

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**ACEPTACION DEL PROMOTOR DE SALUD RURAL EN EL  
DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO**

Estudio descriptivo realizado con promotores de Salud Rural de la fundación para el desarrollo "Carroll Behrhorst" en la Aldea San Marcos Pacoc y el Caserío La Esperanza en el Departamento de Chimaltenango, durante los meses de junio 1993 a febrero 1994. Guatemala.

T E S I S

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la  
Facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala.

P O R

SILVIA LUCRECIA AVILA SATZ

En el acto de su investidura de:

**MEDICO Y CIRUJANO**

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central

GUATEMALA, AGOSTO DE 1994.



D2  
05  
+(7205)

FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 2 de agosto


de 1994

Director Unidad de Tesis  
Centro de Investigaciones de las Ciencias  
de la Salud - Unidad de Tesis

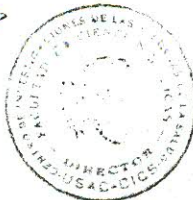
Se informa que el: SECRETARIA COMERCIAL SILVIA LUCRECIA  
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos  
AVILA SATZ Carnet No. 86-13391  
completos

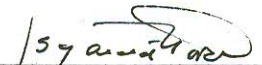
Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:  
"ACEPTACION DEL PROMOTOR DE SALUD RURAL EN EL DEPARTAMENTO DE CHIMALTE-  
NANGO"

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:

  
Firma del estudiante

  
Asesor  
Firma y sello personal  
Cel. 4, 106



  
Revisor  
Firma y sello

Registro Personal 03876

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
DE LA  
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

H A C E   C O N S T A R   Q U E :

El (La) Bachiller: SILVIA LUCRECIA AVILA SATZ

Carnet Universitario No. 86-13391

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al

Título de Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:

"ACEPTACION DEL PROMOTOR DE SALUD RURAL EN EL DEPARTAMENTO DE  
CHIMALTENANGO"

Trabajo asesorado por: LIC. MARIA ANTONIETA CASTILLO

y revisado por: DR. JOSE SANTOS GARCIA NOVAL  
quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite,  
firma y sella la presente

O R D E N   D E   I M P R E S I O N :

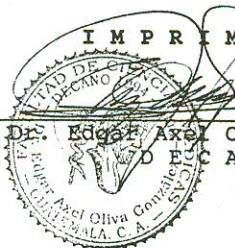
Guatemala, 2 de agosto de 1994

DR. EDGAR DE LEON BARILLAS  
Por Unidad de Tesis

DR. RAUL CASTILLO RODAS  
DIRECTOR  
CENTRO DE INVESTIGACIONES  
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

I M P R I M A S E :

Dr. Edgar Axel Oliva González  
D E C A N O



## I N D I C E

I.	INTRODUCCION	1
II.	DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III.	JUSTIFICACION	3
IV.	OBJETIVOS	4
V.	MARCO TEORICO	5
VI.	METODOLOGIA	11
VII.	PRESENTACION DE RESULTADOS	13
VIII.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	24
IX.	CONCLUSIONES	27
X.	RECOMENDACIONES	28
XI.	RESUMEN	29
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	30
XIII.	ANEXOS	32



## I. INTRODUCCION

La participación comunitaria en salud en países latinos como el nuestro, ha llegado a ser un componente indispensable de los programas de salud, derivándose del mismo recursos locales (agentes comunitarios de salud) conscientes de los problemas reales que aquejan a su comunidad.

Estos agentes comunitarios de salud han mejorado considerablemente la situación sanitaria de un gran número de pequeñas comunidades, además actúan como elementos de renovación y mediación entre la medicina tradicional y moderna.

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo, identificar las opiniones de 162 familias que conforman las comunidades rurales de San Marcos Pacoc y el caserío La Esperanza del departamento de Chimaltenango, sobre la aceptación del trabajo de los promotores de salud y así mismo se contribuyó a evaluar el impacto del trabajo que realiza en las comunidades.

Se obtuvo la información por medio de entrevistas únicas dirigidas a través de cuestionarios que incluyen preguntas sobre aspectos tales como: aceptación del trabajo del promotor, factores que inciden en la aceptabilidad del promotor de salud, tiempo que el promotor dedica a su trabajo en salud, formas de compensación (remuneración), actividades de salud y desarrollo que realiza, actividades que favorecen la obtención de ingresos.

El estudio realizado demostró que el promotor de salud rural es considerado como la persona más importante de su comunidad ya que por ser miembro activo de la colectividad participa en el desarrollo sanitario.

El promotor de salud rural sigue desarrollando diversas actividades al servicio de su comunidad, pero con mayor énfasis practicando medicina curativa.

La falta de coordinación entre autoridades, comités y promotores de salud locales, limitan la participación activa de la comunidad para realizar proyectos de desarrollo.

## II. DEFINICION DEL PROBLEMA

La participación comunitaria en salud en países latinos como el nuestro, ha llegado a ser un componente indispensable de los programas de salud, derivandose del mismo recursos locales (promotores de salud rural) concientes de los problemas reales que aquejan a su comunidad.

Ante tal situación el promotor de salud rural ha constituido un factor importante para el progreso de su localidad; por lo tanto, se considera necesario determinar lo siguiente: cuánto lo aceptan en su comunidad, qué impacto y calidad ha tenido su trabajo, si existe coherencia en el trabajo desarrollado con los objetivos plasmados en el proyecto inicial de capacitación de los agentes de salud de la Fundación para el desarrollo "Carroll Behrhorst". Para lograrlo, se plantean entre otras, las siguientes interrogantes:

¿Cuáles son los factores que inciden en el impacto del trabajo desarrollado y la aceptación del promotor de salud formado en la Fundación para el desarrollo Carroll Behrhorst en Chimaltenango?

