPECUARIO: Este sector incluye la agricultura, ganadería, silvicultura, caza y pesca, que registró una tasa de crecimiento del 1.8%. Se considera que es la más baja desde 1986 y afecta significativamente a la economía en su conjunto ya que la participación del sector en el Producto Interno Bruto tradicionalmente ha sido en torno al 25%. Es el principal sector en la absorción de mano de obra (más del 50% de la población Económicamente Activa se emplea en este sector) y porque ejerce un importante efecto multiplicador en las relaciones intersectoriales de bienes y servicios, especialmente en la agroindustria.

2.4.2.1.1. CAFE: Su producción fue de 4,650 miles de quintales (1.1% más que en 1993) en un área cultivada de 348.5 miles de manzanas.

FACULTAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

2.4.2.1.2. ALGODON: Continuó con la tendencia declinante de los últimos años, se sembró un total de 21.8 miles de manzanas, su producción se destinó en su mayoría al mercado interno y se situó en 305.9 miles de quintales, o sea 32.4% (cifra menor que en 1993).

2.4.2.1.3. CAÑA DE AZUCAR: La molienda alcanzó 235.8 millones de quintales (3.1% más que en 1993) con una producción de azúcar de 24.2 millones de quintales. Su aumento se debe a mejor tecnología y al aumento en la superficie cultivada, pues se utilizaron tierras que antes eran para algodón.

2.4.2.1.4. BANANO: La producción se situó en 21.3 millones de racimos durante 1994, o sea 4.3% superior a la de 1993, debido a una ampliación de 1.1 miles de manzanas en el área sembrada y por mayores rendimientos a pesar de tener barreras de entrada en el mercado europeo, pero su mejora fue en el mercado de los Estados Unidos.

2.4.2.1.5. CARDAMOMO: Tuvo un repunte en su producción y se elevó de 285 miles de quintales en 1993 a 330 miles en 1994, un crecimiento de 15.8% y se debió al incremento de precios internacionales.

2.4.2.1.6. GRANOS BASICOS: La producción

total de granos básicos se redujo aproximadamente 13% respecto a la registrada en 1993. El maíz fue de 24.5 millones de quintales, frijol 2 millones de quintales y arroz con 0.8 millones de quintales. Esto influyó para que en el mercado interno se diera un alza en los precios, redundando negativamente en la situación de la canasta básica de las familias guatemaltecas.

2.4.2.1.7. AVICULTURA: Ha tenido un considerable incremento como resultado del proceso de sustitución que está ejerciendo sobre la carne bovina. Esta satisface alrededor del 60% de la demanda interna de carne. Se expandió en 173.5 millones de libras o sea 7.9% más que en 1993.

2.4.2.1.8. CARNE BOVINA: Su producción se incrementó en solamente 2 millones de libras, debido a una serie de factores que han restado estímulos a esta actividad como la reducción de venta en el mercado externo y la tecnología para su atención que todavía es tradicional, muy poca se ha modernizado. Aparte de ello, en el mercado interno, tuvo un alza en los precios, lo que obligó a la población a buscar otros sustitutos pues su situación económica no les permite su compra.

2.4.2.2. INDUSTRIA: La industria manufacturera

tuvo una leve aceleración en su ritmo de crecimiento al registrar una tasa del 2.6. Un factor que influyó positivamente en esa actividad es la penetración al mercado centroamericano de algunas ramas de la producción de este sector.

2.4.2.3. CONSTRUCCION: Manifestó una tasa negativa de crecimiento del 1.9% por la contracción del 3% en la construcción pública, la mayor ponderación en el total del sector. Por su parte, la construcción privada tuvo un ligero crecimiento de 2%, variación que se explica por la terminación de importantes obras autorizadas e iniciadas en 1993.

2.4.2.4. COMERCIO: Se estima que este sector creció en 4.1% durante 1994, tasa similar a la registrada en 1993. Constituye el segundo sector en importancia cuanto a generación de valor agregado en la economía nacional, con una participación de alrededor del 24%.

2.4.2.5. TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES: Este sector evolucionó a una tasa de crecimiento anual del 5.2% similar a la del año anterior. Estos servicios son de importancia en las relaciones intersectoriales para el proceso de producción y distribución, de esa cuenta su evolución es un indicador de la dinámica de la economía en general. Dentro de sus componentes está el crecimiento observado en el transporte urbano y extraurbano.

El transporte aéreo y agencias de viajes evolucionaron con signos contractivos como resultado de un menor dinamismo en el turismo. Este al mes de septiembre reportó 359.9 miles de turistas, lo que significó una reducción del 5% a 1993.

2.4.2.6. **BANCA Y SEGUROS:** Desde 1988 este sector ha evolucionado a tasas de crecimiento anual en términos reales mayores que las registradas por el PIB, lo cual se evidencia en el promedio de crecimiento para el período de 1988-93 que fue del 6.8%. Este crecimiento es el resultado de una ampliación de la red de los servicios y de un incremento del número de bancos y agencias que operan en el país. En 1994, esta actividad creció en 7.8%, una de las más dinámicas y de crecimiento sostenido entre todos los sectores productivos. [15]

2.4.3. **SALARIOS:** En 1992 la población ocupada registró una tasa de crecimiento de 3.4% respecto al año anterior.

El número de personas que se encuentran en desempleo abierto descendió 6.3% que representan el 6.1% de la población económicamente activa (PEA).

La información del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social dice que aumentó la utilización de mano de obra. El

---

15 "EVOLUCION DE LA ECONOMIA GUATEMALTECA DURANTE 1994", (I parte), Revista Momento, Asociación de Investigación y Estudios Sociales, ASIES, año 10, No. 3, 1995, páginas 2 a 4.

número de trabajadores cotizantes creció 1.1%. El salario medio anual de los afiliados cotizantes se incrementó en 26.8%. Los sectores con mayor incremento en el salario medio fueron: electricidad, gas y agua (38.8%); agricultura (38.7%), transporte, almacenamiento y comunicaciones (22.2%).

La política salarial aplicada por el Gobierno estableció un aumento de los salarios nominales de los trabajadores de la forma siguiente:

- Escala de salarios para empleados del Organismo Judicial y para el Magisterio Nacional.
- Una bonificación profesional de Q.375.00 para los servidores públicos.
- El bono de antigüedad para los empleados de la administración pública.
- Una bonificación anual extraordinaria de Q.300.00 para las clases pasivas. [16]
- Un incremento salarial a los trabajadores del Organismo Ejecutivo de 75% para los profesionales entre 18 y 22% para el resto de los trabajadores.
- Se emitió la ley de Bonificación Anual para trabajadores del sector privado y público (Bono 14).
- Se estableció un salario mínimo de Q348.00 mensuales para

---

[16] Por información de personas que pertenecen a las clases pasivas, la bonificación anual extraordinaria fue de Q.200.00 más Q.100.00 que corresponde a el aguinaldo que año con año de acuerdo a la ley les corresponde.

los servicios del sector privado. [17]

2.5. SITUACION POLITICA:

2.5.1. PROCESO DE PAZ: El proceso de negociación que desde hace varios años sostienen el Gobierno de Guatemala con la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca para iniciar la paz, con el propósito que sea firme y duradera se considera, en estos momentos, como un proceso irreversible, a pesar de las muchas situaciones adversas que se han presentado.

Todo el pueblo de Guatemala, y muy especialmente, los sectores populares, mantienen la esperanza de una vida mejor en el futuro cercano y ésto anima a muchos de nosotros a prepararnos para enfrentar la tarea que nos espera a todos. Debemos estar conscientes de la necesidad de conocer los acuerdos firmados para poder llevarlos a la práctica, pues éstos serán los que nos darán el camino a seguir para cumplir con nuestra tarea y la paz se convierta en realidad, así también es necesario adentrarse en nuestra historia para tener un conocimiento claro y crítico de la realidad e identificar las causas que han originado nuestro subdesarrollo y los intereses que han estado en juego para no permitir salir de él.

Debemos tener presente también que el proceso de negociación entre las partes significa la única oportunidad

---

17 "ESTUDIO ECONOMICO Y MEMORIA DE LABORES 1992", Banco de Guatemala, Guatemala, C.A., 1993, página 34.

para nuestra sociedad para que pueda resolver una larga lista de problemas que se enfrentan y que han llevado a la marginación y pobreza extrema a muchos sectores de la población. Esto ha influido en gran parte en el poco desarrollo que ha tenido nuestro país y ha dificultado la integración social y convivencia pacífica.

Es de hacer notar que hay fuerzas nacionales e internacionales interesadas que están influyendo en la firma de los acuerdos, lo que nos permitirá lograr procesos de cambio importantes.

El 10 de enero de 1994 se suscribió en México el Acuerdo Marco para la reanudación del Proceso de Negociación entre el Gobierno de Guatemala y la URNG. Este está sirviendo de guía para las negociaciones entre las partes con participación de la sociedad civil a través de la Asamblea de la Sociedad Civil. Este acuerdo contiene los elementos necesarios para alcanzar el objetivo propuesto.

Es de hacer notar aquí que existe el peligro que estos acuerdos no se les dé la seriedad y profundidad que requieren, pues pueden ser influenciados por quienes sostienen que la problemática y los conflictos actuales son coyunturales y no estructurales, porque sus propuestas de solución son sólo temporales y no duraderas, lo que únicamente permitirá hacer cambios superficiales y no de fondo. Si ésto se diera, no tendríamos posibilidad de una paz segura y permanente.

El Acuerdo Global sobre Derechos Humanos que ya ha sido

firmado en México el 29 de marzo de 1994 debe ser nuestra prioridad uno, para que éste sirva de fondo y punto de referencia para la vida y su respeto en la sociedad guatemalteca, quien se ve urgida de un nuevo sistema en sus relaciones. Se debe dar fin a las violaciones de los derechos humanos, pues éstas han significado el sufrimiento de nuestra población, dándose con mayor frecuencia en el área rural. Aparte de ello, ha sido la forma más utilizada para infundir terror y temor, ésto con el propósito de mantener un sistema económico capitalista que no responde ni satisface las necesidades e intereses de la mayoría, sino que es un sistema que la ha marginado y excluido, dándole riqueza y poder a una minoría. Por ello, es necesario que de las negociaciones y de la sociedad en general, salgan propuestas para establecer un modelo económico y social que atienda los problemas estructurales, especialmente la tenencia de la tierra, que es base para la sustentación y desarrollo de sectores sociales que actualmente están marginados como lo son los campesinos y el pueblo maya.

El proceso de negociación tiene que superar dificultades y desafíos que encuentra en su camino, y debe poner todo su esfuerzo para lograr avances sustantivos, ya que si se da de una o ambas partes para tratar a fondo y con seriedad los problemas, ésto vendrá a reflejarse en los acuerdos, influyendo negativamente en el establecimiento de una paz firme y duradera como se anhela, ya que sólo ésta puede darse

en procesos democráticos permanentes, pues todos reconocemos que la democracia no puede existir donde hay hambre y miseria.

Para los guatemaltecos es importante la paz y la democracia, considerando que si éstas no se dan, no lograremos elevar nuestra situación económica, social, política y cultural.

Puntos importantes que se han observado en el proceso de paz son:

- Vigencia de la negociación que ya es irreversible y tendrá como consecuencia la firma de la paz.
- Ratificación de la Organización de Naciones Unidas de la importancia de la Asamblea de la Sociedad Civil para garantizar la continuidad del proceso de verificación.
- Conocer los acuerdos para que la Asamblea de la Sociedad Civil verifique o sancione.
- Ratificación de que estos acuerdos deben ser Acuerdos de Estado Permanentes y no sólo Acuerdos de Gobierno como lo desean algunos sectores.
- La necesidad de que la Asamblea de la Sociedad Civil se convierta en un instrumento de verificación con Minugua y exigir la suficiente información del proceso.
- Se incluyeron otros aspectos, aparte de las tres divisiones del Acuerdo Marco, para profundizar en la negociación, éstos son: social, económico, tierra, servicios públicos, impuestos.
- Hay aceptación por parte del Ejército de Guatemala, a

través de sus tres representantes en la negociación con respecto a la tenencia de la tierra.

- Este proceso de negociación es una innovación en los procesos de negociación del mundo, especialmente en el ámbito cualitativo, pues se dio primero como proceso la negociación económica, social y política y en segundo lugar la negociación en términos militares (desmovilización, cese al fuego).

2.5.2. **PROCESO ELECTORAL 1995:** Para el logro del desarrollo de nuestro país es fundamental tomar en cuenta las necesidades de los sectores populares y propiciarles un adecuado nivel educativo, de salud, de capacitación, así como oportunidades de empleo con una remuneración justa. El ser humano (tanto el hombre como la mujer) es capaz de participar en muchas actividades creadoras y realizar grandes empresas, pero una gran cantidad de ellos y ellas no lo protagonizan, sino únicamente se convierten en espectador o espectadora por carecer de preparación que le permita ser sujeto de su acción innovadora; por lo tanto, es importante su participación en el proceso electoral que se avecina para el mes de noviembre que aunque de una manera lenta, éste ha empezado a absorber la atención de la mayoría de la opinión pública de nuestro país.

De todos es sabido que lo que se ha presentado tanto a nivel de partidos políticos como sus candidatos, no ofrece alternativa alguna que le permita a los sectores populares

visualizar un cambio sustancial. Cada uno de los candidatos que representan a los partidos tradicionales exponen dentro de su plan de gobierno, cambios cosméticos que en nada mejorarán la situación de marginación y pobreza de la clase popular. También cabe mencionar que de los 19 candidatos, tres no aceptan la negociación del proceso de paz, ellos son: Sisniega Otero, Fernández y Valladares.

Algo importante que vale la pena hacer notar, es el desmoronamiento legalizado de la candidatura de Ríos Mont, que constituyó el afianzamiento del Estado de Derecho y el respeto de las Instituciones correspondientes y la Constitución Política de Guatemala. No era posible que en estos momentos trascendentales para nuestro país, un conocido genocida de nuestro pueblo, surgiera pretendiendo ser un potencial presidente de la República, precisamente cuando estamos construyendo nuestro proceso de paz para erradicar las violaciones a los derechos humanos, desarraigos, secuestros, asesinatos, desapariciones y otros, que se dieron cuando él fue jefe de Estado.

El PAN recientemente aprovechó la cadena de agresiones que el FRG realizó en su contra, pero no cayó en la provocación, sino que se hizo la víctima, lo que le permitió lanzar una imagen de honradez, capacidad y trabajo eficiente, que quiso mostrar con lo que ha realizado en la Municipalidad. Ha logrado complementarla con una campaña de corte populista, que trata de integrar un mensaje de oportunidad para todos.

Ha tratado de avanzar hacia la conquista del apoyo de sectores tradicionalmente adversos y ha integrado personas que anteriormente eran de corte de izquierda; pero con ésto solo ha logrado que su mensaje sea confuso e indefinido. Este partido está siendo apoyado por la cúpula del ejército pero los sectores hegemónicos del CACIF no le dan apoyo, sino únicamente unos sectores, por lo tanto, con ésto se expresa un proyecto de la cúpula del ejército y de algunos sectores del CACIF.

Aparte de ello, también es importante hacer notar la constitución del Frente Democrático Nueva Guatemala. A pesar de múltiples dificultades que han ido superando, se ha completado su cuadro con la incorporación de los sectores populares especialmente el movimiento sindical y popular. Surge entonces como una nueva opción política y así también, el surgimiento de una nueva clase política que tiene como base el movimiento de mujeres, campesinos, obreros y sectores progresistas. Aunque es impredecible todavía las posibilidades de alcanzar éxitos importantes en las elecciones, especialmente porque aún en el interior de nuestro país existe lucha por el poder local. Esto no ha permitido ver con claridad hasta donde puede darse el apoyo al FDNG. Se nota que este partido no está disputando el voto tradicional, aunque en el área urbana si habrá un número considerable proveniente de sectores organizados, pero se considera el mayor potencial de voto en las áreas rurales, especialmente

integrantes del Pueblo Maya. Sin embargo, se enfrenta la dificultad de que muchas de estas personas no tienen documentos que le permiten ejercer su derecho a voto. Lo que sí es de relevancia es que el Frente Democrático Nueva Guatemala se está constituyendo en una fuerza política de oposición que tenga la posibilidad más adelante, de influir en sectores mayoritarios de población, así como ser la organización vanguardista que permita la participación activa y consciente de estos sectores, que es de mucha importancia para la transición que apunta a la construcción de una verdadera democracia. Este frente presenta cierta desventaja ante los otros partidos por el tiempo que tiene de haberse constituido, así como por la falta de recursos económicos que le permita lanzar una propaganda que supere la de los partidos tradicionales, ya que actualmente no puede superar a la de los otros. Pero tiene su gran importancia, pues cuenta con la posibilidad de formar una fuerza social de oposición que en Guatemala no ha existido desde hace varias décadas, pues solamente ha contado con líderes como Colom Argueta y Fuentes Mohr.

2.5.3. **RETORNADOS:** Como producto de la situación que se acentúo en la década de los años setenta y principios de los ochenta, se agudizaron los movimientos migratorios de la población para preservar su vida y seguridad. Estos movimientos fueron interna y externamente del país, siendo

éstos últimos principalmente hacia la República de México, por ser el país más cercano a ellos.

Para 1992, el Gobierno de México estimaba que el reconocimiento de calidad de refugiado que había hecho era cerca de alrededor de 45,000 personas.

A partir de 1987 se inició el proceso de repatriación en forma voluntaria y de manera individual en algunos casos y en otros de manera grupal.

Para abril de 1994 habían retornado a nuestro país, un número aproximado de quince mil personas hermanas nuestras. En ese año y en el actual, 1995, se ha acelerado el proceso de retorno, lo que quiere decir que el Gobierno de Guatemala debe considerar esta situación para poderles ofrecer un sistema de vida digno y decoroso.

Entre los Departamentos que más han recibido retornados, lugares a donde ellos han decidido regresar son: Huehuetenango, Quiché, Alta Verapaz, El Petén, San Marcos, Suchitepéquez, Escuintla y otros a donde han llegado en menor escala.

Para el Gobierno es una gran responsabilidad ante su propio pueblo y ante la comunidad internacional, el poderles ofrecer seguridad, educación, salud, organización y también el ofrecer el reconocimiento de esta población desarraigada como población civil, a la que debe restituírseles sus derechos como ciudadanos. Debe garantizarles la erradicación de toda represión y la discriminación política, así como se les debe

dar un trato igualitario.

Es importante hacer notar que se debe de reconocer y respetar el poder civil local y las formas organizativas que esta población tenga o impulse, para permitir el proceso de fortalecimiento del sistema de organización comunal que ya se ha perdido y es necesario rescatar para que se pueda crear en esta población, organizaciones que permitan el surgimiento de líderes que sean agentes de cambio y desarrollo y puedan así mismo, administrar los servicios e infraestructura propia.

El Gobierno de Guatemala, deberá incluir dentro de su presupuesto la asignación de recursos para desarrollar en forma urgente, proyectos para las vías de comunicación y de infraestructura mínima que permita que sus habitantes tengan un desarrollo en forma integral, implementando un modelo de desarrollo sostenible, sustentable y de autogestión.

También deberá propiciar el rescate a la cultura y a la historia, para que las nuevas generaciones conozcan de nuestros ancestros, de nuestra riqueza histórica y cultural y se siga transmitiendo de generación en generación, ya sea en forma oral o escrita, para que nuestras raíces se mantengan para nuestra identidad.

C A P I T U L O 3

CARACTERISTICAS SOCIO-ECONOMICAS DEL DEPARTAMENTO DE E S C U I N T L A

3.1. DATOS GEOGRAFICOS: Escuintla, cuya cabecera departamental lleva el mismo nombre, se encuentra a 57 kilómetros de distancia de la Ciudad Capital de Guatemala hacia el sur de la República. Colinda al norte con los Departamentos de Guatemala, Sacatepéquez y Chimaltenango, al sur con el Océano Pacífico, al este con Santa Rosa y al oeste con Suchitepéquez. Cuenta con una superficie territorial de 4,384 kilómetros cuadrados. Dividido en trece municipios, los cuales son: Palín, San Vicente Pacaya, Escuintla, Guanagazapa, Siquinalá, Santa Lucía Cotzumalguapa, Nueva Concepción, Tiquisate, La Democracia, La Gomera, Puerto de San José, Puerto de Iztapa y Masagua.

Su altura va de 2 metros localizados en el Caserío Buena Vista, Iztapa a 2,544 metros sobre el nivel del mar localizados en el Volcán de Pacaya; pero presenta "una altura promedio de 347 metros sobre el nivel del mar a una latitud de 14° 18' 10" y una longitud de 90° 47' 02". [1e]

Es un departamento que está a orilla del mar, por ello cuenta con un clima que en su mayoría es cálido (de 25° a 32° Centígrados), a excepción de los municipios de Palín y San Vicente Pacaya (15° a 22° Centígrados). También está situado sobre la cordillera eruptiva del país, por lo que ofrece un

---

[1e] Eduardo Prado Ponce, "COMUNIDADES DE GUATEMALA", Recopilación, Guatemala, C.A., 1984, página 231.

aspecto variado en su topografía. La mayor parte del suelo de Escuintla es plano y sólo se observa relieve montañoso y volcánico en la parte norte que abarca parte de los Municipios de Santa Lucía Cotzumalguapa, Siquinalá y Escuintla y en su totalidad los Municipios de Palín y San Vicente Pacaya. En su territorio se encuentra el Volcán de Pacaya, que es uno de los más eruptivos del país y en la última década ha provocado bajas en la agricultura, especialmente en el cultivo de café.

Los tipos de suelos que prevalecen son: "Desarrollados sobre material fluvio-volcánico reciente a elevaciones medias: (región boca costa del sur), son suelos profundos y fértiles. Sustentan la producción cafetalera más importante del país. Se observan a orillas de las faldas de las cordilleras y volcanes. Desarrollados sobre material fluvio-volcánico reciente a elevaciones bajas: es toda la planicie de la costa sur. Son los más productivos de Guatemala, su reacción es neutra o ligeramente ácida. Puede desarrollarse el cultivo del algodón, el banano, la caña de azúcar, y otras variedades con fines industriales para la exportación". [19]

Cuenta con un conjunto de aguas corrientes y estables que hacen de su suelo un área fértil para la agricultura. En toda la parte norte (área montañosa) se encuentran varios manantiales que surten de agua a las comunidades cercanas a ellos. En los municipios donde se pueden encontrar son: San

---

[19] Alfredo Guerra Borges, "GEOGRAFIA ECONOMICA Y HUMANA DE GUATEMALA", Tomo 1, 1976, Editorial Universitaria, USAC, Guatemala, C.A., página 96.

Vicente Pacaya, Palín, norte de Escuintla, Siquinalá y Santa Lucía Cotzumalguapa. Tiene varios arroyos y riachuelos que también ayudan al abastecimiento de agua a sus habitantes y a la agricultura y ganadería. También cuenta con varios ríos que son de poca extensión, su caudal es mediano o pequeño y la mayoría presenta saltos de agua que no permiten la navegación. Los de mayor importancia son: Nahualate que es línea divisoria entre Suchitepéquez y Escuintla (es aprovechado por las poblaciones de Tiquisate y Río Bravo), Madre Vieja que también es línea divisoria entre los Municipios de Tiquisate y Nueva Concepción, el Río Coyolate que es línea divisoria entre Nueva Concepción, La Gomera y Santa Lucía Cotzumalguapa, el Río Guacalate que corre por los Municipios de Siquinalá, la Democracia y la Gomera y por último el Río Michatoya que hace su recorrido por los Municipios de Palín, partes bajas de San Vicente Pacaya, Escuintla, Masagua y Puerto de San José.

Cuenta con varios kilómetros de litoral marítimo que ha permitido el establecimiento del puerto más importante del Pacífico (Puerto Quetzal) situado en el Municipio de San José. Su costa es muy regular, por lo que ofrece playas para el turismo nacional e internacional.

También es importante hacer notar que cuenta con el Canal de Chiquimulilla, el cual corre paralelo al mar hasta la frontera con El Salvador. Este ayuda a la economía familiar para la pesca de consumo interno.

3.2. DEMOGRAFIA: De acuerdo a estimaciones del Instituto Nacional de Estadística, para 1995, la población del Departamento de Escuintla es de 610,323 habitantes, o sea, el 5.75% de la población nacional. Su población urbana asciende a 232,935 habitantes (38.17%), mientras que la rural presenta 377.388 habitantes (61.83%). Presenta una tasa de crecimiento de 3.41% como promedio. Su densidad de población es de 139 habitantes por kilómetro cuadrado. La esperanza de vida para esta población es de 61.3 años.

CUADRO No. 5

POBLACION POR SEXO. 1995

MASCULINO	322,190 (52.79%)	URBANA	118,494 hab. (50.87%
		RURAL	206,469 hab. (54.71%
FEMENINO	288,133 (47.21%)	URBANA	114,441 hab. (49.13%
		RURAL	170,919 hab. (45.29%

Fuente: ESTIMACIONES DE POBLACION URBANA Y RURAL POR DEPARTAMENTOS Y MUNICIPIOS 1990-95, Instituto Nacional de Estadística, Guatemala, febrero 1991.

En la siguiente página, Gráfica No. 5, podemos observar que la población de Escuintla es relativamente joven, que de 0 a 44 años constituyen el 86.84%. La población económicamente activa es bastante alta (43.06%) le sigue la

población en edad escolar con un 27%, mientras que la población de la tercera edad tiene un porcentaje bastante reducido. De la población de 15 a 44 años de edad, parámetro que se toma para el grupo de mujeres en edad fértil vemos que hay 124,070 habitantes que constituyen un 20% del total de población, situación bastante considerable para aspectos de salud.

La población económicamente activa es de 262,805 o sea, el 43.06% de la población total dividida en población masculina 138,735 y femenina 124,070 (52.79% y 47.21% respectivamente de la PEA).

De acuerdo a información del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS, la población derechohabiente llega a 344,466 personas que significan un 56.44%, la que está dividida de la siguiente manera: afiliados 119,013 personas que constituyen el 19.50%, total de beneficiarios 208,730 (entre esposas e hijos) que llegan a un 34.20% y los pensionados (personas que son atendidas por el Programa de Invalidez, Vejez y Sobrevivencia) constituyen el 2.74%.

De la población afiliada, dividida por sexo se observa así: masculino el 82% (97,591 personas) y femenino el 18% (21,422 personas). De la población beneficiaria observamos que los hijos tienen el 81.76% y las esposas el 18.24%.

Se espera que para el año 2,000, Escuintla presente una población de 721,726 habitantes si vemos que para 1995, su densidad de población era de 139.21 habitantes por kilómetro

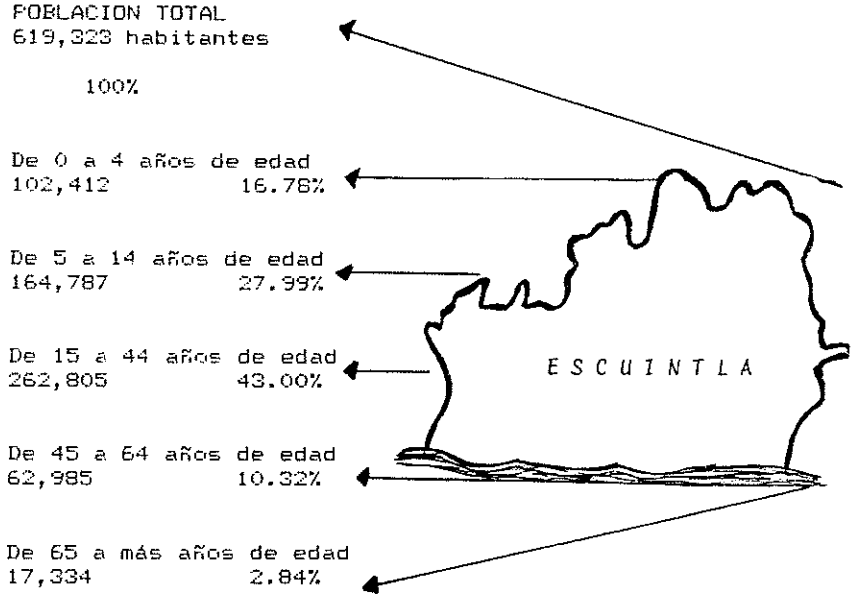
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

cuadrado, o sea que para el 2,000 será de 164.6 habitantes por kilómetro cuadrado.

