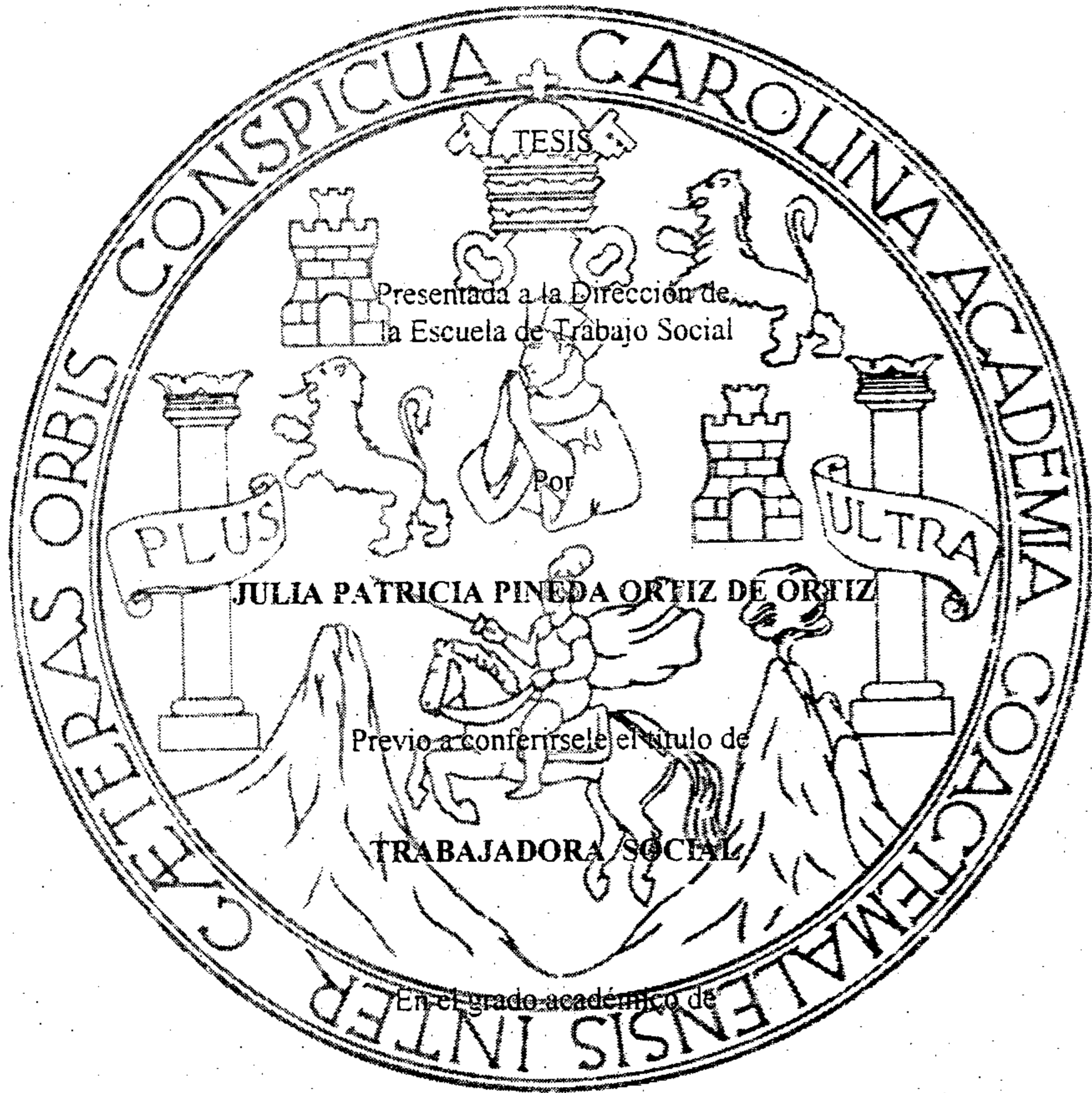


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

"LA FUNCION DE TRABAJO SOCIAL Y EL
PROMOTOR RURAL DE SALUD".



LICENCIADA

Guatemala, Abril de 1,997

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

DL
15
T(1082)

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR	Dr. Jafeth Ernesto Cabrera Franco
SECRETARIO	Dr. Otto Manuel España Mazariegos

AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

DIRECTORA	Licda. Gloria Rebeca Morán Mérida
SECRETARIO	Ing. Hernán Cortés Urioste

CONSEJO ACADEMICO
REPRESENTANTES DOCENTES

LICENCIADA	Carmen Mejía
LICENCIADA	Aida Ofelia Pérez Duque
LICENCIADA	Carolina de la Rosa de Martínez
LICENCIADA	Amparo Meléndez López
LICENCIADA	Blanca Mercedes Aroche

CONSEJO ACADEMICO
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Maestra Educación Primaria	Edelmira Mendoza Pinelo
Maestra Educación Primaria	Margarita de Jesús García
Maestra Educación para el Hogar	Claudia Lorena Alfaro
Bachiller en Ciencias y Letras	Sara O. Franco Tejeda
Maestra Educación para el Hogar	Lilian Noemí Lucas V.
Secretaria Comercial	Rosa Elena Barillas C.

TRIBUNAL EXAMINADOR

Directora	Licda. Gloria Rebeca Morán Mérida
Secretario	Ing. Hernán Cortés Urioste
Asesor	Licda. Irma Yolanda Hernández Rivera
Revisor	Lic. Carlos Federico Noriega Castillo
Coordinadora del Area de Formación Profesional Especifica	Licda. Elsa Arenales de Franco

ARTICULO No. 11 "Los autores
serán los responsables de las
opiniones y criterios
expresados en sus obras".
Reglamento del Consejo
Editorial de la Universidad de
San Carlos de Guatemala

Guatemala 21 de noviembre de 1,996.

Licenciada
Gloria Rebeca Morán Mérida
Directora, Escuela de Trabajo Social
Universidad de San Carlos de Guatemala
Ciudad,

Señora Directora:

Por medio de la presente, me permito hacer de su conocimiento que me fue solicitado asesorar el trabajo de tesis "LA FUNCION DE TRABAJO SOCIAL Y EL PROMOTOR RURAL DE SALUD", realizado por la señora Trabajadora Social Julia Patricia Pineda Ortiz de Ortiz como postulante al grado de Licenciatura.

Sobre el particular, considero que el estudio representa un valioso aporte para el campo de la Salud Pública de nuestro país e inmerso en el Trabajo Social.

Se resalta en el mismo la trascendencia de la participación comunal y del trabajo voluntario de los Promotores Rurales de Salud para el logro de cambios significativos en los procesos de la promoción de salud de los habitantes del municipio de San Juan Sacatepéquez.

El trabajo es producto de un estudio documental y de campo complementado con juicios y razonamientos, resultado de la vasta experiencia de la sustentante a través de su praxis durante varios años en el campo de Salud Pública.

En virtud de lo anterior y, tomando en cuenta que el estudio se apega a los lineamientos metodológicos de investigación, me permito aprobarlo y remitirlo a la dirección a su digno cargo para que de acuerdo a lo establecido se proceda a los trámites de revisión y aprobación.

Atentamente,



Lic. I. Yolanda Hernández R.
Col. 3986

LICENCIADA
Irma Yolanda Hernández R.
TRABAJO SOCIAL



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Edificio S-1, 2o. Nivel
Ciudad Universitaria, Zona 12
Tel. 4760790-4 y 4760985-86-88 Ext. 288-289
Directos 4769590 y 4769602 Fax. 4769590

Guatemala,
marzo 18 de 1,997

DICTAMEN 002/97-L

Licda. Gloria Rebeca Morán Mérida
Directora
Escuela de Trabajo Social
Edificio


Señora Directora:

Atentamente me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el día de hoy he concluido el proceso de revisión-corrección del informe final de tesis denominado: "LA FUNCION DE TRABAJO SOCIAL Y EL PROMOTOR RURAL DE SALUD", de la estudiante Julia Patricia Pineda Ortíz de Ortíz.

Considerando que en el presente caso se cumple con los requisitos de forma y contenido, lo doy por APROBADO, recomendando a su vez, que se le conceda la orden de impresión respectiva y se le fije día y hora para el examen de graduación profesional.

Cordialmente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Lic. Carlos Noriega Castillo
Investigador-Revisor
IIETS



c.c. archivo
revisor

CFNC/mcd



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Edificio S-1. 2o. Nivel
Ciudad Universitaria, Zona 12
Tel. 4760790-4 y 4760985-86-88 Ext. 288-289
Directos 4769590 y 4769602 Fax. 4769590

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

En vista de los dictámenes favorables que anteceden de -
la Licenciada Irma Yolanda Hernández Rivera y del Licen-
ciado Carlos Federico Noriega Castillo, esta Dirección au-
toriza la impresión de la tesis "LA FUNCION DEL TRABA-
JADOR SOCIAL Y EL PROMOTOR RURAL DE SALUD", -
presentada por Julia Patricia Pineda Ortiz de Ortiz, pre-
vio a conferírsele el título de Trabajador Social en el gra-
do Académico de LICENCIADO una vez haya sustentado el
examen respectivo.

En la ciudad de Guatemala, a los diecinueve días del mes
de marzo de mil novecientos noventa y siete.



"~~ID Y ENSEÑAD A TODOS~~"


Licda. Gloria Rebeca Morán Mérida
Directora

GRMM/cdm
c.c. :archivo

ACTO QUE DEDICO

A Dios y a la Virgen
Santisima

Seres supremos que
iluminan mi camino, para
alcanzar las metas
propuestas.

A mis Padres

Victor Manuel Pineda
Quiñonez
Zaida F. Ortiz de Pineda

A mi Esposo

Carlos Enrique Ortiz
Archila

A mis Hijos

Karla Patricia, Madelyn
Janeth y Luis Carlos.

A mi Abuelita

María C. Vda. de Ortiz

A mis Hermanos

Sergio Augusto, Edgar
Leonel y Gustavo Adolfo

A mis Suegros

y muy especialmente a usted

INDICE

INTRODUCCION	I
CAPITULO 1	
MARCO TEORICO	1
CAPITULO 2	
LA SALUD EN GUATEMALA	10
2.1 Situación de Salud en el País	10
2.1.1 Grupos Específicos	10
2.2 Salud de la Población en General	13
2.3 Red Causal de Problemas de Salud en Guatemala	16
2.4 Inadecuada Oferta de los Servicios de Atención a Personas y Medio Ambiente	17
2.5 Condiciones Sociales, Económicas y Culturales	17
2.6 Los Promotores de Salud Pública	20
2.7 La Situación de Salud en San Juan Sacatepéquez	26
2.7.1 Programa de Promotores Rurales de Salud en San Juan Sacatepéquez	28
CAPITULO 3	
TRABAJO SOCIAL	30
3.1 Concepto General	30
3.2 Filosofía, Objetivos, Métodos y Técnicas	31
3.2.1 Filosofía	31
3.2.2 Objetivos	32
3.2.3 Métodos y Técnicas	33
3.3 Trabajo Social en Salud Pública	35
CAPITULO 4	
ANALISIS E INTERPRETACION DE LA INVESTIGACION DE CAMPO	40
4.1 Generalidades	40
4.2 Procedimiento	40
4.3 Perfil de Encuestados	41
4.4 Análisis de Resultados	41
4.5 Perfil de los Promotores	49
CONCLUSIONES	54
RECOMENDACIONES	56
BIBLIOGRAFIA	58
ANEXOS	62

INTRODUCCION

Guatemala como el resto de los países subdesarrollados posee altos índices de morbilidad y mortalidad que afectan especialmente al grupo materno infantil que en la actualidad constituye uno de los principales problemas de salud y son resultado de la extrema pobreza latente en la población que conlleva a la falta de alimentación, vivienda, educación y poco acceso a los servicios.

Frente a esta situación se observa un constante deterioro de la capacidad resolutive de los establecimientos de salud, lo que hace menos accesible la atención a los grupos más necesitados.

De lo anterior se deriva entonces que no se puede afrontar la complejidad de ese panorama mientras se mantenga el patrón de asistencia institucional y la ausencia de participación de la población como sujeto y objeto del proceso salud-enfermedad.

En este sentido cualquier propuesta de transformación de las condiciones de salud ganará factibilidad en la medida que se fortalezca el factor humano, como dinamizador que convierta el discurso de intención, en curso de acción y de acuerdo a ello prepare las condiciones necesarias para su involucramiento.

El desarrollo del recurso humano comunitario ha contribuido a facilitar el marco de condiciones que ha permitido a individuos, familias y grupos el análisis de su problemática de salud y buscar las soluciones viables de la misma. Destaca así la labor de los promotores rurales de salud

que en forma óptima, responsable y congruente con las necesidades de sus comunidades han contribuido a lograr cambios significativos en las coberturas de los programas, dentro del marco de la estrategia de Atención Primaria de Salud. Sin embargo, se ha debido solventar obstáculos de toda índole para poder realizar su tarea, lo cual de alguna manera ha limitado su potencial capacidad para la promoción.

El presente estudio surge entonces como una inquietud profesional motivada por muchos años de trabajo en el campo de la Salud Pública con el objetivo no solo de elaborar un trabajo de tesis para optar al grado académico de Licenciada, sino como Trabajadora Social, consciente que, el auténtico ser lo realiza el hombre cuando desarrolla las posibilidades que tiene dentro de sí, cuando tiene conciencia de su valor como persona y actúa con otras para mejorar su propia vida y de otros que lo necesitan.

Los Objetivos propuestos fueron:

General: Conocer la función que desempeña el Trabajador Social con el Promotor Rural de Salud del Centro de Salud de San Juan Sacatepéquez.

Específicos:

- 1.- Analizar el rol que realiza el Profesional de Trabajo Social en el Programa de Promotores Rurales de Salud del Centro de Salud de San Juan Sacatepéquez.
- 2.- Determinar el tipo de actividades que realiza el Promotor en sus comunidades y la coordinación con el Centro de Salud.
- 3.- Identificar la problemática del Promotor en el desempeño de sus funciones.

Las conclusiones permitieron verificar las siguientes hipótesis:

General:

La función que realiza el profesional de Trabajo Social Comunitario en el Programa de Promotores Rurales se hace efectiva a través de las estrategias que realiza el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en la comunidad sanjuanera.

Específicas:

- a) Si existe una mejor ejecución de los programas preventivos en el Centro de Salud de San Juan Sacatepéquez, se lograrán cambios positivos en los conocimientos, actitudes y prácticas de la población demandante.
- b) A mayor desconocimiento del rol del Promotor Rural de Salud, menor posibilidad de contribuir a mejorar los problemas de salud de la comunidad sanjuanera.