¿Es posible identificar algunos de los factores que limitan las actividades del promotor?

### III. JUSTIFICACION

Las comunidades del altiplano guatemalteco han sido las más afectadas, tanto por la violencia como por diversas enfermedades, la mayoría de ellas prevenibles. Tomando en consideración el alto índice de pobreza de la población, la falta de recursos y servicios, organizaciones no gubernamentales conjuntamente con las comunidades han propuesto algunas soluciones para mejorar su calidad de vida.

Una de las alternativas propuestas para atender las necesidades de salud de la población, es la capacitación a personas (promotores) de las mismas comunidades, para resolver en lo posible los problemas inmediatos de salud.

Los promotores formados por la Fundación "Carroll Behrhorst" han estado activos en sus comunidades por espacio de 30 años, poniendo en práctica los conocimientos adquiridos, durante su capacitación formal y la experiencia de trabajo en las comunidades que atienden.

Para identificar la aceptación que los promotores han tenido en el transcurso de estos años, es necesario realizar investigaciones que demuestren si su contribución al desarrollo ha sido orientada adecuadamente y cuál es la aceptación que sus actividades tienen en la comunidad. Por lo tanto, a través de esta investigación, se pretende determinar los factores que de una u otra forma han contribuido al desarrollo o han sido obstáculo para que, el promotor de salud rural pueda poner en práctica los conocimientos adquiridos en la fundación para el desarrollo "Carroll Behrhorst".

#### IV. OBJETIVOS

##### OBJETIVO GENERAL

- 1.- Determinar la aceptación del trabajo de los promotores de salud en las comunidades donde ejercen sus funciones.
- 2.- Contribuir a evaluar el impacto del trabajo del promotor, en el mejoramiento de la salud en la comunidad.

##### OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Identificar los factores que inciden en la aceptabilidad del promotor de salud.
- 2.- Cuantificar el tiempo que el promotor, dedica al trabajo en salud de su respectiva comunidad.
- 3.- Identificar las formas de compensación (remuneración), del promotor de salud por el tiempo que dedica a su trabajo y la opinión de la población sobre ello.
- 4.- Identificar las actividades de salud y desarrollo, que realiza el promotor.
- 5.- Identificar que tipo de actividades favorecen la obtención de ingresos al promotor.



## V. MARCO TEORICO

En el campo de la salud, va en aumento la distancia que media entre los países privilegiados, o ricos, y los países del mundo en desarrollo. Esta distancia se aprecia también en el interior de la población de los países, cualquiera sea su grado de desarrollo.

"En todo el mundo cunde el desencanto acerca de la asistencia sanitaria, por razones que no son muy difíciles de discernir. Con los conocimientos de que hoy se disponen se podría alcanzar un estado de salud mejor que el actual, pero por desgracia, en la mayor parte de los países, esos conocimientos no se aplican en beneficio de la mayoría de la población. Los recursos de salud suelen asignarse principalmente a instituciones médicas de alto nivel establecidas en zonas urbanas".<sup>1</sup>

"Al mismo tiempo en todo el mundo existen grupos de población que no tienen acceso a ninguna forma permanente de atención de salud".<sup>2</sup>

Este grupo de población formado por habitantes de barrios miserables urbanos, indígenas, minorías étnicas y refugiados, muy dispersos sobre grandes superficies, frecuentemente son desatendidos por los programas de salud.

En la mayoría de los países han surgido ideas innovadoras, algunas de las cuales se han ensayado y aplicado con éxito. Pero, con frecuencia estas ideas no están incorporadas a las políticas y estrategias nacionales de salud.

Muchos países, encabezados por líderes entusiastas, se han comprometido a alcanzar la salud para todos y disponen de personal capacitado para formular planes y programas basados en las estrategias establecidas, además cuentan con personal voluntario que se interesa por su propia salud y cuyo enorme potencial para el desarrollo es necesario utilizar.

La atención primaria de salud, concibe la participación comunitaria como un recurso fundamental para extender la cobertura de los servicios de salud de la población, respetando la forma de cultura y tradición de sus comunidades, inician la introducción de nuevos conocimientos, generando actitudes y logrando practicas consecuentes, que representen el sentir de la colectividad, promoviendo el desarrollo comunitario.

---

<sup>1</sup> Celtin, Julio. Medicina de la comunidad. FEPAFEM. Kellog. 1978.

<sup>2</sup> Werner, David. Donde no hay Doctor. Edit. Pax. México. 1,975.

## EL PROMOTOR DE SALUD

Surgimiento: La escasez de recursos, su desigual distribución y el predominio médico en la formulación de políticas, se oponen al mejoramiento de la salud en la esfera comunitaria.

En muchos países subdesarrollados en donde se ha requerido la participación de las comunidades en la solución del problema de salud, han utilizado personal voluntario para resolver en lo posible sus problemas inmediatos de salud.

Estos agentes comunitarios de salud han mejorado considerablemente la situación sanitaria de un gran número de pequeñas comunidades, además actúan como elementos de renovación y mediación entre la medicina tradicional y la moderna.

Las actividades que desarrollan los promotores de salud son de gran utilidad para las acciones que se pudieran desarrollar en forma coordinada y dirigida por las instituciones de salud que funcionan dentro de las comunidades.

PROGRAMA DE PROMOTORES DE SALUD DE LA FUNDACION CARROLL  
BEHRHORST.

El Dr. Carroll Behrhosrt, llegó a Guatemala en 1,962, fundó en Chimaltenango la clínica para atención de personas de escasos recursos y así dedicó años de trabajo a la gente del altiplano guatemalteco.