Escuintla, una ciudad cosmopolita, presenta diversidad de personas de diferentes orígenes no sólo de raza sino de lugares, pues aquí confluyen de todos los lugares de la República de Guatemala, así como de El Salvador, México y Honduras. Todos ellos se reúnen aquí por la oportunidad de empleo, tanto en la industria, como en el comercio y la agricultura, para emplearse como mano de obra barata.

GRAFICA No. 4

POBLACION POR GRUPO ETAREO. 1995



Fuente: Porcentajes proporcionados por Instituto Nacional de Estadística.

CUADRO No. 6

DATOS ESTIMADOS DE POBLACION DE ESCUINTLA POR MUNICIPIO 1995

MUNICIPIO	POBLACION TOTAL	POBLACION URBANA	POBLACION RURAL
Escuintla	123,048	69,532	53,515
Nueva Concepción	85,096	21,062	64,036
Santa Lucía Cotz.	83,441	32,097	51,344
Tiquisate	80,948	27,829	53,119
La Gomera	61,496	9,818	51,677
San José	40,645	16,636	24,010
Palín	34,474	17,984	16,640
Masagua	30,856	3,129	27,728
La Democracia	19,527	11,007	8,520
Guanagazapa	14,205	4,540	9,664
San Vicente Pac.	12,779	8,430	4,349
Siquinalá	12,494	7,023	5,471
Iztapa	11,314	3,849	7,465
TOTAL	610,323	232,935	377,388

Fuente: ESTIMACIONES DE POBLACION URBANA Y RURAL POR DEPARTAMENTO Y MUNICIPIO 1990-95, Instituto Nacional de Estadística, Guatemala, febrero de 1991, página 33.

En el cuadro no. 6, vemos los datos de población por Municipio, los que fueron colocados del mayor a menor número en el rubro de población total, observando que el municipio que presenta mayor número de habitantes es Escuintla, la

cabecera municipal, considerándose que la razón principal para que allí se de mayor concentración de población es porque presenta más fuente de trabajo en la industria y el comercio. Le siguen en su orden, Nueva Concepción, Santa Lucía Cotzumalguapa, Tiquisate y La Gomera que son municipios que tienen la mayor producción de azúcar y algodón, a excepción de Nueva Concepción que el mayor porcentaje de su tierra está parcelada.

Los municipios que presentan el mayor porcentaje de población urbana son: Escuintla, Santa Lucía Cotzumalguapa, Tiquisate, Nueva Concepción y Palín. Los que presentan mayor población rural son: Nueva Concepción, Escuintla, Tiquisate, La Gomera, Santa Lucía Cotzumalguapa y Masagua.

El municipio con menor población es Iztapa, y junto con Masagua, son los dos con menos población urbana. San Vicente Pacaya y Siquinalá son los dos municipios con menor población rural.

Se dice que la población indígena asciende a un 8.9%, o sea, 54,319 personas, que en su mayoría habitan en el Municipio de Palín, donde su población tiene ascendencia de la Etnia Pocomán y aún guardan muchos aspectos culturales propios como su lenguaje, vestuario y costumbres.

En el Municipio de San Vicente Pacaya se presenta un alto porcentaje de población, cuyo origen es garífuna, quienes llegaron a habitar allí buscando refugio, escapando de la esclavitud.

3.3. ACTIVIDADES ECONOMICAS: Escuintla posee grandes extensiones de tierra que son las grandes planicies que aunadas a su clima cálido, han permitido el desarrollo de la actividad agropecuaria en gran escala, como son la caña de azúcar, algodón, ajonjolí, soya, maicillo, plantas de forraje como el sorgo, así como frutas tropicales entre las que sobresalen banano, plátano, naranja, mango, melón, y otros para el consumo interno, aparte de surtir con granos básicos y algunas legumbres. En la parte norte, donde su clima es templado, el producto de mayor cultivo es el café. Todos ellos son fuente de ingreso para muchas personas, ya sea en el área agrícola como el comercial.

Aparte de ésto, también ha presentado fuerte auge en la ganadería que surte el mercado interno y externo.

En el área de la costa sur, Escuintla es el Departamento con mayor desarrollo dada sus actividades agrícolas e industriales que presentan un alto grado de tecnología.

La producción que le permite mayores ingresos es la agrícola, apoyada por la industrial, por ello vemos allí ingenios azucareros, beneficios de café y arroz, desmotadoras de algodón, refinería de petróleo, así como procesadores de derivados de la leche y carne bovina para la industria.

Por presentar una variedad de actividades como las agrícolas, industriales, ganaderas, comerciales, salineras, así como el movimiento portuario, pues cuenta con uno de los puertos de mayor movimiento (Puerto Quetzal), así como

presenta bastante movimiento turístico que se despliega a todo lo largo de la costa que da al Océano Pacífico, Escuintla representa el Departamento con mayor movimiento económico del país.

Los productos de mayor importancia por su producción y generación de empleo han sido la caña de azúcar, el algodón y el café. Pero a partir de la década pasada, la siembra de algodón empezó a disminuir en forma acelerada, considerando muchas personas que este cultivo va a desaparecer en nuestro país. En muchos terrenos donde anteriormente se cultivaba algodón, ahora se están utilizando para el cultivo de caña de azúcar. Estimaciones hablan que la caña de azúcar está ocupando el 70% de la tierra cultivable, el resto se utiliza para los otros cultivos y para la crianza de ganado.

A principios de los años 80, el algodón tenía un área cosechada de 185 mil manzanas que producían más de 5 millones de quintales al año; pero en el período de los años 1986-87 ya sólo abarcó un área de 43 mil manzanas, teniendo el problema de no haber exportado este producto, sino que fue para el mercado nacional. Quiere decir que redujo su producción en 143 mil manzanas, o sea el 76.76% de tierra ya no se cultivó y se tuvo que conformar con solo el 23.24% de lo que había sido su área de siembra. En el período 1987-88 mejoró levemente, pues se destinaron más de 55 mil manzanas de tierra para su cultivo y con este promedio se mantuvo hasta finales de la década.

En 1992 comenzó a decrecer nuevamente y en 1993 ya solamente se cultivaron 20 mil manzanas y para 1994 se tenían estimadas para su uso, 10 mil manzanas. Esta situación negativa se debe a una baja en el precio del producto a nivel internacional ya que Estados Unidos lanzó un programa de subsidio para la producción dentro de ese país, además China incrementó considerablemente sus exportaciones saturando el mercado.

Para algunas personas que han estado relacionadas con este cultivo, opinan que el colapso algodonero se debe fundamentalmente a que este gremio no contó con el apoyo del gobierno en los momentos en que se produjeron las bajas en los precios internacionales de este producto.

Todo lo contrario, la situación de la agroindustria azucarera de Guatemala que está constituida por 17 ingenios, que en su mayoría se encuentran en Escuintla, éstos tiene la capacidad instalada de procesamiento de caña de azúcar de 95 mil toneladas por día y el rendimiento promedio de las últimas zafras 1991-92 y 1992-93 alcanzó las 206 y 202 libras por tonelada respectivamente, información proporcionada por la Asociación de Azucareros de guatemala (AZASGUA). Durante la última cosecha, hubo una producción que sobrepasa los 23 millones de quintales de azúcar y este crecimiento se marcó a partir del inicio de la década de los años 80, precisamente cuando empezó a decaer el algodón.

Información del Banco de Guatemala dice que en 1979-80 se

dieron 82 mil manzanas destinadas a la siembra de caña de azúcar, y en la zafra de 1994, fueron 185 mil manzanas.

Actualmente este país ocupa el sexto lugar en volumen de producción y el 3ero. por su nivel de producción dentro de América Latina y el Caribe. Así también, Guatemala se encuentra entre los diez exportadores más importantes del mundo.

Para 1994 se estimó que las ventas en el mercado externo debieron ser de 129 millones de dólares, que equivalen a un 13% del total de exportaciones del país.

La ganadería es otro rubro que ha ocupado grandes extensiones territoriales, se ha considerado de buena calidad y ha sido utilizada para exportación. La ganadería ocupa ganado bovino, equino y porcino. En los últimos años también se ha visto afectado, especialmente en el mercado estadounidense con su industria ganadera, pues allá con su tecnología han logrado mejorarla y aquí en Guatemala, se continúa con métodos tradicionales para la crianza del ganado, lo que le ha permitido seguir compitiendo en el exterior. [20]

También Escuintla representa importancia económica para el país por el renglón industrial, pues allí se desarrollan fábricas de productos alimenticios, aceites, combustibles y manufacturas de la región. El comercio forma parte de otro

---

20 "LA DULCE ECONOMIA DE LA COSTA SUR", Pulso, Siglo Veintiuno, 19 de abril de 1994, página 10.

renglón importante, pues se facilita por la situación geográfica y vías de comunicación. El complejo portuario del Pacífico representa otra fuente comercial y turística. Sus playas y sus balnearios atraen grandes cantidades de población en busca de trabajo, inversión o paseo.

En menor cantidad, se dan trabajos de madera, metales, cestería, cuero, cerámica y en los lugares aledaños a las playas, son elaborados objetos de conchas y caracoles, artículos de pesca como atarrayas y trasmallos.

Por lo anterior, este departamento se convierte en un atractivo para las personas y por ello, Escuintla se ha convertido en un lugar cosmopolita, donde llegan personas de diferentes etnias, de diferentes países y de los municipios de ese mismo, por lo que se ve una migración entre municipios de acuerdo a épocas de cosecha de cada rubro agrícola, industrial, turístico, comercial, etc., pero especialmente por su potencial agrícola, que a ejercido un atractivo permanente para la población campesina sobre todo constituida por indígenas oriundos de otros departamentos como son los del altiplano: Quiché, Chimaltenango, Huehuetenango, San Marcos, Quetzaltenango, Totonicapán, y Sololá, así como mínima parte de los departamentos de la región nor-oriental: Jutiapa, Jalapa y Santa Rosa. Estos flujos migratorios están condicionados a los ciclos productivos de caña de azúcar, algodón y café. Se calcula que en época de cosecha pueden reunirse hasta 200,000 trabajadores temporales. Un porcentaje

de ellos, se desplaza con su familia y habita, en general, en condiciones infrahumanas, determinando ésto sus perfiles de enfermedad, incapacidad y muerte.

Aquí en este Departamento, se observa claramente el proceso de latifundo existente en nuestro país, pues "los datos de tenencia de la tierra del Departamento de Escuintla demuestran la desproporción de la misma: 47.7% de las microfincas posee únicamente el 4.5% de la superficie en manzanas, con un promedio de 0.19 manzanas por finca, mientras que el 0.5% de las fincas grandes retiene el 54.4% de la superficie, con un promedio de 2,235 manzanas". [21] Quiere decir que la tierra existente está en pocas manos, mientras que las grandes cantidades de campesinos se ven obligados a vender su fuerza de trabajo por un salario que no es suficiente para satisfacer las necesidades propias y la de su familia, careciendo de tierra propia para cultivar, por lo que se ven obligados a formar las grandes masas de población que cohabitan en lugares inadecuados.

3.4. SITUACION SOCIAL:

3.4.1. EDUCACION: El Departamento de Escuintla no es la excepción con respecto al analfabetismo, pues para 1990 presentó un 41% de la población mayor de 15 años de edad. Hay un déficit de infraestructura de educación primaria en la

---

21 "ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD POR REGIONES", Organización Panamericana de la Salud, OPS, Guatemala, 1992, página 70.

Región V, donde está ubicada Escuintla, el cual es de 35.7% y de 86.7% en educación media. Un 96% en educación pre primaria. Aparte se ha calculado que hay 1.33 maestros por cada 1,000 habitantes, en contraste con la nacional que es de 5.84 por cada 1,000 habitantes.

Hay muchos factores que inciden en este problema, entre ellos podemos mencionar la pobreza generalizada (87.4% de pobreza y 66% de pobreza extrema); la dispersión de la población que no permite que muchos niños asistan a algún centro educativo, pues muchas veces el más cercano está a varios kilómetros de distancia, otro aspecto que influye son las migraciones tanto de municipio a municipio, como del departamento a otros lugares del país, las fallas del sistema educativo que no toma en cuenta la situación laboral del niño que participa en trabajos fuera de su hogar así como el bajo número de maestros. [22]

Para 1985, se tenía información que en el área departamental de Escuintla, un total de 343 escuelas públicas de nivel primario albergó un total de 55 mil 333 alumnos de los cuales, el 34% (18,614) era de primer grado. También presentó un déficit de cobertura de 7 a 12 años para 1991 que fue de 16.3%. [23]

De cada 10 niños que ingresan a primer grado, solo tres

---

[22] IBID, op. cit. página 70.

[23] "EDUCACION AMBIENTAL Y EDUCACION POPULAR", Revista Momento, Asociación de Investigación y Estudios Sociales, ASIES, año 7, No. 1, 1992, Guatemala, C.A.

logran cerrar el nivel primario (6o. grado). También se presenta el problema de sobre-edad, pues la mitad de los niños de esta área, cursan el nivel primario a una edad más grande que la reglamentada.

Otro problema se observa que no cuenta con estimulación temprana para los niños pequeños, aparte de que existe poca cobertura de educación pre-primaria, especialmente en el área rural, donde no hay escuelas de párvulos. Esto mismo redunda en el poco rendimiento del niño en los primeros grados. Está como coadyuvante negativo, el problema de salud del niño, especialmente algún grado de desnutrición. Se da la deserción escolar también porque generalmente los niños mayores de 10 años pasan a formar parte de la mano laboral del departamento, y otro fenómeno que se da es que la niña en algunos casos se casa antes de finalizar el sexto grado.

El maestro es nombrado por el Ministerio de Educación, y muchas veces no evalúa si éste pertenece a este Departamento y cuando no lo es, tiene la dificultad de tener a su grupo familiar en su lugar de origen, lo que lo hace viajar constantemente y ello da lugar a que su asistencia para dar clases sea baja, que influye en la deficiente formación del niño.

Los padres de familia, generalmente no han sido oídos por el Ministerio de Educación, cuando ellos han manifestado su desacuerdo por el bajo rendimiento de algún maestro, y por la situación económica no pueden permitirse cambiar a sus hijos

a los establecimientos privados, pues las cuotas mensuales son bastante altas, aparte que en el área rural no existen. Se da muy poca supervisión por lo que en las escuelas se presentan y persisten por años, problemas que cada día van agrandándose y no se logran resolver, unos de ellos son la drogadicción y prostitución que se da como un fenómeno natural, al que los maestros no le ponen atención, poca disciplina por parte del alumnado y bajo rendimiento por ello. Se han manifestado muchos problemas de enfermedades venéreas en los jóvenes, quienes manifiestan que frecuentan los bares y centros de prostitución clandestina, así también se han presentado ciertos casos de embarazos en señoritas adolescentes que muchas veces no terminan la educación básica, aumentando el número de madres solteras. La venta de drogas y asociación en maras hace que la población se mantenga atemorizada pues casi a diario hay problemas de enfrentamientos entre estos grupos, resultando jóvenes heridos y adultos que han estado cerca del mismo.

3.4.2. **VIVIENDA:** En Escuintla, por su crecimiento demográfico, cada año surgen nuevos hogares que necesitan una vivienda. No se dispone de datos recientes en cuanto a indicadores de vivienda, pues el último censo de habitación se realizó en 1981.

Del total de viviendas (95,679), el 41.75% sí tienen servicio de luz eléctrica, mientras que el 58.25% aún no han

obtenido este beneficio, sino que utilizan gas, gasolina, candela y otros. [24]

CUADRO No. 7

REGIMEN DE TENENCIA LOCAL. 1981

TENENCIA	NUMERO	PORCENTAJE
PROPIA	29,928	31.28 %
PAGADO TOTALMENTE	28,098	29.37 %
A PLAZOS	1,830	1.91 %
ALQUILADO	9,431	9.86 %
CEDIDO	23,556	24.62 %
OTRA FORMA	2,836	2.96 %
TOTAL	95,679	100.00 %

Fuente: X Censo Nacional de Habitación, Instituto Nacional de Estadística, 1981.

En esta misma fuente de información, se obtuvo lo siguiente: con respecto al acceso de agua, se ve la necesidad de conexión de la misma, pues constituye uno de los indicadores más importantes para determinar la calidad de la vivienda por su estrecha relación con los indicadores de salud en la población, y el servicio de agua se manifiesta así:

---

[24] X CENSO NACIONAL DE HABITACION, Instituto Nacional de Estadistica, 1981.

36.63% que tienen el servicio de agua entubada y el 63.37% no la tienen y se abastecen de pocos, ríos y de chorro público. Esta situación dificulta para la prevención de enfermedades diarreicas, parasitarias y otras.

El sistema de disposición de excretas es igualmente importante por las implicaciones que la carencia de un sistema eficiente tiene sobre la salud. En 1981, el 42% de viviendas no tenia sistema de disposición de excretas, lo que también viene a dificultar las medidas preventivas para mejorar la salud de la población.

Con relación a si tienen cuarto para cocina, se manifestó así: para uso exclusivo del hogar 49,246; para uso de varios hogares 2,457 y hogares o viviendas que no disponem de él 14,030.

El material de paredes está con un 35.65% de ladrillo o block, un 35.14% de madera y un 18.57% de lepa o caña. El techo está con un 71.07% de lámina, un 20.56% de paja o palma y un 3.29% de asbesto o concreto.

El tipo de local lo vemos en casa corriente con 73.12%, rancho 12.69% y cuarto en casa de vecindad 5.15%. [25]

3.4.3. SALUD: Las caracteristicas sociales, económicas, climáticas, demográficas y el estilo de vida, determinan en alto grado los patrones de distribución de las enfermedades, por tal situación, merece atención especial la malaria, el

---

[25] IBID, op. cit.

dengue, la tuberculosis pulmonar, los accidentes en general, las intoxicaciones por agroquímicos (plaguicidas y fertilizantes), y otras como oncocercosis, enfermedades de transmisión sexual y la marea roja tóxica o intoxicación paralítica por mariscos.

La malaria ocupa un lugar preponderante en el departamento, donde hay por lo menos ocho municipios considerados dentro de los que presentan los mayores índices maláricos a nivel nacional. Los municipios de Escuintla, Masagua, La Gomera, La Democracia y Siquinalá, registran el mayor número de casos, constituyen alrededor del 93% a nivel de región. También registró 27 brotes de dengue y 1,504 casos que representan el 21.5% del total registrado en el país.

La tuberculosis también representó en 1989 el 0.85% de los casos de enfermedades notificables, pues las condiciones de pobreza, hacinamiento y desnutrición en que vive la mayor parte de la población favorecen la transmisión de la enfermedad.

Los accidentes de trabajo constituyen una situación seria que se debe considerar como prioritario. Las heridas de mano representaron la segunda causa de consulta para el IGSS en 1990. También en este mismo año, las intoxicaciones por plaguicidas fue de 125 por lo que es necesario darle mayor atención. Actualmente no se tiene conocimiento sobre los efectos a largo plazo en lo que respecta a la salud animal, la contaminación del medio en general y del ser humano.

Otro problema que enfrenta es la oncocercosis que se presenta más en los municipios de Santa Lucía Cotzumalguapa, San Vicente Pacaya, Guanagazapa, Palín y Escuintla, que abarcan un 84% de la población en riesgo.

Las enfermedades de transmisión sexual para 1989 significaron el 1.87% de las enfermedades notificables, 671 fueron infecciones gonocóccicas y 174 por sífilis. Aparte de ello, existe subregistro de tales enfermedades.

El saneamiento ambiental se ve afectado por la baja cobertura con respecto a drenajes, por otro lado, se estima que el 85% de los sistemas urbanos que proveen agua, lo hacen con cierto grado de contaminación.

Las aguas servidas no reciben ningún tipo de tratamiento y contaminan los ríos y el mar. Se agranda el problema con los desechos industriales que llegan a las áreas costeras, creyéndose que ellos favorecen el crecimiento de especies que pueden estar relacionados con enfermedades como la intoxicación paralítica por mariscos.

Los desechos sólidos tampoco tienen un sistema organizado para su recolección y disposición final. Lo que ha venido a aumentar la contaminación del suelo. Aparte de ello ya se está sufriendo con la deforestación y sus efectos secundarios.

Todo lo anterior coadyuva a la situación de salud-enfermedad de Escuintla, en donde la esperanza de vida al nacer fue de 61.28 años para 1990, mientras que la nacional se presentó en 64.81 años, lo que quiere decir que existen menos

posibilidades en este departamento, aunque sea en una ligera diferencia.

Alrededor del 50% de defunciones fue hecho por personal no médico, por lo que se observa que el cuarto lugar de causas la ocupan los síntomas y estados morbosos mal definidos. Las principales causas de defunción para ese año fueron: enfermedades diarreicas con una tasa de 12.69 por diez mil, infecciones respiratorias agudas con 12.38, infecciones originadas en el período perinatal 7.02, síntomas y estados morbosos mal definidos 5.5. y desnutrición con 5.38.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social reportó como primeras causas de morbilidad para ese año, las infecciones respiratorias agudas, heridas de mano, parasitismo intestinal, infecciones de la piel, diarrea y desnutrición. Todas estas constituyen el 84% del total de consultas.

La mortalidad infantil fue de 67.5 por mil nacidos vivos y a nivel nacional fue de 56 por mil nacidos vivos, lo que quiere decir que en Escuintla, está demasiado alta, pues sobrepasa el promedio nacional. Las causas fueron: afecciones originadas en el período perinatal con 30.02%, infecciones respiratorias agudas 21.31%, diarrea 21.21%, otras enfermedades infecciosas y parasitarias con 4.75% y por último signos, síntomas y estados morbosos mal definidos 3.34% del total, todas ellas constituyen el 80.63% del total de defunciones para esa edad.

La mortalidad neonatal era de 19.56 por mil y la tasa de

mortalidad perinatal de 29.33 por mil nacidos vivos. [26]

El grupo de morbilidad y mortalidad por accidentes y violencia, puede decirse que es producto de la crisis social y económica de la región, así como de las condiciones laborales precarias.

El grupo más desprotegido es el de menores de 1 año en donde las defunciones se dan por causas nutricionales e infecciones principalmente.

El grupo materno-infantil también constituye un sector de riesgo, evidenciándose que la salud de la madre y de los niños está determinada, entre otros, por la maternidad temprana, el bajo nivel de instrucción de las madres, los embarazos numerosos y la poca atención prenatal del parto y el puerperio.

La situación en el departamento aún presenta un impacto negativo, especialmente en los grupos de alto riesgo, o sea, el materno infantil, los trabajadores, los migrantes y la población del área rural, en quienes las condiciones sociales y económicas tiene un peso mayor en su calidad de vida. En épocas de cosecha del algodón, la caña de azúcar y el café, se da el proceso migratorio, y llegan a este departamento cerca de 500 mil personas entre adultos, hombres, mujeres y niños a vivir en condiciones infrahumanas, sin ninguna seguridad sanitaria y sin la posibilidad de tener acceso a la salud en

---

[26] "ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD POR REGIONES, GUATEMALA, 1992", Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud, OPS-OMS, páginas 70-75.

forma sistemática, pues por el hecho de que ellos únicamente son contratados por un mes o 22 días, no cotizan al seguro social, aunque sí llegan a ser atendidos por situaciones de emergencia como se manifestó con los brotes de cólera, heridas de machete, intoxicaciones y quemaduras que han sido resultado de la quema de caña de azúcar para poder cortarla. Aún no se ha logrado mantener un buen control con respecto a los niños hijos migrantes que son vacunados cuando están en el departamento, para ver si continúan llenando su esquema, ya que muchas madres se han resistido a que sean vacunados sus hijos, lo que ha significado peligro por el sarampión y la polio.

C A P I T U L O 4

ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN ESCUINTLA

4.1. BREVE RESEÑA HISTORICA: A partir de 1985, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social consideró importante iniciar estudios sobre la necesidad de cambios en la atención que presta al afiliado y sus beneficiarios. Ese mismo año se desarrolló el primer seminario donde se hizo una crítica a los modelos tradicionales y se hizo sentir la necesidad de cambiar para implementar la atención primaria de salud así como la necesidad de la participación de la comunidad en el tratamiento de sus problemas. En 1987 se creó una comisión para realizar estudios de factibilidad a fin de extender los programas de enfermedad común y materno-infantil a la costa sur-occidental. En ella se contó con la asesoría de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Internacional del Trabajo. De allí se generó un segundo seminario-taller que trató de las nuevas estrategias de salud para la extensión de los programas al área mencionada. Se realizó un tercer seminario-taller ese mismo año, en el cual se contribuyó a plantear un diagnóstico de la región así como alternativas de solución a los problemas existentes.

De todos los departamentos de esta región, se seleccionó a Escuintla por las siguientes razones: Posee un mayor número de afiliados cotizantes y patronos vigentes de la zona, se dio mayor demanda por parte de la población a través de grupos organizados, tiene mejores vías de comunicación interna, mayor accesibilidad a la Ciudad Capital, existe un alto porcentaje

de homogeneidad étnica de la población. Aparte de ello, también se consideró que Escuintla presentó una mayor tasa de mortalidad infantil de la región, alta morbilidad que se puede prevenir, alto nivel de desnutrición, alto proceso migratorio de trabajadores rurales, mayor tasa de crecimiento de la población, baja esperanza de vida y otros.

En 1989 la Junta Directiva del Instituto, aprobó la propuesta para la extensión y a principios del año 1989 decidieron que los programas iniciaran en el mes de julio de ese mismo año. Para ello, se creó el Acuerdo 848 en el que se establecen los cuatro niveles del sistema nacional de salud y se delimitan las competencias de cada uno de ellos dándole énfasis al área comunitaria, por lo que se ve de la siguiente manera:

PRIMER NIVEL: Acción y atención, así como desarrollo comunitario dirigidas a la población afiliada y no afiliada.

SEGUNDO NIVEL: Servicios de consulta externa para la población afiliada y beneficiaria.

TERCER NIVEL: Servicio de hospitalización para la población afiliada y beneficiaria.

CUARTO NIVEL: Asistencia médica de alta especialidad para la población afiliada y beneficiaria.

En julio de 1989, se inicia el plan piloto de Atención Primaria de Salud patrocinado por el Instituto Guatemalteco de

Seguridad Social a la par de la apertura de los programas de enfermedad común y Materno-infantil en el Departamento de Escuintla. Para llevar a cabo ésto, se establecieron nueve consultorios ubicados en los Municipios de Palín, Escuintla, Siquinalá, Santa Lucía Cotzumalguapa, Tiquisate, La Gomera, La Democracia, Masagua y Puerto de San José. Aparte de ellos, también abrieron sus puertas para atender a beneficiarios y afiliados de estos programas los cuatro hospitales que anteriormente sólo cubrían atención por accidentes, los que están situados en los Municipios de Escuintla, Santa Lucía Cotzumalguapa, La Gomera y Tiquisate; los cuales son los que tienen mayor confluencia de población, especialmente en época de cosecha. Para apoyar el área curativa, también se establecieron trece grupos institucionales en cada uno de los Municipios. Estos son conocidos como Equipos de Proyección Comunitaria y su labor básica es la prevención de enfermedades y fomento de la salud y cuenta cada uno de ellos con Promotores de Salud, Promotores de Seguridad e Higiene, Auxiliares de Enfermería, Enfermeras Profesionales, Inspectores de Seguridad e Higiene, Trabajadores Sociales, Psicólogos y Médicos.