Estas hipótesis fueron comprobadas de acuerdo a las variables establecidas en concordancia con los resultados de la investigación de campo.

El estudio aborda en el primer capítulo el marco teórico relacionado con el proceso de salud-enfermedad, la participación de Trabajo Social y el Promotor Rural de Salud.

El segundo capítulo contiene información relacionada con la salud en Guatemala; la red causal de los problemas de salud en nuestro país; las condiciones de salud imperantes en el municipio de San Juan Sacatepéquez y datos relacionados con el Programa de Promotores en el mismo.

En un tercer capítulo se hace referencia a la función de Trabajo Social en el marco de la salud pública, y el papel que desempeña el Promotor Rural dentro de ese campo.

Finalmente, se presentan los resultados obtenidos en la investigación de campo, su análisis e interpretación.

El estudio se orientó por el método científico aplicando sus diferentes fases. Se utilizaron así mismo diferentes técnicas, a través de las cuales se obtuvo en forma ordenada, los datos e información requerida.

El deseo de la autora es que la presente investigación sea un aporte que constituya mejoras para el Programa de Promotores Rurales de Salud del Ministerio del ramo y, que sean ubicados en el lugar que les corresponde para beneficio de cada una de sus comunidades donde se desempeña este valioso recurso humano.

Quiero dejar constancia de mi agradecimiento a las personas que de una u otra forma fueron de gran ayuda y apoyo para la realización de este trabajo, en especial al grupo de Promotores Rurales del Centro de Salud de San Juan Sacatepéquez, así como a mi esposo e hijos, mis padres y hermanos, quienes me motivaron y apoyaron en todo momento.

Para concluir, un reconocimiento muy especial y sincero a la Licenciada Irma Yolanda Hernández Rivera, por su asesoría y orientación en el desarrollo de la investigación. Así mismo, al Licenciado Carlos F. Noriega Castillo, quien con su preparación profesional brindó un aporte importante al mismo; y a los miembros de la comunidad sanjuanera, por su colaboración y el valor de su información.

CAPITULO 1 MARCO TEORICO

El proceso de salud-enfermedad no constituye un fenómeno aislado que pueda definirse en términos de condicionantes y fuera de la realidad dada. Por el contrario se encuentra ubicado dentro del contexto histórico-social determinado por los medios de producción, constituyéndose en contradicción del mismo, pues dependiendo de la manera como los individuos se inserten en el aparato productivo así serán las características socioeconómicas que determinen su calidad de vida.

De acuerdo a lo anterior, *"Las causas e implicaciones del proceso salud-enfermedad deben buscarse en última instancia en la estructura y organización de la sociedad, es decir, en el ámbito social, aún cuando aquel se manifiesta en forma concreta en los seres humanos"*¹. Estas condiciones y manifestaciones se dan con marcada desigualdad dependiendo del lugar que ocupa dentro de la escala social.

Según esa posición se observa una forma diferente de enfermar y morir. Esto se explica claramente por las condiciones de vida (alimentación, vivienda, educación, saneamiento, etc.) en que se desenvuelve una y otra clase, condiciones que en nuestro país han sido históricamente deficientes y precarias para grandes grupos de población, especialmente los ubicados en áreas rurales y "urbano marginales", situación que es resultado de los desajustes estructurales que conllevan a la estratificación económica, social y cultural prevaleciente.

¹ Luna Azurdia, Ronaldo. Publicación Conmemorativa, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 1,976.
Pág. 3

Resulta entonces obvio que los grupos humanos que viven en precarias condiciones estén en mayor riesgo que aquellos cuyas condiciones son más favorables para satisfacer sus necesidades básicas.

En nuestro país existen marcados indicadores de salud que reflejan alarmantes tasas de morbilidad y mortalidad especialmente en mujeres y niños de grupos mayas que son mayoritariamente dentro de la población que vive en lamentables condiciones de pobreza, ignorancia y abandono.

Las causas de esa morbilidad son totalmente prevenibles, situación que demuestra lo ineficaz de la práctica tradicional de las instituciones encargadas de velar por la salud, las cuales se han preocupado por la medicina curativa, tratando los efectos sin atacar el origen.

Por lo tanto es evidente que mientras no haya cambios estructurales que mejoren las condiciones ambientales, económicas, sociales de los grupos vulnerables y de mayor riesgo, no será posible alcanzar mejores estilos de vida saludables para los mismos.

Guatemala al adoptar la meta "*Salud para todos en el año 2,000*", adquirió el compromiso de desarrollar los mecanismos que hicieran posible satisfacer las necesidades básicas de la población, pero particularmente de los grupos menos favorecidos dado que los avances logrados no han sido sustanciales cuantitativa ni cualitativamente.

En tal sentido se ha intentado adoptar un nuevo enfoque de atención enfatizándose en actividades organizadas y sistemáticas en relación a la salud, porque se considera que esta última debe de ser una responsabilidad individual y social. El enfoque debe ser autopromovido, es decir, que las personas de las comunidades compartan con las instituciones la tarea de decidir sobre la forma de evitar la enfermedad y promover la salud, complementando la responsabilidad con otros sectores. Así

mismo debe ser autogestionado, que significa que las comunidades obtengan y administren sus propios recursos y con ellos definan las acciones necesarias y convenientes para lograr una vida saludable.

El desarrollo de la Atención Primaria en Salud se ha considerado fundamental para conseguir ese objetivo. Se prevee que de esta estrategia dependa en gran medida el desarrollo real de la participación comunitaria y la integración de los otros sectores e instituciones .

Se define la Atención Primaria en Salud como *"La asistencia esencial basada en métodos y tecnología prácticas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la misma y el país puedan soportar"*².

Sin embargo, el desarrollo de la Atención Primaria de la Salud en las comunidades más alejadas y dispersas, o en poblaciones precarias ha requerido del recurso humano institucional, voluntario y de miembros de la comunidad que, fortalecidos en su capacidad técnica, de gestión y de compromiso dentro del proceso educativo, les permita visualizar la salud como un componente de bienestar de la población donde los factores sociales, culturales y económicos juegan un papel determinante.

Así mismo se toma en cuenta que cada servicio de salud y cada comunidad constituyen contextos distintos y por tanto requieren orientaciones e intervenciones distintas.

La Atención Primaria de Salud no debe verse exclusivamente como el desarrollo de servicios básicos de salud, sino como la movilización de los recursos disponibles para responder a las necesidades de la población con espíritu de equidad y justicia social. Por ello, necesita decisiones

² World Health Organization, Mondial de Sati, Organización de la Atención Primaria en Salud de las comunidades, SHS/IAH/Alma Ata. 1,984, pág. 2

relativas a prioridades de infraestructura física, así como política financiera y de recursos humanos.

Precisamente el aspecto de recurso humano es uno de sus componentes críticos para asegurar la transición de la retórica a la realidad ejecutiva, por lo tanto aplicar la estrategia de Atención Primaria de Salud, se considera que *"El recurso humano de una comunidad está por encima de los demás recursos y bien puede incidir en el éxito o fracaso de una actividad"*³.

*"La relación de las transformaciones para enfrentar los problemas de salud, si bien requieren de modificaciones en los recursos físicos, dependen fundamentalmente del desempeño del personal de salud, de su capacidad de asimilar los cambios, de aceptar y ejecutar con eficiencia técnica y procedimientos innovadores en el campo de la Atención Primaria de Salud"*⁴.

El desarrollo de los recursos humanos, especialmente comunitarios, cobra entonces ese rol fundamental en el proceso de promoción de la salud a nivel primario.

En Guatemala se reconoce la escasez de personal de salud, especialmente en el área social, siendo éste, uno de los mayores obstáculos para el poco desarrollo y fortalecimiento de los servicios respectivos y más acentuados en aspectos comunitarios, así como en la carencia de personal voluntario por la forma en que ha sido conceptualizado este último.

A esta situación se debe agregar la topografía accidentada de Guatemala, escasez de vías de comunicación y el mal estado de la mayor parte de ellas, que condicionan el acceso a los servicios en donde éstos se encuentran.

La diferencia entre la oferta y la demanda del servicio de la salud es otro factor adverso que se suma a las pocas posibilidades que tiene la población.

³ Alpedex, X. Planificación Estratégica de los Recursos Humanos, Editorial Colombia, 1,987. Pág. 7

⁴ Escala Luzcano M. A. Programas de Educación Permanente, Escuela de la Salud Pública, Panamá 1,992. Pág. 16

Las razones anteriores dieron lugar al programa de Promotores Rurales de Salud cuyo objetivo se orienta a contar con el personal capacitado en las comunidades para brindar atención a los grupos con menos acceso a los servicios, y hacer efectiva la Atención Primaria.

*"El Promotor Rural de Salud, es una persona procedente de la propia comunidad, elegido a través de procedimientos establecidos y, capacitado para desarrollar actividades específicas, generalmente a un nivel bajo de complejidad, ubicado dentro de un marco de Atención Primaria de Salud"*⁵. Activa en el seno de la comunidad con funciones de educación, prevención, organización y de información.

Se ha considerado trascendente el trabajo del Promotor Rural de Salud por su ubicación en comunidades de más alto riesgo, contribuyendo a ampliar las coberturas de atención primaria hacia grupos de población más vulnerables como son madres y niños, acciones que realizan en forma ad-honorem.

Sin embargo, en un marco conceptual errado dentro del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, se ha tomado el que-hacer del Promotor como sinónimo de participación comunitaria, sin considerar que si bien éste constituye una parte fundamental de la estrategia de Atención Primaria, se requiere de otros elementos y recursos para poder concretar programas y alcanzar mejores niveles de salud, responsabilidad que no puede recaer únicamente en este personal.

Esta situación se deriva del mismo origen de programas de Promotores que en su momento respondió a sus objetivos institucionales de ampliar la cobertura en los lugares más apartados de cada comunidad.

⁵ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, **Manual para el Promotor**, Guatemala 1,991, pág. 14

Se inició capacitando con contenidos estandarizados y determinados por la unidad específica de la División de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, sin tomar en cuenta las diferencias culturales existentes en el país.

A través del tiempo, de acuerdo a las condiciones prevalecientes y con base en conocimientos del contexto de la realidad guatemalteca, se ha ido modificando e incorporando contenidos relacionados con el entorno socio-económico de cada comunidad, para lo cual se han aplicado diferentes metodologías que ayudan al análisis y a la adopción de una postura crítica que le permita a los Promotores tener una visión real de la problemática para actuar conscientemente en los procesos sociales y potenciar su quehacer en las comunidades, por considerarse que es un recurso valioso que no debe concretarse sólo a tareas de atención directa sobre aspectos biológicos (vacunación, TRO, etc).

No debe caerse lógicamente en la panacea de creer que sólo ellos logran contribuir a la construcción de una sociedad nueva, sino que se pretende formar un Promotor que propicie la movilización de otros grupos y recursos para el logro de los cambios deseados.

Se han observado resultados positivos, gracias a la mística de servicio de este recurso humano, y a su identificación con los problemas de salud de su comunidad.

Las acciones del Programa han generado un conocimiento multidimensional de la realidad de sus comunidades y han demandado a su vez, nuevas acciones. Al mismo tiempo, han contribuido a evidenciar y solucionar algunos problemas de salud concretos.

Sin embargo, por problemas de formación profesional o técnica, así como de desubicación conceptual del personal de salud, ha existido resistencia a la presencia y participación del Promotor, especialmente porque por la acción de éstos, se ha demandado una atención más eficiente y eficaz de

los servicios de salud, lo cual no siempre es aceptado por algunas disciplinas, especialmente la médica.

Trabajo Social integrado al equipo técnico de los centros de salud y comprometidos con la promoción social, donde se hace efectiva la Atención Primaria, ha tenido la responsabilidad de llevar a cabo la formación de los Promotores, para lo cual ha aplicado procesos de selección, organización, capacitación y supervisión de los mismos.

Para ello, ha contado con el limitado apoyo de otras disciplinas del equipo y muy pocos recursos, tanto económicos como materiales.

Esta responsabilidad se fundamenta en los principios de Trabajo Social que señalan que la ayuda social se suministra racionalmente previo conocimiento de las condiciones de vida del que lo recibe, estimula el cambio fundamental que pretende pasar de un discurso de construcción meramente teórica a una práctica concreta, mediante acciones que eliminen la marginidad y dependencia, que no puede consistir solamente en la atención de la problemática inmediata, sino facilitar la organización y movilización, para hacerlos capaces de asumir la dinámica de transformación de esa problemática, según las condiciones históricas que las posibiliten.

Trabajo Social como parte del equipo multidisciplinario de salud, desempeña un papel importante en el desarrollo de la promoción de salud y en facilitar que los procesos ocurran, para lo cual proyecta su acción en las comunidades a través de los Promotores.

La promoción social de la salud entendida como *"El proceso de capacitación del colectivo de individuos para que se ejerza un mayor control sobre su propia salud y así puedan mejorarla"*⁶.

Con base a este concepto, no se contempla la salud como un objeto en si mismo, sino como un recurso para la vida cotidiana.

⁶ La carta de Ottawa, Canadá. 1,986, pág. 8

Trabajo Social en el proceso de promoción de la salud, apoya por medio de la información, la educación, la conscientización y la movilización, el desarrollo de las habilidades necesarias para lograr opciones a una vida saludable tanto a nivel personal como a nivel social.

De esta forma a través de la acción de los Promotores de Salud, ayuda a hacer que la gente tenga un mejor control sobre su propia salud y se preparen para abordar los problemas que la afecten, buscando soluciones a los mismos.

Esta situación ha estimulado el trabajo voluntario interesado en proyectar una acción hacia mejores niveles de salud, la cual ha permitido hacer aportes creativos a través de contribuciones concretas a nivel local.

Sin embargo, es necesario hacer notar que la participación multidisciplinaria es indispensable para hacer efectiva la promoción de la salud y debe reconocerse que aún cuando el Trabajo Social tiene filosofía, fines y funciones propias, no posee ni puede tener autonomía para definir su quehacer independientemente de la totalidad de la cual forma parte.

En el campo de la salud, está referido a ofrecer conocimientos de la realidad concreta y su desarrollo histórico, así como el papel que corresponde al personal de salud en ese proceso y dentro de los objetivos del programa de Promotores.

Trabajo Social es consciente que si se crea o eleva el valor del recurso humano comunitario en los programas de salud, cederá terreno el profesionalismo superficial y la responsabilidad de la salud o la enfermedad se trasladará del equipo de salud a la población organizada para tal caso.