"El tratamiento de pacientes en su clínica vino a ser rápidamente gran parte de su trabajo en cuanto se ganó la confianza de la gente, sin embargo pronto se dio cuenta de que su ayuda era como una gota de agua en el océano. Debía descubrir una manera mejor de diseminar el conocimiento de los principales problemas que encontraba, mala distribución de la tierra, falta de higiene básica y aplicación de prácticas sanitarias".<sup>3</sup>

Por lo que decidió que la única forma práctica de tratar el problema era capacitando a líderes locales para que divulgaran conocimientos entre sus vecinos. Fue así como surgieron los promotores de salud.

El Dr. Behrhorst, comenzó a adiestrar indígenas responsables de sus comunidades enseñándoles a reconocer y aliviar las dolencias más corrientes.

Este programa se ha ampliado y abarca a la fecha, más de 70 promotores de salud en 50 colectividades.

---

<sup>3</sup> Greenwood, Alan. Programa de promotores de Salud del Dr. Behrhorst. Vecinos Mundiales. Guatemala 1,972.

## EL PROMOTOR DE SALUD

Surgimiento: La escasez de recursos, su desigual distribución y el predominio médico en la formulación de políticas, se oponen al mejoramiento de la salud en la esfera comunitaria.

En muchos países subdesarrollados en donde se ha requerido la participación de las comunidades en la solución del problema de salud, han utilizado personal voluntario para resolver en lo posible sus problemas inmediatos de salud.

Estos agentes comunitarios de salud han mejorado considerablemente la situación sanitaria de un gran número de pequeñas comunidades, además actúan como elementos de renovación y mediación entre la medicina tradicional y la moderna.

Las actividades que desarrollan los promotores de salud son de gran utilidad para las acciones que se pudieran desarrollar en forma coordinada y dirigida por las instituciones de salud que funcionan dentro de las comunidades.

PROGRAMA DE PROMOTORES DE SALUD DE LA FUNDACION CARROLL  
BEHRHORST.

El Dr. Carroll Behrhorst, llegó a Guatemala en 1,962, fundó en Chimaltenango la clínica para atención de personas de escasos recursos y así dedicó años de trabajo a la gente del altiplano guatemalteco.

"El tratamiento de pacientes en su clínica vino a ser rápidamente gran parte de su trabajo en cuanto se ganó la confianza de la gente, sin embargo pronto se dio cuenta de que su ayuda era como una gota de agua en el oceano. Debía descubrir una manera mejor de diseminar el conocimiento de los principales problemas que encontraba, mala distribución de la tierra, falta de higiene básica y aplicación de prácticas sanitarias".<sup>3</sup>

Por lo que decidió que la única forma práctica de tratar el problema era capacitando a líderes locales para que divulgaran conocimientos entre sus vecinos. Fue así como surgieron los promotores de salud.

El Dr. Behrhorst, comenzó a adiestrar indígenas responsables de sus comunidades enseñándoles a reconocer y aliviar las dolencias más corrientes.

Este programa se ha ampliado y abarca a la fecha, más de 70 promotores de salud en 50 colectividades.

---

<sup>3</sup> Greenwood, Alan. Programa de promotores de Salud del Dr. Behrhorst. Vecinos Mundiales. Guatemala 1,972.



## V. MARCO TEORICO

En el campo de la salud, va en aumento la distancia que media entre los países privilegiados, o ricos, y los países del mundo en desarrollo. Esta distancia se aprecia también en el interior de la población de los países, cualquiera sea su grado de desarrollo.

"En todo el mundo cunde el desencanto acerca de la asistencia sanitaria, por razones que no son muy difíciles de discernir. Con los conocimientos de que hoy se disponen se podría alcanzar un estado de salud mejor que el actual, pero por desgracia, en la mayor parte de los países, esos conocimientos no se aplican en beneficio de la mayoría de la población. Los recursos de salud suelen asignarse principalmente a instituciones médicas de alto nivel establecidas en zonas urbanas".<sup>1</sup>

"Al mismo tiempo en todo el mundo existen grupos de población que no tienen acceso a ninguna forma permanente de atención de salud".<sup>2</sup>

Este grupo de población formado por habitantes de barrios miserables urbanos, indígenas, minorías étnicas y refugiados, muy dispersos sobre grandes superficies, frecuentemente son desatendidos por los programas de salud.

En la mayoría de los países han surgido ideas innovadoras, algunas de las cuales se han ensayado y aplicado con éxito. Pero, con frecuencia estas ideas no están incorporadas a las políticas y estrategias nacionales de salud.

Muchos países, encabezados por líderes entusiastas, se han comprometido a alcanzar la salud para todos y disponen de personal capacitado para formular planes y programas basados en las estrategias establecidas, además cuentan con personal voluntario que se interesa por su propia salud y cuyo enorme potencial para el desarrollo es necesario utilizar.

La atención primaria de salud, concibe la participación comunitaria como un recurso fundamental para extender la cobertura de los servicios de salud de la población, respetando la forma de cultura y tradición de sus comunidades, inician la introducción de nuevos conocimientos, generando actitudes y logrando practicas consecuentes, que representen el sentir de la colectividad, promoviendo el desarrollo comunitario.

---

<sup>1</sup> Celtin, Julio. Medicina de la comunidad. FEPAFEM. Kellog. 1978.

<sup>2</sup> Werner, David. Donde no hay Doctor. Edit. Pax. México. 1,975.



Además de las facetas curativas de su labor, los promotores de salud influyen en la salud pública y en la nutrición, trabajando en muchas esferas: vacunación, lucha y tratamiento antituberculoso, abastecimiento de agua, programas de alfabetización, planificación familiar, extensión agrícola, utilización de abonos, introducción de nuevos cultivos y de mejores semillas, proyectos de avicultura y zootecnia; todas estas actividades son funciones y responsabilidades de los promotores de salud.