Este equipo está ubicado en el Primer Nivel de atención que establece el Acuerdo 848, y por el hecho de visitar las comunidades y llegar hasta donde está presentándose la enfermedad, se detectan a las personas necesitadas de atención, por lo que hace referencia al segundo nivel

(Consultorios) cuando ellas son afiliadas o beneficiarias, o de lo contrario, a los Centros de Salud de los Municipios respectivos y si es una situación grave o de emergencia a los hospitales de especialización como ojos, oídos, habla, psicomotricidad, etc. Por ello se considera que esta extensión ha venido a atender en gran parte el problema de salud pues se ha puesto al alcance de todos los habitantes de las comunidades, tanto cotizantes como no cotizantes, ya que la educación en salud y sistemas preventivos han favorecido a todos. Con ésto, se ha venido a llenar una necesidad básica social y sentida, pues Escuintla, a pesar de su situación de generación de la economía para todo el país, no tenía un adecuado servicio de salud y seguridad social. Aparte de ello, se ha pretendido mantener la relación entre el aspecto curativo y el aspecto preventivo, ya que muchas de las enfermedades son prevenibles y dependen mucho de la situación social, económica y cultural. Por ello, los Equipos de Proyección Comunitaria se dedican al aspecto educativo-preventivo a fin de que las comunidades reconozcan, analicen y reflexionen sobre estos aspectos para que en conjunto se busquen soluciones a las necesidades y problemas.

En el área curativa o área hospitalaria, para poder atender la demanda y prestar el servicio en los programas de enfermedad común, materno-infantil y accidentes, se implementaron 259 camas en los 4 hospitales, distribuidas de la siguiente manera:

CUADRO No. 8

DISTRIBUCION DE CAMAS EN EL AREA HOSPITALARIA

SALAS DE:	CANTIDAD	%
MEDICINA	48	18
PEDIATRIA	26	10
CIRUGIA	33	13
OBSTETRICIA	36	14
TRAUMATOLOGIA	116	45
TOTAL	259	100

Fuente: Informe de Labores julio 1989-mayo 1990, Escuintla, 20 de junio de 1990.

Llama la atención que se ha hablado de la protección a los grupos vulnerables, como son los niños, mujeres y ancianos; sin embargo, en el cuadro anterior se observa que sólo el 10% de las camas se implementó en el área de pediatría y el 14% en el área obstétrica y no se tomó en cuenta un área para la atención de personas de 3a. edad (área geriátrica). Con ésto se quiere decir que no hubo un verdadero estudio técnico en función de necesidades interrelacionadas con la cantidad de población demandante para establecer una atención adecuada a la misma. Esto se pudo observar y se observa actualmente, que muchas personas no son atendidas como se debe, pues al personal institucional le interesa que las personas no permanezcan por mucho tiempo allí para poder

ingresar a otras, y una de las razones es la falta de camas, cuestión que ha sido olvidada por los directores y administradores de los hospitales, quienes esperan que el personal paramédico realice milagros para solucionar problemas cuando se presentan casos de emergencia y no pueden regresarlos a sus casas para tratamiento ambulatorio. Se observa también, que tanto el nivel operativo como el nivel directivo no se interesan por mejorar el aspecto físico e instrumental, aunque éste influye directamente en la buena o mala atención del paciente, pero la mayoría del personal maneja la filosofía de que "el derechohabiente sólo llega al I.G.S.S. a ver que le saca", y por ello, ni sus instalaciones, ni se instrumental ni la interrelación entre el personal y el paciente han mejorado, sino al contrario, se ha deteriorado a través de estos años.

Se dice que estos programas se lanzaron como una instancia política y no como una estrategia para la atención de la población derechohabiente de este Departamento, puesto que en esa época el Gerente era el hermano del Presidente de la República de Guatemala.

Para 1989, el Seguro Social acumuló para laborar en el Departamento de Escuintla, un total de 965 personas contratadas y ubicadas en los tres niveles (área preventiva, área de consultorio y área hospitalaria). (Ver cuadro No.9).

Existe una gran contradicción con la implementación del Programa de Atención Primaria de Salud, pues ella en su

ilosofía habla de la necesidad de medidas preventivas en el ayor porcentaje, sin embargo, el Seguro Social la implementó on únicamente el 22% del personal contratado, sin materiales, i mobiliario, ni estructuras físicas y logísticas para la fectividad del trabajo en las comunidades. Por el contrario, l 78% del personal fue ubicado en el segundo y tercer nivel, onsiderándose que se le dio mayor importancia al área urativa que preventiva, siguiéndose el mismo esquema radicional de atención, cuyo personal no tuvo ni tiene, entro de su filosofía de desempeño, los principios de tención Primaria de Salud.

Por aparte, hubo cierta deficiencia técnica en la ontratación y distribución de personal, especialmente con sicólogos, Trabajadores Sociales y personal administrativo y e servicios. Vemos que profesionales de Psicología solamente ueron contratados 4, que debían cubrir los 13 municipios, osteriormente consideraron necesario que uno de ellos ubriera el área hospitalaria de Escuintla, quedando para el rea comunitaria, solamente tres. Ellos consideran que su abor no está en función de un horario determinado de 8 horas, ino que deben trabajar por objetivos y que generalmente, los ogran en el término de 4 horas, cuyo horario es el que se han stablecido y en función de ello, dan el apoyo a los Equipos le Proyección Comunitaria que cubren.

Por aparte, solamente se contrataron 10 Trabajadores ociales para el área preventiva, ubicados en igual número de

Equipos de Proyección Comunitaria, dejando descubiertos 4 municipios considerados con poca población derechohabiente, por lo que los Trabajadores Sociales asignados a Municipios cercanos deben cubrir a los otros, quedando así: el Trabajador Social asignado en el Municipio de Tiquisate debe cubrir el Municipio de Nueva Concepción, el de el Puerto de San José, debe cubrir el Municipio de Iztapa; uno de los Trabajadores Sociales asignados para Escuintla, debe cubrir Guanagazapa y el asignado para Palín debe cubrir San Vicente Pacaya. Esto viene a disminuir la efectividad del trabajo, puesto que la organización comunitaria es la considerada fundamental para el logro de objetivos institucionales y ella está bajo la responsabilidad del Trabajador Social quien debe responder cuando ésta no se ha logrado en las comunidades.

No hay personal administrativo, como Secretarias que apoyen las actividades de los Equipos de Proyección Comunitaria, por lo que el elaborar material escrito como informes, solicitudes, y otros, deben hacerlo ellos, lo que absorbe tiempo que bien puede dedicarse a las actividades propias en la comunidad. Tampoco tienen apoyo en la limpieza de los locales donde están situados, y por ello, también deben dedicar tiempo a la limpieza y arreglo del mismo.

Los resultados no han sido los esperados, pues aparte de que el número de profesionales médicos, químicos, odontológicos no es suficiente, ellos no laboran en jornada completa para la cual fueron contratados, sino que

generalmente se desempeñan en media jornada, así los médicos contratados por 4 horas, generalmente laboran solo 2. Llegan a las 8 de la mañana y se retiran a las 10. De igual forma lo hacen los que están contratados por 6 y 8 horas, que se presentan generalmente a las 8:30 o 9:00 horas y se retiran a las 12:00 a 14:00 horas, siendo su horario de 8:00 a 16:00 horas los contratados para 8 horas. No se interesan por atacar las causas de las enfermedades que se presentan, sino que únicamente les recetan medicamentos para aliviar temporalmente y luego las personas vuelven con la misma enfermedad, marcándose un circulo vicioso que no se puede cortar por la falta de identificación con la problemática y con la falta de identidad nacional.

Otra situación que ha bajado el resultado del trabajo, es el desempeño de los Inspectores y Promotores de Seguridad e Higiene que no desarrollan todas las labores, sino únicamente se concretan a realizar Inspecciones y reinspecciones a las empresas y fincas asignadas, pero únicamente lo hacen con el aspecto físico y no con el trato que el sector patronal tiene para sus trabajadores. Tampoco se interesan efectivamente por las enfermedades provocadas por el trabajo. Ellos también deben organizar a la población que vive en las fincas, sin embargo, no lo desarrollan por considerarlo ofensivo para ellos, pues no les gusta realizar labores que conlleve caminar bastante, asolearse o mojarse en época de lluvia. No realizan sus actividades si no tienen el

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

medio de transporte y su filosofía de trabajo es apoyar más al sector patronal que al laboral para no tener problemas con ellos.

También se considera que la distribución de las Auxiliares de Enfermería no es la adecuada, puesto que en todos los Equipos de Proyección Comunitaria hay dos de ellas, observándose que se hace necesario redistribuírlas y trasladar de los Equipos pequeños para los grandes o en caso contrario, contratar a más personal para que apoye las labores de los Equipos grandes.

CUADRO No. 9

PERSONAL CONTRATADO EN 1989, DEPTO. DE ESCUINTLA

PO DE PERSONAL	CANTIDAD	AREA PREVENTIVA	AREA CURATIVA
dicos de 8 horas	34	13	21
dicos de 6 horas	36	0	36
dicos de 4 horas	87	0	87
ímicos biólogos	3	0	3
ontólogos	4	0	4
icólogos	4	3	1
abajadores Sociales	17	10	7
fermeras Profesionales	74	13	61
xiliares de Enfermería	220	26	194
cnicos de anestesia	10	0	10
cnico de Laboratorio	10	0	10
cnico de Rayos X	10	0	10
spectores de Seguridad e Higiene	20	20	0
omotores de Seguridad e Higiene	30	30	0
omotores de Salud	96	96	0
rapistas	7	0	7
rsonal administrativo	159	0	159
rsonal de servicios	144	0	144
ITAL	965	211	754

ıte: Informe de Labores julio 1989-mayo 1990, Escuintla, 20 junio de 1990.

4.2. DATOS COMPARATIVOS 1989-94: Para 1989 la población d Escuintla era de 526 mil 249 habitantes, su densidad d población era de 120 habitantes por kilómetro cuadrado, y s tasa de crecimiento era de 3%. Para ese mismo año, l población afiliada y beneficiaria era de 371,479 personas. L esperanza de vida al nacer era de 58 años. La tasa d natalidad era de 39.2 por mil, la tasa de mortalidad genera era de 10.6 por mil, la mortalidad infantil de 81 por mi nacidos vivos. Fue la más alta a nivel nacional. Las tre primeras causas de morbi-mortalidad fueron: infeccione respiratorias, parasitismo intestinal y síndrome diarreico. Estas tres relacionadas con la patología de la pobreza.

Las cinco primeras causas de morbilidad fueron: Enfermedades del aparato respiratorio con 31.79%, parasitismo intestinal con 27.74%, enfermedades infecciosas intestinales con 11.56%, desnutrición con 8.87% y enfermedades dérmicas cor 7.07%. También aparecen en las siguientes cinco: las anemias y enfermedades venéreas así como las infecto-contagiosas.

Las diez primeras causas de mortalidad fueron: Enfermedades infecciosas intestinales 10.78 por diez mil, enfermedades del aparato respiratorio con 7.26, accidentes y efectos adversos con 6.10, causas perinatales con 4.12, enfermedades del aparato circulatorio con 4.09, cáncer con 2.19, desnutrición con 2.09, parasitismo intestinal con 1.09, septisemia con 0.78, intoxicación con 0.52. Como se observa, dentro de estas 10 causas hay enfermedades que se pueden

prevenir mejorando el sistema sanitario y de hábitos y costumbres de las personas como son las infecciones intestinales, del aparato respiratorio, desnutrición, parasitismo intestinal. También con educación se pueden evitar los accidentes, las causas perinatales, el cáncer (al considerar las personas la necesidad de estar en controles adecuados y no esperar a que la enfermedad esté en una fase terminal). Con respecto a los accidentes, aparte de la educación referida a la precaución, también tomar medidas de señalización como apoyo.

La morbilidad infantil, o sea, niños menores de 1 año, se dio de la siguiente manera: Infecciones respiratorias, parasitismo intestinal, síndrome diarreico, desnutrición y enfermedades de la piel. Todas estas enfermedades pueden ser prevenibles con cuidados por parte de la madre, o sea, que ella debe cambiar sus hábitos de atención al menor. También se presentan las causas de mortalidad de niños de esta edad (mortalidad infantil) que son: síndrome diarreico agudo, infecciones respiratorias agudas, parasitismo intestinal, prematurez (niños que nacen antes de término) y septicemia (infección no tratada a tiempo que se generaliza en todo el cuerpo). [27]

Para 1994, la población de Escuintla ascendía a 592,745 habitantes, ocurrieron 17,044 nacimientos. La tasa de

---

[27] Informe de labores desarrolladas en el Depto. de Escuintla, julio 1989-mayo 1990. Escuintla, 20 de junio de 1990.

natalidad fue de 2.88 por cien habitantes, la tasa de fertilidad se dio en 14 por cien mujeres en edad fértil; la tasa de mortalidad general de 7 por mil habitantes, la tasa de mortalidad infantil de 39 por mil nacidos vivos, la mortalidad neonatal fue de 9 por mil nacidos vivos, la tasa de mortalidad post-neonatal fue de 30 por mil nacidos vivos, la mortalidad de niños de 1 a 5 años se manifestó en una tasa de 22 por mil nacidos vivos. Las primeras causas de muerte son: diarreas, infecciones respiratorias agudas, parasitismo y accidentalidad. [28]

Con ésto vemos que a pesar del trabajo desarrollado en materia preventiva y curativa del sector salud en este Departamento, aún no se logran erradicar las enfermedades causantes de muerte, especialmente de los niños. Esto se considera que es porque las madres de familia y la población en general todavía no logra un nivel de conciencia adecuada que le permita analizar que estas enfermedades se pueden prevenir con medidas sanitarias y hábitos higiénicos, quiere decir que la labor educativa todavía no ha cumplido el total de su cometido, sino que se debe continuar trabajando en promoción, información y capacitación sobre aspectos puntuales y necesarios para el mejoramiento de la salud comunitaria.

4.3. ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO 1989-1995:

Durante estos seis años se han llevado varias actividades con

---

[28] Sección Epidemiológica, I.G.S.S. Escuintla, enero 1995.

el propósito de informar y motivar a la población para que busquen alternativas que permitan prevenir enfermedades. Estas actividades fueron: pláticas, investigaciones, proyectos de desarrollo, jornadas y otras, como se puede ver en el cuadro No. 10 que se presenta en la siguiente página.

CUADRO No. 10

PLATICAS IMPARTIDAS DURANTE EL PERIODO 1989-1995

PLATICAS	NUMERO	PORCENTAJE
CONTROL PRE Y POST NATAL	5 774	5.28
CRECIMIENTO Y DESARROLLO	4 288	3.92
DIARREAS Y REHIDRATACION ORAL	22 583	20.64
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	7 553	6.90
COLERA	10 642	9.72
LACTANCIA MATERNA, NUTRICION, ANEMIAS	13 899	12.70
PARASITISMO	9 771	8.93
PRIMEROS AUXILIOS	2 947	2.69
VACUNAS	16 545	15.12
TUBERCULOSIS	1 190	1.09
ENFERMEDADES VENEREAS -SIDA-	731	0.67
MALARIA, DENGUE, ONCOCERCOSIS	2 977	2.72
SEG. E HIGIENE PERSONAL Y SALUD ORAL	8 585	7.84
MANEJO DE PLAGUICIDAS E INSECTICIDAS	606	0.55
ALCOHOL, DROGADICCION, PROSTITUCION	88	0.08
PREPARACION DEL ADOLESCENTE	1 094	1.00
PEDICULOSIS	144	0.13
PLANIFICACION FAMILIAR	17	0.02
TOTAL	109 434	100.00

Fuente: Sección Epidemiológica, Dirección Deptal. IGSS Escuint
nov. 1995.

Como podemos observar en el cuadro No. 10, el tema de diarreas y rehidratación oral es quien ocupa un 20.64% de la atención de los Equipos de Proyección Comunitaria, le siguen vacunas con 15.12%, lactancia materna, nutrición y anemias con 12.70% mientras que el cólera está con un 9.72% y parasitismo con 8.93%. Los temas que menos porcentajes presentan son: planificación familiar por el hecho de que en el departamento de Escuintla trabaja con educación la Asociación de Planificación Familiar (APROFAM), también ha sido poco el tema de alcohol, drogadicción y prostitución a pesar de que este es un problema fuerte en el área, se habló poco sobre el problema de pediculosis, manejo de plaguicidas e insecticidas y de enfermedades venéreas.

Aparte de ello, también se impartieron pláticas sobre: amigdalitis, diabetes, enfermedades infecto-contagiosas, atención primaria de salud, seguridad e higiene en el trabajo, disposición adecuada de excretas, basuras, vectores, prevención de accidentes fuera del trabajo, etc., todas ellas hacen un total de 15 mil 66 pláticas desarrolladas en reuniones con los grupos de voluntarias en las comunidades.

También se han realizado actividades concretas como levantado de censo, realización de diagnóstico comunitario, formación de grupos de salud, control de niños para peso y talla, control de brotes epidémicos, jornadas de desparasitación, visitas domiciliarias, inspección a vivienda de grupos de migrantes, establecimiento de puestos de

rehidratación oral, instalación de letrinas, control de calidad del agua, eliminación de basureros, apoyo a comités para introducción de agua, introducción de luz eléctrica, arreglo de caminos vecinales, introducción de drenajes, creación de fosas sépticas, formación de farmacias comunales, fomento de hortalizas familiares y comunales, organización de grupos para alfabetización, actividades culturales, deportivas, capacitaciones sobre hipodermia, canalización antibióticos, control de medicamentos, primeros auxilios, contabilidad, promoción de los programas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, referencia de pacientes, capacitación específica a promotores de Salud para personas migrantes, a promotores voluntarios de las comunidades, a promotores voluntarios de fincas y empresas, a maestros, a escolares, a padres de familia, a jóvenes y adolescentes, a integrantes de comités de salud, de desarrollo y pro-mejoramiento comunal, así como también se ha dado coordinación con instituciones como escuelas, Aprofam, Ages, Digesa, digebos, digesepe, Caminos, Policía Nacional, Municipalidades, Autoridades Militares, Universidades, Organizaciones no Gubernamentales, Iglesias, etc.

A pesar de todas estas actividades que se han realizado durante seis años, el impacto en las comunidades no ha tenido el suficiente mérito, ya que muchas personas ignoran o desconocen el trabajo que realiza cada uno de los equipos de proyección comunitaria. En la investigación de campo, se

realizaron 125 encuestas al mismo número de personas de diferentes familias en veinticinco comunidades de los trece municipios del Departamento de Escuintla, y de acuerdo a los resultados que se observan en el cuadro No. 11, nos damos cuenta que aún existe un porcentaje bastante alto, más de la mitad de personas, que aún no conocen la labor que desarrollan los Equipos de Proyección Comunitaria, considerando que una de las metas principales que se tienen es el logro de la participación de todos los habitantes de las comunidades que están siendo cubiertas y que todos los grupos y sectores estén representados en la organización de salud.

CUADRO No. 11

CONOCIMIENTO QUE TIENE LA COMUNIDAD SOBRE EL QUEHACER DEL EQUI

COMUNITARIO DEL IGSS

Usted sabe a qué llegan a esta comunidad las personas del Equipo Comunitario del IGSS?

RESPUESTAS	NUMERO	PORCENTAJ
A TRABAJAR POR EL BIENESTAR DEL PUEBLO	10	8.00
LLEGAN POR LA SALUD DE LAS PERSONAS	15	12.00
LLEGAN A FORMAR VOLUNTARIAS PARA LA SALUD	1	0.80
LLEGAN A DAR PLATICAS	6	4.80
A VISITAR ENFERMOS	8	6.40
A VISITAR EMBARAZADAS	2	1.60
A HACER REUNIONES	7	5.60
A VACUNAR	4	3.20
A CENSAR	1	0.80
A TRABAJAR EN COMITE	5	4.00
NO SABEN A QUE LLEGAN	66	52.80
TOTAL	125	100.00

Fuente: Investigación de campo realizada durante el mes de agc de 1995.

Un total de 52.80% de las personas encuestadas no sabe a qué llegan los integrantes de los Equipos Comunitarios a las comunidades, dando la pauta que la promoción no ha sido efectiva aún, se necesita realizar más visitas domiciliarias y actividades de impacto que permitan que las personas conozcan el quehacer de los mismos.

Llama la atención que el segundo porcentaje, 12%, contestara que ellos llegan por la salud de las personas, el 8% dice que llegan a trabajar por el bienestar del pueblo, y el 6.4% dice que a visitar enfermos. Se siente en todas las respuestas que dieron, que las personas siguen considerando a los integrantes de los Equipos de Proyección Comunitaria como agentes ajenos a su vida cotidiana y que únicamente llegan como compromiso institucional. Nadie respondió que ellos llegaban a apoyar, a acompañar o a coordinar con ellos las actividades que sirvan para el mejoramiento de la comunidad. Aún se siente en el ambiente que los institucionales toman a las comunidades y sus habitantes como los objetos de trabajo y no les han inculcado que el trabajo debe ser integrado entre comunidad e instituciones de bienestar social.

Aún ellos no tienen la motivación necesaria para trabajar por su comunidad, y no han tomado conciencia de la necesidad de su participación como sujetos, autores y actores así como autogestores y cogestores de su propio bienestar y del colectivo. El personal institucional no alcanza a visualizar la dimensión tan importante que es que la comunidad presente una organización válida, consecuente y protagónica que logre cambios sustanciales en el comportamiento de los habitantes de las comunidades, así como logre luchar por lograr que las políticas sociales y especialmente las de salud sean encaminadas verdaderamente a los sectores necesitados.

Se confirma la situación anterior con el resultado que se

obtuvo al preguntárseles si alguna vez los habían invitado para que asistieran a reuniones, y las respuestas fueron las siguientes: 55 personas, o sea el 44% contestaron que sí, y 70 personas, o sea el 56% contestaron que no. Estos últimos agregaron que no los conocen porque ellos trabajan y no están en sus casas en las horas en que los trabajadores del IGSS llegan a la comunidad; mientras que otros dijeron que no sabían que se hacían reuniones y que ellos llegaban allí.

Aparte de ésto, también se les preguntó si ellos consideraban que el Equipo de Proyección Comunitaria del IGSS había impulsado cambios en la comunidad, respondiendo el 46.4% (58 personas) que sí, mientras que el 53.6% (67) personas) contestó que no. A las personas que contestaron que sí, se les preguntó qué cambios habían observado y ellas manifestaron lo siguiente:

- Se ha trabajado en letrinas
- Hay menos infecciones respiratorias
- Ya no hay muchos enfermos
- Hay más higiene
- Hay un grupo de salud
- Se han quitado basureros
- Ya no se ven muchos niños enfermos
- Se reciben cursos de salud aquí mismo
- Ya se conocen algunas causas de enfermedades
- Ha disminuido el parasitismo
- Se ha evitado el cólera

- Se han cambiado algunas creencias
- Muchas personas aceptan las vacunas
- Se formó el comité del agua
- Las comadronas han mejorado su atención
- Ahora se habla más de prevención
- Se celebra el día del niño

A todos se les preguntó (tanto a los que contestaron que sí como a los que contestaron que no en qué consideraban que podía seguir colaborando el Equipo de Proyección Comunitaria del IGSS en la comunidad, a lo que respondieron:

- En dar consulta médica a bajo costo
- Realizar más actividades sociales
- Efectuar más controles del agua domiciliaria
- Implementar más educación sobre prevención de enfermedades.
- Realizar más visitas a domicilios de las personas enfermas
- Llevar a cabo rondas educativas
- Implementar más cursos de primeros auxilios
- Trabajar por una ley o reglamento para los basureros
- Implementar películas educativas una vez al mes
- Formar más grupos de salud, pues los que hay no son suficientes
- Realizar más jornadas de vitamina A y de desparasitación
- Ayudar para el mejoramiento de las calles
- Apoyar la introducción de agua y drenajes

- Apoyar la construcción de centros asistenciales
- Impulsar cursos de manualidades
- Realizar cursillos fuera de la comunidad
- Apoyar actividades culturales
- Mejorar el sistema de las reuniones
- Ayudar con medicamentos a las comunidades lejanas
- Hacer más reuniones
- Realizar más cursos de hipodermia

Al mismo tiempo se les preguntó de qué manera se podía seguir colaborando, y sus respuestas fueron: invitando a todos los habitantes, haciendo más visitas de casa en casa, realizando más reuniones, llevando a cabo más capacitaciones, formando más grupos, capacitando más voluntarias y voluntarios, llevar a cabo actividades con adolescentes y niños, invitando a todas las madres de familia, dando a conocer las necesidades existentes.

Otra pregunta que se les hizo fue: Qué les sugiere a los integrantes de los Equipos de Proyección Comunitaria del IGSS para que mejoren su trabajo en esta comunidad? Las respuestas fueron:

- Que realicen visitas a la comunidad más seguido y no de vez en cuando
- Que hagan visitas de casa en casa
- Realizar las reuniones en lugares más cercanos
- Que las pláticas que se dan sean de otra forma porque llegan a leer mucho

- Que sean más cumplidos y disciplinados
- Que hagan más promoción de su trabajo
- Que se den a conocer con todas las personas
- Que hagan actividades como kermess o desfiles de salud
- Que avisen cuando se llevan a cabo las reuniones
- Que se mejore la atención en los consultorios y hospitales
- Que se dé más apoyo en proyectos como el de letrinización y arreglo de calles
- Que participen más en el control del medio ambiente
- Que apoyen las actividades del comité pro mejoramiento

Por aparte se entrevistaron a líderes comunitarios que integran otras organizaciones y se les preguntó si ellos han participado en las actividades que ha promocionado el Equipo de Proyección Comunitaria del IGSS y el 100% de ellos (25 líderes) contestó que sí han participado en pláticas de salud, reuniones de información, jornadas de vacunación, capacitaciones, rifas, kermess y otras actividades sociales. También se les preguntó si el Equipo del IGSS ha participado en las actividades que ellos o su organización ha promovido y el 88% (22 líderes) contestó que sí, mientras que el 12% (3 líderes) dijo que no porque sus actividades las realizan en fin de semana por lo que los del IGSS no están allí, mientras que otros dijeron que ha sido porque no se les ha invitado.

La opinión que tienen del trabajo que desarrollan en las comunidades los Equipos de Proyección Comunitaria es la

siguiente:

- Ha sido bueno, especialmente en cuanto a orientación sobre enfermedades
- Han trabajado bastante pero necesitan más apoyo de su institución
- Se ve que trabajan mucho pero hacen muy poco por la falta de recursos
- Caminan mucho y cuando llegan a la comunidad ya están cansados
- Hablan mucho y poco claro
- Ellos han apoyado que las comadronas mejoren su atención en los partos
- El material que usan para las pláticas se debe mejorar
- Necesitan más recursos y medios de transporte
- No tienen los medios necesarios para realizar cursos o seminarios
- El trabajo que hacen les lleva más tiempo porque no tienen recursos

Otra pregunta que se les hizo fue: Qué actividades pueden desarrollar integrados para mejorar la salud de la comunidad? Las respuestas fueron:

- Llevar a cabo el proyecto de drenajes
- Impulsar más orientación sobre el mejoramiento de la salud comunitaria
- Trabajar más por la sensibilización para la participación de la comunidad

- Llevar a cabo más capacitaciones
- Impulsar organizaciones de jóvenes
- Velar por la introducción de luz en las comunidades que lo necesiten
- Incluir cursos de repostería y manualidades
- Impulsar actividades deportivas sociales y recreativas
- Letrinizar lo que hace falta en las comunidades
- Ejercer presión a las autoridades por el problema de los basureros
- Equipar los puestos de salud
- Propiciar la coordinación institucional
- Realizar más capacitaciones a las comadronas
- Realizar seminarios para las voluntarias de salud
- Buscar fondos para mejorar la capacitación a los comités pro mejoramiento
- Establecer escuelas de capacitación para los habitantes de las comunidades
- Llevar a cabo talleres de motivación e información sobre salud y desarrollo
- Establecer niveles de capacitación para las organizaciones comunitarias
- Intercalar proyectos de desarrollo social con los económicos
- Impulsar la educación sobre los derechos humanos en el área rural

C A P I T U L O 5

SITUACION ACTUAL DE LA ORGANIZACION EN SALUD EN EL D E P A R T A M E N T O D E E S C U I N T L A

Para el logro de la obtención de datos que han servido para presentar este informe, se realizó una investigación de campo durante el período de abril-agosto de 1995, la cual se dio de la siguiente manera:

- Encuesta y observación dirigida a habitantes de 25 comunidades atendidas por los Equipos de Proyección Comunitaria (5 personas por cada comunidad, logrando un total de 125 encuestas), que fueron tomadas al azar, para conocer la opinión que tienen del trabajo que realizan el grupo de salud y el equipo técnico institucional.