Pero elevar el valor de este recurso humano no consiste sólo en desmitificar al médico y a otras disciplinas de salud y abogar por una participación popular verdadera, sino representa un tarea que rebasa los límites de la simple aparición teórica a una acción concreta, delicada e imperante.

De allí que se tiene presente que cualquier tarea que implique la participación de los grupos de la población ya sea en forma directa o como afectados, simplemente, el recurso más valioso con el que se deberá contar, tiene que ser el hombre y su entorno. Porque éste es el centro de toda organización y el punto de partida necesario para la ejecución de acciones que conduzcan a una transformación profunda, que relacionada con salud, supone cambios estructurales que trasciendan los programas de salud.

CAPITULO 2

LA SALUD EN GUATEMALA

2.1 Situación de Salud en el País:

La situación de salud se caracteriza por la persistencia en la morbilidad debida a afecciones prevenibles y controlables agravada por la falta de una política nacional de medicamentos que limita el acceso de la población a ello y a otros insumos básicos.

*"La tasa de morbilidad en general para 1,994 fue de 7.20 por mil, siendo las causas específicas de mortalidad más importante, la infección intestinal y la neumonía"*⁷.

2.1.1 Grupos Específicos:

La Salud del Niño:

*"En Guatemala, de cada 1,000 niños que nacen, se mueren 54 antes de cumplir un año de edad"*⁸. *"De ellos el 14.2%, antes de cumplir 28 días"*⁹. A pesar del subregistro existente, esta cifra esta por encima del promedio de América Latina y muy distante de la meta que se ha comprometido alcanzar en el año 2,000. Sin embargo, esta cifra nacional no refleja el hecho de que *"En zonas residenciales de Guatemala mueren menos de 10 niños, mientras que en zonas rurales de la*

⁷ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, POA, Guatemala. 1,994, pág. 13

⁸ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Plan Nacional Materno Infantil. Guatemala, 1,993, pág. 11

⁹ UNICEF, Compilación y Análisis de la Mortalidad registrada en 1,990. Guatemala, pág. 9

república, como el Triángulo Ixil, mueren más de 120 de cada 1,000 nacidos vivos¹⁰. Lo que evidencia que la mortalidad infantil tiene más incidencia en la población indígena y en extrema pobreza. También es evidente la relación inversa entre el grupo de instrucción de la madre y la ocurrencia de muertes infantiles.

*"Dos de cada 5 defunciones que ocurren en Guatemala corresponden a niños menores de 5 años; en más de la mitad de estos casos la muerte se debe a causas evitables (diarrea, 30.6%, IRA 22.8%, Perinatal 19.5%, nutricional 4.3% y enfermedades inmunoprevenibles 1.3%). Diversos estudios demuestran que los niños menores de 5 años tienen, en promedio, diez episodios anuales de diarrea"*¹¹

*"Dos de cada cinco niños de edad pre-escolar están desnutridos y 6 de cada 10 mujeres lactantes sufren anemia nutricional. La prevalencia de desnutrición en menores de 5 años es de 33.5% en déficit de peso y de 57.8% en déficit de peso y talla"*¹². *"Un estudio reciente refleja las limitaciones en la disponibilidad de acceso en los diferentes bienes alimenticios que afrontan la población, particularmente en las áreas rurales"*¹³.

¹⁰ Encuesta Socio-demográfica en el Triángulo Ixil, Proyecto Guatemala, /1,992/FNUAP OIM/ CEAR/ Guatemala, mayo 1,992, pág. 13

¹¹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Plan Nacional Materno Infantil, 1,995, pág. 8.

¹² Ibid.

¹³ SEGEPLAN CODESA. INE. Encuesta Nacional del Consumo aparente de Alimentos. Guatemala, 1,991, pág. 14

Salud de la Madre:

"La tasa de mortalidad materna es de 248 por 100,000 nacidos vivos, 40 veces más alta que otro país de la región"¹⁴.

"Las principales causas de mortalidad materna son hemorragias, en un 39% son complicaciones de aborto, la sepsis en un 18% y las toxemias en 14%; se suman el cáncer de la mama y el cáncer cérvico uterino y riesgos adicionales a otras enfermedades"¹⁵.

"La tasa global de fecundidad es de 5.6 hijos por mujer, el 44% tienen su primer hijo antes de cumplir 20 años, y se estima que el 20% de las camas obstétricas ocupadas por casos de aborto y complicaciones"¹⁶.

Conviene recordar que estos datos, de por sí dramáticos son cifras nacionales que por lo tanto, ocultan tremendas desigualdades entre regiones, *"entre la población urbana y las áreas rurales marginales, en las que más del 80% de la población vive en extrema pobreza"¹⁷.*

Atención Materna:

"La atención del control prenatal institucional es de 30%, de los aproximadamente 360,000 nacimientos anuales; el 20% es atendido a nivel institucional y el resto es atendido por comadronas, de las cuales únicamente el 34% está capacitado"¹⁸.

¹⁴ Ibid.

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Ibid.

¹⁷ INE FNUAR Perfil de la Pobreza en Guatemala, julio de 1,991 pág. 12

¹⁸ Ibid.

2.2 Salud de la población en general:

Las principales causas de defunciones durante 1,991, según la Unidad de Informática de la Dirección General fueron: enfermedades infecciosas intestinales (0.68), enfermedades del aparato respiratorio (0.61), deficiencias de nutrición (0.58), homicidios y lesiones infringidas intencionalmente por otra persona junto con otra violencia (0.57), enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón (0.28).

"Las principales enfermedades de notificación obligatoria fueron: infecciones respiratorias agudas 55%, síndrome diarréico agudo 30%, desnutrición 11%, dengue 2%, sarampión 1% y tuberculosis 1%"¹⁹.

"El SIDA, presente en el país desde junio de 1,984, lleva acumulado un total de 885 casos (451) asintomáticos positivos y 453 de SIDA hasta julio de 1,993"²⁰.

Saneamiento Básico:

"Para 1,990, con datos actualizados para 1,993, el déficit de cobertura de servicio de agua potable era de 38% a nivel nacional (en el área urbana: 8.0% y mucho más acentuado en el área rural en donde el déficit alcanzaba el 54%) en lo referente a saneamiento, el sistema de drenaje y alcantarillado en el área urbana tiene un déficit de 28%. El de letrinas, alcanza el 49% en el área rural"²¹.

¹⁹ OPS/OMS, Estudio Básico del Sector Salud, Guatemala. 1,991, pág. 15

²⁰ Ibid.

²¹ Diaps- Copecas. Informe 1,900 actualizado por Segeplan 1,993, pág. 16

Se estima que cerca del 85% de los sistemas instalados provee agua con cierto grado de contaminación por falta de tratamiento adecuado y protección de las fuentes, esto explica en gran parte, la elevada incidencia de enfermedades diarreicas y la presencia con carácter endémico del cólera.

Asimismo, los acueductos rurales han alcanzado un 90% de contaminación en las cuencas hidrográficas, por la descarga de aguas servidas y excretas sin tratamiento previo y por desechos industriales y agroquímicos.

Red de Establecimientos:

El sector Salud brinda su oferta de servicios a través de una red de 3,861 establecimientos distribuidos a nivel nacional.

TIPO DE ESTABLECIMIENTO	CANTIDAD
Hospitales	148
Centros de Salud tipo A, con camas	32
Centros de Salud tipo B, sin camas	188
Consultorios	35
Puestos de Salud, Clínicas y otros	3,458

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social MSPAS, cuenta con 1,040 establecimientos que representan el 27% del total distribuidos en 35 Hospitales, 32 Centros de Salud tipo A, en 188 Centros de Salud tipo B y 787 Puestos de Salud. Existen 53 farmacias estatales, 104 ventas municipales de medicina y 609 puestos de servicio Nacional de Erradicación de la Malaria.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS, cuenta con 80 establecimientos que representan el 2% del total. Con 24 Hospitales, 35 Consultorios y 21 puestos de primeros auxilios.

Las fuerzas armadas y policiales tienen 47 establecimientos que representan el 1.5% del total, con 6 Hospitales, 21 enfermerías y 24 Puestos de Salud.

El sector privado con carácter lucrativo, cuenta con 2,081 establecimientos que suponen el 52% del total de organizaciones no gubernamentales, ONG'S, poseen 660 establecimientos que representan el 17% del total, de éstos solo 4 son hospitales.

"El sector Salud cuenta con un total de 12,725 camas para toda la república lo que hace un promedio de 1.1 camas por 1,000 habitantes"²².

En el Departamento de Guatemala, hay tres veces más camas hospitalarias que en el resto del país. Aproximadamente el 70% del volumen del recurso humano y financiero se destina a los hospitales, cuya acción es casi exclusivamente curativa, mientras que los recursos destinados a nivel operativo de los servicios periféricos (Centros y Puestos de Salud en las Areas) son cada vez más limitados, a pesar de que son los que sirven a la población más necesitada, es decir a la población rural y de áreas precarias.

No obstante el número de instituciones que prestan servicios de salud, *"se estima que de un 50% de la población a nivel nacional, el 20% carece de atención de salud y el 30% recibe una atención inadecuada. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social cubre el 25% de la población, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social el 17%; el sector privado el 10% y las Organizaciones no Gubernamentales el 4%"²³.*

²² Ibid.

²³ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Lineamientos de la Política de Salud, 1994 - 1995, pág. 25

Los recursos humanos y materiales son insuficientes, mal distribuidos y mal utilizados.

El 80% de todos los recursos humanos, financieros y materiales, están concentrados en la capital y cabeceras departamentales.

Paradójicamente, los grupos con mayores necesidades de salud disponen de menos recursos donde acudir.

2.3 Red Causal de Problemas de Salud en Guatemala:

Aspectos Financieros del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:

Los recursos financieros y económicos destinados a las instituciones públicas de salud han disminuido progresivamente en términos reales, en los últimos años.

Esto ha incidido en el desabastecimiento de los establecimientos de salud y en el deterioro de la capacidad resolutive en los servicios.

Guatemala tiene un ingreso anual aproximado de US\$ 800.00 por habitante. *"La participación del presupuesto ejecutado en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en el Producto Interno Bruto (PIB) del país ha fluctuado de un máximo de 1.46% (1,980) a un mínimo de 0.88% (1,990)"²⁴. Muy distante del 5% recomendado por la OMS.*

"Cerca del 40% del Presupuesto del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se dedica al nivel central y los puestos y centros de salud; y el 60% a los hospitales. Del gasto total se destinan 70% a los sueldos y salarios"²⁵.

²⁴ AID. Financiamiento del Sector Salud y Costos Aplicativos. Guatemala, 1,992, pág. 17

²⁵ Op. Cit.

2.4 Inadecuada Oferta de los Servicios de Atención a Personas y Medio Ambiente.

Los servicios de atención de la salud no se presentan en forma suficiente y oportuna para mantener los niveles de salud de la población y preservación del medio ambiente en los niveles adecuados. Entre los problemas que contribuyen a esta deficiencia de servicios están la baja cobertura de los servicios de salud, los que no son capaces de abarcar en forma adecuada a toda la población susceptible, debido especialmente a la ausencia de los recursos en áreas prioritarias.

En los últimos años se ha venido acumulando un déficit de recursos humanos y financieros en todos los programas preventivos, los que tienen un impacto pasivo en la situación de la salud, por ejemplo, los programas Materno Infantil, Saneamiento Ambiental, Manipulación de Alimentos, Educación en Salud, TRO, IRA, etc.

2.5 Condiciones Sociales, Económicas y Culturales:

Esta representa la más alta categoría de condiciones que influyen en la persistencia de la mortalidad, entre ellas se señalan los términos referentes a la tierra, el trabajo y los ingresos.

Guatemala ha sido históricamente un país de grandes diferencias e injusticias. La independencia en 1,821 no cambió fundamentalmente la situación heredada de la colonización española.

La vida republicana con sus etapas de anarquía y dictaduras y el proceso de estructuración económico-social dependiente y con un intercambio desigual, contribuyó al incremento de las diferencias e injusticias.

En el país el 10% de la población ha usufructuado sus riquezas mientras que el 90% sólo ha tenido presencia ocasional en el escenario nacional para mostrar una realidad generalmente destinada e ignorada.

Guatemala afronta una profunda crisis económico-social, situación manifestada en la recesión económica, la deuda externa, la disminución de la inversión privada, fuga de capitales, el aumento de las tensiones sociales, la violencia imperante, el desempleo, carencia de tierras y de capital, presiones económicas internacionales, etc., que entre otras han contribuido al progresivo deterioro de las condiciones de vida de los guatemaltecos y han llevado a la mayoría de la población a situaciones de extrema pobreza, vedando con ello las oportunidades de acceso a la educación, a la salud, entre otros.

Pluriculturalidad y Diversidad Etnica:

El grupo maya representa poco más del 80% de la población de Guatemala, y está concentrada en el altiplano occidental donde el minifundio, la dispersión poblacional y el analfabetismo; subrayan la marginalidad y la situación de extrema pobreza.

Dispersión Poblacional e Inaccessibilidad Geográfica:

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

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

Los Flujos Migratorios:

La situación de condiciones de extrema pobreza de la población condicionada como ya se dijo, por factores diversos obliga al traslado estacional de grandes colectivos de su lugar de residencia a los centros agrícolas de producción para la exportación, la que ocasiona mayor riesgo de exposición, contagio y diseminación de enfermedades.

Analfabetismo:

El índice de analfabetismo, profundizado con el insuficiente logro de la educación bilingüe, así como las condiciones económicas que obligan a la migración estacional familiar y al abandono de la escuela, dificulta la comprensión de mejoras de salud y cambios de hábitos negativos que inciden en la misma.

Escaso Estímulo al Desarrollo y Utilización de Tecnología:

No existen estrategias que estimulen la iniciativa propia de los trabajadores de sectores agro-industriales, para producir tecnología adecuada en el nivel local, lo cual podría contribuir a la resolución de muchos problemas.

En el Plan Nacional de Salud que forma parte del Plan de Desarrollo de alguna manera está explicado el interés para la realización de programas y proyectos locales con plena participación comunitaria, ya sea en política, estrategias o en objetivos.

Esto demuestra un marcado interés por microplanificación para la obtención del éxito esperado.

Sin embargo en la realidad no se cumple con ello, la mayoría de veces las decisiones se dan a nivel de escritorios, así se definen los proyectos que deben realizarse a nivel nacional o en alguna localidad sin que verdaderamente se de participación a la población de quienes se demanda colaboración, pero no se le da la opción de decidir sobre su salud. Se les hace intervenir a través de acciones plenamente definidas para niveles técnicos e institucionales únicamente.