Para desempeñar eficazmente estas tareas, un promotor debe recibir adiestramiento en muchos aspectos del desarrollo de la comunidad.

En la formación de los promotores participa no solo el personal médico de la fundación Carroll Behrhorst, sino también los Agrónomos del programa, personal de planificación familiar, los expertos visitantes oficiales y los que contribuyen a diversificar la información con demostraciones, visitas a proyectos y clases normales.

Menos de la mitad del tiempo del programa de capacitación se dedica a la medicina curativa destinándose el resto a la instrucción en materia de servicios complementarios a la colectividad.

#### SITUACION ACTUAL DEL PROMOTOR DE SALUD RURAL

En diciembre de 1,987 se realizó un estudio sobre la situación del promotor de salud rural de país,<sup>4</sup> según conclusiones del estudio se estima que la mayoría de promotores, tienen 1 y 5 años de servicio con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

La mayoría de los promotores están dentro del grupo de la población económicamente activa, pues el 87% de la muestra estudiada estaba dentro de las edades comprendidas entre 20 y 50 años de edad, su escolaridad está comprendida entre cuarto y sexto grado de primaria.

De los promotores encuestados el 81% manifestaron que su mayor problema es la falta de material y equipo.

Se estima que el 66% de los promotores realizan además de sus funciones como tal: actividades culturales, religiosas, cívicas, participan en alfabetización, colaboradores voluntarios de malaria, promotores sociales, participan en construcción de escuelas, miembros de clubes de amas de casa, actividades coordinadas con otras instituciones.

Algunas áreas de salud han hecho trámites especiales y le

---

4. Perez S., Alba. Participación Comunitaria en el Depto. del Quiché. Chichicastenango. Tesis Fac. Ciencias Médicas. USAC. Guatemala. 1990.

proporcionan al promotor incentivos, como exoneración del boleto de ornato, exoneración del pago de consultas y otros servicios en los establecimientos de salud, proporcionan alimentos de CARE y de otros programas.

#### FORMAS DE TRABAJO.

- a) Planificación de actividades: Todo promotor de salud rural, conocedor de los problemas propios de su comunidad deberá programar las actividades de acuerdo a las necesidades de su sector y según los recursos disponibles.
- b) Utilización de los recursos a nivel de la comunidad. Realizará evaluación de los recursos disponibles de cada comunidad, para actuar en la resolución de los problemas de la misma.
- c) Concientización de la comunidad sobre sus problemas.
- d) Conferencias, entrega de contenidos educativos. Los promotores de salud rural, darán charlas acerca de los problemas existentes en la comunidad, preferentemente a los jefes de familia y grupos que lo soliciten.

De acuerdo al número de habitantes así será el número de promotores, solicitando a cada promotor dos horas de su tiempo durante el día, para que realice dos visitas a familias diferentes, durante las cuales efectuará su trabajo de promoción, prevención de salud y detección de patología.

Cuando la comunidad lo solicite, se harán reuniones con para discutir y analizar los problemas de la localidad.

El promotor de salud, se reunirá conjuntamente con el técnico en salud rural para discutir algunos problemas que se le presenten en el trabajo, así mismo remitirá al médico los casos de entidades no conocidas, para la determinación de riesgo y diagnóstico en el puesto de salud. Todas las actividades que realizan los promotores son voluntarias. <sup>5</sup>

#### ACTITUDES DE LAS COMUNIDADES, QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACION Y EL IMPACTO DEL PROMOTOR DE SALUD RURAL.

"La teoría dice que el trabajo en salud comunitaria es más fácil para una persona local que para un extranjero, porque la gente

---

<sup>5</sup> En su tesis de graduación en la Fac. CC MM. (1989) la Dra. Alba Pérez, indica que en 1989, había 14,012 promotores de salud voluntarios activos en toda la república.

la conoce y le tiene confianza y ella conoce a la comunidad".<sup>6</sup>

"La experiencia muestra que muchas veces es mas difícil al principio para la persona local, pero mas adelante, los promotores de la misma comunidad pueden ganarse la confianza de la gente.

Un fuereño que llega a una comunidad no importa lo bien que trabaje, hace que continúe la dependencia de la ayuda de afuera. Solo cuando un promotor es de la comunidad puede mostrar con su ejemplo lo que nosotros los de esta aldea podemos hacer por nosotros mismos.

La mayoría de la gente cree que la medicina moderna necesita conocimientos misteriosos que solo los fuereños mas educados que nosotros pueden dominar.

Hallaron que como fuereños se respetaba su autoridad, desde un principio la gente seguía sus consejos con rapidez y sin cuestionarlos.

Los promotores de varios países han hecho intercambio parecidos en algunos programas grandes, se tiene la política de no mandar a los promotores a trabajar en sus propias comunidades".<sup>7</sup>

A pesar de que las afirmaciones anteriores pueden ser reales para otros países, para Guatemala creemos que esta forma de pensar no se ajusta, pues un extranjero que llega a una comunidad hace que continúe la dependencia de la ayuda externa, aunque no sea esa su intención.

Solo cuando un promotor es de la comunidad puede mostrar con su ejemplo lo que es capaz de hacer, porque la gente lo conoce y le tiene confianza y él conoce a la comunidad.

Preferentemente no debemos crear algo que no pueda convertirse en permanente y que sea apoyado por la gente de la comunidad sin necesidad de intervención extranjera.

#### CARACTERISTICAS DE LAS POBLACIONES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO.

En el departamento de Chimaltenango se encuentran ubicadas la aldea de San Marcos Pacoc y el Caserío La Esperanza.

---

<sup>6</sup> Werner, David. Donde no hay Doctor. Edit. Pax. México 1975.