- Entrevista estructurada y observación a 25 líderes comunitarios pertenecientes a organizaciones diferentes a las de salud (1 líder por cada comunidad, logrando un total de 25 entrevistas), para conocer la opinión que tienen del trabajo que realizan el grupo de salud y el equipo técnico institucional.

- Entrevista estructurada y observación dirigida a 23 integrantes de las organizaciones de salud que están trabajando con los equipos técnicos institucionales (equipos de Proyección Comunitaria), 1 por cada organización y cada comunidad, habiéndose logrado un total de 23 entrevistas, ya que dos personas

seleccionadas no se encontraron, para conocer la situación interna de las organizaciones de salud y comparar con el objetivo que se persigue a nivel institucional.

- Encuesta dirigida a 43 promotores de salud del Equipo de Proyección Comunitaria de cada uno de los Municipios, para conocer las particularidades de las organizaciones de salud que ellos atienden y por consiguiente todos los integrantes de estos equipos. (Se tenían planificadas 50 encuestas pero 7 promotores de salud no se encontraron), pero se logró obtener información de 171 organizaciones de salud. También con ellos se realizó una entrevista estructurada para establecer los conocimientos que tienen sobre educación popular.

- Entrevista estructurada dirigida a 11 Trabajadores sociales que se desempeñan o se han desempeñado dentro de los Equipos de Proyección Comunitaria (8 que actualmente laboran allí y 3 que recientemente dejaron de hacerlo), para conocer la situación de las organizaciones de salud que ellos asesoran y supervisan en cada uno de los Municipios del Departamento de Escuintla. También se entrevistaron para establecer los conocimientos que tienen sobre educación popular.

- Entrevista estructurada dirigida a 7 médicos, 7 enfermeras profesionales y 7 auxiliares de enfermería que laboran en los Equipos de Proyección Comunitaria para establecer los conocimientos que tienen sobre educación popular.

El objetivo principal de los Equipos de Proyección Comunitaria que fue establecido por la Oficina Departamental de Escuintla es: "LOGRAR LA AUTOGESTION DE LAS COMUNIDADES, A TRAVES DE UNA ADECUADA ORGANIZACION COMUNITARIA EN SALUD, QUE LES PERMITA HACER UN DIAGNOSTICO DE SUS NECESIDADES, DEFINIR SUS PROPIAS ESTRATEGIAS DE SALUD Y DE ESTA MANERA REDUCIR SU DEPENDENCIA EN LOS PROFESIONALES DE LA MEDICINA". [29]

Este objetivo, durante seis años transcurridos, no se ha cumplido a cabalidad, ya que de acuerdo a los datos obtenidos en la investigación de campo, el resultado ha sido poco. Pero para conocer mejor la situación, se presentará en partes:

5.1. AUTOGESTION DE LAS COMUNIDADES: La primera parte del objetivo dice: "Lograr la autogestión de las comunidades", para ello opinan los Trabajadores Sociales: el 82% de las organizaciones de salud que se están apoyando, aún no pueden dirigirse solos, sino que necesitan de la coordinación del

---

[29] Informe de labores desarrolladas en el Departamento de Escuintla, julio de 1989 a mayo 1990, Escuintla, 20 de junio de 1990, página 1.

Promotor de Salud Institucional. Aparte de ello, sus gestiones sólo se han dirigido a nivel del Municipio, muy pocos grupos han gestionado fuera de él. Además si lo vemos al interior de la misma comunidad, en un 72%, los grupos todavía necesitan del apoyo y acompañamiento del Equipo de Proyección Comunitaria. Esta situación también la confirman las personas integrantes de los grupos de salud con respecto a las consideraciones que ellos tienen sobre el criterio que manejan en un momento dado para decidir por sí mismos sobre las actividades necesarias para el mejoramiento de la salud, y el 65.3% de los mismos respondió que aún no deciden solos, sino que esperan la intervención del Promotor de Salud de la Institución. Este mismo porcentaje de personas (65.3%) también manifestó que aún no han logrado la autogestión porque necesitan de un agente externo y en este caso es el personal de los Equipos de Proyección Comunitaria, puesto que ellos los motivan, los apoyan y los acompañan en sus gestiones. Por aparte, las personas que contestaron que sí se da la autogestión en sus organizaciones (34.7%), expusieron: "La autogestión que se ha logrado ha sido positiva porque ha unido más al grupo, a pesar de que ha sido poca y aún no ha tenido los resultados esperados. Lo que se ha hecho ha sido de acuerdo a nuestra situación y conocimiento".

Con lo anterior, vemos que es indispensable que las mismas personas de la comunidad, a través de hechos concretos, adquieran el derecho, "su derecho" a la salud. No podemos

conformarnos con solo llegar y predicarles en teoría, sino que es necesario apoyarles para que ellos se den la posibilidad de servicios accesibles y tengan la oportunidad de plantear sus necesidades por medio de una participación autogestionaria y cogestionaria que no puede quedarse con solo realizar labores sencillas, aisladas e individuales, sino que deben lanzarse, colectiva y organizadamente, a tomar decisiones en defensa de ese derecho, puesto que los servicios de salud no son un regalo sino una obligación por parte del Estado, y para poderlo llevar a cabo, la comunidad, por intermedio de sus propias organizaciones, debe conceptualizar la salud como una expresión de mejor calidad de vida y no solamente la ausencia de enfermedades como se ha creído tradicionalmente; se le debe educar en forma simultánea en las ventajas que conlleva la organización democrática, donde todos deben participar para encontrar soluciones más adecuadas que después de haberse discutido, analizado y aprobado, se consideren las estrategias que permitan ser cumplidas por todos, y se inicien, los procesos autogestores de toda la población.

5.2. ORGANIZACION COMUNITARIA EN SALUD: Si nos detenemos a observar la situación actual con respecto a lo que el objetivo dice: "a través de una adecuada organización comunitaria en salud", se verá que ésta no se está dando, puesto que están, imponiendo los lineamientos de la Dirección Departamental en lo que se refiere a que el Promotor de Salud Institucional

debe detectar una promotora voluntaria por cada diez familias de la comunidad, así, si la comunidad tiene 250 familias, él debe tener un número de 25 voluntarias; cuestión que no se ha logrado, ya que no hay grupos que estén conformados con 20, 25 ó más integrantes pues el número que se ha logrado es de 15 personas, que no pueden calificar a todas como promotoras voluntarias y tampoco a todas ellas se les puede calificar como miembros del grupo de salud, puesto que ocasionalmente asisten a las reuniones y capacitación. En el cuadro No. 12 vemos que el número de personas que componen los grupos de salud, prevalece, según información de los integrantes de los grupos de salud y de los Promotores de Salud Institucionales que los grupos se componen entre 7 y 10 personas, pero a través de la observación se pudo establecer que las personas que asisten a las reuniones y participan en las actividades que se programan, especialmente las de capacitación y educativas-informativas forman un grupo entre 4 y 6 personas. Por las mismas características culturales, la participación en organizaciones es reducida y sólo 4 o 6 personas no son suficientes para buscar alternativas de solución a los problemas o las necesidades de la comunidad, puesto que en las instituciones estatales o no gubernamentales, para poder atender alguna solicitud, piden que sea un grupo organizado y legalizado, especialmente cuando el apoyo es financiero.

CUADRO No. 12

NUMERO DE PERSONAS QUE COMPONEN LOS GRUPOS DE SALUD

INDICADORES	INFORMACION DE PROMOTORES DE SALUD	INFORMACION DE INTEGRANTES GRUPO DE SALUD
	PORCENTAJES	PORCENTAJES
De 1 a 3 personas	2	0
De 4 a 6 personas	24	26
de 7 a 10 personas	39	57
Más de 10 personas	35	17
TOTAL	100	100

Fuente: Investigación de campo realizada durante abril-agosto de 1995.

En este cuadro se ve la diferencia de opinión entre los encuestados pues los Promotores de Salud reportan en segundo lugar el parámetro de "mas de 10 personas" mientras que los integrantes de salud reportan "de 4 a 6 personas". Se ha visto en la práctica que solo estas personas no logran atender toda la población de una determinada comunidad, aunque ésta tenga pocas familias, puesto que para llevar a cabo un proyecto se efectuarán muchas actividades que para lograrlas se debe manejar la división del trabajo a fin de que las energías de unos pocos no se desgaste en detrimento de ellos mismos y los resultados no sean los esperados. Aparte se debe tomar en cuenta que los grupos no cuentan con muchos recursos económicos, por lo que las personas ponen sus gastos y por

DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

otro lado, la mayoría de las comunidades del área rural n tienen acceso vehicular, por lo que se trasladan a pie ; muchas veces las comunidades están bastante retiradas de lo centros urbanos donde se sitúan las instituciones. Otr factor es que en las instituciones muchas veces no sor atendidos en forma rápida y tienen que volver varias veces, aunando que las actividades propias les absorbe su tiempo y sus recursos económicos, por lo que en la mayoría de las veces el grupo se desintegra y se hace difícil volver a reorganizarlos o retomar nuevamente el grupo así también resulta un proceso largo el formar el grupo con otras personas por el hecho de que las anteriores ya están capacitadas y con un nuevo grupo se debe iniciar otra vez.

Por aparte, las autoridades departamentales también piden que sean grupos conformados por mujeres, especialmente madres de familia, considerando que ellas no salen de su hogar y que por lo tanto, tienen más tiempo disponible para cumplir con las actividades que se les soliciten. Por ello, los promotores de salud institucionales enfocan más su trabajo a la detección de señoras, pero en algunas comunidades, se observa que hay más participación de mujeres solteras-- estudiantes que desean trabajar por su comunidad, así también en otras comunidades, son los hombres los que desean tener participación activa, pero generalmente estos grupos se desintegran cuando se dan cuenta las personas que los objetivos no van de acuerdo a sus necesidades e intereses

individuales y colectivos.

CUADRO No. 13

INTEGRANTES DE LOS GRUPOS DE SALUD

INDICADORES	INFORMACION DE PROMOTORES DE SALUD		INFORMACION DE INTEGRANTES GRUPO DE SALUD	
	No.	%	No.	%
MUJERES	75	44	19	82
HOMBRES	9	5	2	9
MUJERES Y HOMBRES	87	51	2	9
TOTAL	171 grupos	100%	23 grupos	100%

Fuente: Investigación de campo realizada durante abril-agosto de 1995.

De acuerdo a la información de este cuadro, es bastante alta la participación de la mujer en los grupos de salud, quienes juegan el rol de Promotoras Voluntarias de Salud; sin embargo, también vemos que en la información de los Promotores de Salud Institucionales hay un porcentaje bastante marcado de la participación del hombre. No es de extrañar que prevalezca la participación de la mujer en situaciones referentes a la salud, especialmente aquellas que tienen relación directa con la familia, especialmente con los niños. Se ha observado que a las medidas preventivas para no enfermar y fomentar la salud

no se le ha dado la importancia que merece, tanto a nivel gubernamental como a nivel familiar. La autoridad ministerial no ha tenido dentro de su política salubrista montar una campaña masiva para la promoción y fomento de la salud preventiva, tampoco tiene dentro de su presupuesto un alto porcentaje de gastos para ello, sino que se inclina más por el aspecto curativo. Así también, las familias y las comunidades es muy poco lo que han hecho para encontrar soluciones a los problemas que enfrentan, especialmente del medio ambiente que influye en la propagación de enfermedades como el dengue, paludismo, diarreas, cólera, parasitismo y otras. Para encontrar soluciones y trabajar en pro de su consecución, se debe establecer la cultura de la participación de todos, estableciendo posibilidades y campo de acción.

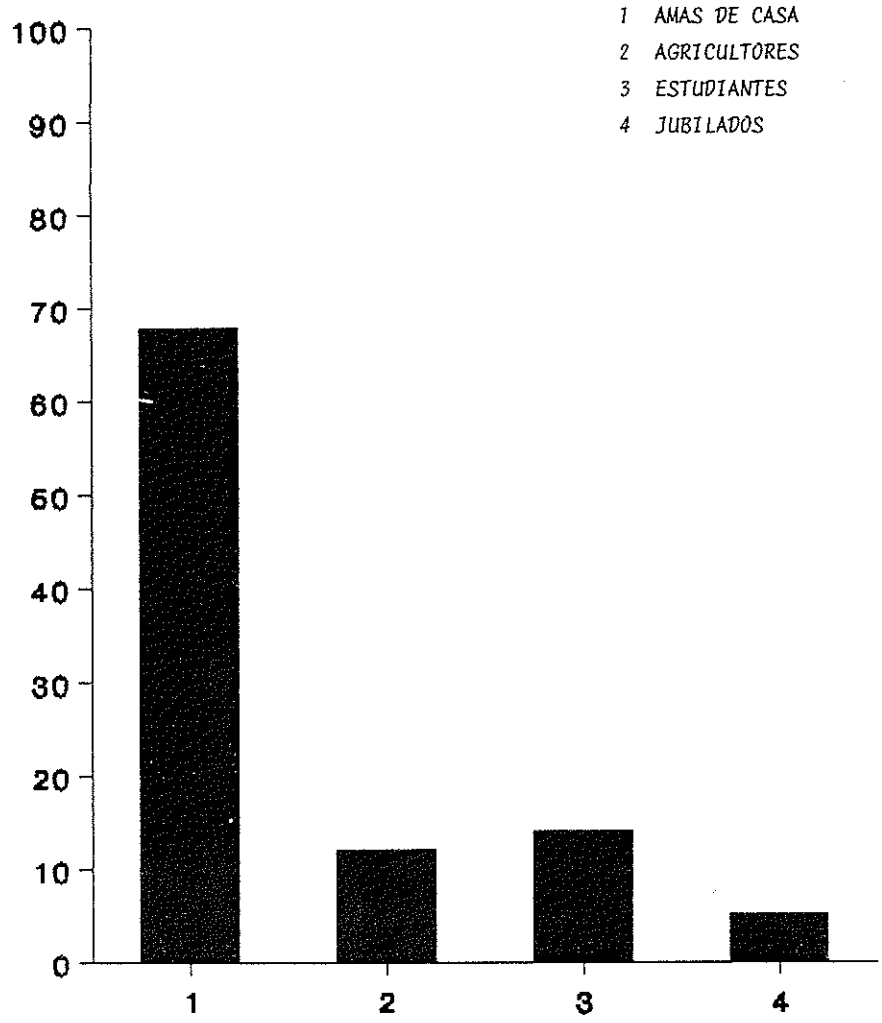
Es importante que tanto la mujer como el hombre se integren y se organicen para buscar soluciones a sus necesidades y los problemas que enfrentan, especialmente en aquellas comunidades de difícil acceso. También para fomentar desde ya que la salud es tarea de todos no importando sexo ni edad, sino que todos deben ser autores y actores del desarrollo social, económico y cultural de la población guatemalteca, inculcando en la niñez hábitos que le permitan conservar su estado de salud o bien, que conozca las medidas necesarias para mejorarlo.

Por lo anterior, se hace necesario respetar las formas de vida social y organizativa de las comunidades para que los cambios

que se deban inducir sean con el mayor respeto a esas formas de vida particulares de cada una de las comunidades y no sea el técnico institucional quien llegue a decidir por las personas, sino que la población misma tome sus propias decisiones y los técnicos únicamente sean apoyo y acompañamiento a sus acciones y gestiones.

GRAFICA No. 5

OCUPACION DE LOS INTEGRANTES DE GRUPO DE SALUD



Fuente: Información proporcionada por los integrantes de los grupos de salud en la investigación de campo realizada durante abril-agosto de 1995.

Como se puede determinar en la gráfica No. 5, la participación de la mujer, especialmente amas de casa, es bastante marcada, por dos aspectos importantes: Uno, cumplir con lo requerido por la Dirección Departamental; y dos, porque tradicionalmente se ha considerado que la salud es una responsabilidad exclusiva de la mujer madre de familia y como vemos, institucionalmente, se quiere seguir fomentando esta tradición. Sin embargo, con la información que vemos en el cuadro No. 13, en cuanto a la participación del hombre, ésta se debe aprovechar y seguir fomentando para que no quede en lo meramente educativo tradicional, sino que debe encaminar sus actividades a proyectos de desarrollo social colectivo, siendo ese su mayor potencial. Muy pocos de ellos juegan el rol de promotor voluntario de salud, ya que su labor se ha encaminado a conformar los comités pro-mejoramiento, por lo tanto, se les debe capacitar en los aspectos propios de organizaciones populares que sean duraderas y consecuentes con la problemática colectiva.

También está reglamentado que las promotoras voluntarias tienen que visitar diariamente a sus diez familias y hacer anotaciones sobre enfermedades que deben reportar al promotor de salud institucional. Esto no se ha cumplido en su totalidad, pues las señoras, por ser amas de casa, tienen muchos quehaceres en el hogar, y especialmente en el área rural, donde ellas también salen al campo, ya sea por ayudar al esposo a las actividades agrícolas o porque llevan el

desayuno o almuerzo a él y a sus hijos que coadyuvan en la agricultura. También tienen que reunirse una vez por semana con sus diez familias para reproducir la plática que recibieron del Promotor de Salud Institucional, pero ellas no lo pueden hacer por falta de recursos materiales, ya que el Equipo de Proyección Comunitaria no les da material de apoyo ni tampoco ha propiciado momentos para que ellas lo preparen. Han indicado que ellas aún no se atreven porque muchas de las mismas han aprendido a leer y escribir por medio del programa de alfabetización, por lo que aún no pueden preparar carteles o folletos, aparte de que no pueden copiar todo lo que el promotor les habla, ni memorizar todo lo que les dicen, especialmente los nombres o palabras difíciles, que muchas veces no saben lo que quiere decir, y lo único que a veces se les ha dejado es una hoja llamada trifoliar, que siempre está cargada de información con términos técnicos.

En la página siguiente vemos el cuadro No. 14, y nos damos cuenta que los porcentajes más altos están en los indicadores "1ero. a 3er. grados" y de "alfabetos a 6to. grados". Solo un grupo tienen integrantes que cursan básico, de igual manera, integrantes que cursan diversificado. Esto dificulta en cierta manera que los grupos puedan llevar el ritmo de trabajo en función de tiempo, con la metodología que ha establecido la Oficina Departamental, puesto que las personas sí lo hacen pero de acuerdo a su tiempo disponible y al proceso de aprendizaje a cuestiones que no están

acostumbradas y que ellas deciden como hacerlo.

La Dirección Departamental exige que sean ellas quienes levanten el censo de su comunidad, en aras de hacerlas partícipes y ganar tiempo, pero deben llenar una boleta que está diseñada con criterio exclusivo del asignado por la misma dirección y no ha tomado en cuenta la participación del Trabajador Social ni la opinión de los Equipos de Proyección Comunitaria, y lo que es más grave, la opinión o participación de la comunidad misma ni de los integrantes de los grupos de salud quienes han manifestado que se les dificulta llenarla en el tiempo que se les dice, especialmente cuando ellas lo hacen solas, necesitan del apoyo del personal institucional, para ganar tiempo.

CUADRO No. 14

GRADO DE ESCOLARIDAD DE LOS INTEGRANTES DE GRUPOS DE SALUD

INDICADORES	INFORMACION DE INTEGRANTES GRUPOS DE SALUD	
	No.	%
Alfabetización	1	4
1o.-3o. grado primaria	5	22
4o.-6o. grado primaria	1	4
1o.-6o. grado primaria	3	13
Analfabetos-3o. grado prim.	2	9
Analfabetos-6o. grado prim.	3	13
Analfabetos-básico	1	4
Analfabetos-diversificado	1	4
Alfabetos-6o. grado prim.	5	22
Alfabetos-diversificado	1	4
TOTAL	23 grupos	100

Fuente: Investigación de campo realizada durante abril-agosto de 1995.

Es importante considerar que un mismo esquema organizacional no es funcional en todas las comunidades y la práctica y situación concreta de las mismas nos da la respuesta, ya que son pocas las personas que participan en las actividades y espontáneamente asisten a las reuniones que se llevan a cabo para capacitación. Debemos tomar en cuenta que

se manifiesta desinterés de la población por integrarse a las actividades que propone el programa, y debemos asumir que ésto es una señal de que algo está fallando, y en este caso es el esquema organizativo y la metodología educativa que se elaboraron fuera de las condiciones concretas y de las expectativas de la población.

De acuerdo a los resultados de las encuestas realizadas a los Promotores de Salud Institucionales se puede decir que el 80% (137 grupos) son organizaciones comunitarias; lo que quiere decir, que son organizaciones que aún no han logrado avanzar en intereses y objetivos fuera de los institucionales. Todavía giran en torno a las decisiones que agentes externos toman por su comunidad (en este caso, la Dirección Departamental del IGSS en Escuintla). Esto es porque los Equipos de Proyección Comunitaria no han logrado satisfacer sus necesidades e intereses. Aquí existe, como de hecho ya ha sucedido, el peligro que lleguen a desintegrarse y desaparecer como organización, cuando las personas vean que no se atienden sus verdades necesidades e intereses y no se llenen sus expectativas tanto a nivel individual como colectivo. El 17% (29 grupos) se puede decir que son organizaciones de base porque se han integrado por iniciativa propia y han encaminado las acciones a satisfacer sus intereses y necesidades locales y los Equipos de Proyección Comunitaria sólo les apoyan y les orientan. El 3% (5 grupos) ya han encaminado sus acciones como organizaciones populares, porque están presentando otra

dinámica de acción, ya buscan solucionar problemas y necesidades de su comunidad y han tratado de interactuar entre los aspectos de salud, desarrollo y educación. Sus procesos están logrando superar el paternalismo institucional y están tomando su propio liderazgo.

Ante esta situación, la pregunta es: Realmente se está propiciando una adecuada organización en salud? Se ve que a nivel institucional no se está respetando la opinión de los habitantes de las comunidades, y se está dejando de lado los intereses, los problemas y las necesidades locales. Vemos que con estos lineamientos se está tomando a las comunidades como instrumento de los intereses de quienes diseñaron este esquema organizativo. Considerará la Oficina Departamental adecuar a las personas al sistema de la Institución? O la institución estará dispuesta en algún momento, a adecuarse a las formas de vida social, económica, política y cultural de estas comunidades como es su deber hacerlo?

La dirección Departamental no toma en cuenta observaciones ni sugerencias del personal que integra los Equipos de Proyección Comunitaria, tampoco visita las comunidades con el propósito de conocer el sentir, el pensar y el actuar de los habitantes de estas comunidades, por lo que es de urgencia que se dé un cambio substancial de las políticas institucionales y retomar los principios filosóficos de Atención Primaria de Salud, para que se permita diseñar una nueva metodología en el abordaje comunitario y por lo tanto,

en la educación sobre la situación salud-enfermedad, concatenado al desarrollo propio de cada localidad, respetando sus períodos de trabajo y descanso, así como propiciando despertar el interés en los comunitarios para lograr un mejor nivel de vida de acuerdo a sus recursos y potencialidades.

Se logrará mantener y consolidar toda organización, en la medida que las personas convocadas a la misma sientan y reconozcan su situación en términos de carencia indebida, pero que esa carencia se puede resolver con más éxito a través de una organización adecuada y que no se logrará si se hace en forma individual.

5.3. DIAGNOSTICO DE SUS NECESIDADES: En el objetivo encontramos la siguiente parte: "que les permita hacer un diagnóstico de sus necesidades", lo que no se ha cumplido como debe ser, pues no se ha visto que los grupos de salud sean quienes analizan y diagnostican sobre sus necesidades de salud colectiva, ya que está establecido el esquema de trabajo obligatorio que se debe cumplir. Los reportes se hacen en un formato previamente elaborado y con tiempo y fechas estipuladas por la Dirección Departamental. Con ésto no se les está permitiendo ser "sujetos" sino que únicamente se les ha convertido en "objetos" de los Equipos de Proyección Comunitaria, y especialmente, del Promotor de Salud Institucional que cada semana debe reportar a la Enfermera Profesional, y ésta a su vez, en forma mensual, a la Dirección

Departamental, la situación de morbi-mortalidad de l
comunidades, y de ello, únicamente lo convierten en dat
estadísticos anuales.

En el 57% de los grupos, en sus reuniones, no
propician momentos de análisis, reflexión y toma
decisiones, únicamente dicen que se trata de llevar a cabo
"charla educativa". El 43% de los grupos dice que sí se d
pero en forma incipiente, pues a veces se habla de
situación de la comunidad, pero no se toman decisiones
acciones para el mejoramiento de la salud comunitaria.

No existe una interacción Promotor de salud institucion
e integrantes de grupo de salud y comunidad, sino q
generalmente todos los que se reúnen lo hacen con tiem
limitado, generalmente están apurados, con poco tiempo y no
puede hablar de la situación colectiva, únicamente consider
como lo más importante, cumplir con el interés de l
autoridades, o sea, tener el informe requerido, el cual
cree que son las voluntarias quienes lo investigan, pero en
mayoría de los casos, es el promotor institucional o
auxiliar de enfermería quienes lo hacen.

El 61% de los integrantes de los grupos de salud q
fueron entrevistados, manifestó que ellos hacen propuestas
mejoras para su comunidad. Estas propuestas las hacen
promotor institucional y él les ha orientado para que
dirijan a las autoridades municipales, ministeriales o
alguna organización no gubernamental. El 39% manifestó que

lo hacen, sino que únicamente se habla sobre la actividad que desarrolla el promotor institucional y allí se queda.

Cuando no se presenta el promotor de la institución, o algún miembro del Equipo de Proyección Comunitaria, ellos no se reúnen, aparte de que generalmente esperan que cuando se vaya a iniciar la reunión se les mande a llamar. Todavía no consideran la posibilidad de reunirse solos para discutir sobre sus necesidades. Otra situación que se da, es que son pocas las promotoras voluntarias que avisan de las enfermedades que hay en su comunidad, y no consideran que éstas sean graves o de importancia. Por estas situaciones, es importante tomar en cuenta el hecho de propiciar instancias o momentos para que la organización conozca, reflexione, analice y comprenda que la lucha por la salud no puede estar ajena a la situación económica y social que viven, sino que están concatenados. Si se tratan de aislár, estaremos fomentando la nulidad de la verdadera situación y solamente estaremos utilizando propuestas estériles que únicamente servirán para soslayar las verdaderas causas de la situación de pobreza, explotación y enfermedad del ser humano, que alcanza a las comunidades del área urbana y las del área rural. Debemos propiciar la priorización de la salud por ser la máxima expresión del derecho de gozar de una mejor calidad de vida y no solamente el hecho de prevenir o curar la enfermedad.

5.4. DEFINICION DE ESTRATEGIAS DE SALUD: Cada comunidad debe

definir sus propias estrategias de salud, pero este lineamiento no se ha cumplido en libertad para las comunidades, pues hay un lineamiento que viene de la oficina departamental y es que la participación se debe hacer a través de promotoras voluntarias, quienes se deben aprender lo establecido en cuanto a las enfermedades reglamentadas, aparte de que los formatos ya están hechos para que se llenen con la información que le interesa a las autoridades. No se les ha permitido ser autores ni gestores de su propio bienestar, ya que el 70% de los grupos manifiesta que aún no son autores o creadores de sus proyectos. La opinión de los Trabajadores Sociales también es similar, pues 8 de ellos consideran que los grupos aún no pueden realizar sus actividades sin el apoyo del promotor institucional, en cambio, 3 de ellos dijeron que sí se reúnen y únicamente son coordinados por su líder y ya han tomado decisiones en cuanto a las actividades que consideran pertinentes, lo que sí no hacen todavía, es elaborar sus proyectos y solicitudes.