2.6 Los Promotores de Salud Pública:

Su Justificación:

No son las enfermedades de los países industrializados o de los grupos dominantes derivados de excesos económicos y sociales propios de esa dinámica estructural los que prevalecen en la población rural guatemalteca en la cual los efectos de la conformación social del no desarrollo se observan en la carencia de vivienda, alimentación, vestuario, educación sanitaria, medio ambiente contaminado (basuras, excretas, agua, etc.).

La escasa cobertura de servicios de salud entre otras razones no permite la participación de la comunidad, especialmente en áreas donde la comunicación se hace difícil por el predominio de lenguas y dialectos no contemplados realísticamente en los programas de salud.

Aunado a lo anterior, no se aplica la tecnología apropiada y el alto costo de atención privada y las medicinas, limita el acceso de la atención en salud en todos los ámbitos del país. Así mismo, se reconoce que la escasez de personal en el Ministerio de Salud Pública, de todas las categorías representa uno de los obstáculos más serios para el desarrollo y fortalecimiento de los programas de salud, situación aún más grave por la difícil ubicación geográfica de la mayoría de las comunidades a lo largo del país.

Todo lo anterior creó la necesidad de recurrir al empleo de personal de las comunidades, que capacitado adecuadamente pudiera representar una contribución valiosa para el desarrollo de las acciones de salud.

Desde luego es fácil de comprender los obstáculos que deben solventarse, pues como se sabe, el recurso humano es el más difícil de formar, porque para ello se requiere no sólo del recurso financiero sino personal, tiempo y sobre todo la decisión política necesaria.

Fue así como se creó en 1,975 el Programa de Promotores Rurales de Salud, que tenía como objetivo fundamental contar con recurso humano humanitario que sirviera de enlace entre los servicios de salud y la población al poner a su alcance programas básicos que contribuyan en parte a resolver problemas de salud.

La creación de este programa constituyó una esperanza para hacer efectivo el compromiso adquirido por Guatemala para el año 2,000.

El Promotor Rural de Salud es por tanto, una persona procedente de la comunidad misma que ha sido seleccionado a través de procedimientos establecidos y han sido capacitados para desarrollar actividades específicas, generalmente en un nivel bajo de complejidad y ubicado dentro de un marco de atención primaria de salud.

Desempeño Operativo:

A los Promotores le han sido asignadas funciones de atención materno-infantil, educación para la salud, primeros auxilios y servicios curativos esenciales.

Estas funciones las desarrollan en sus propias comunidades para lo cual se les asigna determinado número de familias.

La red establecida con este recurso humano ha venido a constituirse en un valioso apoyo especialmente para los grupos más vulnerables, como son las madres y los niños.

Su trabajo lo desempeñan en forma totalmente ad-honorem y en forma absolutamente voluntaria, lo decisivo de su participación estriba en que son personas que se hallan ubicadas en la base donde se generan los problemas de salud y ello les permite conocer las necesidades e intereses de sus coterráneos.

En cada una de las tareas asignadas han demostrado mística y responsabilidad y de su actuar no esperan méritos para obtener privilegios sino están conscientes de su compromiso social, sentimiento que prevalece pese a limitaciones de tiempo, nivel académico y condiciones socio-económicas que la mayoría afronta.

Este personal se ha identificado cada vez más con su trabajo, lo cual le ha llevado a participar en todas las acciones que realizan los servicios de salud, que para efectos del presente trabajo está referido al Centro de Salud de San Juan Sacatepéquez; de allí que se ve a Promotores durante diferentes actividades de tipo comunal.

Sin embargo, las condiciones de salud prevalecientes en nuestro país, como resultado del funcionamiento de la estructura socio-económica han llevado a pensar que este recurso no debe limitar sus acciones o tareas impuestas por un servicio de salud, dado que por sus características personales, así como la temática de la capacitación que se le brinda actualmente, están en mejor posición de ejecutar procesos de cambio y transformación conjuntamente con otras instancias.

Los contenidos de su capacitación han variado y se han complementado a través del tiempo, de acuerdo a las circunstancias y condiciones coyunturales. Esos contenidos determinados entre ellos y Trabajo Social responsable de los mismos, están orientados a la problematización de la realidad en

que se vive para definir objetivos y estrategias locales, de acuerdo al ámbito cultural en que se desenvuelven.

En un programa de capacitación y promoción para la salud, los promotores se han constituido en agentes esenciales no sólo como parte de la comunidad, sino que han sido capacitados para ésto lo que los hace potencialmente dinamizadores de la misma. Ocurre sin embargo, que llevar a la práctica este programa de Promotores Rurales de Salud y la eficiencia de este personal voluntario en su doble dimensión de ideología y práctica, sólo es posible si se cuenta con los elementos necesarios.

No basta la dosis de buena voluntad y mística que representa el hecho de participar. Se requiere de factores políticos, institucionales, materiales y financieros. En el aspecto ideológico ya se ha mencionado que el Promotor constituye un elemento de cambio o transformador, por lo tanto cualquiera que sea su acción concreta independientemente del medio que se utilice para lograr su objetivo final, está inserto en ese esfuerzo y Trabajo Social apoya e incentiva esta actividad.

En cuanto a elementos institucionales, materiales y financieros, no son pocos los obstáculos que deben solventarse permanentemente. En el aspecto institucional, los profesionales tienden a desinteresarse de este programa considerándolo intrascendente, lo que se debe en parte a que están acostumbrados a pensar en la enfermedad y no en la salud como la tarea más importante y porque también desconocen las diferencias esenciales entre la atención médica convencional y la estrategia de atención comunitaria, que les permitiría definir y entender mejor su rol dentro del contexto de la salud pública actual.

Aunado a lo anterior, difícilmente aceptan la participación de la comunidad en las decisiones sobre su salud, y por lo tanto rechazan el conocimiento y experiencia comunitaria, posición producto de la formación profesional, que es individualista y excluyente, no sólo por una postura personal e

institucional, sino como consecuencia de las condiciones que la misma sociedad impone.

En algunos casos el personal de salud por su lado muestra resistencia hacia el programa. El origen de ésta se encuentra indudablemente en la heterogeneidad e incluso en la contradicción entre su formación y su desempeño en el campo de trabajo.

La resistencia se traduce en el clásico argumento de que la comunidad no está preparada para resolver sus problemas de salud, y la mayoría de veces la consideran apática, lo cual sólo denota una proyección personal de no hacer un esfuerzo mayor dentro de su quehacer laboral.

Hay una seria diferencia conceptual en relación a la atención primaria y la promoción de la salud, agravado por el desconocimiento de los esquemas y mecanismos que permiten operar ambos.

En tal sentido para el personal del centro de salud, los promotores representan por un lado un control de sus acciones y por otra una rivalidad en la ejecución de tareas de atención directa.

La dualidad se observa cuando tanto profesionales y personal de salud exigen la participación de Promotores para la ejecución de programas y proyectos impuestos por las autoridades y en las cuales está de por medio el compromiso de cumplir metas y objetivos personales e institucionales en un tiempo determinado. Esto demuestra su posición ideológica al *utilizar* al personal voluntario para fines ajenos a éste o a su comunidad, pero no les brindan el apoyo y colaboración necesaria, molestando por ende al Promotor, quien en algunas oportunidades se siente muy desmotivado para continuar con su trabajo.

En cuanto al aspecto político, la participación consciente y activa de la comunidad constituye el fundamento esencial de planes y programas de salud, dentro del marco de desarrollo, las cuales sin embargo no se han concretado en la realidad, quedando únicamente como un discurso retórico que genera apoyo financiero al Ministerio de Salud y algunas de sus dependencias, las que se canalizan

hacia otras actividades que no tienen ninguna trascendencia en la salud de la población.

El programa de Promotores ha estado condicionado por los vaivenes políticos a través de autoridades y técnicos que de acuerdo con sus objetivos establecen y propician proyectos que muchas veces entran en contradicción con las actividades ya desarrolladas, de ahí que dependiendo del criterio superior, se determina la formación de personajes y proyectos en las comunidades haciendo caso omiso del recurso humano voluntario y comunitario ya existente, y como consecuencia se veda el apoyo financiero y material necesario, limitándose así, las posibilidades de mejor desenvolvimiento al duplicar esfuerzos sin resultados positivos.

El sistema de salud entonces, no podrá obtener la participación de la comunidad en las decisiones de salud, si no dispone además de la posición real, mecanismos y eficacia que hagan posible la materialización de tal idea. Los Promotores representan un punto de partida esencial para ello.

Lo básico es tomar en cuenta que el logro de una mejor salud y bienestar sólo será posible con la integración de instituciones, profesionales, técnicos y comunidad, dado que la participación se hace en la vida social en su conjunto y no en aspectos aislados de ella. El contacto con el programa de formación de Promotores Rurales de Salud le ha permitido a Trabajo Social vislumbrar elementos positivos que deben ser aprovechados para el desarrollo de una acción social científica que contribuya a transformar las situaciones negativas que le vedan a las comunidades las posibilidades de una vida saludable.

Esto conlleva una enorme responsabilidad y compromiso profesional que requiere la revisión de procedimientos teóricos y prácticos, así como la revaluación de fines y objetivos de su intervención para estar en congruencia con las necesidades de la población y no ser únicamente multiplicador de planes institucionales.

2.7. La situación de salud en San Juan Sacatepéquez:

San Juan Sacatepéquez es uno de los 330 municipios del país. Está ubicado a 30 kilómetros de la ciudad capital y administrativamente está ubicado en el departamento de Guatemala, su extensión territorial es de 242 kms², cuenta con varias vías de comunicación, con una carretera asfaltada y calles adoquinadas.

Se encuentra limitado: al norte por el municipio de Granados, departamento de Baja Verapáz; al este por San Raymundo; al oeste por San Pedro Sacatepéquez, Santo Domingo Xenacoj y San Martín Jilotepeque; al sur por San Pedro Sacatepéquez, Mixco y Guatemala.

Por acuerdo gubernativo del 8 de mayo de 1,913, la cabecera municipal fue elevada a "Villa", siendo uno de los municipios de Guatemala que cuenta con mayor número de habitantes. *"Un total de 68,865; de ellos se ubican en el área urbana 9,600 y en el área rural 59,262, de los cuales el 95% pertenece al grupo Maya y el 5% al ladino, predominando más el sexo masculino en un 60% y el sexo femenino en un 40%"*²⁶

La mayoría de sus habitantes habla cakchiquel y es analfabeta en un 60%, poseen diversidad de religiones predominando la católica y la evangélica.

La población se encuentra dispersa en 17 aldeas, las cuales son distantes e inaccesibles a los servicios de salud y con carreteras de terracería, tiene 44 colonias, especialmente en el perímetro de la ciudad capital, ubicadas en el área de Ciudad Quetzal.

La mayoría de las familias de origen Maya tiene déficit habitacional, ya que en una vivienda viven de 8 a 10 personas por familia. Del total de habitantes, son propietarios el 95% y el restante 5% alquilan la vivienda.

²⁶ Banco de Datos del Centro de Salud de San Juan Sacatepéquez, Memoria de Actividades, 1,995, pág. 2

Debido a la carencia económica de los pobladores de San Juan Sacatepéquez, éstos se ven en la necesidad de trabajar, tanto los hombres como las mujeres, así como jóvenes de corta edad, lo que pone en peligro sus vidas. Se dedican en su mayoría a la agricultura, comercio, tapicería, maquiladores y algunas de ellas se desempeñan como domésticas en casas particulares.

El municipio de San Juan Sacatepéquez constituye un reflejo de la realidad nacional. En él se dan todos los índices negativos de aspectos socioeconómicos; hay pobreza, hambre, por el desempleo; falta de tierras, de ingresos y de los mínimos insumos, lo que conlleva a condiciones de insalubridad; a lo que hay que agregar una inadecuada disposición de excretas, poco abastecimiento de agua potable, por añadidura contaminada en su mayor parte, lo cual constituye un factor determinante para la existencia y proliferación de las enfermedades en todo el municipio.

La mayoría de la población la constituye el grupo Materno Infantil, es decir la madre y los niños especialmente menores de 5 años, los que se ven afectados por problemas de diarrea, y otras enfermedades prevenibles, situación que es más grave por el alto índice de tuberculosis, enfermedad que es resultado de las condiciones económicas-sociales (Hambre, desnutrición, hacinamiento en que viven, falta de asistencia de salud, etc.).

El medio ambiente de la población sanjuanera está íntimamente entrelazada con la aparición de la enfermedad y muerte, *"siendo las tres primeras causas de morbilidad en los niños menores de cinco años: la neumonía en un 40%, las diarreas en 30% y la prematurez y problemas respiratorios en 15%; en la población en general la neumonía en 24%, diarreas en 19% y fiebre en 15%"*²⁷.

²⁷Ibid, pág. 6.

Los servicios de salud resultan insuficientes para cubrir las necesidades de atención de salud dado a lo extenso de su territorio y su numerosa población.

Cuenta con 13 puestos de salud con un total de 28 profesionales y técnicos en distintas disciplinas.

En San Juan se dan importantes elementos culturales (95% de la población Maya): formas de vida y concepción del mundo; costumbres, creencias que determinan una percepción particular y especial del proceso salud-enfermedad, lo que conlleva a la práctica de lo que se conoce como medicina tradicional, que se ha modificado de alguna manera, mediante el contacto y mezcla de diferentes grupos étnicos y sociales.

Prevalece entre la población Maya especialmente una carga de elementos mágico-místicos y religiosos que se contraponen con la orientación occidentalizada de los servicios de salud, quienes imponen medidas y estrategias sin tomar en cuenta estas creencias, situación que es más grave por la barrera idiomática existente.

2.7.1 Programa de Promotores Rurales de Salud en San Juan Sacatepéquez.

En el centro de Salud de San Juan Sacatepéquez, el Programa de Promotores Rurales de Salud da inicio en el año de 1,986 a través de una propuesta que realizara el Departamento de Trabajo Social del Area de Salud Guatemala Sur, siendo responsable del reclutamiento y capacitación la Trabajadora Social de esa época. Se contó con la participación de 12 personas de diferentes aldeas.

En la actualidad se cuenta con 45 promotores activos de las siguientes aldeas: Sacsuy, Loma Alta, Cruz Blanca, Asunción Chivoc, Comunidad de Ruiz, Montúfar, Comunidad Zet, La Soledad,

Santa Rosa, Ciudad Quetzal, Lo de Ortega, Caserío Pacajay y Casco Urbano, San Antonio Las Trojes y Lo de Mejía.