<sup>7</sup> J.P. Ranker. Los voluntarios en la atención primaria de salud, problemas y posibilidades. Foro Mundial de Salud. 1985. Vol. 6.



## SAN MARCOS PACOC

Ubicada a 7 km. de la cabecera de Chimaltenango y a 61 Km. de la capital, el acceso es de terracería transitable en toda época, su clima es templado, está rodeada de barrancos.

Su población es de 480 habitantes, conformada por 107 familias, el 94% es indígena de origen Cakchiquel, su principal ocupación es la agricultura, oficios domésticos y tejeduría, son bilingües.

Los problemas económicos, sociales, falta de educación y salud inciden mayormente en la población infantil.

En la Aldea, hay tres promotores de salud voluntarios de la Fundación para el desarrollo Carroll Behrhorst, uno de ellos capacitado por más de 30 años.

Cuenta además con dos promotores de otra organización no gubernamental, que devengan un salario simbólico.

## CASERIO LA ESPERANZA.

Se localiza a 12 km. de la cabecera de Chimaltenango, el acceso es de asfalto, está situada a orillas de la carretera interamericana, en el kilómetro 73, su clima es templado.

La población es de 250 habitantes, 55 familias, el 98% es indígena de origen Cakchiquel, su principal ocupación es la agricultura, son bilingües.

Como en la mayoría de las poblaciones del país, los problemas económicos, sociales, falta de educación y salud afectan mayormente a la población infantil.

Cuenta con un promotor de salud capacitado en la Fundación para el desarrollo Carroll Behrhorst desde hace 15 años.<sup>®</sup>

---

<sup>®</sup> Datos recabados en entrevistas a promotores de las localidades y al Técnico de Salud Rural de la Fundación "Carroll Behrhorst".



## VI. METODOLOGIA

## A. POBLACION DE ESTUDIO

Se estudiaron a 162 familias que conforman las comunidades rurales de San Marcos Pacoc y caserío La Esperanza del departamento de Chimaltenango, durante los meses de Junio 1993 a febrero 1994.

## B. TIPO DE ESTUDIO

El estudio fue de tipo descriptivo, observacional. En relación al grado de control de variables fue observacional. De acuerdo a la forma en que se recabó la información fue de tipo transversal. Y de acuerdo a la ubicación de los datos en el tiempo, fue prospectivo.

## C. SELECCION DEL SUJETO DE ESTUDIO.

La población de estudio para esta investigación, fueron las 162 familias que conforman las dos comunidades que tienen promotores de salud, formados por la fundación para el desarrollo "Carroll Behrhost". Se tomó la totalidad de los habitantes de la aldea San Marcos Pacoc y el Caserío La esperanza del departamento de Chimaltenango.

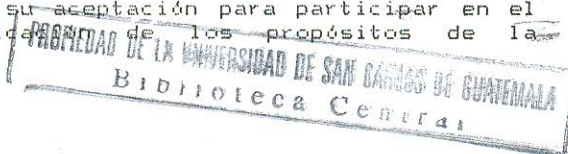
Además, se entrevistaron a líderes locales: Alcalde Auxiliar, representantes religiosos, maestros, personal de salud y líderes naturales. Así mismo a personas que en la localidad, representaron al momento de la entrevista, a instituciones relacionadas con promotores de salud.

## D. CRITERIOS DE INCLUSION

Familias de las aldeas San Marcos Pacoc y el caserío La Esperanza.

Los informantes fueron mayores de 18 años, en pleno uso de razón.

Manifestar verbalmente su aceptación para participar en el estudio, previa explicación de los propósitos de la investigación.



## E. CRITERIOS DE EXCLUSION

No residir en las aldeas en estudio.

Manifestar su inconformidad con el estudio.

## F. PLAN DE RECOLECCION DE DATOS.

La recolección de datos de la investigación, se obtuvo por medio de entrevista directa, dirigida por cuestionarios a las 162 familias que conforman las aldeas San Marcos Pacoc y el caserío La Esperanza, del departamento de Chimaltenango.

El cuestionario incluye trece preguntas sobre aspectos tales como: aceptación del trabajo del promotor, factores que inciden en la aceptabilidad del promotor de salud, tiempo que el promotor dedica a su trabajo, formas de compensación (remuneración), actividades de salud y desarrollo que realiza, actividades que favorecen la obtención de ingresos, etc. (Cuestionario anexo).

La encuesta se realizó a un representante mayor de edad por cada familia, así mismo, se entrevistó a los líderes locales y a representantes de las instituciones que tienen relación con promotores rurales de salud.

La elaboración del cuestionario se basó en los objetivos planteados en esta investigación. Al concluir la recolección de datos, se realizó la tabulación y se presentaron los resultados en cuadros, posteriormente se analizaron y discutieron los resultados, de donde derivaron las conclusiones y recomendaciones del trabajo.

## VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

PERSONAS RECONOCIDAS POR SU TRABAJO EN LAS COMUNIDADES DE SAN MARCOS PACOC Y EL CASERIO LA ESPERANZA, SEGUN OPINION DE LOS ENTREVISTADOS. CHIMALTENANGO, SEPTIEMBRE 1, 993.

COMUNIDAD	SAN MARCOS PACOC		LA ESPERANZA	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
PROMOTOR DE SALUD RURAL	93	86.91	45	81.81
MIEMBROS DE COMITES	13	12.15	10	18.18
OTROS	1	0.93		
T O T A L	107	100%	55	100%

FUENTE: TRABAJO DE CAMPO.