Es recomendable cuidar la metodología con que se trabaja con los grupos, para fomentar en ellos el hecho de que como grupo tienen capacidades que deben aprovechar y que lo que ha sucedido es que a su colectividad le ha hecho falta la oportunidad de realizar y desarrollar todo su potencial intelectual, espiritual y material, dado que las circunstancias y la sociedad no le han permitido enriquecer su mundo. Se debe considerar el ingenio y la creatividad de las

personas para el aprovechamiento en los procesos de desarrollo tanto a nivel de grupo como de comunidad.

5.5. REDUCIR LA DEPENDENCIA MEDICA: Con la situación anterior, podemos decir que tampoco se ha logrado el último párrafo del objetivo que dice: "y de esta manera reducir su dependencia en los profesionales de la medicina", y para ello veremos numéricamente el recurso humano existente en el Departamento de Escuintla, a seis años de haberse iniciado este Plan Modelo, el resultado ha sido poco. El recurso humano del Area de Proyección Comunitaria está de la siguiente manera: 13 médicos, 4 psicólogos, 15 inspectores de seguridad e higiene, 10 trabajadores sociales, 13 enfermeras profesionales, 30 promotores de seguridad e higiene, 26 auxiliares de enfermería y 100 promotores de salud, que hacen un total de 211 personas que trabajan con la filosofía de: "El desarrollo de las comunidades depende esencialmente de su organización y de la participación social activa que cada uno de sus integrantes realiza, hablando específicamente de salud". [80]

Con ello, deben estar formados, en todo el departamento, un mínimo de 500 grupos de salud con un promedio de 10 integrantes que vienen a sumar 5,000 promotoras voluntarias. Si se cumpliera el esquema organizativo establecido por las

---

[80] Informe de labores desarrolladas en el Departamento de Escuintla, julio de 1989-mayo de 1990, Escuintla, 20 de junio de 1990.

autoridades en lo referente a que cada promotora voluntaria debe atender 10 familias, entonces estaríamos hablando de 50,000 familias sólo del área comunitaria sin tomar en cuenta el área laboral. Si existiera una adecuada motivación, sensibilización, información y educación, entonces se lograría matemáticamente que las 50 mil familias podrían instar con su actitud y pensamiento a las familias vecinas (una de cada lado) que veríamos serían 2 por cada una de las familias atendidas, con lo cual se lograría que 100 mil familias se motivaran al cambio y se interesaran por la prevención de enfermedades y conservación de la salud. Con estas 100 mil familias estaríamos logrando mantener una adecuada salud de 500 mil personas. Si consideramos que la población de Escuintla es de 610,323 habitantes, entonces sería un 82% que no demandaría los servicios médicos. Esto es sólo una ilusión, pues si hacemos recorrido diariamente a los hospitales, Centros de salud, consultorios y clínicas particulares, hay personas demandando el servicio médico (sin tomar en cuenta a las personas que se automedican, que van con el farmacéutico, el naturista o el curandero de su comunidad), y también, si analizamos la información, la gran mayoría llega a consulta por las enfermedades sociales prevenibles con medidas sanitarias adecuadas (parasitismo, diarrea, dengue, paludismo, anemia, etc.)

5.6. PARTICIPACION COMUNITARIA: La atención Primaria de

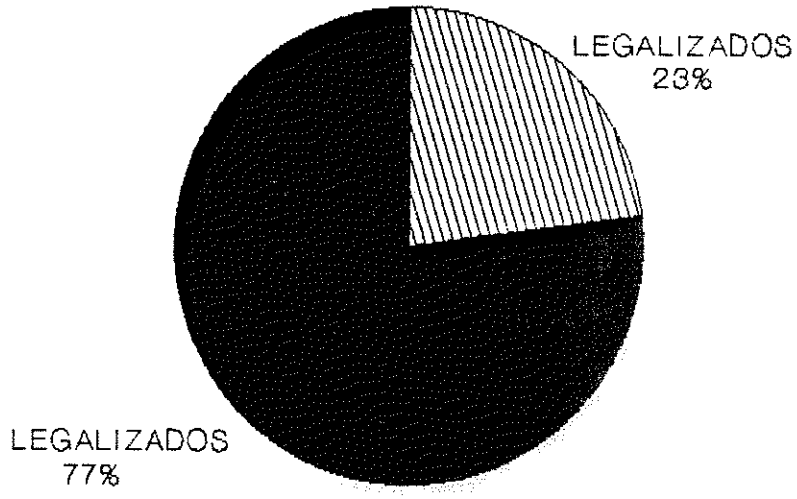
Salud propone como base fundamental para el mejoramiento de la salud, la organización y la participación comunitaria, considerando que solo por medio de la población organizada, las comunidades podrán conseguir mejoras sanitarias y elevar su nivel de vida. La consecución de la organización no se ha logrado completamente, pues son muy pocos los grupos que se han proyectado y han propiciado la participación de la comunidad. La situación legal del grupo limita algunas de sus actividades, pues el 77% de los mismos no está autorizado para manejar recursos económicos y hay actividades que requieren del manejo de fondos. Ejemplo de estas actividades: ayuda para pago de transporte a favor de enfermos graves que son trasladados de la comunidad a un centro hospitalario, compra de golosinas y piñatas para la celebración del día del niño, pago de transporte y local para los alimentos que proporcionan en CARE o Bienestar Social, compra de materiales para los cursos de capacitación, así como el pago de los cursos que han querido recibir fuera de su comunidad, pago de salario para el maestro que les pueda dar clases para terminar su escuela primaria y otras necesarias. El 23% de ellos sí están legalizados como vemos en la gráfica No. 6 de la siguiente página, los cuales encaminan sus actividades a celebraciones como el día de la madre, día del niño, navidad y cumpleaños, muy pocos de ellos se encaminan a llevar a cabo proyectos de desarrollo comunal.

La legalización de los grupos es la autorización que da

la Gobernación Departamental de Escuintla para que puedan manejar fondos o recursos económicos, y por esta misma situación, ellos no pueden considerar alguna actividad o ayuda que conlleve gastos al grupo. El 74% de los habitantes de las comunidades que fueron encuestados manifestaron que ellos no han recibido ayuda y atención del grupo de su comunidad, el 26% manifestó que sí ha recibido ayuda, pero ésta ha sido: busca de médico para atención de enfermos, sueros orales, algunos medicamentos como desparasitantes, hierro y vitamina A, así también algunos les han proporcionado útiles escolares que han recibido en instituciones no gubernamentales. Esta ayuda no ha requerido de fondos económicos de los grupos.

GRAFICA No. 6

SITUACION LEGAL DE LOS GRUPOS DE SALUD



Fuente: Información proporcionada por Promotores de Salud Institucionales con respecto a 171 grupos de salud. en la investigación de campo realizada durante el período de abril-agosto de 1995.

Existe un 72% (125 grupos) que sus integrantes tiene asignadas funciones, las que les asigna el promotor de salu institucional, ellos no lo eligen. Esta función es, como y se dijo anteriormente,, ser promotora voluntaria de salud. L 27% (46 grupos) aún no la tienen. No se les ha dejado decidi por sí mismos las funciones que sean pertinentes a sus propia características y necesidades. Aquí se pierde parte de l filosofía de Atención Primaria de Salud que establece com premisa para que pueda darse la misma se necesita que l participación de la comunidad sea activa y sus habitante establezcan los procedimientos de gestión y decisión, sienc ellos responsables de que los resultados sean satisfactorios mientras que el personal técnico institucional únicament tiene que adecuarse a la situación real de cada comunidad, y que se espera que estos técnicos conozcan detenidamente lc aspectos sociales, económicos y culturales de las mismas par interactuar científicamente en el proceso de cambio transformación de la sociedad actual. Por lo tanto, una c las metas principales que se tienen en todos los equipc institucionales es el logro de la participación de todos lc habitantes de las comunidades que están siendo cubiertas y qu todos los grupos y sectores estén representados en la organizaciones, para que allí, se discutan las necesidades problemas relacionadas con la salud y se busquen soluciones c acuerdo a sus propios recursos para que en determinado moment logren mejores condiciones de vida.

El 78% de los integrantes de los grupos de salud encuestados, manifestó que no pueden hacer que participe toda la comunidad en sus actividades, quiere decir que la participación de todos no se ha logrado, pues no se han sabido incorporar los pequeños esfuerzos e iniciativas hacia tareas mayores que apunten a un proceso de fuerza educativa conjunta que sea extraída de la práctica cotidiana que los técnicos deben optimizar como el potencial básico para pasar de una actitud pasiva a otra activa.

También a los líderes se les preguntó sobre la opinión que tienen de la participación de las personas que viven en su comunidad y ellos respondieron que ésta es poca, necesita de más motivación, más información y promoción de actividades, fuera de que muchas personas creen que estas actividades les van a robar tiempo y por ello no participan.

De acuerdo a la opinión de los integrantes de los grupos de salud, hay un 61% que dice que la comunidad no hace propuestas de mejoras para ella misma, sin embargo, el 39% dijo que sí lo hacen ante la Municipalidad o ante el Comité Pro mejoramiento. Los Promotores de salud institucional refieren que estos grupos todavía hay un 40% en los cuales su comportamiento es informal, lo que quiere decir, que no son las mismas personas las que asisten a todas las reuniones, sino que unas veces llegan unas y otras veces llegan otras. Por este mismo hecho, no están enteradas de todas las pláticas impartidas, así que no se pueden considerar que estas personas

sean promotoras voluntarias que coadyuven al mejoramiento de su comunidad, pues su participación es casual y no pueden cumplir con lo establecido con la institución. También se les preguntó a los integrantes de los grupos si todos los miembros participan en las reuniones y actividades, y el 39% respondió que si, mientras que el 61% dijo que no, configurando organizaciones inestables, que sólo son un recurso de la manipulación en donde se pierde su fuerza y energía natural innovadora. No existe una verdadera promoción de la salud, no se ha dado una efectiva motivación a las organizaciones de salud, por lo tanto, los resultados en cuanto a organización no son los adecuados para cada comunidad.

5.7. PARTICIPACION DE LA ORGANIZACION DE SALUD: Siempre se espera que las personas que integran un grupo, tengan una participación activa, positiva, consciente y consecuente con los requerimientos de cada realidad concreta. Sin embargo, en muchos casos, encontramos que estas situaciones no se dan completamente, lo que viene a retrasar los resultados que se desean alcanzar. En Escuintla las organizaciones de salud tienen una participación que aún depende de muchos factores, especialmente, los institucionales. De acuerdo a la opinión que tienen los Promotores de Salud y los Trabajadores Sociales, vemos que ellos coinciden al decir que el 91% de los grupos tienen una participación en forma consciente, mientras que el 9% todavía lo hacen inconscientemente. Explican que

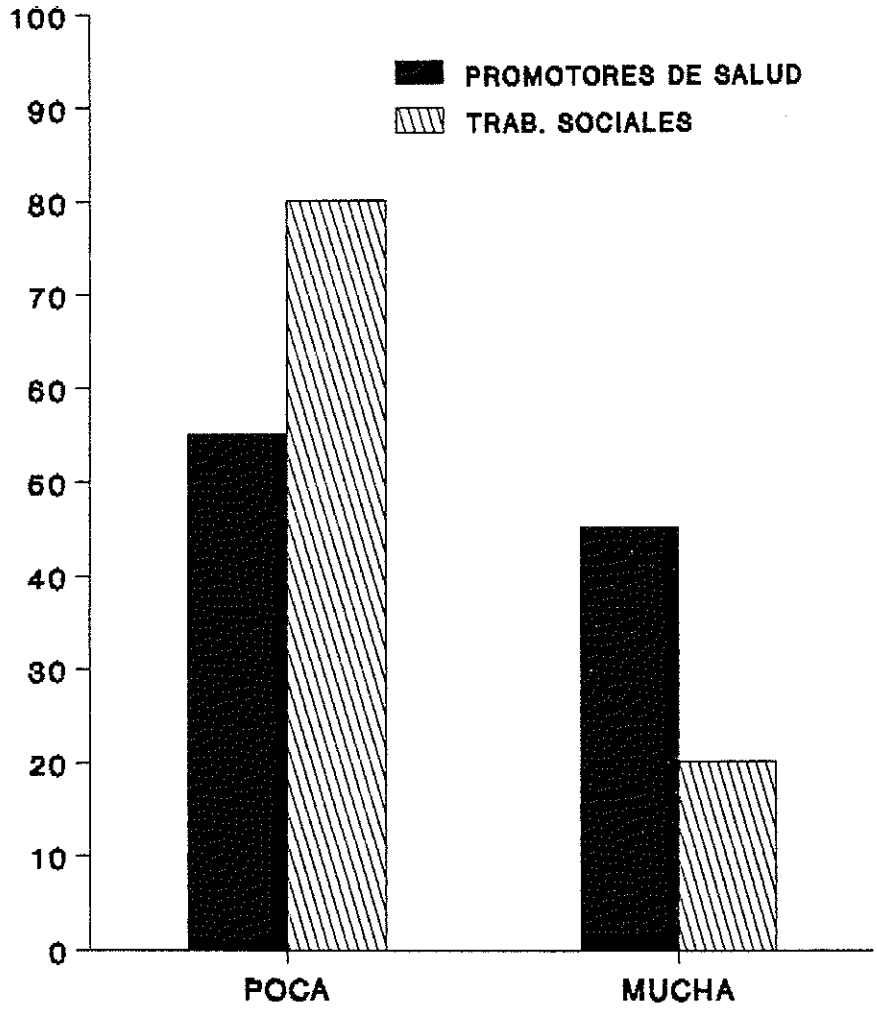
las personas que participan conscientemente lo hacen con conocimiento sobre la actividad que se va a realizar, pero lo negativo es que ésta se programa a nivel institucional, por lo que es importante hacer notar la necesidad de que el Equipo Técnico debe participar con la comunidad y no la comunidad con él, partiendo de la premisa que la técnica siempre debe estar al servicio del hombre y no el hombre al servicio de la técnica.

Por aparte, los promotores de Salud Institucionales dicen que en un 92%, la participación se puede calificar de positiva, aspecto importante que se debe aprovechar para llevar a la práctica nuestro deber de inculcar la lucha por la defensa de la salud a fin de que se generen procesos transformadores con energía innovadora, creativa y productiva que permita beneficiar a la comunidad, elevando con ello, otros niveles de conciencia.

A pesar de que la participación se ha calificado como positiva, también se ha cuantificado en poca, como vemos en la siguiente gráfica donde se manifiesta la opinión de los Promotores de Salud Institucionales y los Trabajadores Sociales.

GRAFICA No. 7

CUANTIFICACION DE LA PARTICIPACION DE LOS INTEGRANTES DE LOS GRUPOS DE SALUD



Fuente: Investigación de campo realizada durante abril-agosto 1995.

Con ésto, consideramos que los integrantes de los grupos de salud aún priorizan sus necesidades individuales a las colectivas, y por ello, es poca su participación. Aún no se ha logrado una verdadera motivación, esencial para que ellos actúen con más intensidad y en todas las actividades. Es importante analizar la causa de que la participación sea poca, puesto que de acuerdo a observaciones se deja entrever que las personas se niegan al sometimiento y obediencia al sistema que se les quiere imponer. La participación no se dará completamente, si los técnicos no participan en los hechos reivindicativos, tanto en lo económico como social, y al mismo tiempo coadyuven a la defensa de los derechos humanos, tomando una posición ideológica en cuanto clase social.

Los Promotores de Salud Institucionales expresan que la participación se ha dado en forma espontánea en un 92%, mientras que los Trabajadores Sociales dicen que todavía hay un 18% de los grupos que participan en forma forzada. Por lo tanto, para seguir fomentando la espontaneidad se les debe crear un clima de confianza y presentarles alternativas para que ellos decidan por los cambios necesarios.

A los integrantes de los grupos de salud se les preguntó si ellos se sienten seguros al desarrollar sus actividades y el 65% dijo que sí, mientras que el 35% contestó que no. Este es un porcentaje considerable que se debe tomar en cuenta, pues se hace necesario dejar estas comunidades para iniciar el proceso en otras, por lo que únicamente deben tener un

programa de seguimiento, confiando en que los integrantes de la organización pueden trabajar y decidir por sí mismos; por lo tanto, en estos momentos se debe seguir fomentando la cohesión entre sus integrantes, como un aspecto positivo que se está dando en las organizaciones de salud de Escuintla como vemos en el siguiente cuadro:

CUADRO No. 15

LA PARTICIPACION SE MANIFIESTA:

VARIABLES	PROMOTORES DE SALUD		TRABAJADORES SOCIALES	
	No.	%	No.	%
A nivel de grupo unido	125	73	6	55
A nivel individual	46	27	2	18
A nivel de comunidad	0	0	3	27
TOTAL	171	100	11	100

Fuente: Investigación de campo realizada durante abril-agosto de 1995.

Aquí la participación a nivel de comunidad es muy poca, lo que quiere decir que la misma no tiene total conocimiento del desarrollo de las actividades que el grupo de salud y/o el Equipo Técnico programa para mejorar la salud y prevenir la enfermedad que a ella le compete. Tanto los Promotores de Salud como los Trabajadores Sociales tienen la misma opinión con respecto a la participación a nivel de grupo unido,

significando con ello, que las personas sí participan pero en las actividades que se programan dentro del mismo grupo, pero no es así cuando se tienen que proyectar a su propia comunidad. Los Promotores de Salud sí hablan de un porcentaje de participación a nivel individual, que nos dice que aún los grupos no han cohesionado, y prevalece el criterio individual que el colectivo.

5.8. EL LIDERAZGO EN LAS ORGANIZACIONES DE SALUD: A los integrantes de las organizaciones de salud se les preguntó si ellos se consideraban ser un grupo líder en su comunidad y el 78% dijo que sí, el 22% respondió que no lo son, pues aún no los conocen como grupo. Los que dieron una respuesta positiva expusieron que se consideraban ser líderes porque ellos buscan mejoras en su comunidad y se preocupan por las demás personas que allí viven. Se les preguntó si habían recibido capacitación específica sobre liderazgo y dijeron que no, únicamente los conocimientos sobre salud. Por lo tanto, ellos opinan que el liderazgo que manejan es en un 57% a nivel individual y un 43% a nivel grupal. No es de extrañar entonces, que aún, ellos encuentran dificultades para influir en la colectividad. Decimos entonces que la poca participación se debe a la falta de liderazgo y a una organización vanguardista que logre la promoción, la autogestión y por consiguiente, la movilización social. Por lo anterior, también la organización no ha logrado

consolidarse como líder en su comunidad, únicamente se manifiestan líderes dentro del grupo, dándonos la pauta de la necesidad que se les capacite sobre este aspecto a fin de que cada grupo y cada integrante, opte por el tipo de líder que más convenga en lo individual y lo colectivo.

Existe diferencia de opinión entre Promotores de Salud y Trabajadores Sociales, en cuanto a la manifestación del liderazgo a nivel comunitario, pues los segundos expresan que únicamente se ha manifestado a nivel de grupo, punto que comparte la sustentante, ya que se ha observado que son pocos los líderes que trabajan por la salud, aparte de que ellos, por ser tan pocos no pueden influir en toda la comunidad, sino que necesitan de todos los integrantes del grupo para hacerlo. Esta ha sido una de las grandes dificultades que ha encontrado el Equipo Técnico y que a pesar de ello, ha sido una cuestión que no se ha tomado en cuenta para el impulso de sus acciones y su intervención profesional. Por lo tanto, es una necesidad urgente a fin de que se fomente y se consolide el liderazgo que pueda influir positivamente en su comunidad y se dé a corto o mediano plazo, una verdadera movilización social que busque el mejoramiento del sistema de vida que influye en el mejoramiento de la salud individual y colectiva. Aprovecharemos la opinión que tienen los Trabajadores Sociales en lo referente a la necesidad de seguir fomentando más líderes y el espacio que se tiene para hacerlo.

La opinión de los Promotores de Salud Institucionales, de

los Trabajadores Sociales y de los integrantes de los Grupos de Salud, es que el tipo de líder que prevalece en estas organizaciones es el democrático, pero hay porcentaje que debe tomarse en cuenta con respecto a los líderes autocráticos y los indiferentes. El Equipo Técnico debe tener cuidado en el fomento del liderazgo, aunque el ideal es el democrático, en algunas circunstancias se hace necesario que sean autocráticos por el tipo de actividad que se desarrolla. Ahora bien, debe dársele especial atención al líder indiferente, ya que puede provocar mucha apatía o negativismo en los demás integrantes de grupo, lo que vendría a crear dificultad en la consecución de objetivos y desarrollo de actividades, pues generalmente son personas que con su actitud influyen en el ánimo de otras. Se debe estar cerca de ellos para que conozcan el qué y para qué del trabajo que se va a realizar o se está realizando, a fin de que su actitud cambie. Los Promotores de Salud y los Trabajadores Sociales coinciden en que dentro de los grupos de salud los líderes han manifestado una actitud positiva en más de un 90% de las actividades, pero sí una actitud indiferente a los problemas comunitarios y a sus posibles soluciones.

5.9. PROMOCION Y MOVILIZACION SOCIAL EN LA SALUD COMUNITARIA:

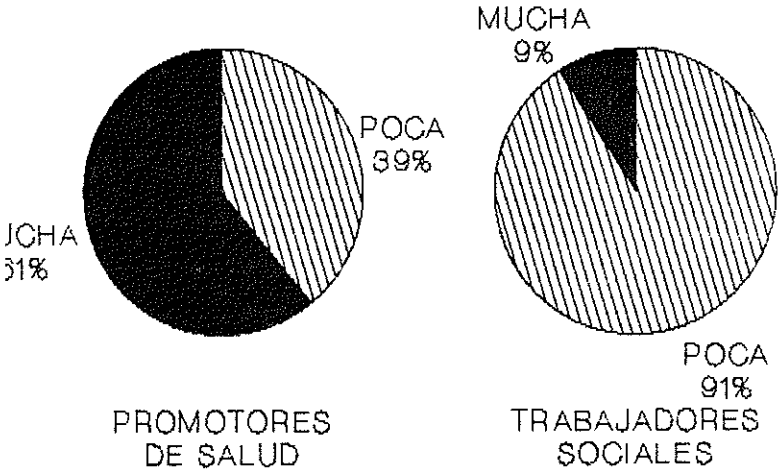
Para el mejoramiento de la salud, debemos proponer cambios profundos en la sociedad, los que deben encaminarse a favorecer a los más necesitados, pero para que se lleve a cabo se hace necesaria la participación de los sectores populares

organizados, que permitan una adecuada promoción de la salud y no una promoción que se refiera únicamente como la ausencia de la enfermedad, sino por el contrario, como el logro de un adecuado nivel de vida. Por ello, es importante que veamos la situación de la promoción que se da en las comunidades donde hay grupo de salud y que al mismo tiempo, tienen el apoyo técnico del Equipo. En la gráfica No. 8 se observa la diferencia de opinión entre los Promotores de Salud y los Trabajadores Sociales, pues estos últimos dicen que ha sido poca, ya que los mensajes no han llegado a toda la población y si llegan no ha sido en forma correcta, observándose que muchas veces la comunidad no está enterada de las actividades que se desarrollan y a veces se da también que los integrantes de los grupos no saben exactamente de que se trata y porqué se va a realizar. Es cierto que el Equipo Técnico ha tratado de que ésta se haga a nivel de toda la comunidad, pero los recursos no han permitido que se logre, aparte de que es manifiesto el desconocimiento que tiene el mismo con respecto a hacer una verdadera promoción. Unicamente se ha promocionado con actividades sueltas y no como un proceso que busque elevar el nivel de vida de los comunitarios, aparte de que no se les ha dejado a ellos la tarea de promocionar sus propias actividades como autores protagónicos de su lucha colectiva. La organización únicamente ha sido objeto para el Equipo Técnico puesto que únicamente les interesa que las actividades solicitadas por las autoridades institucionales,

se lleven a cabo sin que tenga mayor trascendencia para la comunidad.

GRAFICA No. 8

PROMOCION QUE SE LE HA DADO A LA SALUD



Fuente: Investigación de campo realizada durante abril-agosto de 1995.

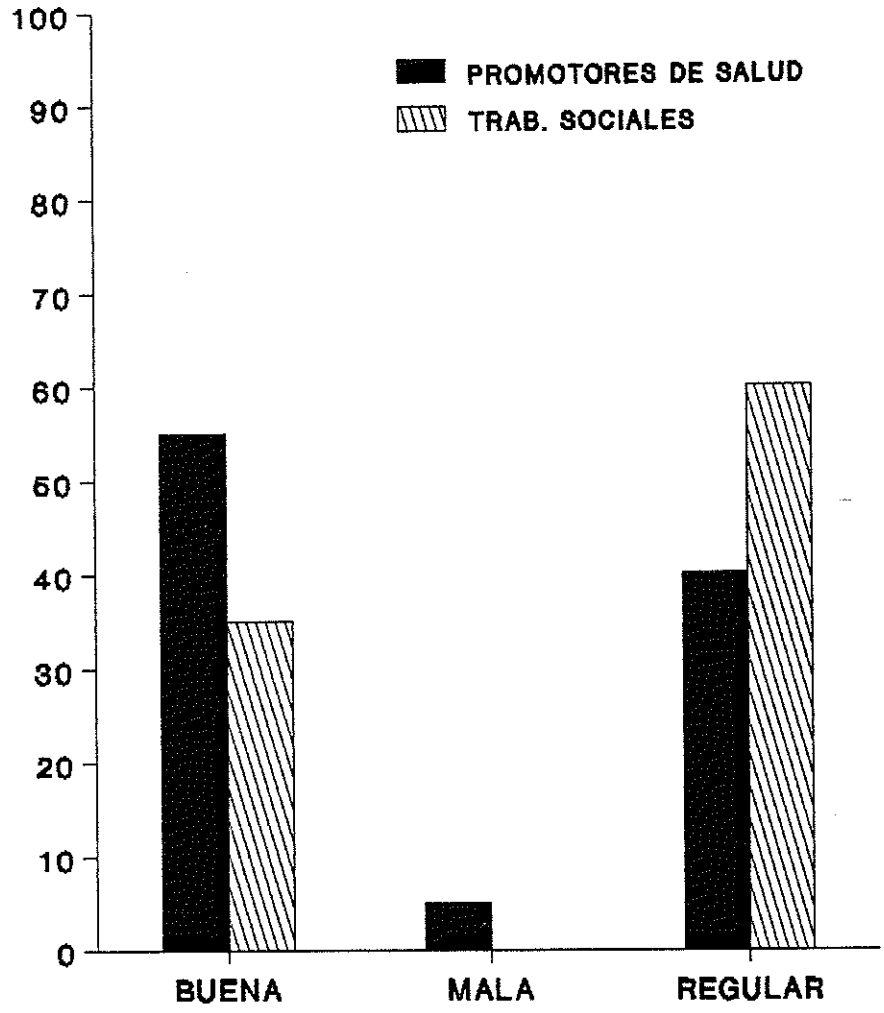
PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

En la gráfica No. 9 de la siguiente página, observamo que hay diferencia de criterio entre Promotores de Salud Trabajadores Sociales en cuanto a la calificación que le da a la Promoción, pues los primeros dicen que ha sido buena mientras los segundos manifiestan que ha sido regular, puesto que no ha llenado completamente sus objetivos, sino que se ha quedado en una promoción sin objetivos, no dirigida y con poco recurso económico y material para que pueda darse un mensaje a todos y cada uno de los habitantes de una comunidad. Ellos refieren que algunas veces promocionan con visitas domiciliarias, con reuniones, con colocar carteles, afiches se avisa por medio de megáfono, se han hecho desfiles pancartas, se han realizado actividades culturales, se avisa en las escuelas para que los niños promocionen, se han dado volantes, invitaciones personales, actividades recreativas los líderes avisan y los integrantes de los grupos, pero todo ésto, sólo ha llevado al Equipo Técnico y a su grupo de salud a llenarse de activismo que ha desgastado sus energías, puesto que únicamente se han promocionado con apoyo radial televisivo las jornadas de vacunación, prevención del cólera prevención del dengue, pero no se ha buscado la estrategia adecuada para promocionar la elevación de la dignidad humana del derecho fundamental que todos tenemos al pleno goce de la salud, de la necesidad de buscar mejoras sanitarias colectivas, de una educación en salud, del equilibrio que debe existir entre trabajo y descanso.