Se reúnen una vez al mes cada segundo jueves. Cuentan con una Junta Directiva, quienes desempeñan un papel muy importante dentro del grupo, coordinando actividades de índole educativo y social, así también, se encargan de motivar constantemente al grupo para continuar con su trabajo.

El programa de Promotores ha sido responsabilidad del Trabajador Social, quien con el apoyo del resto del equipo de salud coordina las acciones que tiene el programa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social enfocado dentro de la estrategia de la Atención Primaria de Salud, lográndose obtener resultados satisfactorios del trabajo del Promotor que ha beneficiado a los pobladores de la comunidad.

CAPITULO 3

TRABAJO SOCIAL

3.1 Concepto General:

"Trabajo Social tiene una función de concientización, movilización y organización de la población para que en un proceso de promoción de autodesarrollo en individuos, grupos y comunidad, realizando proyectos de trabajo social insertos críticamente y actuando por sus propias organizaciones, para que participen activamente en la realización de un proyecto político que signifique el tránsito de una situación de dominación y marginalidad a otra de plena participación del pueblo en la vida económica, social y política de la nación que cree las condiciones necesarias para un nuevo modo de ser hombre"²⁸.

El Trabajo Social puede entenderse de una manera universal conceptuándose así a las diferentes formas de acción social dentro de un esquema macro social de referencia.

Puede entenderse así mismo de una manera particular donde se identifica un proceso que persigue la solución de un conflicto o crisis.

Las dos maneras constituyen sin embargo un solo proceso científico de la acción del hombre avalado éste en términos de utilidad social.

En primer lugar entonces genéricamente hablando del hombre, éste ha creado la ciencia para resolver sus problemas universales o por lo menos para la búsqueda de aquellas soluciones que habrán de darle lo que en términos modernos tendría que denominarse como un estado de bienestar social.

²⁸Ander-Egg, Ezequiel. Diccionario del Trabajo Social, 8ava Edición. Editorial El Ateneo, Buenos Aires, Argentina. 1986, pág. 364

"Trabajo Social entonces representa una síntesis comprometida entre la acción y la teoría científica que en forma de acción social representa la tarea de un pueblo por resolver sus problemas"²⁹.

Constituye una acción totalizante sistematizadora, generalizadora que da un valor social a la ciencia técnica, que resume y une la teoría y la práctica para provecho de los grupos mayoritariamente más desposeídos de la población.

3.2 Filosofía, Objetivos, Métodos y Técnicas:

3.2.1 Filosofía:

La filosofía en donde las acciones de Trabajo Social encuentran sus raíces, es común a otras disciplinas en el campo social humanístico y se puede resumir en los siguientes enunciados:

- El carácter social del hombre, es indispensable para su pleno desenvolvimiento como ser integral.
- Decir que el hombre es un ser social aclara que la sociedad misma se realiza en esa dimensión como base que puede llenar la necesidad de interrelación entre los hombres.
- El desarrollo es un proceso de perfeccionamiento del individuo y la sociedad, por eso la relación humana se convierte en el valor central que orienta ese proceso.

²⁹ Son Tunil, Benjamín, Servicios Comunes de Salud, Editorial Universitaria de Guatemala, 1, 1986, pág. 32

- La integración humana y la justicia, son una conquista en que todos tenemos una función que cumplir.
- El hombre es un ser complejo que desempeña simultáneamente diferentes funciones, que no siempre son compatibles y que puede ocasionar conflictos por las demandas que plantea.
- Es necesario reconocer la capacidad de cambio de las personas en el derecho de dirigir su propia vida, aceptar su individualidad y la de los grupos.

3.2.2 Objetivos:

El individuo y la sociedad son sujeto activo de las acciones de Trabajo Social. Su área de competencia, es la interacción humana, entendida como la necesidad que tienen los individuos de relacionarse y trabajar con otros para lograr su propio desarrollo.

Trabajo Social, a través de métodos específicos de acción busca:

- Promover y fomentar la participación del individuo y la sociedad en su propio desarrollo.
- Ayudarlos a tomar conciencia de su valor y potencialidad.
- Participar en el proceso de transformación de la sociedad y la consecución del bienestar humano.

3.2.3 Métodos y Técnicas:

"Cuando la persona o grupos están integrados a sus roles y a las instituciones; o marginados a las estructuras económicas, políticas y socio-culturales en el que vive, Trabajo Social contribuye a restablecer esa capacidad de actuar, ayudándole a tomar la consciencia de su valor, propias potencialidades y los medios que tiene su ambiente para salir de esa marginalidad integral"³⁰, mediante una acción racional.

Trabajo Social aplica la metodología, mediante la dinamización de las relaciones entre individuos, grupos y sociedad, y los prepara para que participen en su propio desarrollo.

La unificación de conceptos sobre el proceso metodológico que sigue Trabajo Social, se puede enunciar, según la Licda. en Trabajo Social Elvira Balseiro de la siguiente manera:

- a.- Estudio reflexivo, de los fenómenos individuales y sociales.
- b.- Análisis, diagnóstico y asimilación de los problemas y fuerzas de hombres y los grupos.
- c.- Planteamiento de alternativas y programación.
- d.- Ejecución, transformación de estas alternativas en esfuerzos actuales de cambio.
- e.- Evaluación sistemática de las acciones realizadas.

³⁰ Se utiliza el término marginalidad como la ausencia de la Participación Activa del Sujeto en los bienes y las acciones de la sociedad.
Nota de la autora.

Este proceso tiene fundamento en el método científico. Cada etapa tiene estructuras y técnicas específicas con las que interviene Trabajo Social a nivel de individuos, familia, grupos y comunidad.

Las técnicas son los instrumentos necesarios para llevar a la práctica el proceso metodológico.

La profesión ha sistematizado medios de trabajo que generalmente se conocen como técnicas de forma y de contenido, entre ellas: reuniones, asambleas, entrevistas, observación, movilización y los diferentes elementos de la relación profesional; además técnicas de apoyo, reflexión, información, estímulo y otras.

Niveles de Atención:

Trabajo Social, según Elvira Balseiro, se mueve en dos niveles que se complementan mutuamente.

Macro-actuación:

Intervención en la formulación de políticas, planes, legislación formativa y fundamental, investigación, planificación, asesoría y administración de servicios. No son tareas exclusivas de competencia de Trabajo Social.

Micro-actuación:

Gestión preventiva promocional y movilización. Este nivel constituye el medio operacional, en el cual Trabajo Social promueve individuos, grupos y comunidad hacia mejores niveles de vida y presta distintos servicios especializados, que generalmente benefician a la población de menores recursos.

3.3 Trabajo Social en Salud Pública:

Trabajo Social interviene en la salud pública básicamente para evitar que enferme el individuo y la comunidad. *"Mientras se resuelve una necesidad de bienestar o se ataca un problema social, si el énfasis pasa de un mero ajuste ad-hoc a producir un cambio cualitativo en las circunstancias que son responsables de las necesidades o problemas no resueltos, puede decirse que se ha abierto paso a un nuevo tipo de desarrollo"*³¹.

En este tipo de desarrollo, la promoción y la prevención son las áreas de salud donde Trabajo Social tiene fundamentalmente su acción.

Representa una tarea de movilización de recursos, modificación del ambiente y la posibilidad de mejorar al máximo las oportunidades de la gente hacia una condición de vida saludable.

Dentro de ese marco, Trabajo Social se desempeña como parte del equipo interdisciplinario en el nivel local definido como municipio y que constituye el escenario social de desempeño dentro del contexto de micro-actuación.

Las tareas de promoción que desempeña están encaminadas a mejorar la salud y calidad de vida de las comunidades, lo cual realiza fortaleciendo la capacidad de las personas para actuar por su propia salud y lograr la concentración de todas las voluntades y recursos en torno a problemas y soluciones propios y específicos de cada grupo socio-cultural y convertirlo en acciones concretas que conduzcan a mayor bienestar.

³¹ P.D. Kulkarni, Las funciones de Desarrollo y Naturaleza Interdisciplinaria de Bienestar Social. Congreso Internacional de Trabajo Social, Nairobi Kenia, 1,974, pág. 52

Para hacer efectivo su desempeño en este campo, Trabajo Social ha transformado el rol tradicional de "*experto*" que entrega normas y acciones para que sean ejecutadas por otros, hacia un rol de "*facilitador*" que aporta información y conocimientos, como herramientas que le permitan a las personas la realización de tareas en forma conjunta.

Esto implica otorgar mayor autonomía, lo que a su vez significa compartir las responsabilidades y entregar poder a los grupos con los que trabaja (los Promotores entre otros), para propiciar su participación y decisión en las diferentes etapas del proceso de promoción.

Lo anterior se puede concretizar en los objetivos siguientes:

- a.- Intervenir en la modificación de los factores socio-culturales que se constituyen generalmente en obstáculos para el logro de un mejor estado de salud.
- b.- Hacer participar a individuos, grupos y comunidades para que sean sujetos activos de su condición de salud.
- c.- Capacitar a la comunidad para lograr mejores niveles de vida.

Para hacer efectivos los objetivos antes expuestos, se involucra la implementación de los diferentes campos que abarca la promoción, tales como la educación, la información, la comunicación social, la participación de la comunidad, así como la reorientación de los servicios de salud.

Específicamente se desempeña en áreas concretas como son propiciar la creación de ambientes favorables, desarrollo de habilidades personales y el fortalecimiento de la acción comunitaria.

En lo concerniente a crear los ambientes favorables, se trabaja lo relacionado con aspectos físicos como sociales que apoyen a la gente para que puedan tomar opciones saludables y modificar las condiciones que favorezcan su salud.

Se apoyan enfoques educativos, se entrega información y se democratiza el conocimiento.

El desarrollo de habilidades personales para efectuar los cambios de actitudes, conocimientos y prácticas tanto a nivel individual como a nivel de familias y grupos.

Integrado al equipo interdisciplinario, contribuye a la reorientación de los servicios de salud, para asegurar que éstas sean accesibles y satisfagan las necesidades de atención de la población.

Adicionalmente, el Trabajo Social, desempeña labores específicas, en base al Manual de Normas y Procedimientos de Salud; entre ellas se encuentra:

- a) Investigar: Que se refiere al proceso sistematizado para buscar en la realidad los datos necesarios para la realización de un trabajo adecuado.
 - a.1) Estudio de la problemática social, los recursos, limitaciones del individuo y la comunidad, es decir localización y diagnóstico de los factores sociales que impiden o favorecen el logro de los objetivos de salud.
 - a.2) Participa en investigaciones del equipo de salud. Estudios explorativos y/o evaluativos de las acciones realizadas.

- b) Planear: Organización anticipada del trabajo a realizar.
 - b.1) Participa en la elaboración de planes interdisciplinarios.
 - b.2) Se elaboran planes de trabajo a realizar como profesional de un servicio de salud.

- c) Coordinar: Coordinación de actividades en diferentes niveles.
 - c.1) Coordinación de planes con otras disciplinas en la institución y la comunidad.

- d) Asesorar: Ofrecer aportes técnicos en aspectos de su competencia a otros profesionales, técnicos, comunitarios voluntarios.

- e) Evaluar: Análisis y valoración periódica de las acciones y resultados de trabajo.

Las funciones de Trabajo Social en Salud están enmarcadas en principios y objetivos a nivel general y aunque no pueden ser ajenos a los objetivos institucionales, tiene presente que su accionar debe estar en congruencia con los intereses y necesidades de los grupos marginados y desprotegidos y contribuir conjuntamente con ellos a lograr los cambios indispensables para mejores estímulos de vida dentro de un ambiente saludable.

Sin embargo el quehacer de Trabajo Social en Salud debe solventar cotidianamente diversas dificultades, entre ellas trabajar con profesionales de diferentes disciplinas que no aceptan la participación de la comunidad ni la Atención Primaria en Salud porque su accionar y experiencia sólo son fuente de conocimiento para si mismos y no para la población.

Este trabajo representa dificultades debido a la tendencia en la formación profesional que es individualista y excluyente no por cuestión personal o institucional sino como resultado de una necesidad impuesta por la sociedad misma.

Constituye también una permanente lucha para derribar hasta donde sea posible la barrera biológica y curativa, y procurar que las personas de la comunidad, con especiales aptitudes para las

prácticas de salud (por ejemplo los Promotores Rurales de Salud), puedan acceder al conocimiento necesario y convertirse en las personas idóneas para impulsar y movilizar los recursos necesarios que propicien salud, en forma científica y técnica.

La praxis de Trabajo Social en la promoción de la salud ha implicado un compromiso en la planificación y en la evaluación de programas.

La planificación es necesaria para englobar las necesidades de grupos o de la población, tomando un mejor conocimiento actual acerca de cómo afrontar las mismas.

La evaluación para determinar los efectos del programa y la conducción de las acciones.

Pero por sobretodo mantiene una reflexión crítica sobre la realidad histórica en la que se da Trabajo Social en Guatemala a fin de de que el trabajador social pueda emerger comprometido como profesional en una tarea de cambio, consciente de la necesidad de una búsqueda creadora de formas de trabajo más adecuadas a esa realidad. Así mismo tiene en cuenta que todo profesional de Trabajo Social debe dominar un Marco Teórico que le permita conocer y analizar la realidad nacional.

Dominar un Marco de Análisis lo suficientemente afinado que le permita diagnosticar la realidad local y su relación con su estructura social.

Ser capaz de relacionar las acciones microsociales en un contexto macrosocial. Esto es importante para todo quehacer profesional.

Trabajo Social entonces debe asumir el compromiso de mantenerse permanentemente al día con el acontecer de las ciencias del hombre. Recordar que la teoría que no procura convertirse en acción, sirve de poco y nuestro país requiere de profesionales comprometidos, dinámicos e identificados con las necesidades de los grandes grupos más necesitados.

CAPITULO 4

ANALISIS E INTERPRETACION DE LA INVESTIGACION DE CAMPO.

4.1 Generalidades:

La importancia del conocimiento obtenido en la investigación radica en que la información reunida, fué de gran utilidad para reorientar el Programa de Promotores Rurales que se desempeñan como voluntarios en el municipio de San Juan Sacatepéquez.

Constituye además un valioso aporte de las propias comunidades quienes externaron sus particulares opiniones y manifestaron sus actitudes ante el trabajo del Promotor.

4.2 Procedimiento:

Para fines del presente estudio, la información se obtuvo de dos distintos universos; por un lado, familias de las comunidades en donde los Promotores desarrollan sus actividades de salud, realizándose entrevistas individuales, con el jefe de cada una de ellas.

La boleta incluyó aspectos relacionados con el desempeño del promotor, logros alcanzados con sus acciones y cambios significativos en aspectos de salud derivados de éstas.

Para la tabulación de los datos se realizaron procedimientos manuales y de computación según las necesidades requeridas.

Para completar la información se llenó una boleta con los Promotores, 45 en total, a través de entrevistas individuales y de grupo.

La entrevista incluyó aspectos relacionados con el desempeño del Promotor, análisis de su quehacer en la comunidad y la relación establecida con Trabajo Social.

4.3 Perfil de Entrevistados:

Se entrevistó individualmente a 75 personas representantes de igual número de familias que habitan en comunidades donde trabajan en forma voluntaria, los Promotores Rurales de Salud.

Del total, 33 eran jefes de familia (Sexo masculino) y 42 amas de casa (Sexo femenino).

Los Promotores de Salud se encuentran en calidad de activos, desempeñando actualmente su labor de voluntariado en las comunidades. El grupo está integrado por personas de ambos sexos.

4.4 Análisis de Resultados:

Los resultados se presentan a través de un análisis comparativo de la información obtenida, tanto de la comunidad como de los Promotores, a fin de confrontarla y determinar los puntos coincidentes o contradictorios, entre ambos.

Este análisis facilitó la comprobación de las hipótesis planteadas en el estudio.

Los resultados se presentan en los cuadros siguientes:

CUADRO No. 1
COMO PERCIBE LA COMUNIDAD A LOS PROMOTORES RURALES DE SALUD
MUNICIPIO DE SAN JUAN SACATEPEQUEZ.
AGOSTO DE 1,996

FORMAS DE PERCEPCION	No.	PORCEN- TAJE
Personas capacitadas para acciones de salud	57	76.00%
Personas que realizan trámites	13	17.33%
Personas que devengan un salario de Salud	05	06.66%
TOTAL	75	100.00%

Fuente: Investigación de Campo con Promotores y Comunidad.

El 76% de los encuestados tienen conocimiento de los Promotores, considerándolos como personas que están capacitadas para desempeñar funciones de salud, las cuales, las consideran necesarias en sus comunidades porque así reciben atención mínima de salud.

El 17.33% menciona a los Promotores como personas que realizan trámites, lo cual es derivado de las tareas del promotor relacionadas con referencias de casos a instituciones (Centros de salud, hospitales, etc.). El 6.66% manifestaron que el Promotor devenga un salario, no reconociéndolo como trabajo voluntario ad-honorem.

Dentro del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, cuando se plantea la participación de los Promotores se hace en términos de acciones concretas tales como la atención curativa directa, con lo cual han contribuido al aumento de cobertura de algunos programas; pero además han propiciado la promoción de la salud a través de acciones de organización y educación.

Con estas acciones se han obtenido logros positivos que han beneficiado a innumerables familias. De ahí la importancia de conocer como logros que perciben las comunidades y los Promotores.

CUADRO No. 2
LOGROS ALCANZADOS POR LOS PROMOTORES
MUNICIPIO DE SAN JUAN SACATEPEQUEZ.
AGOSTO 1,996.

COMUNIDAD			PROMOTORES		
Logros	No.	%	Logros	No.	%
Coberturas de vacunación	28	37.33	Propiciar la positiva participación la comunidad	25	55.56
Propiciar una mayor participación comunitaria	25	33.33	Mejorar coberturas de vacunación	10	22.22
Solución a los problemas de salud	22	29.33	Crear conciencia en las personas para solución de sus problemas de salud	10	22.22
TOTAL	75	100.00		45	100.00

Fuente: Investigación de Campo con Promotores y Comunidad.

El cuadro anterior demuestra los puntos coincidentes entre los habitantes de la comunidad y los Promotores, especialmente en lo referente a aspectos relacionados con la participación comunitaria en aspectos de salud, la cual el 55.56% de los Promotores la ponderan como uno de sus mejores logros y los comunitarios en un 33.33%, aún cuando le asignan un segundo término, la consideran como un logro positivo, lo que hace resaltar la labor de educación, organización y concientización que los primeros han llevado a cabo.

Sin embargo cabe destacar cómo las personas de las comunidades en un 37.33% ubican en primer lugar las coberturas de vacunación como consecuencia lógica del beneficio directo que han recibido especialmente los niños. Este aspecto es relegado a segundo plano por los promotores en un 22.22%, dado que el avance conceptual de su trabajo comunitario trasciende más allá de la acción eminentemente curativa.

Destaca así mismo coincidencia en cuanto la labor que los promotores han realizado en aspectos de concientización en las comunidades para que aprendan a participar como sujetos activos en la solución de su problemática, labor que es reconocida por éstos en un 29.33% y por los promotores en un 22.22%.

Las tareas casi anónimas que los promotores vienen realizando desde hace varios años han repercutido favorablemente en la salud de diversas familias de las comunidades de San Juan Sacatepéquez, lo que ha significado que éstas reconozcan la necesidad de su presencia y actuación como se observa en el siguiente cuadro.

CUADRO No. 3
TRASCENDENCIA DEL TRABAJO DEL PROMOTOR
MUNICIPIO DE SAN JUAN SACATEPEQUEZ.
AGOSTO DE 1,996.

COMUNIDAD			PROMOTORES		
Respuesta	No.	%	Respuesta	No.	%
Muy efectiva	48	64.00	Muy efectiva	28	62.22
Efectiva	26	34.66	Efectiva	18	37.78
No sabe	01	01.34	No sabe	00	00.00
TOTAL	75	100.00		45	100.00

Fuente: Investigación de Campo con Promotores y Comunidad.

Hay coincidencia entre la comunidad y los promotores en cuanto al trabajo de estos últimos. Al observar el cuadro, coinciden ambos que el trabajo realizado es muy efectivo, la comunidad en un 64% y los propios Promotores en un 62.22%.

La comunidad opina en un 34.66% que consideran la labor realizada como efectiva y los Promotores en un 37.78%. El 1.34% de los encuestados en la comunidad no dio ninguna respuesta.

Estos porcentajes evidencian la importancia del trabajo del Promotor sin el cual un elevado número de personas carecerían de atención mínima de salud. Esto demuestra la necesidad de permanencia de los promotores en acción de atención primaria en salud, dado las limitaciones que afectan el sector salud y como tal logran cubrir los requerimientos de atención.

CUADRO No. 4
RECONOCIMIENTO AL TRABAJO DEL PROMOTOR
MUNICIPIO DE SAN JUAN SACATEPEQUEZ.
AGOSTO DE 1,996

Respuesta	No.	%
Ayudar a su gente en la Comunidad	40	88.89
Prestigio en la Comunidad	05	11.11
TOTAL	45	100.00

Fuente: Investigación de campo, con Promotores Rurales de Salud.

La mayoría de los Promotores, en un 89.89% consideran que su trabajo es reconocido por la comunidad, por la ayuda que ellos brindan a su gente en aspectos de salud y por la proyección que han logrado alcanzar con su trabajo, por lo que cada día se sienten motivados para continuar adelante cuando reciben el apoyo y los recursos necesarios de las comunidades e instituciones que colaboran con ellos. Un 11.11% de los Promotores consideran que su trabajo les ha dado la oportunidad de

lograr prestigio en sus comunidades, el cual le ha permitido obtener la aceptación y reconocimiento de las personas, situación que contribuye a que sus orientaciones sean mejor recibidas y por ende aceptadas.

Trabajo Social en Salud Pública desarrolla un proceso operacional que pretende ser transformador, que requiere el involucramiento de los diferentes sectores y grupos comunitarios entre los que resaltan los Promotores de Salud con quienes se han establecido vínculos profesionales que posibilitan la labor cotidiana en beneficio de otros grupos.

En tal sentido se pudo determinar cómo percibe la comunidad y este personal voluntario esa relación entre ambos, por cuanto que de la misma se pueden derivar acciones futuras, al evaluar el resultado en el siguiente cuadro:

CUADRO No. 5
RELACION DE TRABAJO SOCIAL CON PROMOTORES RURALES DE SALUD
MUNICIPIO DE SAN JUAN SACATEPEQUEZ.
AGOSTO DE 1,996

COMUNIDAD			PROMOTORES		
NIVEL DE RELACION	No.	%	NIVEL DE RELACION	No.	%
Totalmente Satisfactoria	47	62.66	Totalmente Satisfactoria	28	84.44
Satisfactoria	23	30.68	Satisfactoria	17	15.56
No respondió	05	06.66	No respondió	00	00.00
TOTAL	75	100.00		45	100.00

Fuente: Investigación de Campo con Promotores y Comunidad.

La relación constante que Trabajo Social ha mantenido hacia la comunidad en acciones de organización, movilización y educación, a través de las cuales se ha logrado identificación de objetivos que han permitido responder a necesidades reales de la población lo que ha dado como resultado un

trabajo productivo, situación que es evidente en el cuadro No. 5, en el cual se observa que dicha relación es vista como totalmente satisfactoria, manifestado a través del 62.22% de la comunidad y un 84.44% de los promotores. El 30.68% de las personas de la comunidad la consideran satisfactoria así como un 15.56% de los promotores. Sin embargo un 6.67% de las personas en la comunidad se abstuvo de responder.

Ha quedado demostrado el trabajo efectivo del Promotor, producto de su solidaridad e identificación con las necesidades de atención de sus comunidades. Sin embargo se hace necesario exponer los requerimientos de apoyo de este grupo para hacer aún más eficaz su trabajo.

Este apoyo es percibido por los comunitarios y Promotores de la manera siguiente:

CUADRO No. 6
REQUERIMIENTOS DE APOYO PARA EL TRABAJO PREVENTIVO
QUE REALIZA EL PROMOTOR
MUNICIPIO DE SAN JUAN SACATEPEUQUEZ.
AGOSTO DE 1,996.

COMUNIDAD			PROMOTORES		
REQUERIMIENTOS	No.	%	REQUERIMIENTOS	No.	%
Más organización y colaboración de la comunidad para trabajo conjunto.	42	56.00	Promover la organización comunal.	39	86.66
Metodología para identificación de problemas y alternativas de solución.	28	37.33	Fortalecer educación.	06	13.33
Remuneración por la comunidad	05	06.66			
TOTAL	75	100.00		45	100.00

Fuente: Investigación de Campo con Promotores y Comunidad.

Es importante destacar que la propia comunidad resaltó la magnitud de apoyo y colaboración para el mejor desempeño del promotor, situación que también es percibida por este último, traducido en un 56% de comunitarios y un 86.6% de promotores que requieren mejor preparación para una mayor organización comunal. Cabe destacar que el 5% de las personas de la comunidad manifiestan la necesidad de remunerar al promotor con fondos provenientes de las propias comunidades dado que esta última es testigo de las deficientes condiciones económicas de éstos.

CUADRO No. 7
FACTORES QUE LIMITAN EL DESEMPEÑO DE LOS PROMOTORES
RURALES DE SALUD
MUNICIPIO DE SAN JUAN SACATEPEQUEZ.
AGOSTO DE 1,996.

COMUNIDADES			PROMOTORES		
LIMITANTES	No.	%	LIMITANTES	No.	%
Razones Económicas	30	40.00	Carencia de Recursos	30	66.67
Carencia de Recursos	28	37.33	Razones económicas	06	13.33
Limitados Conocimientos	17	22.66	Limitados conocimientos	09	20.00
TOTAL	75	100.00		45	100.00

Fuente: Investigación de Campo con Promotores y Comunidad.

El grupo de Promotores del municipio de San Juan Sacatepéquez con evidente responsabilidad y entusiasmo desempeña las tareas que le son encomendadas, sin embargo tienen que afrontar serias limitaciones que muchas veces afectan la ejecución de las tareas.

Una de estas limitantes está directamente relacionada con la situación económica de los promotores quienes se ven en la necesidad de realizar diversos trabajos para cubrir sus necesidades

básicas, por lo cual no pueden dedicarse a un trabajo voluntario a tiempo completo situación que se observa en el cuadro No. 7, al manifestar la comunidad en un 40% este hecho y los Promotores en un 13.33%.

La situación anterior aunado al poco apoyo de las autoridades de salud limitan los recursos financieros que los promotores tendrían que recibir para hacer más efectiva su labor, situación que es percibida por el 66.66% de Promotores y por el 37.33% de los comunitarios.

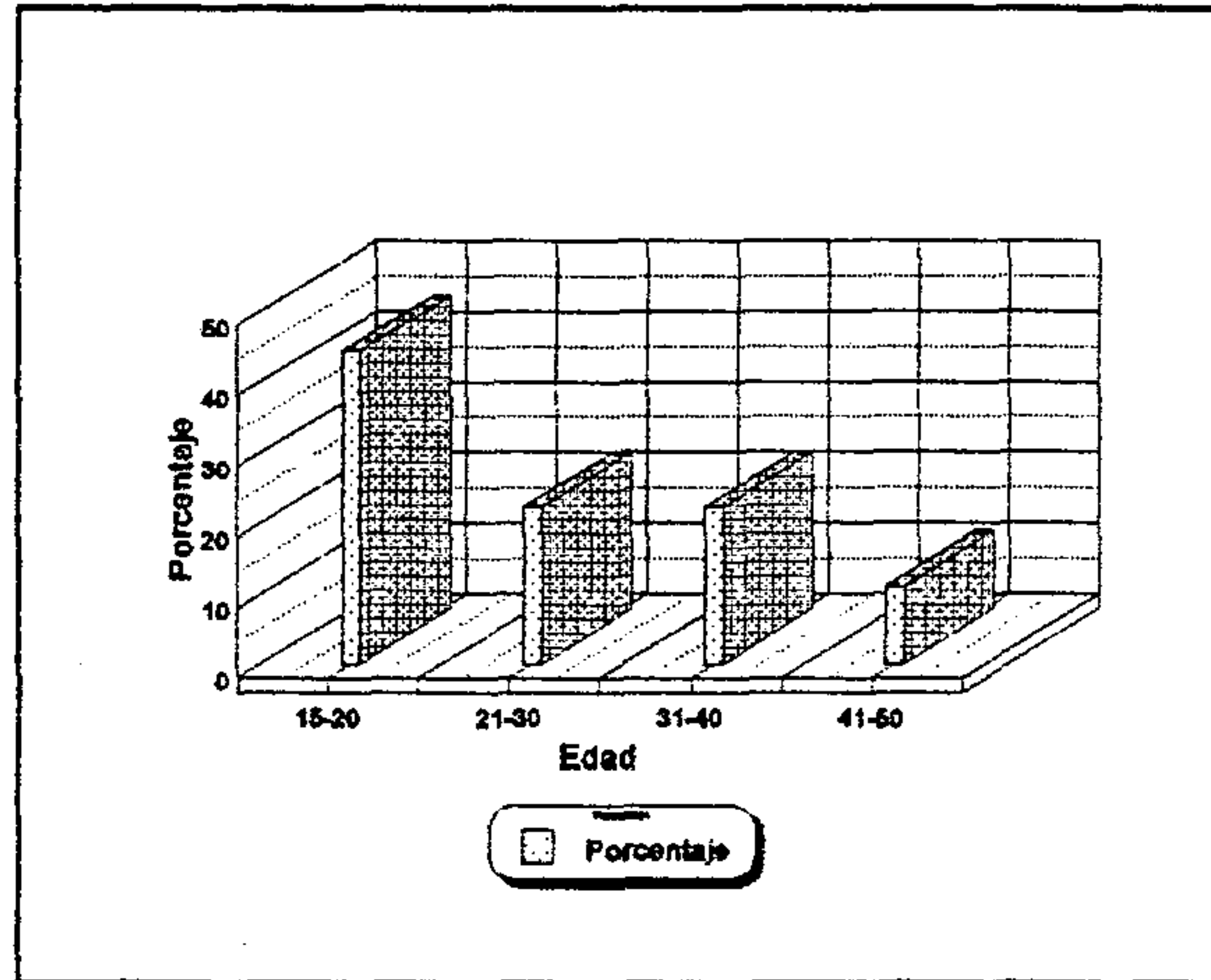
Dada la situación socio-económica en que se desenvuelve la población guatemalteca, en que los grupos de extrema pobreza están marginados en educación, fuentes de trabajo, etc., hace que las personas constantemente estén en búsqueda de su sobrevivencia a través de tareas agrícolas o de subempleo, que conlleva una buena parte de su tiempo, esta situación afecta el programa de promotores porque provoca deserción permanente de los mismos, forzando a nuevos cursos de capacitación o actualización, de ahí que el 22.66% de los comunitarios y el 20% de los promotores manifestaron poseer limitados conocimientos.

4.6 Perfil de los Promotores:

Se consideró necesario recabar algunos datos que permitiera conocer someramente el perfil del Promotor del Centro de Salud de San Juan Sacatepéquez, para contribuir con ello al logro de una mejor comprensión y aceptación del trabajo que realiza.

La edad es considerada como una variable importante por cuanto está relacionada con las tareas del promotor y la idiosincrasia de la población Sanjuanera, siendo un factor que incide en la aceptación de éstos.

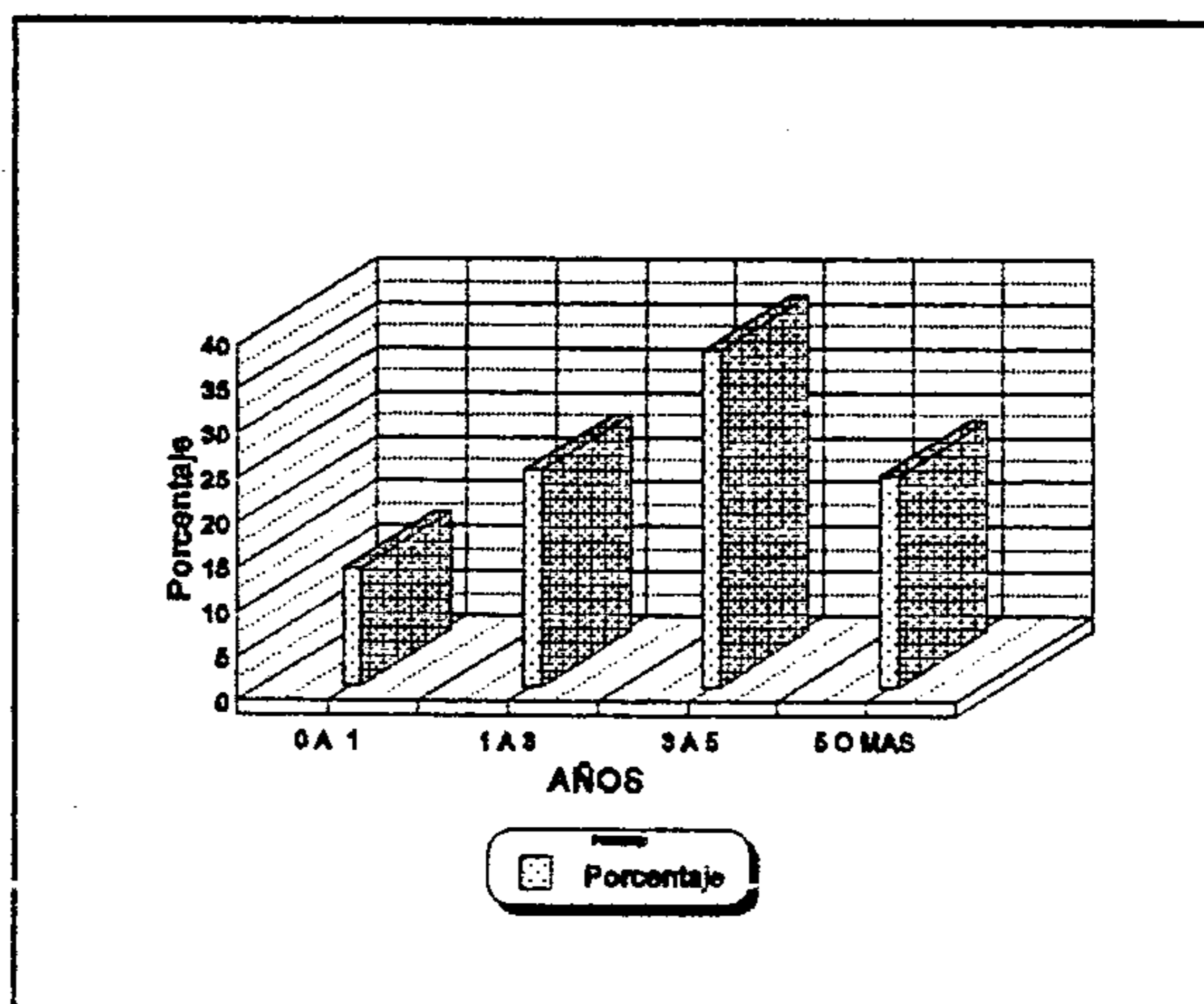
GRAFICA No. 1
CLASIFICACION POR EDAD DE LOS
PROMOTORES DE SALUD
MUNICIPIO DE SAN JUAN SACATEPEQUEZ.
AGOSTO DE 1,996.



Fuente: Investigación de Campo con Promotores

Es importante destacar que el grupo de promotores en su mayoría es un grupo joven en un porcentaje del 44.44% en el rango entre los 15 a los 20 años, en el rango de 21 a 30 años se ubica un 22.22%. De 31 a 40 años hay un 22.22%, lo cual resulta sorprendente, ya que a pesar de que las personas tienen otras obligaciones, siempre están dispuestos a ayudar a su gente, el 11.11% restante se encuentra entre 41 a 50 años. La totalidad de los Promotores está ubicado dentro de la población económicamente activa (de 15 a 50 años).

GRAFICA No. 2
TIEMPO DE DESEMPEÑO COMO PROMOTOR
MUNICIPIO DE SAN JUAN SACATEPEQUEZ.
AGOSTO DE 1,996



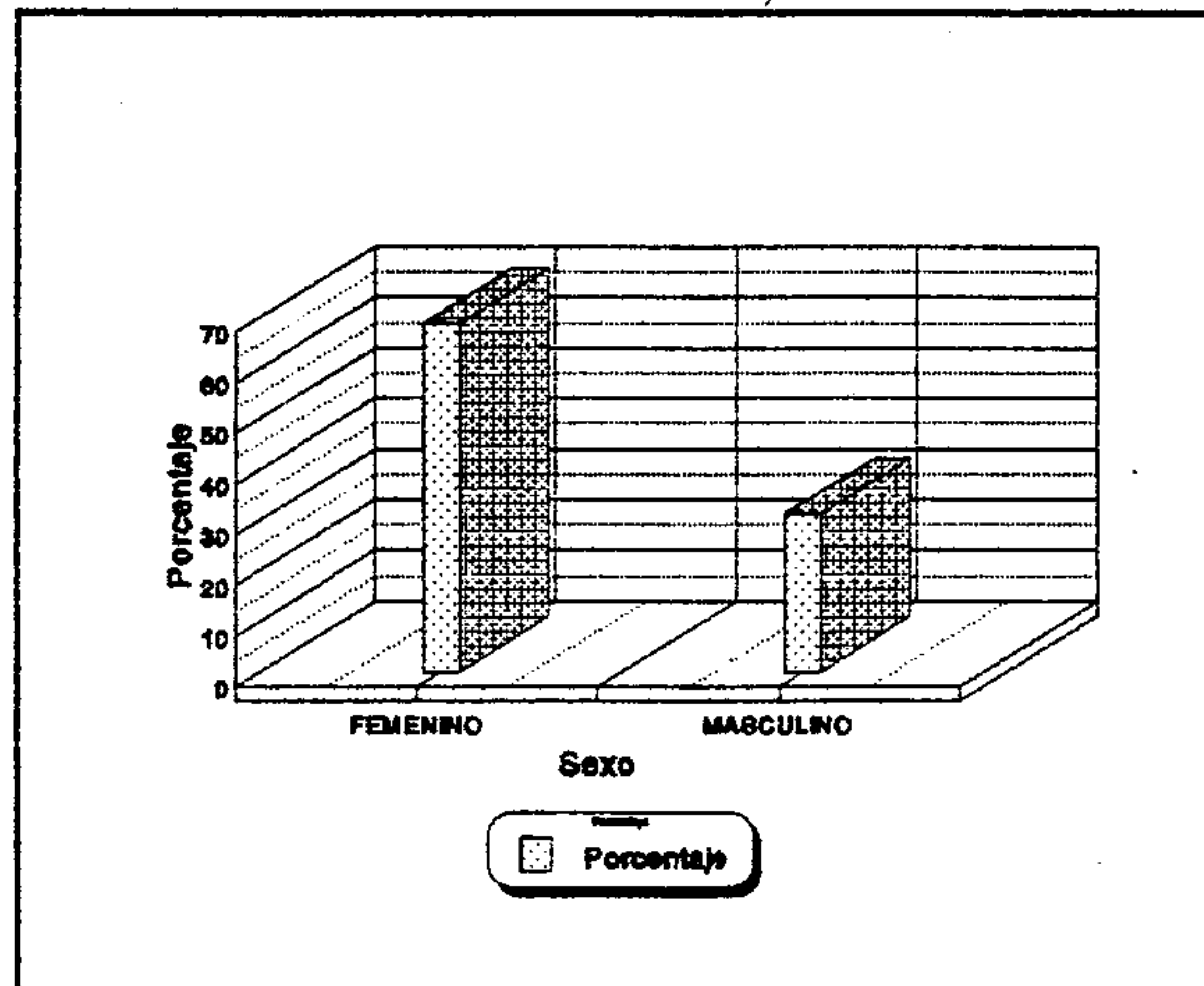
Fuente: Investigación de Campo con Promotores.

La permanencia de Promotores activos en el Centro de Salud de San Juan Sacatepéquez, ha tendido a mantenerse constante, en un período comprendido de 3 a 5 años, con un 37.77% de los encuestados. Ello permite evaluar resultados positivos en el desarrollo de sus funciones.

El 23.66% de los Promotores han desempeñado sus tareas en períodos mayores de 5 años, haciéndolo el grupo de más experiencia de campo.

En un período de trabajo de 1 a 3 años, se manifiesta la deserción de Promotores, ello es originado por razones de distinta índole, pero que se manifiesta en la necesidad de formar nuevos grupos. En este rango se encuentra un 13.33% de los encuestados.

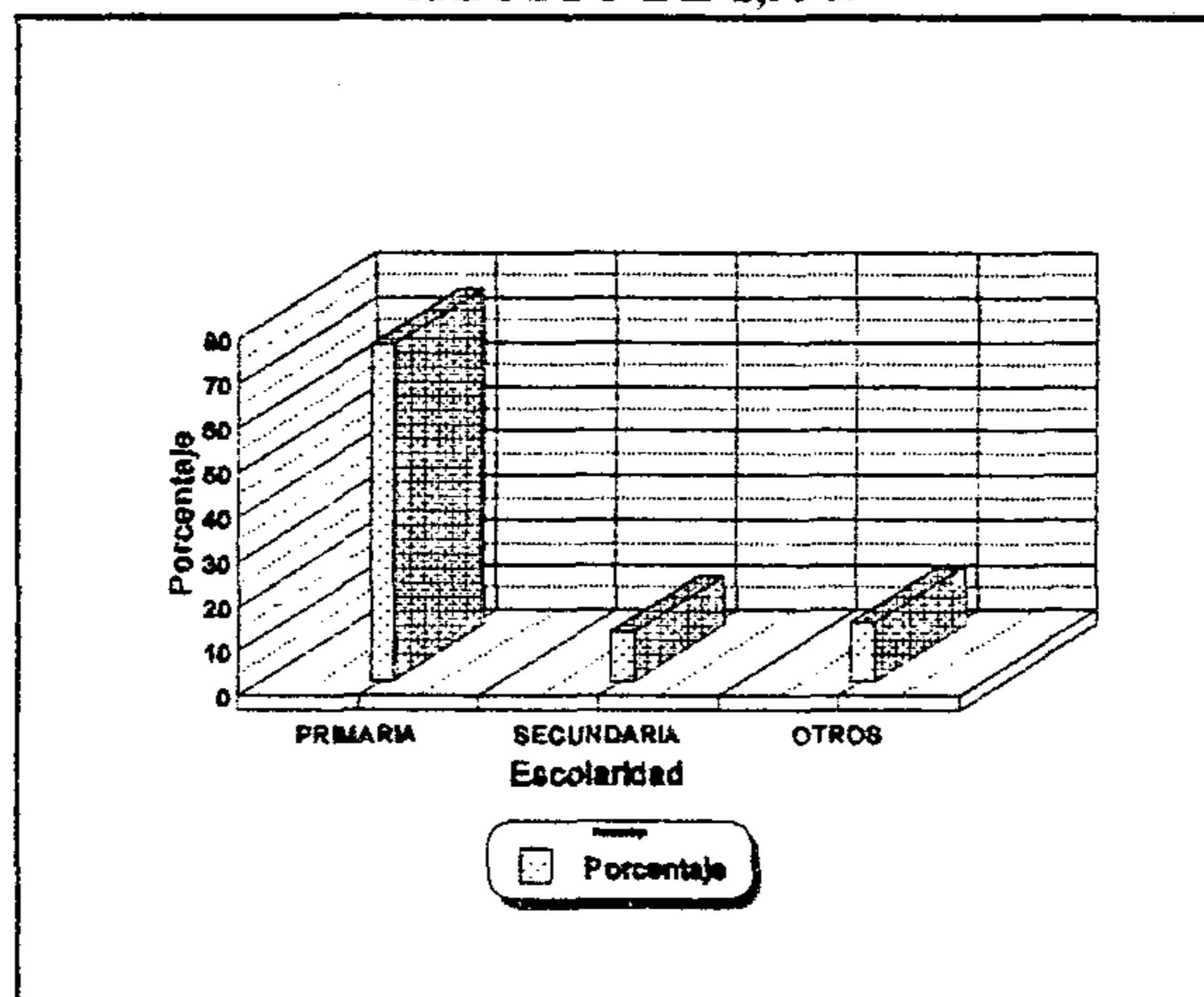
GRAFICA No.3
CLASIFICACION POR SEXO
PROMOTORES RURALES DE SALUD
MUNICIPIO DE SAN JUAN SACATEPEQUEZ.
AGOSTO DE 1,996



Fuente: Investigación de Campo con Promotores.

En la clasificación por sexo se observa una considerable participación femenina, manifestado en un 68.88% de los promotores encuestados, lo que es atribuible al cambio gradual de actividades frente al trabajo de la mujer y a la apertura de oportunidades para el grupo, especialmente el Maya. Esta situación es favorable a las acciones que el Promotor lleva a cabo, ya que culturalmente son bien aceptadas. En su totalidad se dedican a oficios domésticos, mientras que el grupo de varones, en su mayoría son jefes de familia, con mayores responsabilidades, lo que explica el porcentaje de 31.11%, que están dispuestos a trabajar en beneficio de su gente que les necesita en cada una de las comunidades que ellos atienden.

GRAFICA No. 4
NIVEL DE ESCOLARIDAD
PROMOTORES RURALES DE SALUD
MUNICIPIO DE SAN JUAN SACATEPEQUEZ.
AGOSTO DE 1,996.



Fuente: Investigación de Campo con Promotores.

Constantemente se señala que el acceso a la educación es uno de los factores básicos para propiciar el desarrollo, sin embargo en nuestro país, por razones estructurales, las posibilidades de acceso a la escuela son muy limitadas. Esta situación es aún más grave en comunidades rurales y Mayas donde su gente tiene que trabajar para poder subsistir a una corta edad: de allí que la escolaridad del 75.56% de Promotores solo alcance el nivel Primario, sin embargo ello no ha sido obstáculo a su adecuado desenvolvimiento en las comunidades. El 11.11% cuenta con estudios Secundarios. El 13.32% pertenece al grupo que ha tenido la oportunidad de continuar una carrera como Secretariado, Perito Contador y auxiliar de enfermería; a pesar de sus compromisos de estudio siempre han continuado realizando sus funciones como Promotores Rurales de Salud.

CONCLUSIONES

- 1) Tanto las comunidades como los Promotores Rurales de Salud están conscientes del resultado positivo de las acciones preventivas realizadas, lo que ha contribuido al cambio de actitudes en la población en aspectos de Salud.
- 2) Las comunidades conocen el trabajo del Promotor Rural de Salud a través de las acciones realizadas por éstos durante varios años, el que se ha traducido en beneficio especialmente para el binomio madre-niño.
- 3) El Promotor Rural de Salud constituye un elemento primordial como eje para el cambio social en sus comunidades, dado el conocimiento de las necesidades e intereses de las mismas, lo que constituye un bastión de la Estrategia de Atención Primaria de Salud.
- 4) La existencia del Promotor Rural de Salud, marca un cambio positivo en beneficio de la salud de la población, resultado de la coordinación establecida con el profesional de Trabajo Social, la cual se ha constituido en la disciplina que le ha motivado al cambio.
- 5) La existencia de los Promotores Rurales de Salud no se justifica sólo para tareas de curación y prestación de servicios específicos, dado que con muy poco esfuerzo adicional pueden desempeñarse funciones importantes como concientización y promoción.

- 6) El (la) Trabajador(a) Social se desempeña en el equipo de salud como elemento articulador entre los niveles técnicos institucionales y la comunidad, a través de acciones de Atención Primaria de Salud ejecutadas por los Promotores.
- 7) El horario, poco apoyo y carencia de recursos, constituyen los más fuertes limitantes del desempeño del Promotor Rural de Salud.
- 8) La única forma de comprometer a la comunidad a que tome la salud como responsabilidad propia y no como una situación exclusiva de médico del Estado, es haciéndola partícipe del conocimiento y de las decisiones al respecto, constituyéndose en la base fundamental de la relación Trabajo Social/Promotores.
- 9) La orientación social de las actividades del Promotor dependen en gran medida del apoyo que se le brinde, el cual está determinado por el grado de conciencia ideológica y política de autoridades e integrantes del equipo de salud.

RECOMENDACIONES

- 1) Es necesario que las autoridades e instituciones correspondientes den valor al recurso humano comunitario capacitado, para compartir con ellos la responsabilidad en la solución de la problemática de salud, no reducir su quehacer a atribuciones de tipo administrativo o curativo, sino lograr cambios significativos en la salud de la población.
- 2) Deben fortalecerse e incrementarse las acciones de atención Primaria de Salud, dándole al promotor la oportunidad de ejecutarlas, coordinarlas, dirigirlas y evaluarlas.
- 3) Se recomienda considerar la relación del Promotor Rural de Salud como eje del cambio social en sus comunidades y no únicamente como ejecutor de tareas específicas, dado que forma parte de un conglomerado con necesidades e intereses definidos y urgentes de atención.
- 4) El Profesional de Trabajo Social debe mantener y fortalecer el Programa de Promotores Rurales de Salud, como motor del desarrollo de la promoción de Salud.
- 5) El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debe hacer efectiva y concreta una política de participación comunitaria para que no quede únicamente como un discurso demagógico que genere recursos financieros que no son canalizados para este fin.

- 6) El personal que trabaja en programas de Salud Pública, especialmente con enfoque comunitario, debe partir del estudio y conocimiento de la situación concreta y su desarrollo histórico, para realizar mejor su papel dentro de estos programas y para comprender mejor la razón de la existencia del recurso humano comunitario.

- 7) En el trabajo de la comunidad, la labor del personal de salud debe ser totalmente consciente. Su meta debe consistir en realizar acciones que beneficien a la población en general y especialmente a los más necesitados, y no concretarse a bloquear o limitar las decisiones de la propia comunidad.

- 8) Los contenidos de la capacitación a Promotores deben ser definidos y establecidos por éstos en consecuencia con sus necesidades e intereses comunales y no únicamente en respuesta a objetivos institucionales.

- 9) Es necesario que la metodología científica dé orientación y fundamentación a Trabajo Social, lo que requiere una permanente actualización de conocimientos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ander-Egg, Ezequiel "Diccionario del Trabajo Social", Editorial El Ateneo, Mexico 1,986
- 2.- Ander-Egg, Ezequiel "Metodología del Trabajo Social", 8ava. Edición. Editorial El Ateneo, Mexico 1,986
- 3.- AID, "Financiamiento del Sector Salud y Costos Aplicativos", 1992
- 4.- Alpedex X, "Planificación de Estrategias de los Recursos Humanos", Editorial Colombia, 1989.
- 5.- "Ausencia de la Participación Activa del Sujeto en los Bienes y Acciones de la Sociedad", Guatemala, 1,969
- 6.- Banco de Datos del Centro de Salud de San Juan Sacatepéquez "Memoria de Actividades" 1,995.
- 7.- Diaps-Copecas, "Informe de 1.990. actualización por Segeplan", Guatemala, 1,993
- 8.- "Encuesta Socio-Demográfica en el Triángulo Ixil, Proyecto Guatemala. Mayo 1,992.
F.N.U.A.P. OIM/CER

- 9.- Escala Luzcano, M.A. "Programas de Educación Permanente", escuela de la Salud Pública, Panamá, 1,992
- 10.- Hernández Sifontes, Julio, "Como Investigar en Guatemala", Guatemala, Edición Fotograbado Llerena, segunda edición, 1,987
- 11.- INE, FNUAR. "Perfil de la Pobreza en Guatemala", Guatemala, julio de 1,991
- 12.- La Carta de Ottawa, Canadá 1,986
- 13.- Luna Azurdía, Rolando. "Publicación Conmemorativa", Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1,976
- 14.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social "Lineamientos de la Política de Salud 1991-1995"
- 15.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, "Manual para el Promotor", Guatemala, 1,991
- 16.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, "Plan Nacional Materno-Infantil"
- 17.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Poa, 1,994

- 18.- Noriega Castillo, Carlos Federico "Apuntes Sobre Metodología de Investigación", Guatemala, 1,992
- 19.- OPS/Dirección General de Servicios de Salud, Centro de Vigilancia del SIDA. Guatemala 1,993
- 20.- OPS/OMS, "Estudio Básico del Sector Salud", Guatemala, 1,991
- 21.- Rojas Soriano, Raúl "Guías para realizar Investigaciones Sociales", Textos Universitarios UNAM, 6ta edición, México D.F., 1,982
22. SEGEPLAN, Codesa, INE, "Encuesta Nacional del Consumo Operante de Alimentos", Guatemala, 1,991
- 23.- Son Tunil, Benjamín "Servicios Comunes de Salud", Editorial Universitaria de Guatemala, 1,987
- 24.- Soto R. Carlos Arturo, "Seminario Taller para Motivar o Dirigir la Elaboración del Diseño de Informes Finales de Investigación", Guatemala, Edición Escuela de Trabajo Social, USAC. 1,994

- 25.- Tamayo y Tamayo, Mario, "El Proceso de la Investigación Científica, Fundamentos de la Investigación", Editorial Lanusa, Bogotá Colombia, 1,984
- 26.- UNICEF, "Compilación y Análisis de la Mortalidad Registrada", 1,990
- 27.- World Health, Organización Mondiable de la Sati, "Organización de Atención Primaria de Salud en las Comunidades", SHS/IAH/, Ginebra Suiza, 1,984

ANEXOS

BOLETA PARA VECINOS DE LA COMUNIDAD

Boleta No: _____

Fecha: _____

Instrucciones:

Para mejorar el Programa de Promotores de Salud de San Juan Sacatepéquez, solicito a usted su colaboración, respondiendo a las siguientes preguntas:

Nombre de la Comunidad: _____ Sexo: _____

- 1.- Sabe que es un Promotor de Salud?
 - a) Es una persona que hace trámites con las autoridades.
 - b) Es una persona de la comunidad que está capacitado para desarrollar actividades en beneficio de ustedes.
 - c) Es una persona que trabaja por un salario.

- 2.- El trabajo del Promotor Rural es reconocido por?
 - a) Que le gusta que la gente de su comunidad no tenga problemas con los demás.
 - b) Que ha ayudado a su gente cuando ha presentado problemas de salud.
 - c) Le gusta que le estén agradecidos por su trabajo.

- 3.- Considera usted que para que el promotor realice un buen trabajo tiene que influir en?
 - a) Que la comunidad se organice para pagarle.
 - b) Que exista organización y colaboración de la comunidad para trabajar unidos.
 - c) Que le brinden el apoyo necesario para que puedan realizar todos un buen trabajo.

- 4.- Como considera que ha sido la participación del Promotor?
 - a) Muy efectiva.
 - b) Efectiva.
 - c) No sabe.
 - d) No respondió.

- 5.- Con el trabajo que el Promotor ha realizado en su comunidad ha logrado?
- a) Tener mayor número de niños vacunados.
 - b) Lograr tener buena organización comunitaria.
 - c) Ayudar a solucionar los Problemas de Salud.
- 6.- Que limitantes cree que ha tenido el Promotor para el desempeño de su trabajo?
- a) Horario inadecuado.
 - b) No cuenta con los recursos adecuados.
 - c) Le falta conocimientos en cuanto a su trabajo como Promotor.
- 7.- Cual considera usted que debe ser el apoyo que debe recibir el Promotor?
- a) Que la comunidad participe.
 - b) Que se le continúe brindando conocimientos en los programas de salud.
 - c) Que se le den documentos para trabajar.
- 8.- Como considera que ha sido la relación del Promotor y Trabajo Social en beneficio de su comunidad?
- a) Muy Satisfactoria.
 - b) Satisfactoria.
 - c) No Sabe.
 - d) No respondió.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
PROGRAMA ESPECIAL DE LICENCIATURA.

BOLETA PARA EL PROMOTOR RURAL DE SALUD
DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JUAN SACATEPEQUEZ

Boleta No: _____

Fecha: _____

Instrucciones:

Para mejorar el Programa de Promotores de Salud, solicito a usted su colaboración, respondiendo a las preguntas siguientes:

Nombre: _____ Lugar: _____

Sexo: _____

- 1.- Tiempo que tiene de ser Promotor?
 - a) Menos de 1 año.
 - b) de 1 a 3 años.
 - c) de 5 años a más.

- 2.- Edad que tiene?
 - a) Menor de 20 años.
 - b) De 21 a 30 años.
 - c) De 31 a 40 años.
 - d) De 41 a 50 años.

- 3.- Grado de escolaridad que tiene?
 - a) Primaria.
 - b) Secundaria.
 - c) Diversificado.

- 4.- En su comunidad es reconocido su trabajo porqué?
 - a) Ayuda a la gente en su comunidad.
 - b) Le da prestigio ante su comunidad.
 - c) Le recompensan en su trabajo.

- 5.- Como considera usted que ha sido su participacion como Promotor?
- a) Muy efectiva.
 - b) Efectiva.
 - c) No sabe.
 - d) No respondió.
- 6.- Qué logros ha alcanzado usted como promotor, hasta la fecha en su comunidad?
- a) Propiciar mejor la participación de las personas.
 - b) Que las personas tomen decisiones en la solución de los problemas de salud en la comunidad.
- 7.- Qué limitantes encuentra usted para la realización de su trabajo?
- a) Horario no adecuado para realizar sus actividades.
 - b) Falta mayor conocimiento para poder realizar su trabajo.
 - c) No cuenta con los recursos necesarios para realizar satisfactoriamente su trabajo.
- 8.- Que demanda usted del Trabajador Social para el desempeño de sus acciones comunitarias?
- a) Mayor conocimiento para promover la organización comunal.
 - b) Fortalecer la educación.
 - c) Identificar problemas y proponer soluciones.
- 9.- La relación del Trabajador Social con el Promotor Rural en el desempeño de sus funciones ha sido?
- a) Totalmente satisfactoria.
 - b) Satisfactoria.
 - c) No sabe.
 - d) No respondió.