CUADRO No. 2

CONSULTAS POR ENFERMEDAD AL PROMOTOR DE SALUD RURAL EN LOS  
ULTIMOS TRES MESES, EN LAS COMUNIDADES DE SAN MARCOS PACOC Y EL  
CASERIO LA ESPERANZA, CHIMALTENANGO, SEPTIEMBRE 1, 993.-

COMUNIDAD	SAN MARCOS PACOC		LA ESPERANZA	
CLASIFICACION	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SI	107	100	54	98.18
NO	-	-	1	1.81
TOTAL	107	100%	55	100 %

\* FUENTE: TRABAJO DE CAMPO.



CUADRO No. 3

A DONDE ACUDE EN CASO DE ENFERMEDAD  
EN ORDEN DE IMPORTANCIA, EN LAS COMUNIDADES DE  
SAN MARCOS PACOC Y EL CASERIO LA ESPERANZA,  
CHIMALTENANGO SEPTIEMBRE DE 1,993.-

COMUNIDAD	SAN MARCOS PACOC		LA ESPERANZA	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
PROMOTOR DE SALUD RURAL	93	86.91	45	81.81
MEDICO PARTICULAR	6	5.61	5	9.09
OTROS	8	7.47	5	9.09
T O T A L	107	100%	55	100%

\*FUENTE: TRABAJO DE CAMPO.

CUADRO No. 4

MOTIVOS PARA NO CONSULTAR AL PROMOTOR DE SALUD RURAL  
EN LAS COMUNIDADES DE  
SAN MARCOS PACOC Y EL CASERIO LA ESPERANZA  
CHIMALTENANGO, SEPTIEMBRE 1, 1993.-

COMUNIDAD	SAN MARCOS PACOC		LA ESPERANZA	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	
NO QUIERE ATENDER	10	71.43	1	10
NO ESTA CUANDO SE LE NECESITA	2	14.28	8	80
NO TIENE MEDICINA	2	14.28	-	-
LO CONSULTO POR ENFERMEDAD COMUN	-	-	1	10
T O T A L	14	100 %	10	100%

\* FUENTE: TRABAJO DE CAMPO.

CUADRO No. 5

IMPORTANCIA DEL TRABAJO QUE REALIZA EL PROMOTOR DE SALUD RURAL,  
EN LAS COMUNIDADES DE SAN MARCOS PACOC Y EL CASERIO LA ESPERANZA,  
CHIMALTENANGO, SEPTIEMBRE 1, 993.-

COMUNIDAD	SAN MARCOS PACOC		LA ESPERANZA	
CLASIFICACION	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
IMPORTANTE	93	86.92	45	81.81
POCO IMPORTANTE	13	12.15	8	14.54
NO SABE	1	0.93	2	3.64
T O T A L	107	100 %	55	100%

CUADRO No. 6

ACTIVIDADES QUE REALIZA EL PROMOTOR DE SALUD RURAL  
EN LAS COMUNIDADES DE SAN MARCOS PACOC Y  
EL CASERIO LA ESPERANZA,  
CHIMALTENANGO, SEPTIEMBRE DE 1,993.-

COMUNIDAD	SAN MARCOS PACOC		LA ESPERANZA	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
OFRECE SERVICIOS DE MEDICINA CURATIVA	107	48.42	55	58.51
PARTICIPA EN CAMPANAS DE VACUNACION	63	28.50	16	17.02
IMPARTE CHARLAS EDUCATIVAS	51	23.08	13	13.82
OTROS	-	-	10	10.63
T O T A L	221	100 %	94	100 %

\*FUENTE: TRABAJO DE CAMPO.



CUADRO No. 7

OTRAS ACTIVIDADES QUE REALIZA EL PROMOTOR DE SALUD RURAL  
EN LAS COMUNIDADES DE SAN MARCOS PACOC Y EL CASERIO LA ESPERANZA,  
CHIMALTENANGO, SEPTIEMBRE 1, 1993.-

COMUNIDAD	SAN MARCOS PACOC		LA ESPERANZA	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
CONSTRUCCION DE IGLESIAS	58	54.21	45	81.81
CONSTRUCCION DE CAMINOS	24	22.43	2	3.63
CONSTRUCCION DE ESCUELAS	-	-	4	7.28
OTROS	25	23.36	4	7.28
T O T A L	107	100 %	55	100 %

\*FUENTE: TRABAJO DE CAMPO.

CUADRO No.10

REMUNERACION EN EFECTIVO, POR EL TRABAJO EN MEDICINA CURATIVA QUE REALIZA EL PROMOTOR DE SALUD RURAL EN LAS COMUNIDADES DE SAN MARCOS PACOC Y EL CASERIO LA ESPERANZA, CHIMALTENANGO, SEPTIEMBRE 1,993.-

COMUNIDAD	SAN MARCOS PACOC		LA ESPERANZA	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
0 0.50	4	3.74	4	7.27
0 0.51 - 0 5.00	8	7.48	3	5.45
0 6.00 - 010.00	51	47.66	42	76.36
011.00 - 015.00	15	14.02	3	5.45
016.00 - 020.00	13	12.15	2	3.64
021.00 - MAS	16	14.95	1	1.82
T O T A L	107	100 %	55	100%

\*FUENTE: TRABAJO DE CAMPO.-

CUADRO No. 11

OTRAS OCUPACIONES DEL PROMOTOR DE SALUD RURAL, EN LAS COMUNIDADES DE SAN MARCOS PACOC Y EL CASERIO LA ESPERANZA, CHIMALTENANGO, SEPTIEMBRE 1, 1993.-

COMUNIDAD	SAN MARCOS PACOC		LA ESPERANZA	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
AGRICULTOR	96	89.72	50	90.90
TRABAJA EN EL COMITE	-	-	2	3.63
NO SABE	11	10.28	3	5.45
T O T A L	107	100 %	55	100%

\*FUENTE: TRABAJO DE CAMPO.

CUADRO No. 12  
 OTRAS ACTIVIDADES QUE DESEARIAN QUE REALIZARA EL PROMOTOR DE  
 SALUD RURAL EN LAS COMUNIDADES DE SAN MARCOS PACOC Y EL CASERIO  
 LA ESPERANZA, CHIMALTENANGO, SEPTIEMBRE 1.993.-

COMUNIDAD	SAN MARCOS PACOC		LA ESPERANZA	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
PUESTO DE SALUD	53	41.73	10	18.18
INTRODUCCION DE AGUA POTABLE	32	25.20	28	50.90
INTRODUCCION DE LUZ ELECTRICA	20	15.75	4	7.27
OTROS	15	11.80	12	21.81
T O T A L	127	100 %	55	100 %

\*FUENTE: TRABAJO DE CAMPO.-



### VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Las poblaciones de las áreas rurales carecen en su mayoría de servicios institucionales de salud, por lo que necesariamente acuden a personas de su misma comunidad para resolver de alguna forma los problemas más urgentes de salud. En este sentido, el promotor voluntario de salud es un recurso comunitario formado y aceptado por los servicios oficiales de salud.

Para identificar la aceptabilidad del trabajo de los promotores capacitados en la Fundación para el Desarrollo Carroll Behrhost, se investigó en dos comunidades donde ejercen sus funciones; con este estudio se contribuyó a evaluar la importancia del trabajo del promotor, en el mejoramiento de la salud en la comunidad.

#### 1.- UTILIZACION DE SERVICIOS:

En las comunidades estudiadas, más del 80% de la población respondió que la persona más importante de la comunidad es el promotor de salud, esta afirmación permite identificar la aceptación de los servicios que brinda en la comunidad ya que por ser miembros activos de la localidad, en cuyo desarrollo sanitario participan, constituyen los mejores agentes compartiendo creencias, valores y costumbres de sus nuevas experiencias, con la medicina moderna combinada con la medicina tradicional.

Además, en ambas comunidades coinciden en alto porcentaje (mas de 95%) en la demanda de consulta por enfermedad y acuden al promotor como primera opción, esto también puede ser porque el agente de salud reside en su comunidad de origen y por tener conocimientos en tecnología médica y sanitaria moderna.

#### 1.1.- FACTORES QUE INCIDEN EN LA ACEPTABILIDAD DEL PROMOTOR DE SALUD RURAL.

Con respecto al trabajo que el promotor desempeña en su comunidad el 86.92 % (San Marcos Pacoc) y el 81.81 % (La Esperanza) refieren que el trabajo es importante aunque con limitaciones entre las que se destacan, la inadecuada relación personal promotor de salud- paciente que es un factor negativo que señalan en San Marcos Pacoc; la falta de regularidad en la atención es otro factor que entorpece la aceptabilidad del promotor en La Esperanza.

## 2.- TIEMPO QUE EL PROMOTOR, DEDICA A SU TRABAJO EN SALUD EN LA COMUNIDAD.

En ambas comunidades, los habitantes no expresaron en horas el tiempo que el promotor dedica a su trabajo en salud. Algunos programas de capacitación determinan como tiempo mínimo de trabajo dos horas diarias, que serían utilizadas para efectuar actividades de promoción, prevención de salud y detección de enfermedades.

En la comunidad de San Marcos Pacoc, el porcentaje mas alto de respuestas (54.21%) refieren no saber el tiempo que el promotor dedica a su trabajo en salud. El 33.64% refieren que el promotor no tiene tiempo establecido para brindar atención medica, que cuando se le necesita se le consulta, la misma opinión comparte la población encuestada (67.27%) del caserío La Esperanza.

## 3.- FORMAS DE COMPENSACION (remuneracion) DEL PROMOTOR DE SALUD RURAL POR EL TIEMPO QUE DEDICA A SU TRABAJO Y LA OPINION DE LA POBLACION SOBRE ELLO.

Los diversos programas que capacitan a promotores de salud rural coinciden en que el trabajo que éste realiza, es voluntariamente, sin salario. No cobra por la consulta, pero cobra un precio fijo por la medicina.

Reconocen que el promotor de salud rural es humano y necesita dinero para cubrir sus necesidades y mejorar sus servicios hacia la comunidad.

No cobra por la consulta, pero cobra un precio fijo por la medicina para comprar más y así ampliar su pequeña farmacia y contar con variedad de medicina la cual contribuirá a mejorar sus servicios.

Esta opinión es compartida por los habitantes de ambas comunidades, refieren que el costo de la medicina en promedio es de Q 6.00 - Q 10.00 quetzales en ambas comunidades.

## 4.- ACTIVIDADES DE SALUD Y DESARROLLO, QUE REALIZA EL PROMOTOR.

Los promotores de salud rural constituyen el enlace entre el mundo de la tecnología y las comunidades rurales, las actividades que desarrollan son variadas y de utilidad para sus localidades, esto se evidencia por las respuestas obtenidas en la encuesta con respecto a los servicios prestados por el promotor de salud rural, en ambas comunidades objeto de estudio. Los entrevistados, refieren que el servicio de medicina curativa es la principal actividad que realiza el promotor de salud, esta actividad es contemplada en varios programas de capacitación a promotores como obligatoria.

El promotor también realiza otras actividades que no son de caracter obligatorio. Se estableció que en ambas comunidades el promotor participó en la construcción de la iglesia.

En San Marcos Pacoc, a la población le gustaría la construcción de un puesto de salud, refiriendo que es prioritario en esa población, ya que a pesar de tener camino de acceso hacia Chimaltenango, la falta de transporte no les permite acudir a otro servicio de salud.

Más de la mitad de la población del caserío La Esperanza, refieren que la actividad para ellos prioritaria, es la introducción de agua potable y la construcción del puesto de salud, este resultado puede estar influenciado por la facilidad que tienen los habitantes del caserío para transportarse a otros municipios y así disponer de otros recursos de salud.

#### 5.- ACTIVIDADES QUE FAVORECEN LA OBTENCION DE INGRESOS AL PROMOTOR DE SALUD.

Una de las características contempladas en varios programas de capacitación a promotores de salud es la baja escolaridad pues se ha observado que las personas que terminan la secundaria muchas veces no resultan ser tan buenos promotores como los que tienen menos escolaridad y en ocasiones hasta parece separarlos de la mayoría de la gente. Además les interesa obtener mejores trabajos en la ciudad, por lo que es más probable que abandonen a su comunidad.

Por el contrario, las personas que tienen menos escolaridad tienden a sentirse mejor y a estar identificados con la mayoría de la gente de escasos recursos. Puede estar más dispuesto a comprometerse a hacer trabajo comunitario de salud.

Considerando estos factores el promotor de salud no puede aspirar a realizar trabajos calificados, por lo que la mayoría de ellos se dedica a la agricultura para obtener ingresos.

### IX. CONCLUSIONES

- 1.- El promotor de salud rural es considerado como la persona mas importante en su comunidad, afirmación manifestada por mas del 80% de las personas entrevistadas en ambas comunidades ya que es además, el único recurso de salud disponible en ambas comunidades.
- 2.- El promotor de salud rural realiza diversas actividades en su comunidad, aunque se evidenció que con mas frecuencia, se dedica a servicios de medicina curativa.
- 3.- El promotor de salud no tiene horario establecido para proporcionar atención médica a sus pacientes, cuando le necesitan, se le consulta.
- 4.- Ambas poblaciones coinciden en remunerar al promotor de salud por la medicina que les proporciona, ya que no cobra por la consulta. El costo que con mas frecuencia pagan, oscila entre los Q 6.00 y Q 10.00 quetzales.
- 5.- La agricultura constituye la principal actividad a la que se dedica el promotor de salud rural para obtener sus ingresos.
- 6.- En las dos comunidades estudiadas la población manifestó la necesidad de contar con servicios básicos refiriendo que esa sería otra de las actividades importantes que debieran realizar los promotores.



## X. RECOMENDACIONES

- 1.- Dotar de servicios básicos de infraestructura a las comunidades estudiadas, para elevar la calidad de vida de los pobladores.
- 2.- Capacitar a nuevos promotores para que las comunidades cuenten siempre con personal de salud disponible al alcance de las poblaciones.
- 3.- Incentivar al promotor de salud rural para que continúe proporcionando atención médica a través de formas de compensación económica y facilidades en la obtención de medicina.
- 4.- Orientar adecuadamente al promotor de salud rural para que promueva y participe en la ejecución de proyectos que beneficien a la comunidad.
- 5.- Que las autoridades, comites y promotor de salud rural locales coordinen actividades para que toda la comunidad se entere de los proyectos y participen activamente.

- 15.- Jin Soon Kim. Los practicantes de salud comunitaria en la República de Corea. Foro Mundial de Salud, 1,987. Vol. 8.
- 16.- J. P. Ranker. Los voluntarios en la atención primaria de salud, problemas y posibilidades. Foro Mundial de Salud 1,985 Vol. 6.
- 17.- Kroger A. Objetivos, estrategias y metodología básica de atención primaria en salud. 1a. parte. Instituto de Higiene Tropical. Alemania Federal.
- 18.- Julio Cetlin. Medicina de la comunidad. FEPAFEM. Kellog 1,987.
- 19.- Lopez Santizo, Saul. Promotor de salud rural una alternativa para el mejoramiento del cuidado de la salud en las áreas de Guatemala. Tesis USASC. Facultad de Ciencias Medicas. 1,979.
- 20.- Mahler, Hal Fdan. Un contrato social sobre la salud. Cronicas dela OMS, 1,981, Vol. 35.
- 21.- Pérez Zarate, Alba. Evaluación de las actividades de los promotores de salud. Totonicapán. Tesis USAC. Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, 1,990.
- 22.- Rodriguez Alcon, Demetrio. Aceptación comunitaria de los servicios del programa de salud gubernamental y de una organizacion no gubernamental. Tesis USAC. Facultad de Ciencias Medicas, Guatemala 1,991.

## XIII. ANEXO

BOLETA DE ENCUESTA DEL ESTUDIO DE LA ACEPTACION DEL PROMOTOR DE SALUD EN LAS COMUNIDADES RURALES DE SAN MARCOS PACOC Y EL CASERIO LA ESPERANZA DEL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO.

COMUNIDAD: \_\_\_\_\_

No. Boleta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Informante: \_\_\_\_\_

Encuestador: \_\_\_\_\_

1.- Qué persona (s) considera la (s) mas importante (s) en la comunidad, aparte las autoridades. (nombrarla en orden de importancia).

_____ Religioso	_____ Promotor de salud
_____ Líderes naturales	_____ Miembros de comités
6 _____ Otros.	

2.- Ha tenido necesidad de consultar por enfermedad en los últimos tres meses:

1) Si.                      2) No.

3.- Si la respuesta es si, a quién consulta:

_____ Familiar	_____ Vecina	_____ Curandero
_____ Farmaceutico	_____ Puesto de salud	_____ Médico Particular
_____ Hospital	_____ IGSS	_____ Comadrona
_____ Promotor	_____ Ninguno	_____ Otros.

4.- Si el trabajo es importante porqué consulta al promotor de salud:

5.- Cómo considera el trabajo que el promotor de salud desempeña en esta comunidad:

1) Importante  
3) No importante

2) Poco importante

4) No sabe