Las recomendaciones que dieron los Promotores de Salud y Trabajadores Sociales, de acuerdo a su experiencia, fueron: Necesidad de implementar jornadas médicas, actividades culturales, un programa de radio sobre salud, mejor atención al afiliado en los hospitales y consultorios, apoyo logístico y recursos financieros y materiales así como un curso de promoción para ellos y los integrantes de sus organizaciones.

GRAFICA No. 9

CALIFICACION DE LA PROMOCION



Fuente: Investigación de campo realizada durante abril agosto de 1995.

A los habitantes de la comunidad se les preguntó si se han dado cuenta de las actividades que realizan el grupo de salud de su comunidad con el equipo técnico del IGSS, el 46% dijo que sí, mientras que el 54% manifestó que no. Esto quiere decir que más del 50% de la población no está enterada porque no les llega el mensaje. Ellos también exponen que sólo el 43% conoce a las personas que integran el grupo de salud, el 57% expresó que no los conocen. Por el contrario, el 95% de los líderes comunitarios manifestaron que sí los conocen. Hay una gran diferencia de opinión, lo que nos da la pauta de que la promoción solo se ha dirigido a un sector de la población.

El 84% de los líderes comunitarios dicen que ellos han logrado tener actividades coordinadas con el Equipo de Proyección Comunitaria y la Organización de la Salud. Ejemplo: Actividades culturales, giras educativas sobre salud, actividades sociales y recreativas, capacitaciones, jornadas de limpieza, rifas para obtener fondos, intercambio de experiencias. Además expresan que estas actividades han sido aceptadas por la comunidad en un 96%. Sin embargo, también manifiestan que falta mucho por hacer, ya que la situación de salud del individuo y de la comunidad ha mejorado solo en un 61% y se ha dirigido más a evitar el parasitismo, las deshidrataciones, y a implementar medidas preventivas sobre el cólera y las diarreas. El 78% de los integrantes de las Organizaciones de Salud consideran que aún no han logrado

atender a toda la comunidad, puesto que las estrategias que tienen para ellos son: visitas domiciliarias, asambleas, reuniones, desfiles, carteles y visitas a enfermos.

Los Trabajadores Sociales consideran que los grupos de salud tienen capacidad de movilizar a la comunidad para que participe en actividades sólo en un 80%, y ésto lo hacen en actividades recreativas, sociales, deportivas, culturales, jornadas de vacunación, de desparasitación. Aún así, el 55% de ellos indicaron que ésta ha sido poca, pero que sí existe la posibilidad de que estos grupos puedan influir en su comunidad pero con una capacitación periódica y con otra metodología.

Mientras tanto, el 87% de los integrantes de los grupos consideran que aún no tienen poder de movilización en su comunidad, pero sí es interesante ver que el 55% de los habitantes de la comunidad encuestados manifestaron su interés por ayudar al grupo de salud participando en reuniones, apoyando giras educativas, saliendo a invitar para las reuniones, ayudando cuando hay emergencias, apoyar las visitas a los enfermos, aprender a prevenir enfermedades, dando educación a la comunidad, teniendo un puesto de sueros orales, en trabajar por los drenajes e introducción de agua. Ellos también manifestaron que les gustaría que se trabajara integrado el Equipo comunitario, el grupo de salud y los habitantes de la comunidad para quitar los basureros y educar a la población, prevención del dengue, aprender sobre

hipodermia y primeros auxilios, arreglo de calles, capacitación sobre relaciones humanas, películas educativas, arreglar el problema de letrinización, atención médica a bajo costo y mejoramiento del medio ambiente.

5.10. EDUCACION POPULAR EN LOS EQUIPOS DE PROYECCION COMUNITARIA: Se obtuvo información de personas que participan en los grupos de salud que promueven los Equipos de Proyección Comunitaria. Ellos expresaron que sí se han logrado mejoras en las comunidades con el apoyo educativo impartido por los técnicos, ya que se ha mejorado la situación de diarreas, de parasitismo, la higiene de algunas viviendas, control de varios basureros, introducción de energía eléctrica en algunas comunidades, formación del comité pro-mejoramiento, establecimiento de una farmacia comunal, apoyo a la construcción de aulas escolares, cursos de manualidades, de hipodermia y control de medicamentos. El 78% de los encuestados, considera que las mejoras que se han logrado se puede decir que están a nivel individual, mientras que el 22% dice que es a nivel colectivo.

El 100% de estas personas entrevistadas manifestó que por medio de la educación ha cambiado su forma de pensar y que el Equipo Técnico ha influido positivamente en el grupo, pues antes no tenian una organización específica para tratar la salud de la comunidad. A pesar de ello, dicen que no todos los habitantes han cambiado en su forma de pensar y actuar

para mejorar la salud, ya que necesitan de más motivación y educación para lograrlo, y por los mismo sugirieron que se deben buscar otras alternativas como las vivenciales, visitar las casas para motivar a las personas, formar más grupos de salud en las comunidades grandes, los cursos que se imparten deben avalarse con constancias o certificados, implementar talleres, seminarios y foros y también realizar actividades culturales con mensajes de salud.

El 72% de los Trabajadores Sociales que también se entrevistaron, manifestó que la implementación de la educación en los grupos de salud es poca. Unicamente el 18% considera que ésta es efectiva y real. Del 100%, sólo el 54% opinó que esta educación ha sido positiva y también, el 9% expresó que es concreta. Para mejorar esta situación, y por consiguiente mejorar la formación y seguimiento de los grupos de salud, ellos proponen que la Institución considere lo siguiente: Poner a disposición de los Equipos Técnicos, los recursos necesarios para desarrollar efectivamente las actividades así como crear una partida presupuestaria para que existan fondos económicos, aparte de la necesidad de crear otros mecanismos para la selección de Promotores de Salud Institucionales. También dicen que hay necesidad de establecer una mejor coordinación dentro de los Equipos Técnicos para que se pueda orientar mejor al Promotor de Salud, darle más apoyo y supervisión, así como estímulos y motivación. Es urgente ampliar los conocimientos en todos los ámbitos y no solo lo

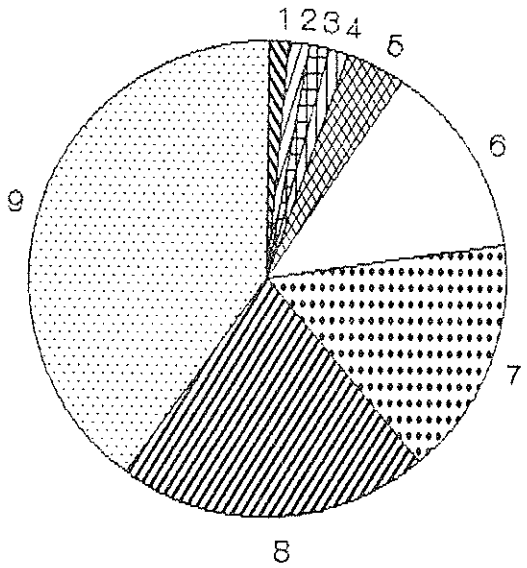
que se refiere a medidas preventivas y curativas, cambiar la metodología para la capacitación al personal y por aparte, se deben tomar en cuenta los intereses y necesidades de las Promotoras Voluntarias y no únicamente llegar y darles directrices, así también crear escuelas rurales en desarrollo social.

El 16% de los integrantes de los Equipos Técnicos que fueron entrevistados, expresó que sí han recibido capacitación sobre educación popular con instituciones como Plan Foster, Visión Mundial, Escuela de Trabajo Social, Magisterio Nacional, Conalfa, Hospital Dr. Rodolfo Robles, Intecap y Sodifag. Otro 15% dijo que lo recibieron con el IGSS cuando inició el programa en Escuintla en 1989. Mientras tanto, un porcentaje bastante alto (69%) no la ha recibido, lo que evidencia la necesidad de su implementación dentro de los Equipos Técnicos.

Todos ellos manifestaron que a su juicio, el grado de conocimiento que tienen sobre educación popular es: el 67%, regular; el 24%, bajo; el 1.33%, alto; el 6.67% dijo que no tenía ningún conocimiento y que se interesan porque sea desarrollado en la Institución.

GRAFICA No. 10

TIPO DE CONOCIMIENTO DE LA EDUCACION POPULAR



1- 1.33% TECNICO
2- 1.33% ECONOMICO SOCIAL
3- 1.33% ECONOMICO EDUCAT
4- 1.33% NINGUNO
5- 4.00% EDUC.-EC.- SOCIA
6- 13.34% SOCIAL
7- 16.00% EDUCATIVO
8- 21.00% SOCIAL-EDUCATIVO
9- 40.00% TODOS
0.00% CULTURAL
0.00% POLITICO

Fuente: Investigación de campo realizada durante abri agosto de 1995.

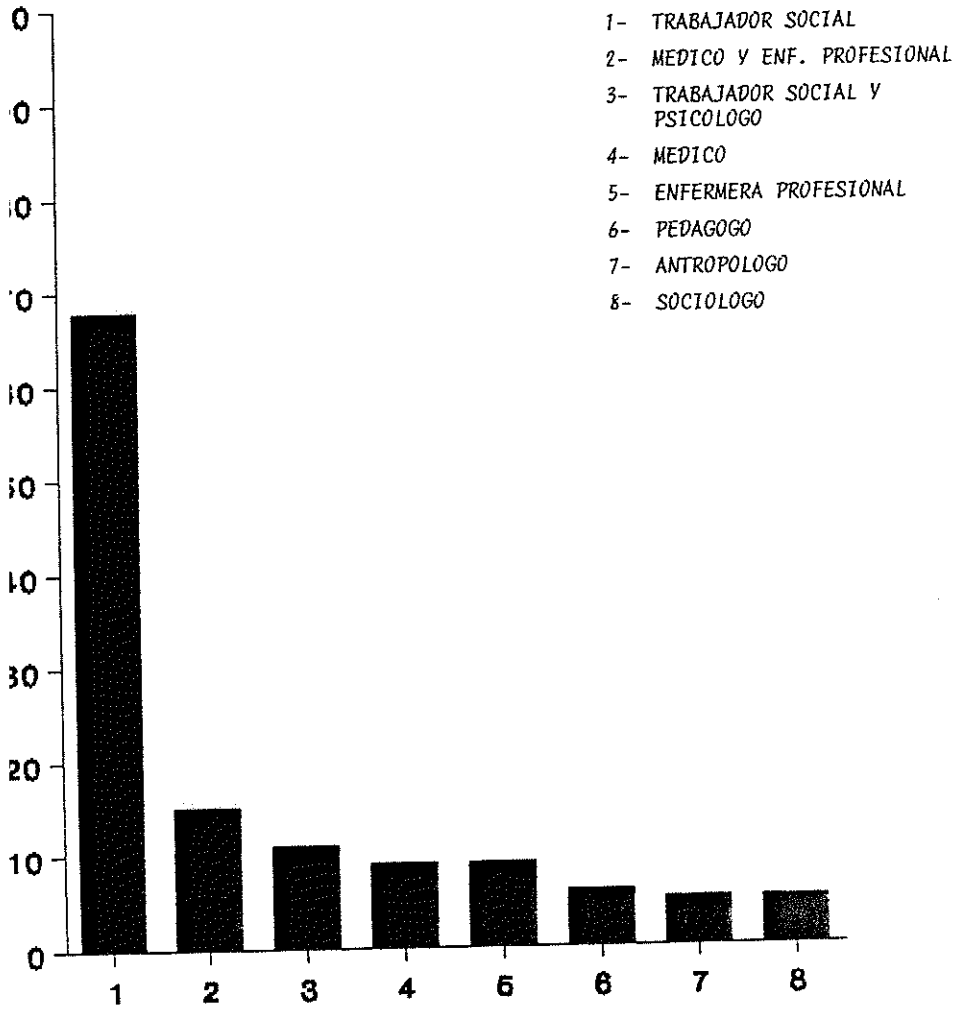
En la gráfica anterior, se observa que los técnicos que fueron entrevistados no consideran a la Educación Popular como un conocimiento cultural o político, a pesar que son aspectos importantes que en su práctica se deben tomar en cuenta para obtener mejores resultados en la consecución y consolidación de las organizaciones de salud, puesto que a través de la práctica económica, política, social y cultural, se deben generar espacios de reflexión y análisis para que estas mismas tomen una postura ideológica y propicie el rescate de la cultura popular con acciones creadoras, dinámicas y dialécticas.

Sin embargo, el 100% de los entrevistados manifestó que la Educación Popular debe implementarse en las organizaciones de salud, ya que ellos consideran que son agentes multiplicadores que capacitan a otros agentes multiplicadores, y para ello sugirieron que se debe iniciar una capacitación para los integrantes de los Equipos de Proyección Comunitaria a través de cursos, seminarios y talleres en forma intensiva. Se dieron varias opiniones con respecto al profesional que debe tener a su cargo la asesoría y supervisión de la implementación de la educación popular en los Equipos Técnicos y por consiguiente en las Organizaciones de Salud, siendo el Trabajador Social el que obtuvo el porcentaje más alto, pues ellos consideran que es el profesional que más identificación tiene con los sectores populares, en segundo lugar en porcentaje está el Médico y la Enfermera Profesional, ya que

manifestaron que por ser ellos los coordinadores deben también coordinar este aspecto, un porcentaje menor dijo que deben ser los Trabajadores Sociales con el Psicólogo porque son los que conocen sobre motivación de grupos, otros manifestaron que debe ser sólo el Médico por ser el jefe de todos, otros dijeron que la Enfermera Profesional por ser la jefe de los Promotores de Salud, y otros consideraron que la Institución debe contratar, ya sea, a un Pedagogo, a un Antropólogo o a un Sociólogo para que se implemente la Educación Popular. Observemos la gráfica siguiente que habla al respecto:

GRAFICA No. 11

PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA EDUCACION POPULAR



Fuente: Investigación de campo realizada durante abril-agosto de 1995.

Estos mismos integrantes de los Equipos Técnicos también emitieron su opinión respecto a la manera en que se ha implementado la Educación Popular en las Organizaciones de Salud, y ésta varía ya que fueron diferentes opiniones: Unos dijeron que la implementaban con reuniones (5%); otros con técnicas audiovisuales (10%); con capacitaciones (11%); a través de charlas educativas (8%), aplicando técnicas participativas (3%); organizando grupos (9%); con la práctica diaria (2%), aplicando educación formal con la educación informal (3%); adaptando la metodología a la realidad (6%); y otros dijeron que la educación popular no se ha implementado (45%). Es un porcentaje bastante alto este último, considerando ellos que no se ha implementado pues no se toma en cuenta a la población, solo se hace énfasis en informar y no reflexionar su realidad, además el equipo técnico no tiene suficiente capacitación sobre esta materia, aparte de que improvisa constantemente, únicamente se programa a nivel institucional y el equipo no tiene apoyo logístico.

Aparte de ésto, también se observó que no tienen suficiente conocimiento sobre Atención Primaria de Salud, pues el 79% no respondió sobre los objetivos de A.P.S. y el 21% dio diversas opiniones sin explicitar. También se les preguntó si ellos conocían algún normativo o reglamento del I.G.S.S. donde se hable de Educación Popular; y el 32% dijo no saber; el 52% no contestó; el 9% dijo que en ninguno de los que conoce; el 4% manifestó que en el Acuerdo 13-89 y el 3%

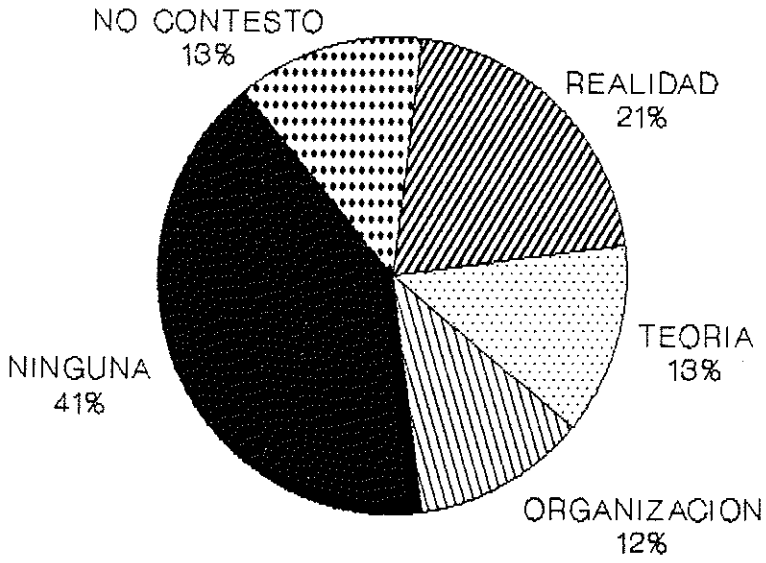
expresó que en los Acuerdos 848 y 849. Revisando los acuerdos mencionados vemos que no mencionan aspectos de Educación Popular, por lo que podemos decir que institucionalmente no están interesados en su aplicación.

Los entrevistados recomendaron que se debe capacitar al personal sobre los siguientes aspectos: Técnicas pedagógicas, motivación a los grupos de salud, permitir la participación de la comunidad o del grupo de salud, aplicar otra metodología, técnicas participativas, cursos específicos para el trabajo con grupos.

Con respecto a la pregunta que se les hizo sobre los elementos de educación popular que intervienen en las organizaciones de salud, ellos contestaron asi:

GRAFICA No. 12

ELEMENTOS DE EDUCACION POPULAR



Fuente: Investigación de campo realizada durante abril-agosto de 1995.

Se puede observar en la gráfica anterior que las personas entrevistadas no tomaron en cuenta el aspecto referente a la práctica transformadora, puesto que se deben conjugar los cuatro elementos: Realidad, teoría, práctica transformadora y organización, para que pueda darse metodológicamente la educación popular.

Se presentan algunas definiciones que las personas entrevistadas dieron en relación a los que consideran que es Educación Popular: El 36% de los mismos dijo: "Es la educación que se da a todo nivel comunitario, tomando en cuenta la capacidad de aprendizaje, o sea, buscando el nivel o grado de estudio de las personas, y se aplica en las comunidades de acuerdo a sus costumbres y forma de expresión, utiliza técnicas adecuadas, manifiesta intereses y objetivos comunes y velan por los beneficios de todos Se da con lenguaje sencillo". El 13.33% manifestó: "Es la educación que se da fuera de las aulas con medios apropiados en la comunidad, a través de reuniones, con materiales educativos de acuerdo al grupo de asistentes que va dirigida a grupos determinados de personas, por medio de afiches, charlas y reuniones, puede ser formal o informal y va dirigido a personas alfabetas y analfabetas". Otro grupo compuesto por el 9.33% de los entrevistados expresó: "Es la educación que se da a través del conocimiento de la realidad y experiencia que se convierta en un instrumento y práctica dentro de la comunidad, proceso de conocimiento y reflexión ante la

realidad social. Es el proceso de enseñanza a un pueblo mediante ejemplos y actitudes reales de la vida. Abarca los puntos sociales y culturales de un lugar. Se da en base a vacíos existentes en las diferentes organizaciones, o sea, que responde a necesidades sentidas por determinado grupo o comunidad". Un 10.67% de los entrevistados refirió: "Todos los conocimientos que el promotor de salud transmite a la comunidad, se imparte a las personas que participan en las actividades basada en diferentes temas, tiene aceptación dentro o fuera de una institución o comunidad. Es el principio de la formación de cada individuo, tanto a nivel individual como familiar o colectivo. Es organizar una comunidad para orientar a las personas y prevenir problemas de salud y crear agentes de cambio". Un 9.33% definió así: " Es el proceso de enseñanza-aprendizaje no formal que colectiviza el conocimiento individual como una forma de adquirir y compartir conocimientos utilizando técnicas prácticas y sencillas de acuerdo a las características y necesidades de la población. Es conocimiento social y educativo, integra a la población a la lucha por el cambio socio-estructural. Parte de la vida y práctica de los sectores populares, estimula el desarrollo de los mismos para que tomen conciencia de clase y sean sujetos de transformación social".

Se considera un porcentaje importante de técnicos que no emitieron su opinión, pues llegó al 21.34%, o sea, la quinta parte de los entrevistados.

Se observa que dieron diferentes opiniones con respecto a lo que es Educación Popular, sin embargo todos estuvieron de acuerdo que se da con las personas sencillas, de poca escolaridad, o sea, las personas con las cuales se trabaja en las organizaciones de salud.

C A P I T U L O 6

PROPUESTA TEORICO-METODOLOGICA DE EDUCACION POPULAR PARA LAS ORGANIZACIONES DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA

El Trabajador Social, un profesional comprometido con los sectores populares de nuestro país, y consciente de la necesidad de contribuir a generar cambios estructurales en nuestra sociedad, tiene como obligación prioritaria propiciar el desarrollo y avance de la organización, de la movilización, concientización y participación de estos sectores para lograr un verdadero cambio social.

En el Departamento de Escuintla se han formado grupos de salud que son una alternativa para iniciar un movimiento organizativo que a través de la Educación Popular, permita una mejor promoción y proyección, que partiendo de la base puedan involucrar amplios sectores de la población en busca de mejores niveles de vida.

Entre las finalidades de esta propuesta de Educación Popular, destacan las siguientes: Permite la generación, consecución, fortalecimiento y consolidación de la organización popular en salud; así también contribuye a la elevación de los niveles educativos, de abstracción, análisis y síntesis que le permitirán a la organización apropiarse del conocimiento que conlleve la interpretación de su realidad. Se constituye en la base dialéctica de la movilización social que apunte a la superación de los vacíos de conocimiento y desequilibrios con clase social para que la participación de los diversos grupos de nuestra población sea activa y efectiva. Por aparte es el punto de partida de los procesos

y beneficios del desarrollo socio-político, económico y cultural, especialmente en aquellos grupos en estado de pobreza, marginalidad y postergación.

La Educación Popular asegura la igualdad cuali-cuantitativa de oportunidades de educación, liderazgo y toma de decisiones; así mismo promueve y facilita el respeto a la dignidad y libertad de toda persona, haciendo operativo que la población tome decisiones en cuanto a los problemas que le atañen. Permite la apropiación de la realidad y de la práctica transformadora, de una manera consciente, crítica y creativa. También le permite a la organización, y a todos y cada uno de sus integrantes, participar en el proceso educativo, y que generen niveles de análisis, que produzcan y reproduzcan sus conocimientos, cuestionen su propia concepción y práctica y así teoricen sobre ella.

Equilibra el proceso educativo como un acto de conocimiento y como un acto político que tiende a la transformación del hombre en cuanto clase social. Articula la teoría con la práctica, para así también permitir descubrir y enfrentar las contradicciones de la realidad con miras a avanzar hacia la transformación de la sociedad. Propicia la independencia de los grupos que en un momento dado tomen sus propias decisiones como autores y actores de su propio desarrollo y bienestar social. Coadyuva a la resolución de conflictos internos de cada grupo, y hace crecer la confianza en ellos mismos para que propicien cambios de mentalidad que

más convengan.

6.1. FUNDAMENTOS TEORICO-PRACTICOS PARA EL GRUPO TECNICO INSTITUCIONAL:

Se ha observado que en los Equipos de Proyección Comunitaria existen vacios de conocimiento en cuanto a aspectos económicos, sociales, culturales y políticos de las comunidades, así como una falta de definición ideológica e identificación social que apunte a la generación y desarrollo de una organización popular que fomente un verdadero liderazgo tanto de ellos hacia la organización, como de la organización hacia su comunidad, que apoye y propicie la participación, promoción, autogestión y movilización social. Para ello, se presenta el siguiente programa de capacitación general que le permitirá a los participantes desarrollar estrategias de acuerdo a cada realidad donde intervenga.

Este programa se presentará con el perfil propuesto por la Metodología de la Educación Popular, que permite recoger las necesidades e intereses de la población o grupo a quien va dirigido, así como su planificación técnica:

- Nombre del programa
- Personas a quien va dirigido
- Institución o comunidad donde pertenecen
- Período (meses y/o año)
- Tema general
- Objetivo (s) general (es)
- Eje (s) temático (s)

FACULTAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

- Objetivos específicos de los ejes temáticos

- Temas a desarrollar, técnicas y dinámicas.

PROGRAMA DE CAPACITACION SOBRE EDUCACION POPULAR DIRIGIDO A LOS INTEGRANTES DE LOS EQUIPOS DE PROYECCION COMUNITARIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL EN EL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA. 1996.

Tema general: LA METODOLOGIA DE LA EDUCACION POPULAR Y LOS PROCESOS DE TRANSFORMACION DE LA SALUD INDIVIDUAL Y COLECTIVA.

Objetivo general: Compartir la propuesta metodológica de la Educación Popular con el fin de aportar elementos teórico-prácticos que permitan mejorar la práctica social de cada uno de los integrantes de los Equipos de Proyección Comunitaria en el apoyo, asesoría y acompañamiento a las organizaciones de salud del Departamento de Escuintla.

Eje temático: **LA SALUD, LA EDUCACION Y LA ORGANIZACION: COMPONENTES PARA LA REIDEOLOGIZACION E IDENTIDAD NACIONAL.**

Objetivos específicos

- Permitirle a cada uno de los integrantes de los Equipos de Proyección Comunitaria la toma de conciencia, adopción de una ideología en favor de los sectores populares y la adquisición de una identidad nacional.

- Fortalecer el liderazgo que deben ejercer en las comunidades bajo el esquema de compañero de la misma y no como autoridad institucional.

- Permitirles las herramientas necesarias para que el trabajo que desarrollan en las comunidades sea efectivo.

- Propiciar la madurez necesaria para el logro de un trabajo interdisciplinario.

- Realizar un trabajo consecuente, con base científica y con aplicación de la metodología de la Educación Popular.

Temas a desarrollar:

ATENCION PRIMARIA DE SALUD Y SU ORIENTACION IDEOLOGICA:

- La salud como producto social, económico, cultural y político.
- Atención Primaria de Salud en Escuintla: Un modelo asistencialista y verticalista (de arriba hacia abajo).
- La salud individual y colectiva, un derecho constitucional.
- La salud y la cultura popular.
- La promoción de la salud y el entorno mundial.

LA ORGANIZACION Y SU LUCHA COMO CLASE SOCIAL:

- La organización en Guatemala y su entorno socio-político.
- Limitantes de la organización: internos y externos.
- La organización, su contenido político y su compromiso de clase. Reideologización.
- Identidad nacional, una necesidad organizativa.
- El poder político de la organización popular.

LA EDUCACION Y LOS PROCESOS DE LIBERACION:

- La educación: Una postura político-liberadora y transformadora-revolucionaria.
- Aplicación de palabras generadoras y aspectos para discusión.
- Utilización de pautas de comportamiento.
- Aprovechamiento de los círculos de cultura y de estudio.
- Preparación de intercambio de experiencias entre organizaciones locales, municipales y departamentales.

GUATEMALA, SITUACION ACTUAL Y El ENTORNO NEOLIBERAL MUNDIAL:

- Situación económica, social y política.
- Situación laboral: Agricultura e industria.
- Situación educativa: Formal, no formal, de adultos y popular.
- El Estado de Guatemala y las políticas sociales de salud.
- El neoliberalismo y la globalización.

TECNICAS Y DINAMICAS PARA EL TRABAJO CON GRUPOS Y SUS CODIGOS ESTIMULADORES DE ANALISIS E INTERPRETACION:

- Para la sociabilización y/o animación: Baile de presentación; los refranes; cola de vaca; se murió chicho; ésto me recuerda.

- Para el análisis general y/o diagnóstico situacional: El sociodrama; el juego de roles; las estatuas; cuento dramatizado; lluvia de ideas; el afiche; papelógrafo; discusión de gabinete; estudio de casos; noticiero popular.

- Para la organización popular: Las botellas; rompecabezas; reconstrucción; la gente pide; zapatos perdidos.

- Para la planificación comunitaria: Remover obstáculos; tareas; el tiro al blanco; la baraja de la planificación; la rayuela de la planificación.

- Para ejercicios de abstracción: Las figuras; descripción objetiva y subjetiva; palabras claves; cadena de asociaciones; objeto y número.

- Para ejercicios de comunicación: Yo lo miro así; el rumor; es así; sin saber de qué se trata; doble personalidad.

- De análisis estructural: El pueblo necesita; el muro; uno para todos; campos de fuerza; miremos más allá.

- De análisis económico: Canasta revuelta; phillips 6-6; río revuelto; la piñata; lectura de cartas.

- De análisis político: El dominó; lotería; la liga del saber; qué sabemos; la búsqueda del tesoro.

- De análisis ideológico: Puro cuento; la carta; la historia; laberintos; telegrama corto.

6.2. INICIO DEL PROCESO METODOLOGICO DE EDUCACION POPULAR CON LAS ORGANIZACIONES DE SALUD:

6.2.1. COMBINACION DEL TRIPLE DIAGNOSTICO (PRACTICA-TEORICA-PRACTICA): Debemos tener presente que la educación popular se da a través de las organizaciones populares, aquéllas que se permiten ser protagónicas de su historia, las que luchan por conseguir que su sociedad sea más justa, más equilibrada y humana.

La educación popular tiene su origen en el pueblo y mantiene un proceso constante de análisis, investigación y reflexión. Es el medio ideal para que la realización de tareas se den colectivamente y midan la fuerza y capacidad de la organización.

Esta educación debe apoyarse con el método dialéctico, utilizando el proceso: práctica-teoría-práctica o lo que es lo mismo, acción-reflexión-acción, que quiere decir que se debe iniciar con lo que las personas saben, piensan, conocen y sienten, porque sólo así se cumplirá el artículo 72 de la Constitución Política de la República de Guatemala que dice: "Fines de la Educación: La educación tiene como fin primordial el desarrollo integral de la persona humana y el conocimiento de la realidad y cultura universal". [91] La educación permite a la población el acceso a los beneficios del progreso y la posibilidad de crear y disfrutar juntos el proceso de desarrollo.

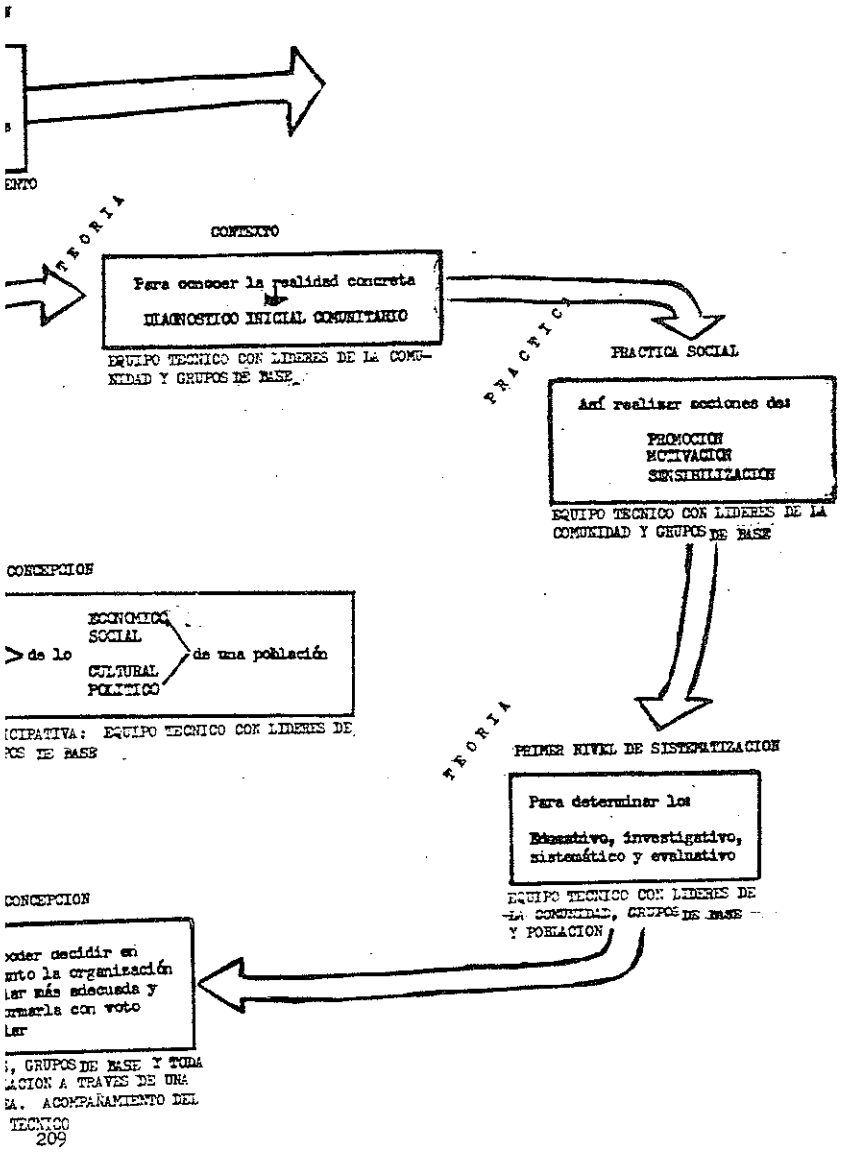
Se presentan aquí dos ejemplos en forma de espiral, que permiten tener una visión de este proceso metodológico, que tienen como base la necesidad que actualmente manifiestan las organizaciones de salud en el Departamento de Escuintla (primer ejemplo) y los Equipos de Proyección Comunitaria (segundo ejemplo).

---

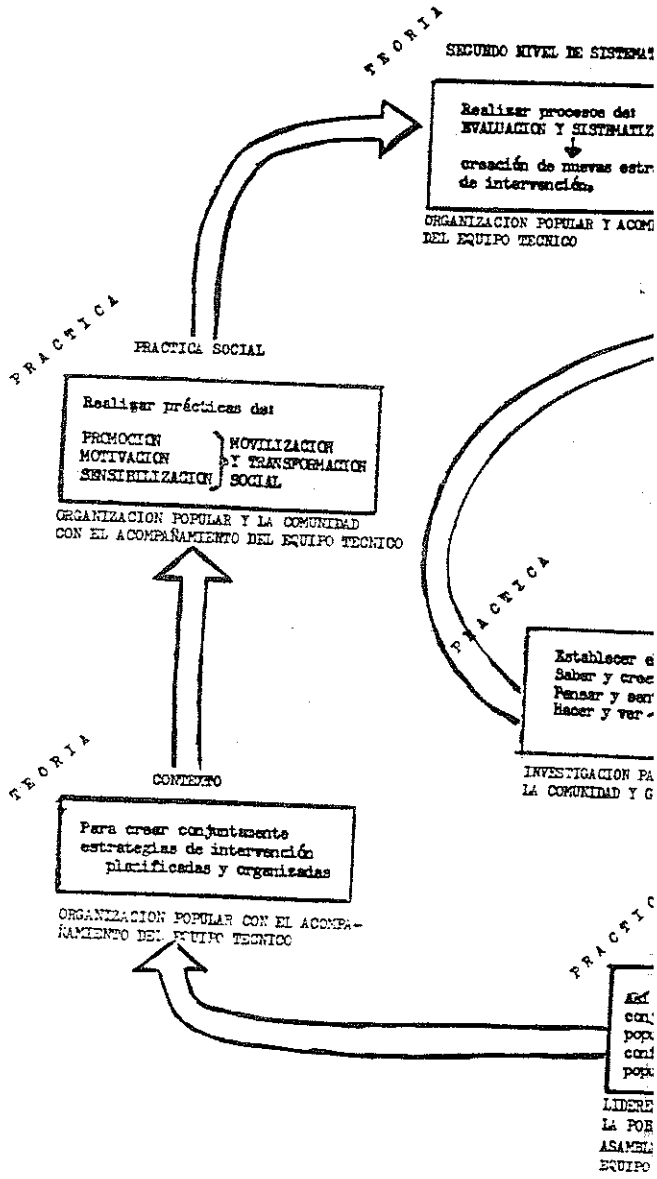
[91] Asamblea Nacional Constituyente, "CONSTITUCION POLITICA DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA", Guatemala, C.A. 31 de mayo de 1985, página 11.

EJEMPLO No. 2

CIPACION DEL EQUIPO TECNICO CON LA COMUNIDAD
diagnóstico comunitario, organización popular
comunitaria y autogestión y movilización soc.)



ESTRATEGIA PARA
(Abordaje comuni
así como partic



6.2.2. **PROPUESTA DE TEMAS A IMPLEMENTAR EN LAS ORGANIZACIONES DE SALUD:** Por la necesidad manifiesta en las organizaciones de salud, se plantean los siguientes temas que bien pueden servir de base para el despegue de las mismas organizaciones en la búsqueda de la solución a los problemas y necesidades que tienen en las comunidades, tanto de salud como educativas y organizacionales.

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO ORGANIZATIVO DIRIGIDO A INTEGRANTES DE LAS ORGANIZACIONES DE SALUD QUE APOYA EL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL EN EL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA. 1996.

Tema general: **LA ORGANIZACION POPULAR DE SALUD**

Objetivo general: Fortalecer el proceso organizativo de las comunidades del área rural y urbana del Departamento de Escuintla, y consolidarla para el logro de objetivos comunitarios.

Eje temático: **LA ORGANIZACION Y SU PROYECCION EN FAVOR DE LA SALUD COMUNITARIA.**

Objetivos específicos:

- Destacar la importancia de la lucha por la salud.
- Diagnosticar el nivel de conocimiento de los participantes sobre la salud de su comunidad.
- Determinar el nivel ideológico de sus integrantes.
- Permitir establecer diferencias entre los métodos y procedimientos que se han utilizado en la proyección comunitaria.

- Establecer alternativas que mejoren la proyección comunitaria y la salud individual y colectiva.

Temas a desarrollar:

- La organización y su contexto económico, social y cultural
- La organización y su nivel de participación al interior de la misma y su proyección social.
- La práctica educativa y su lucha en pro de la participación.
- Educación, comunicación y cultura en la movilización social.
- Salud comunitaria y su orientación ideológica.
- El diagnóstico de la comunidad.
- Estrategias para la planificación comunitaria.
- Organización popular y promoción para la salud.
- Liderazgo para el fomento de la salud.
- Rescate de la medicina popular.
- Rol de los Promotores Voluntarios de salud.
- Organización Popular y poder político local.
- Políticas Sociales de Salud y la descentralización.
- La educación y los procesos de liberación.
- Estrategias para la participación popular.

6.3. ROL DEL COORDINADOR DEL GRUPO: El rol del coordinador del grupo, que en el inicio del proceso educativo deberá ser el Promotor de Salud Institucional, por ser un agente externo a la comunidad, debe orientar su quehacer y reubicarse claramente en su dimensión de apoyo y asesor de la organización popular. Deberá solidificar su compromiso histórico, social y político para concatenar con los intereses de liberación popular. Sus conocimientos, capacidad y recursos deberán estar al servicio de la causa común que en este caso, es elevar el nivel de vida y mejorar el nivel de salud de las comunidades en el Departamento de Escuintla.

Su verdadero rol que es fundamental debe centrarse en ser un intelectual organizativo, capaz de generar procesos educativos, manifestando constantemente un compromiso con el proceso de transformación. Debe ser un conductor del modelo que permita satisfacer los intereses populares, así como el logro de sus objetivos.

El coordinador, es responsable, como uno de los diseñadores del proceso, de conducir al grupo a la reflexión, análisis y síntesis para el logro del objetivo metodológico. Debe manifestar cualidades como ser una persona sencilla y amistosa, compañero del grupo y de la comunidad, no debe considerarse un maestro que pone distancias con su grupo, debe mantenerse como parte de la comunidad y del grupo mismo, debe generar el respeto entre ellos y entre el grupo y la comunidad, así también, debe tener claros sus conocimientos

para apoyar en el preciso momento. Practicará un lenguaje sencillo para poderse comunicar con su grupo y la comunidad, mantendrá un compromiso de clase, una actitud de servicio, dominio de la metodología, conocimiento y manejo adecuado del tema o situación que está siendo tratado. Iniciará el proceso de reconocimiento y rescate a la cultura popular (la música, el canto, la danza, el color, el ritmo, los símbolos, los mitos, las leyendas, los cuentos, costumbres, sus valores, sus actitudes, su medicina) para así devolverles una sistematización de los valores de clase. No ha de olvidarse que establecerá con su organización, sus propias estrategias de trabajo que les permitan: Conocer las verdaderas necesidades de la organización; planificar las acciones a realizar; decidir qué rumbo se le va a dar a esas acciones, evaluar sus resultados y sistematizar la experiencia vivida.

Si se logra este proceso, entonces se podrá decir que se ha logrado implementar la concepción metodológica dialéctica y por consiguiente, se ha implementado la Educación Popular.

Se plantean algunos ejemplos de estrategias:

- Encuentros entre organizaciones y comunidades para colectivizar su realidad y sus experiencias.
- Veladas culturales o actividades deportivas o recreativas en las que hay participación masiva y a la vez significan una preparación, planificación, división del trabajo, toma de decisiones colectivas.

- Talleres de diagnóstico, de planificación, de capacitación, de recuperación histórica, cultural y de evaluación.
- Jornadas de auto-sistematización de experiencias, vistas con reflexión crítica sobre el proceso organizativo y educativo desarrollado.
- Contacto directo con los sectores de base a través de visitas, reuniones, conversaciones personales, participación en actividades sociales y recreativas.
- Retiros socio-educativos para estimular grupos por edades y sexo.
- Excursiones para establecer diferencias antropológicas y/o culturales con otras comunidades de acuerdo a regiones.

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

1. En todos los países del mundo, incluyendo Guatemala, existe un marcado desequilibrio en los aspectos económicos, sociales, culturales y políticos de la población, y esto ha incidido en la salud de los individuos y las familias, generando por lo tanto, más pobreza, marginación y atraso cultural; por ello se estableció la Atención Primaria de Salud como estrategia para compensar estos desequilibrios.

2. En toda la historia de nuestro país, los gobiernos de turno no han podido distribuir adecuadamente los escasos servicios de salud, por lo que éstos se han quedado en las áreas urbanas, dejando a la población del área rural sin ellos, obstaculizando el proceso salud y desarrollo social y económico de estas comunidades.

3. La situación de salud en los sectores populares es precaria debido a la frecuencia de enfermedades causadas por las malas condiciones de vida, por lo tanto, el mejoramiento de la salud supone cambios profundos en nuestra sociedad, que favorezcan a los más necesitados, y por ello, la Atención Primaria de Salud viene a ser una respuesta a los desequilibrios entre la asignación de recursos para el mejoramiento de la salud y sus necesidades, por lo tanto, se convierte en una nueva forma de actuar en favor de la salud individual y comunitaria.

4. Toda organización social es un proceso gradual en el cual interactúan las personas tomando responsabilidades y conciencia para conocerse a si mismas y a su colectividad, por lo tanto, la organización no puede darse en forma inmediata, sino que lleva un proceso adecuado, técnico y dialéctico para que la agrupación social no se pierda en la búsqueda de sus objetivos.

5. La educación es la base fundamental del desarrollo de los pueblos, por lo que tiene una importancia preponderante para los sectores populares. Es una necesidad básica que cuando se logra trabajar permanentemente, tomando como base la socialización, se propone construir nuevas bases donde el Estado no limite ni intervenga y el maestro esté libre de toda influencia mental de clase y la educación no se monopolice por un sector para someter al otro.

6. La educación popular está dada por su concepción y compromiso de clase y está unida orgánica y permanentemente al movimiento popular que en la práctica se define en términos socio-económicos y político-culturales. Es un proceso continuo y permanente que le permite al grupo reflexionar sobre su práctica cotidiana y parte de ella para lograr nuevos niveles de conciencia y conocimiento sobre su clase social para ser sujetos protagónicos de la elevación de su nivel de vida individual y colectiva.

7. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social creó el plan modelo de Atención Primaria de Salud en el Departamento de Escuintla con una política asistencialista, sostenedora y continuista del status quo, que no le ha permitido a la población salir de su subdesarrollo y crear su propio sistema organizativo, así como sus propias estrategias para lograr elevar su nivel de vida y por consiguiente, tratar el binomio salud-enfermedad bajo un esquema de promoción popular que conlleve en sí y para sí, políticas de desarrollo económico y social con una participación y movilización en pro de la autogestión colectiva.

8. Las organizaciones de salud del Departamento de Escuintla están urgidas de cambios sustanciales en la metodología que se ha aplicado para su capacitación, su consecución y por consiguiente, para su consolidación como organizaciones populares autoras y actoras de su propio desarrollo y bienestar social, ya que actualmente no tienen fuerza política, ni movilizadora y por consiguiente, no presentan capacidad de negociación ante organismos gubernamentales y no gubernamentales.

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

1. La atención Primaria de Salud, para que cumpla con sus objetivos, debe ser apoyada por todos los sectores que influyen en la salud, como son la agricultura, industria, comercio, educación y principalmente, por la participación organizada de la comunidad. Esta participación debe encaminarse hacia la planificación y organización de su asistencia sanitaria y así se establezca como un medio que haga crecer la conciencia y el interés sociales, la iniciativa y la innovación.

2. Es necesario darle apoyo a la educación y organización de la comunidad en torno a la salud, con un planteamiento de trabajo en salud que sea más efectivo en términos de no crear dependencia y de encaminarse a una solución más radical de los problemas sanitarios de una comunidad, que le permita a ésta llegar a una actitud y comportamiento que promueva la cogestión de los programas y la incorporación de los intereses y conocimiento de los sectores populares.

3. Es necesario producir un cambio en el comportamiento de la comunidad frente a la problemática de la salud, en la cual se le ha de sacar de una concepción que define a la salud como la ausencia de enfermedad, para llegar a una definición de la salud como la expresión de mejor calidad de vida.

4. Si la forma de iniciar la organización es comunitaria o de base, ésta debe dirigirse a consolidarse como una organización popular, para que ésta mantenga una lucha consecuente en la elevación del nivel de vida de los habitantes de una comunidad, que les permita fortalecer el liderazgo y les permita a todos, ser autores y actores de su propio desarrollo, y así logren mantener un planteamiento educativo permanente con miras a una participación y movilización social.

5. Debe impulsarse la Educación Popular para que permita establecer una nueva sociedad, y así fortalezca los movimientos sociales que buscan dignificar al ser humano. Debe dirigirse como una acción creadora, dinámica, dialéctica, que principie con el conocimiento que lo lleva a la interpretación científica de la realidad, ligada al quehacer cotidiano de las personas.

6. Se debe considerar a la Educación Popular como el único modelo alternativo que puede permitir la consolidación de las organizaciones de salud en el Departamento de Escuintla, por lo tanto, es de suma urgencia, implementarla en todos los Equipos de Proyección Comunitaria bajo la asesoría y supervisión del Trabajador Social, profesional que por su formación académica conoce sobre educación popular.

7. Se debe orientar a la comunidad a trabajar por la salud en una perspectiva preventiva, promocional,

autogestionaria y sostenible, por lo que se hace necesario que la misma pruebe su capacidad en acciones concretas y logre un nivel organizativo y de movilización que la sitúen en una posición de fuerza frente a los organismos externos, ya sea del Estado o privados.

8. Se debe normatizar la Educación Popular y su metodología para la capacitación, consecución y consolidación de las organizaciones populares de salud, aplicando necesariamente el proceso dialéctico práctica-teoría-práctica en los momentos de intervención, apoyo y acompañamiento de las mismas, considerando que con la organización popular se logra la participación a nivel individual, grupal y comunal. Ha de ser un medio para que las personas logren satisfacer sus necesidades y sus intereses y resolver sus problemas para elevar el nivel de vida en busca del bienestar integral. Con el proceso metodológico de la Educación Popular se debe afianzar el sentido de pertenencia a una comunidad donde prevalezca el sentimiento solidario más que el individualismo y la competencia.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA METODOLOGICA:

- BAENA PAZ, Guillermina: 1983 — "MANUAL PARA ELABORAR TRABAJOS DE INVESTIGACION DOCUMENTAL". Facultad de Ciencias Económicas, USAC, Editorial Depto. de Publicaciones, Colección Técnicas Nos. 7 y 8, 1era. y 2da. parte, Guatemala, C.A.

- BUNGE, Mario: 1969 — "LA INVESTIGACION CIENTIFICA. SU ESTRATEGIA Y SU FILOSOFIA". Ediciones Ariel, Barcelona, España.

- CARDOZA B., Sonia: 1986 — "PRINCIPALES POSICIONES METODOLOGICAS VIGENTES EN LAS CIENCIAS SOCIALES". Documento mimeografiado, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, USAC, Guatemala C.A.

- GORTARI, Eli de: 1965 — "INTRODUCCION A LA LOGICA DIALECTICA". 3era. edición, México, F.C.E.

- GUTIERREZ PANTOJA, Gabriel: 1984 — "METODOLOGIA DE LAS CIENCIAS SOCIALES I". Editorial Harla, S.A. de C.V., 1era. edición, México, D.F.

- HARNECKER, Marta: 1986 — "LOS CONCEPTOS ELEMENTALES DEL MATERIALISMO HISTORICO". Siglo Veintiuno, Editores, 54a. edición, México, D.F.

- KOSIK, Karel: 1976 — "DIALECTICA DE LO CONCRETO". Editorial Grijalvo, 2da. edición, México, D.F.

- NORIEGA CASTILLO, Carlos: 1988 — "SELECCION DE TERMINOS UTILES DE INVESTIGACION SOCIAL". Editorial DITETS, Escuela de Trabajo Social, USAC, 1era. edición, Guatemala, C.A.

- ORTIZ AMIEL, Rodolfo: 1986 — "CUATRO METODOS DE LA FILOSOFIA". Colección Textos Filosóficos No. 8, Depto. de Publicaciones, Facultad de Ciencias Económicas, USAC, 3ra. reimpresión, Guatemala, C.A.

- PARDINAS, Felipe: 1975 — "METODOLOGIA Y TECNICAS DE INVESTIGACION EN CIENCIA SOCIALES". Editorial Siglo Veintiuno, 13a. edición, México, D.F.

- POLITZER, Georges: 1986 — "IDEALISMO Y MATERIALISMO". Documento fotocopiado, Escuela de Trabajo Social, USAC, páginas 18-45.

- RAMIREZ S., César A. y autores: 1987 — "APUNTES DE TECNICAS DE INVESTIGACION DOCUMENTAL". Facultad de Ciencias Económicas, USAC, Curso de Técnicas de Investigación Documental, Ediciones Continentales, Guatemala, C.A.

- ROJAS SORIANO, Raúl: "EL PROCESO DE LA INVESTIGACION CIENTIFICA". Editorial Trillas, 3ra. edición, pág. 21-32.

1983: "GUIA PARA REALIZAR INVESTIGACIONES SOCIALES". Textos Universitarios, 6a. edición, México, D.F.

1986: "INVESTIGACION SOCIAL, TEORIA Y PRAXIS". Folios Ediciones, México, D.F.

1988: "METODOS PARA LA INVESTIGACION SOCIAL, UNA PROPOSICION DIALECTICA". Reproducción DITETS, Escuela de Trabajo Social, USAC, Guatemala, C.A.

- SOTO RAMIREZ, Carlos Arturo: 1990 "EPISTEMOLOGIA, CIENCIA DE LA CIENCIA". Escuela de Trabajo Social, USAC, Guatemala, C.A.

- S/A y S/a: "LA INVESTIGACION CIENTIFICA". Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, USAC, Depto. de Artes Gráficas y Reproduc., Guatemala, C.A.

- S/A y S/a: "LEYES Y CATEGORIAS DE LA DIALECTICA". Facultad de Ciencias Económicas, USAC, Colección Textos Filosóficos, No. 7, Depto. de Publicaciones, Guatemala, C.A.

- S/A y S/a: "EL PRINCIPIO FUNDAMENTAL DEL MATERIALISMO HISTORICO". Doc. mimeografiado, Esc. Historia, USAC.

BIBLIOGRAFIA TEMATICA:

- ALBIZUREZ, Miguel Angel: 1994 "POR QUE TIENE IMPORTANCIA LA PAZ?". Revista Verdad y Vida, Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala, año 1, No. 3.

- ALDANA MENDOZA, Carlos: 1994 "PEDAGOGIA DE LO CIVIL". Revista Verdad y Vida, Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala, año 1, No. 2.

- ALVAREZ, Enrique: 1995 "UNA APROXIMACION AL PROCESO ELECTORAL". Publicación del Centro de Investigación y Educación Popular, CIEP, Guatemala, C.A.

- ANDER-EGG, Ezequiel: 1987 "METODOLOGIA Y PRACTICA DEL DESARROLLO DE LA COMUNIDAD". Editorial El Ateneo, 10a. edición, México, D.F.

- 1988: "DICCIONARIO DE TRABAJO SOCIAL". Editorial El Ateneo, 10a. edición corregida y aumentada, México, D.F.

- 1993: "PERIODISMO POPULAR". Instituto de Ciencias Sociales Aplicadas, 1a. edición, Buenos Aires, Argentina.

- ANTILLON, Roberto: 1995 "LA SISTEMATIZACION: QUE ES? Y COMO SE HACE? UNA PROPUESTA DE CAPACITACION". Instituto Mexicano para el Desarrollo Comunitario, Guadalajara, México.

- ARIAS DE BLOIS, Jorge: 1994 "ASPECTOS DEMOGRAFICOS DE GUATEMALA: HACIA DONDE VAMOS". Asociación pro Bienestar de la Familia de Guatemala, APROFAM, Unidad de Educación, Información y Adiestramiento, Programa de Población y Desarrollo.

- ASAMBLEA DE LA SOCIEDAD CIVIL: 1995 "DOCUMENTOS DE CONSENSO". Guatemala, C.A., Reproducción limitada.

- ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE: "CONSTITUCION POLITICA DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA", Guatemala, C.A.

- ASOCIACION DE INVESTIGACION ESTUDIOS SOCIALES, ASIES: 1992 — "EDUCACION AMBIENTAL Y EDUCACION POPULAR". Revista Momento, año 7, No. 11.

- 1995: — "LA CULTURA DEMOGRAFICA DE LOS GUATEMALTECOS". Estudio realizado por ASIES y Development Associates, INC., University of Pittsburg, Alemania, Guatemala, C.A.

- 1995: — "LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN GUATEMALA". Revista Momento, año 10, No. 1.

- 1995: — "ESCUELA EXITOSA: CONCEPTO EXTERNO E INTERNO". Revista Momento, año 10, No. 2.

- 1995: — "EVOLUCION DE LA ECONOMIA GUATEMALTECA DURANTE 1994". Volúmen I y II, Revista Momento, año 10, Nos. 3 y 4.

- 1995: — "EVALUACION MACROECONOMICA DE GUATEMALA DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DE 1995". Revista Momento, año 10, No. 8.

- 1995: — "CONSEJOS LOCALES DE EDUCACION". Revista Momento, año 10, No. 9.

- BANCO DE GUATEMALA: 1993 — "ESTUDIO ECONOMICO Y MEMORIA DE LABORES 1992". Guatemala, C.A.

- BARREIX MOARES, Juan B. y Simón Castillejos Bodwell: 1992 — "METODOLOGIA Y METODO EN LA PRAXIS COMUNITARIA". Colección Cuadernos Informativos, Nos. 26 y 27, DITETS, Escuela de Trabajo Social, USAC, Guatemala, C.A.

- BIRDSALL, Nancy: 30/8/95 — "PARA ELIMINAR EL HAMBRE HAY QUE COMENZAR POR REDUCIR LA POBREZA". Revista Dinero No. 103, Prensa Libre, página 4, Guatemala, C.A.

- BRUNER, Jerome Seymour: 1968 — "EL PROCESO DE LA EDUCACION". Editorial Uthea, México, D.F., traducción al Español por Carlos Palomar.

- BRYSON, John M.: — "UN PROCESO DE PLANEACION ESTRATEGICA PARA ENTIDADES PUBLICAS Y ORGANIZACIONES SIN ANIMO DE LUCRO". Doc. fotocopiado sin referencia, Universidad Rafael Landivar, Fac. de Ciencias Políticas.

- CABRERA, Norma: 6/3/95 — "EL INICIO DE POLITICAS NEOLIBERALES EN GUATEMALA". Dirección General de Investigación, USAC, publicado en Revista Dinero, No. 78, Prensa Libre, página 6.

- CASTILLO MONTALVO, Rolando: 1984 — "LA SALUD EN GUATEMALA". Ciencia y Tecnología para Guatemala, CITGUA, Cuadernos No. 2, México, D.F.

- CENTRO DE ESTUDIOS INTEGRADOS DE DESARROLLO COMUNAL, 1990 — "EDUCACION POPULAR'. Impresora Narvarte, Agiabampo No. 39, México, D.F. (doc. fotocopiado por Escuela de Trabajo Social, USAC).

- CENTRO DE INVESTIGACIONES ECONOMICAS NACIONAL, CIEN: 1991 — "SITUACION DE LA COSTA SUR EN EL AREA SOCIAL: SECTOR SALUD, EDUCACION Y VIVIENDA". Doc. fotocopiado por FUNDAZUCAR, Escuintla, Guatemala, C.A.

- CENTRO DE INVESTIGACION Y EDUCACION POPULAR, CIEP: 1995 — "ORGANIZACION, ESTRUCTURA ORGANIZATIVA Y LOS PROCESOS ORGANIZATIVOS". "Folleto mimeog., Guatemala, C.A.

- CENTRO DE INVESTIGACION Y EDUCACION POPULAR E INSTITUO MEXICANO PARA EL DESARROLLO COMUNITARIO: 1995 — "MEMORIAS DEL PRIMER, SEGUNDO Y TERCER TALLER METODOLOGICO DE EDUCACION POPULAR". Palín, Escuintla, Guatemala, C.A.

- CHOCANO, Manfredo: 10/5/95 — "REFORMA AGRARIA". Revista Dinero No. 87, Prensa Libre, pág. 4.

- COMISION MEDICA CRISTIANA/ CONSEJO MUNDIAL DE IGLESIAS: 1984 — "QUE NUESTROS HIJOS PUEDAN VIVIR". Revista Contact No. 61, Ginebra, Suiza.

- 1984: — "LA MUJER Y LA SALUD". Revista Contact No. 65, Ginebra, Suiza.

- 1986: — "LOS NIÑOS IMPEDIDOS DEL MEDIO RURAL: UN SECTOR IMPORTAMTE PARA LA A.P.S.". Revista Contact No. 76, Ginebra, Suiza.

- 1988: — "LA NARRACION DE HISTORIAS EN LA EDUCACION PARA LA SALUD". Revista Contact No. 85, Ginebra, Suiza.

- DE LEON, Luis Ixbalanqué: 19/4/94 — "LA DULCE ECONOMIA DE LA COSTA SUR". Suplemento Pulso, Siglo Veintiuno pág. 10-11.

- DE LEON CALDERON, Norma Lizet: 1994 — "PROBLEMAS FUNDAMENTALES EN LAS ORGANIZACIONES DE BASE DEL DEPARTAMENTO DE SAN MARCOS". Tesis Licenciatura T.S., Centro Universitario de Occidente, USAC, Quetzaltenango, Guatemala C.A.

- ESCOBAR, Mónica: 1989 — "AVANZANDO EN PROPUESTAS PARA LA PROMOCION DE LA SALUD". Revista Acción Crítica No. 26, CELATS-ALAETS, Lima, Perú.

- ESTRADA VASQUEZ, Luis Everado: 11/10/95 — "MAS RECURSOS PARA LOS SECTORES SOCIALES". Revista Dinero No. 109, Prensa Libre, pág. 7.

- FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES, FLACSO: 1993 — "PERFIL ESTADISTICO CENTRO AMERICANO". 1era. edición, San José, Costa Rica.

- FRANCO LUIS, Nancy: 18/6/94 — "POBLACION Y DESARROLLO. TEMAS DE ACTUALIDAD". Suplemento Desfile, Prensa Libre, pág. 27.

- FREIRE, Paulo: 1972 — "PEDAGOGIA DEL OPRIMIDO". Editorial Siglo Veintiuno, Editores S.A., 13a. edición, México, D.F.

- 1973: — "LA EDUCACION COMO PRACTICA DE LA LIBERTAD". Siglo Veintiuno Editores, S.A., 13a. edic., México, D.F.

- 1988: — "LA IMPORTANCIA DE LEER Y EL PROCESO DE LIBERACION". Siglo Veintiuno Editores, S.A., 6a. edic. en Español, México, D.F.

- GERARDI, Juan José: 1994 — "LA CONSTRUCCION DE LA PAZ EN GUATEMALA A PARTIR DE LOS TEMAS DE NEGOCIACION". Revista Verdad y Vida, Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala, año 1, No. 3, Guatemala, C.A.

- GODIO, Julio: 1987 — "HISTORIA DEL MOVIMIENTO OBRERO LATINO AMERICANO". Volúmen No. 1, Editorial Nueva Sociedad, 4a. edición, San José, Costa Rica.

- GOMEZ, Paulina: 1995 — "PROMOCION DE SALUD: CONCEPTOS Y ESTRATEGIAS". Organización Panamericana de la Salud/Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social/ Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Guatemala, C.A.

- GONZALEZ DEL VALLE, Jorge y Arnoldo Calderón C.: 1983 — "NATURALEZA Y CARACTERISTICAS DEL AJUSTE ESTRUCTURAL Y SUS POSIBLES CONSECUENCIAS SOCIOECONOMICAS EN GUATEMALA". Colección Cuadernos Informativos No. 29, DITETS, Escuela de Trabajo Social, USAC, Guatemala, C.A.

- GONZALEZ ORELLANA, Carlos: 1970 — "HISTORIA DE LA EDUCACION EN GUATEMALA". Ministerio de Educación, Editorial José de Pineda Ibarra, 2da. edición, Guatemala, C.A.

- S/AUTOR: 1987 — "EDUCACION POPULAR EN GUATEMALA". Ciencia y Tecnología para Guatemala, CITGUA, AC, Cuadernos 13 y 14.

- GUERRA BORGES, Alfredo: 1976 — "COMPENDIO DE GEOGRAFIA ECONOMICA Y HUMANA DE GUATEMALA". Tomo I. Editorial Universitaria, USAC, Guatemala, C.A.

- INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, IGSS: 20/6/90 — "INFORMES DE LABORES JULIO 1989-MAYO 1990". Oficina Departamental de Escuintla, Esc., Guatemala, C.A.

- S/AUTOR: enero 1995 — "INFORME SECCION EPIDEMIOLOGICA 1994". Dirección Departamental de Escuintla, Esc., Guatemala, C.A.

- S/AUTOR: nov. 1995 — "INFORME SECCION EPIDEMIOLOGICA 1995". Dirección Departamental Escuintla, Esc., Guatemala, C.A.

- INST. NAC. DE ESTADISTICA: 1981 — "X CENSO NACIONAL DE HABITACION". Guatemala, C.A.

- junio 1990: — "ENCUESTA NACIONAL SOCIO-DEMOGRAFICA 1989" Volúmen I, Guatemala, C.A.

- febrero 1991: — "ESTIMACIONES DE POBLACION URBANA Y RURAL POR DEPARTAMENTOS Y MUNICIPIOS 1990-95". Guatemala, C.A.

- LEAL E., Juan Francisco: marzo 1995 — "EL TIPO DE LIDERAZGO QUE ANHELA NUESTRO PAIS". Revista Dinero No. 77, Prensa Libre, pág. 12.

- LIMA, Boris: — "CONTRIBUCION A LA EPISTEMOLOGIA DEL TRABAJO SOCIAL". Colección Desarrollo Social No. 17, Edit. Humanitas, Buenos Aires, Argentina.

- MARROQUIN, Alejandro: 1972 — "ORGANIZACION SOCIAL". Revista Guatemala Indígena, Editorial Galindo, Volúmen I, Guatemala, C.A.

- MEJIA PALMA, Edwin: 1979 — "TEORIA DE LA EDUCACION POPULAR, UN ENSAYO DE INTERPRETACION DE LA REALIDAD EDUCATIVA ACTUAL". Editorial Universitaria, USAC, Guatemala, C.A.

- MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL: 1995 — "PLAN OPERATIVO 1995". Dirección General de Serv. De Salud, área de Salud de Escuintla.

- MOLINA, María Lorena: julio 1995 — "TRABAJO SOCIAL Y GERENCIA DE SERV. SOC.". País: Costa Rica, ponencia presentada al XV Seminario Latinoamericano de Trabajo Social, Guatemala, C.A.

- MOLINA CALDERON, José: 8/3/95 — "LA DICTADURA DE LA CUMBRE SOCIAL". Revista Dinero No. 78, Prensa Libre, pag. 1

- 26/4/95: — "NI POBLACION NI TRIBUTOS". Revista Dinero No. 85, Prensa Libre, pág. 1

- 10/5/95: — "LOS SILENCIOS DEL CENSO". Revista Dinero No. 87, Prensa Libre, pág. 1.

- MONTIEL, Maria del Rosario y José Reinaldo Flores: julio 1995 — "EL ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LOS ACTUALES ESCENARIOS DEL SECTOR SALUD. UNA PERSPECTIVA INTERNACIONAL". País: El Salvador, ponencia presentada al XV Seminario Latinoamericano de Trabajo Social, Guatemala, C.A.

- NUÑEZ, Carlos: 1989 — "EDUCACION POPULAR, MOVIMIENTOS POPULARES Y PROCESO DE DEMOCRATIZACION". Instituto Mexicano para el Desarrollo Comunitario, Guadalajara, Jal., México.

FACULTAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

- 1989: "EDUCAR PARA TRANSFORMAR, TRANSFORMAR PARA EDUCAR". Editorial Alforja, Programa Coordinado de Educación Popular, 5a. edición, San José, Costa Rica.

- ORELLANA GONZALEZ, René Arturo: 29/6/1993 "PERFIL EDUCATIVO DE LA POBLACION GUATEMALTECA". Economía de hoy, Siglo Veintiuno, pág. 4.

- ORG. MUNDIAL DE LA SALUD: 1984 "ORGANIZACION DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN LAS COMUNIDADES". SHS/IAH/84.1, original en Inglés.

- septbre. 6-12/1978: "ATENCION PRIMARIA DE SALUD". Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, ALMA-ATA, URSS, Ginebra, Suiza.

- 1981: "ADOPCION DE DECISIONES EN EL PLANO NACIONAL SOBRE ATENCION PRIMARIA DE SALUD". Estudio preparado por el Comité Mixto de UNICEF/OMS de Política Sanitaria, Ginebra, Suiza.

- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD: 1985 "MANUAL DE TECNICAS PARA UNA ESTRATEGIA DE COMUNICACION EN SALUD". Serie Paltex para técnicos y auxiliares No. 11, Washington, D.C., E.U.A.

- 1993: "SALUD Y PAZ. DESARROLLO Y DEMOCRACIA". Boletín informativo de la iniciativa de salud de Centro América, volúmen 1, No. 2, Washington, D.C., E.U.A.

- ORG. PANAMERICANA DE LA SALUD/ORG. MUNDIAL DE LA SALUD: 1992 — "ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD POR REGIONES". Guatemala, C.A.

- 1994: — "CONDICIONES DE SALUD EN GUATEMALA 1994". Guatemala, C.A.

- 1995: — "IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE PROMOCION DE LA SALUD EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD". Reproducción de la Sección de Docencia e Investigación del IGSS.

- PALMA, Diego: — "LA CONSTRUCCION DE PROMETEO. EDUCACION PARA UNA DEMOCRACIA LATINOAMERICANA". CEAAL-Tarea.

- PARELLADA C., Ramón: 9/8/95 — "QUE PASA CON EL MERCADO DEL CAFE?". Revista Dinero No. 100, Prensa Libre, pág. 7.

- PRADO PONCE, Eduardo: 1984 — "COMUNIDADES EN GUATEMALA". Recopilación Impresos Herme, Guatemala, C.A.

- PONCE, Anibal: febrero 1988 — "EDUCACION Y LUCHA DE CLASES". 8a. edición, Editores Mexicanos Unidos, S.A., 1era. reimpresión, México, D.F.

- PRENSA LIBRE: 1993 — "ESCUINTLA". Colección "Conozcamos Guatemala", No. 4.

2/3/95: "INICIAN CAMPAÑA DE EDUCACION: UN MUNDO NUEVO PARA LA NIÑA". Página 4.

6/3/95: "LA EDUCACION ES LA BASE DEL DESARROLLO, DICE ARIMANY". Página 24.

27/3/95: "IDENTIDAD Y DERECHO A LA TIERRA, PUNTOS MAS NEURALGICOS DEL TEMA INDIGENA".
Página 8.

27/3/95: "DE ESPALDAS A LA PAZ".
Página 6.

- PRENSA LIBRE: 18/8/95 "GUATEMALA NO MEJORA SITUACION DE DESARROLLO HUMANO, DICE PNUD".
Página 4.

- 18/8/95 "GUATEMALA OCUPA EL 66 LUGAR EN LA LISTA DE PAISES MAS POBRES DEL MUNDO".
Sección Económicas, página 144.

- 21/10/95: "CANDIDATOS PROMETEN RESCATAR A NIÑOS DESAMPARADOS DEL PAIS".
Elecciones 1995, página 8.

- 21/10/95: "LA INFLACION Y SU IMPACTO EN LAS CONDICIONES DE VIDA".
Sección Económicas, página 47.

- QUEZADA S., Flavio: 1985 "INVASIONES DE TERRENOS EN LA CIUDAD DE GUATEMALA".
Centro de Estudios Urbanos y Rurales, CEUR, USAC, Serie 1-85, 1era. impresión.

- ROSADA GRANADOS, Héctor R.: 1978 "PROBLEMAS SOCIO-ECONOMICOS DE GUATEMALA".
Colección Textos Modernos, Editorial Escolar, Piedra Santa, 4a. edición.

- SANCHEZ LOPEZ, Rómulo: 1980 "LAS CIENCIAS SOCIALES Y LA SALUD".
Folleto mimeografiado Escuela de Trabajo Social, USAC

- SCHEEPPE, Cornelia: 1993 — "ORGANIZACIONES POPULARES Y CAMBIO SOCIAL EN AMERICA LATINA". Fundación Konrad Adenauer, Documentos básicos publicado por el Depto. de Cooperación Internacional, Lima, Perú.

- SIGLO VEINTIUNO: marzo 14, 1995 — "INFORME DE MINUGUA CUESTIONA AL ESTADO". página 2.

- marzo 17, 1995: — "DISCURSO DEL PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPUBLICA, LIC. RAMIRO DE LEON CARPIO EN LA CUMBRE MUNDIAL SOBRE DESARROLLO SOCIAL". Copenhague, 12/3/95. Campo pagado.

- abril 19, 1995: — "LA EDUCACION Y SUS PROBLEMAS". Pulso, Suplemento Económico, página 11.

- SITAMUL, Ernesto; 30/8/95 — " E D U C A C I O N Y ALFABETIZACION". Revista Dinero No. 103, Prensa Libre, pág. 3.

- TERCER CONGRESO DE TRABAJO SOCIAL: 1979 — "TRABAJO SOCIAL Y REALIDAD NACIONAL". Quetzaltenango, Guatemala, C.A.

- TORRES GOITIA, Javier: S/a — "SALUD PARA TODOS CON TODOS". Documento fotocopiado sin referencias.

- UNICEF: 1987 — "FUNDAMENTOS DE LA METODOLOGIA PARTICIPATIVA Y DE LA INVESTIGACION PARTICIPATIVA". Guatemala, C.A.

- VARGAS, Laura: 1984 — "TECNICAS PARTICIPATIVAS PARA LA EDUCACION POPULAR". Editorial Alforja, San José, Costa Rica.

- VON HOEGEN, Miguel: 1990 "LA ORGANIZACI(COMUNITARIA EN GUATEMAL APUNTES Y REFLEXIONES". ASIES, Guatemala, C.A.

- Abril 1993: "ORGANIZACION SOCIAL: NOT SOBRE EL PASADO LINEAMIENTOS PARA EL FUTURO". Cuadernillo No. 3 Colección Cuaderno Informativos, DITET Escuela de Trabajo Socia USAC, Guatemala, C.A.

- nov. 1986: "CARTA DE OTAWA PARA PROMOCION DE LA SALUD". Una conferenci internacional sobre promoción de la salu Organización Mundial de Salud/Salud y Bienest Social Canadá/ Asociaci Canadiense de Sal Pública, Ottawa, Ontari Canadá.

- 1994: "PROCESO DE PAZ Y SI REPERCUSIONES PARA PROCESO DE RETORNO". Revista Encuentro No. 2 época 1, fondo de Cultur Editorial, Guatemala, C.

- 1995: "A LA PAZ SIN RODEOS". Revista Tinamit, año No. 146, Guatemala, C.A.

- marzo 1995: "CUMBRE MUNDIAL SOB DESARROLLO SOCIAL". Copenhague, Dinamarca.

ANEXOS

ANEXO No. 1

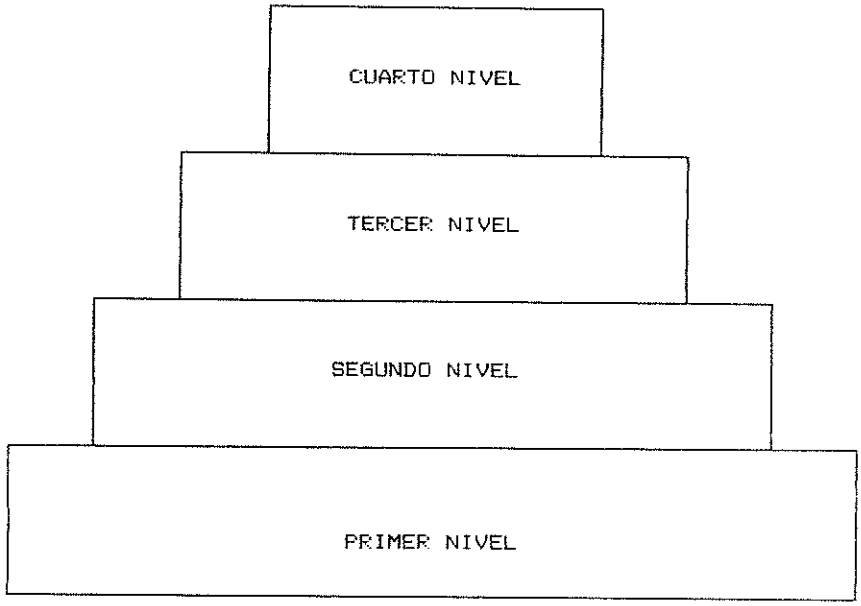
NIVELES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

PRIMER NIVEL: PROMOCION Y PREVENCION
(Area de acción: Comunidad)

SEGUNDO NIVEL: CONSULTA EXTERNA
(Area de acción: Puestos y Centros de Salud)

TERCER NIVEL: HOSPITALIZACION
(Area de acción: Hospitales Generales)

CUARTO NIVEL: REHABILITACION
(Area de acción: Especialidades)



ANEXO No. 2

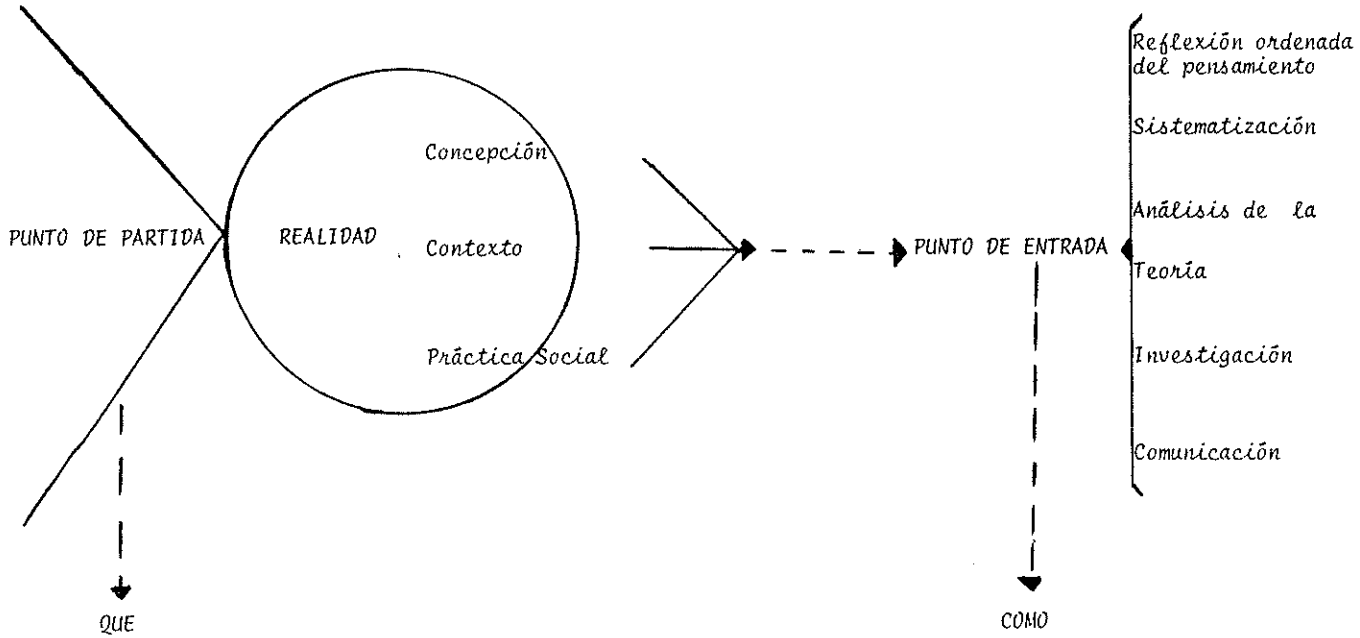
LOS TRES MODELOS DE LA EDUCACION

MODELO / INDICADORES	TRADICIONAL ENFASIS EN LOS CONTENIDOS	REFORMISTA ENFASIS EN LOS RESULTADOS	LIBERADORA ENFASIS EN EL PROCESO
CONCEPCION	BANCARIA	MANIPULADORA	LIBERADORA/TRANSFORMADORA
PEDAGOGIA	EXOGENA	EXOGENA	ENDOGENA
LUGAR DEL EDUCANDO	OBJETO	OBJETO	SUJETO
EJE	PROFESOR-TEXTO	PROGRAMADOR	SUJETO-GRUPO
RELACION	AUTORITARIA-PATERNALISTA	AUTORITARIA-PATERNALISTA	AUTOGESTIONARIA
OBJETIVO EVALUADO	ENSEÑAR/APRENDER (REPETIR)	ENTRENAR/HACER	PENSAR-TRANSFORMAR
FUNCION EDUCATIVA	TRANSMISION DE CONOCIMIENTOS	TECNICAS- CONDUCTAS. INGENIERIA DEL CONOCIMIENTO	REFLEXION ACCION
TIPO DE COMUNICACION	TRANSMISION DE INFORMACION	INFORMACION/PERSUACION	COMUNICACION (DIALOGO)
MOTIVACION	INDIVIDUAL: PREMIOS/CASTIGOS	INDIVIDUAL: PREMIOS/CASTIGOS	SOCIAL
FUNCION DEL DOCENTE	ENSEÑANTE	INSTRUCTOR	FACILITADOR/ANIMADOR
GRADO DE PARTICIPACION	MINIMA	SEUDO/PARTICIPACION	MAXIMA
FORMACION CRITICIDAD	BLOQUEADA	EVITADA	ALTAMENTE ESTIMULADA
CREATIVIDAD	BLOQUEADA	BLOQUEADA	ALTAMENTE ESTIMULADA
PAPEL DEL ERROR	FALLO	FALLO	CAMINO, BUSQUEDA
MANEJO DEL CONFLICTO	REPRIMIDO	ELUDIDO	ASUMIDO
RECURSOS DE APOYO	REFUERZO TRANSMISION	TECNOLOGIA EDUCATIVA	GENERADORES
VALOR	OBEDIENCIA	LUCRO, UTILITARISMO	SOLIDARIDAD, COOPERACION
FUNCION POLITICA	DOMESTICACION	DOMESTICACION/ADAPTACION	LIBERACION

Autor: Juan Diaz Bordenave, pedagogo uruguayo
Expuesto por Efrén Orozco, Educador Popular mexicano,
Primer Taller Metodológico de Educación Popular
Centro de Investigación y Educación Popular (CIEP)
Palín, Esc., abril 1995

ANEXO No. 3

TRIPLE DIAGNOSTICO. UN PROCESO DIALECTICO
(Práctica - Teoría - Práctica)

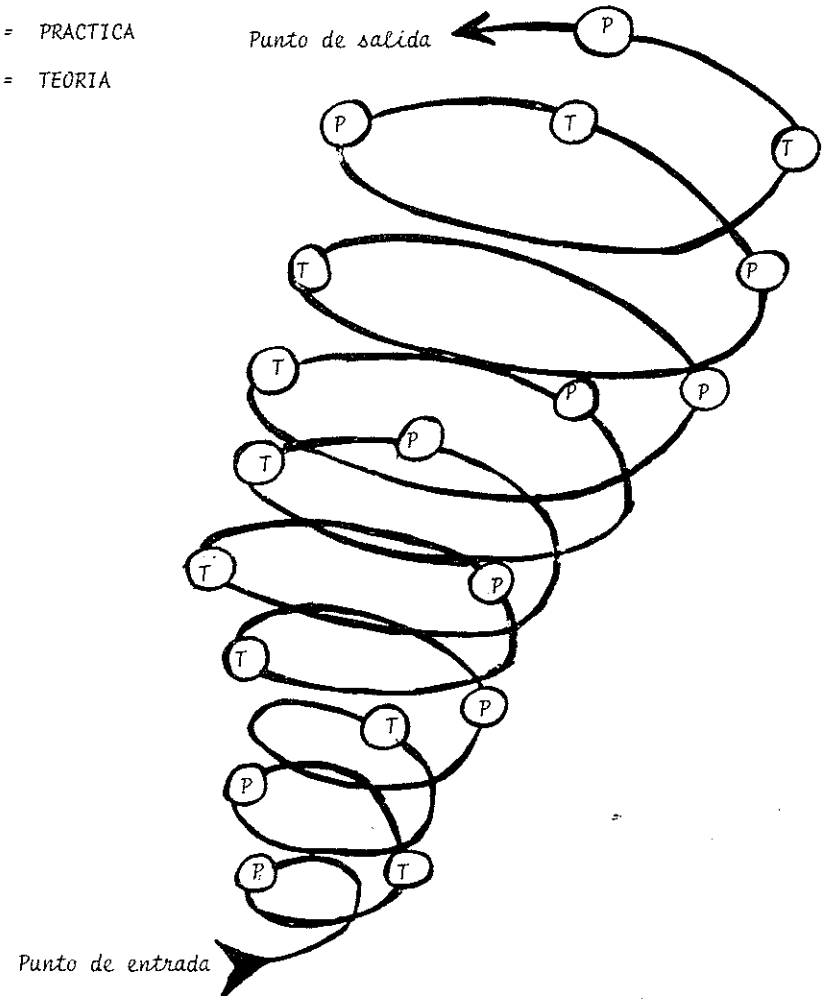


ANEXO No. 4

ESPIRAL DIALECTICA

P = PRACTICA

T = TEORIA



ANEXO No. 5

MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA