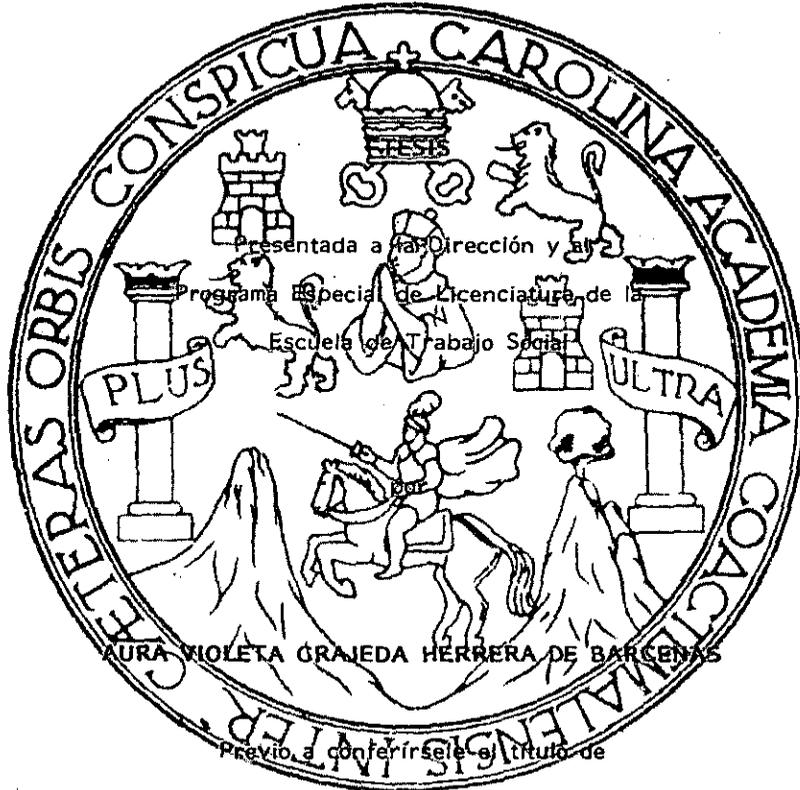


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

"CAUSAS DE DESERCIÓN DEL PROMOTOR RURAL
DE SALUD".



TRABAJADOR SOCIAL

En el grado académico de

LICENCIADO

Guatemala, septiembre de 1993

DL
15
T(506)

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

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

AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

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

**CONSEJO ACADEMICO
REPRESENTANTES DOCENTES**

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

**CONSEJO ACADEMICO
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES**

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

TRIBUNAL EXAMINADOR

DIRECTOR: Lic. César A. Estrada O.
SECRETARIA: T.S. Miriam Silda Fuentes
ASESOR: Lic. Irma Yolanda Hernández Rivera
REVISOR: Lic. Carlos Federico Noriega C.
COORDINADOR PROGRAMA LICENCIATURA: Lic. Edgar Flores González

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.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD
DIVISION DE RECURSOS HUMANOS
28 Calle A-43 Zona 3 - Teléfono 71-22-80
Guatemala, C. A.

| |
|-----------|
| NUM. |
| REF. |

Guatemala,
30 de julio de 1 993.-

Licenciado
César Augusto Estrada Ovalle
Director Escuela de Trabajo Social
Universidad de San Carlos de Guatemala.
Ciudad

Señor Director:

Por medio de la presente, me permito hacer de su conocimiento que me fue solicitado asesorar el trabajo de tesis "Causas de Deserción del Promotor Rural de Salud" efectuado por la Trabajadora Social Aura Violeta Grajeda Herrera de Bárcenas.

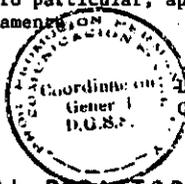
Se trata de un trabajo meritorio porque en su preparación desempeñó papel importante la investigación de campo y de gabinete. En la primera la autora seleccionó una muestra representativa de los habitantes del municipio de Chuarancho.

Dicha muestra incluyó variables relevantes de suma importancia en estudios que, como el que presenta la sustentante son de indiscutible valor para la planificación de futuros programas de promotores rurales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y dentro de los Programas de Atención Primaria.

En la investigación de gabinete, consulté obras y fuentes de registro, con la finalidad de escribir un trabajo bien documentado.

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.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para suscribirme de usted atentamente.



Irma Yolanda Hernández Rivera

Licda. Irma Yolanda Hernández Rivera
Colegiado Activo No. 3986



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



DICTAMEN-136-22/93

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Edificio B-1, 2º Nivel
Ciudad Universitaria, Zona 18
Guatemala, Centroamérica

Teléfonos:
760700-4 y 760885-84-88, Ext.: 888-288

Octubre 15 de 1993

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

Señor Director:

Es motivo de satisfacción haber concluido en esta fecha, el proceso de revisión-orientación del Informe Final de Tesis "CAUSAS DE DESERCIÓN DEL PROMOTOR RURAL DE SALUD", presentado a esta Area por la T.S. AURA VIOLETA GRAJEDA HERRERA DE BARCENAS, cuyo proceso desde el Diseño me fue encomendado por el licenciado Edgar Flores González, Coordinador del Programa Especial de Licenciatura, según nota REF. PEL-126-15/91.

Considerando que se han hecho los planteamientos teóricos y métodos lógicos necesarios y concretizado los esfuerzos necesarios para que el trabajo señalado alcance las calidades requeridas, lo doy por APROBADO, sugiriendo que se le autorice su impresión y se le fije a la sustentante día y hora para el correspondiente examen de graduación.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Lic. Carlos E. Noriega Castillo
INVESTIGADOR-REVISOR
AREA DE TESIS-PEL.

CFNC/edl.
cc: Archivo.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



PEL-183/93

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

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

Teléfonos:
700790-4 y 700985-80-88, Ext.: 288-889

Octubre 18 de 1993

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

Señor Director:

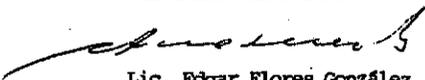
De la manera más atenta me dirijo a usted, adjuntándole para su conocimiento y efecto consiguiente, el Informe Final de Tesis: "CAUSAS DE DESESION DEL PROMOTOR RURAL DE SALUD", presentado por la estudiante AURA VIOLETA GRAJEDA HERRERA DE BARCENAS.

El dictamen lo rindió favorablemente el licenciado Carlos Federico Noriega Castillo, en el oficio No. 136-22/93.

Al agradecerle su atención, quedo de usted deferente servidor.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Lic. Edgar Flores González
COORDINADOR - PROGRAMA
ESPECIAL DE LICENCIATURA.



EFG/edl.
cc: Archivo.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Edificio 5-1, 5º Nivel
Ciudad Universitaria, Zona 18
Guatemala, Centroamérica

Teléfonos:
766790-4 y 750985-86-89, Ext. 388-389

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

En vista de los dictámenes favorables que anteceden de los Licenciados Irma Yolanda Hernández Rivera y Carlos Federico Noriega C. en calidad de Asesor y Revisor respectivamente, esta Dirección autoriza la impresión de la tesis "CAUSAS DE DESERCIÓN DEL PROMOTOR RURAL DE SALUD", presentada por Aura Violeta Grajeda Herrera de -Bárceñas, previo a conferírsele el título de Trabajador Social en el grado de LICENCIADO una vez haya sustentado el examen respectivo.

En la ciudad de Guatemala, a los dieciocho días del mes de octubre de mil novecientos noventa y tres.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Lic. César A. Estrada O.
Director

CAEO/cdm
c.c.:archivo

ACTO QUE DEDICO

A

DIOS

César Amílcar Bárcenas

José Carlos Grajeda Andrade (+)
Blanca Esperanza Herrera vda. de Grajeda

Manuela de Jesús Bárcenas (+)

Indira Lorena
Iris Elaní

TESIS QUE DEDICO

A

LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL DEL CAMPUS CENTRAL

AREA DE SALUD GUATEMALA SUR, DISTRITO No. 20,
MUNICIPIO DE CHUARRANCHO

INDICE

| | Página |
|--|--------|
| INTRODUCCION | 1 |
| CAPITULO PRIMERO | |
| ASPECTOS CONCEPTUALES | 1 |
| A. Proceso Salud - Enfermedad | 1 |
| B. Atención Primaria de Salud | 9 |
| C. Acción del Promotor Rural de Salud | 10 |
| CAPITULO SEGUNDO | |
| MUNICIPIO DE CHUARRANCHO | 12 |
| A. Características Demográficas | 12 |
| B. Características Socio Económicas | 13 |
| C. Condiciones de Salud | 18 |
| CAPITULO TERCERO | |
| PROMOTORES RURALES DE SALUD | 31 |
| A. Fundamentación | 31 |
| B. Antecedentes Históricos | 33 |
| C. Objetivos | 35 |
| D. Organización y Contenidos | 35 |
| - Selección de Promotores | 35 |
| - Perfil del Promotor | 36 |
| - Capacitación | 36 |
| - Funciones y Actividades | 37 |
| E. Desarrollo Operativo | 38 |
| F. Participación del Promotor Rural de Salud como Acción Social | 39 |

CAPITULO CUARTO

| | |
|---|----|
| INTERPRETACION DEL ESTUDIO REALIZADO | 42 |
| A. Generalidades | 42 |
| B. Características del grupo entrevistado | 42 |
| C. Análisis de respuestas | 43 |
| - Resultado del trabajo de campo, con promotores rurales de salud | 44 |
| - Resultados de la encuesta con el personal de salud | 57 |
| - Resultado de la encuesta con los comunitarios de Chuarrancho | 62 |

CAPITULO QUINTO

| | |
|---|----|
| PARTICIPACION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL PROGRAMA DE PROMOTORES RURALES DE SALUD | 67 |
|---|----|

| | |
|---------------------|----|
| CONCLUSIONES | 72 |
|---------------------|----|

| | |
|------------------------|----|
| RECOMENDACIONES | 74 |
|------------------------|----|

| | |
|---------------------|----|
| BIBLIOGRAFIA | 76 |
|---------------------|----|

| | |
|---------------|--|
| ANEXOS | |
|---------------|--|

INDICE DE CUADROS

| Cuadro | | Página |
|--------|---|--------|
| 1. | Actividades económicas más importantes Chuarrrancho 1990 | 14 |
| 2. | Principales productos del municipio de Chuarrrancho 1990 | 15 |
| 3. | Formas simples de tenencia de la tierra Chuarrrancho 1990 | 16 |
| 4. | Principales indicadores de salud del municipio de Chuarrancho 1990 | 20 |
| 5. | Diez principales causas de morbilidad Chuarrrancho 1990 | 22 |
| 6. | Principales causas de mortalidad Chuarrrancho 1990 | 23 |
| 7. | Principales causas de mortalidad infantil Chuarrrancho 1990 | 24 |
| 8. | Establecimientos públicos. Su clasificación con y sin manipulación de alimentos Chuarrrancho 1990 | 25 |
| 9. | Establecimientos públicos y su estado sanitario. Chuarrancho 1990 | 26 |
| 10. | Viviendas y sus condiciones de saneamiento ambiental. Chuarrancho 1990 | |
| 11. | Recursos de Salud Chuarrrancho 1990 | 28 |
| 12. | Clasificación por edad Promotores Rurales de Salud. Municipio de Chuarrancho 1987-1993 | 44 |
| 13. | Clasificación por sexo Promotores Rurales de Salud. Municipio de Chuarrancho 1987-1993 | 45 |
| 14. | Estado Civil Promotores Rurales de Salud Chuarrrancho 1987-1993 | 46 |

Cuadro**Página**

| | | |
|-----|---|----|
| 15. | Ocupación Promotores Rurales de Salud Chuarrancho 1987-1993 | 47 |
| 16. | Ingreso mensual por familia Promotores Rurales de Salud. Chuarrancho 1987-1993 | 48 |
| 17. | Número de personas por familia Promotores Rurales de Salud. Chuarrancho 1987-1993 | 49 |
| 18. | Número de familias atendidas por Promotores Rurales de Salud. Chuarrancho 1987-1993 | 50 |
| 19. | Actividades desempeñadas por el Promotor Rural de Salud. Chuarrancho 1987-1993 | 51 |
| 20. | Problemas afrontados por el Promotor, en el desempeño de su trabajo. Chuarrancho 1987-1993 | 52 |
| 21. | Causas de deserción del Promotor Rural de Salud Chuarrancho 1987-1993 | 53 |
| 22. | Situación de las familias sin la atención del Promotor. Chuarrancho 1987-1993 | 54 |
| 23. | Requerimientos de apoyo Promotores Rurales de Salud. Chuarrancho 1987-1993 | 55 |
| 24. | Promotores activos Chuarrancho 1987-1993 | 56 |
| 25. | Conoce la comunidad al Promotor Rural de Salud Chuarrancho 1987-1993 | 57 |
| 26. | Es importante y Util el Programa de Promotores Chuarrancho 1987-1993 | 58 |
| 27. | Han participado en la selección y capacitación de Promotores. Chuarrancho 1987-1993 | 59 |
| 28. | Cuál es la actividad más importante del Promotor Chuarrancho 1987-1993 | 60 |
| 29. | Razones de deserción de los promotores rurales de salud. Chuarrancho 1987-1993 | 61 |
| 30. | Conocen a los Promotores de Salud Chuarrancho 1987-1993 | 62 |

Cuadro**Página**

- 31. Aceptación del Promotor Rural de Salud en la comunidad. Chuarrancho 1987-1993
- 32. Qué tipo de atención ha recibido del promotor rural de salud. Chuarrancho 1987-1993
- 33. Cómo ha afectado a la comunidad la ausencia del Promotor. Chuarrancho 1987-1993

63

64

65

INTRODUCCION

En repetidas ocasiones han sido expuestos los problemas de salud que confronta el área rural de Guatemala así como las posibles soluciones que se programan anualmente para resolverlos.

Un 80% de la población guatemalteca en su mayoría habitantes de las zonas rurales, continúan en estado de pobreza absoluta. Los índices de inflación anual también han crecido de un 11.2% a finales de 1988, a un 20.8% a finales de 1989 y se han agravado en 1990.

Como consecuencia de ello los salarios reales se han deteriorado, mientras las tasas de desempleo y subempleo siguen alcanzando altos niveles. La tasa de cambio del quetzal respecto al dolar aumenta cada poco.

Esta situación ha incidido negativamente en el estado de salud de la población guatemalteca, dejando como resultado alta prevalencia de enfermedades diarreicas, parasitarias carenciales y otras; la deficiente educación sanitaria para el cuidado de la salud y el medio ambiente contaminado e insano, favorecen la proliferación y transmisión de toda clase de agentes y organismos portadores de enfermedades.

La baja cobertura de los servicios y la terapéutica limitada e insuficiente, inciden en que, el cuidado médico no alcance a cubrir las necesidades de asistencia curativa de la población.

Además existe una deficiente proyección a la comunidad, especialmente donde la comunicación se dificulta por el predominio de dialectos que no son contemplados en los programas de educación para la salud, lo cual hace resaltar la enorme trascendencia de la labor que los promotores rurales de salud desarrollan en sus comunidades especialmente a nivel de atención primaria; trabajo que llevan a cabo totalmente ad-honorem, lo cual ha venido a incidir favorablemente en la atención de los diferentes programas de salud a nivel familiar.

Sin embargo ha sido notable la deserción presumiblemente por razones económicas, manifestadas en la migración constante de promotores hacia la ciudad capital o al extranjero en busca de fuentes de trabajo, situación que viene a disminuir aún más las posibilidades de acceso a los servicios de salud por cuanto que ellos constituyen el enlace más importante entre la institución y la comunidad.

Se consideró importante conocer en qué medida el trabajo del promotor se ubica dentro del panorama de salud con una conciencia de cambio en beneficio de la población, lo que motivó el presente trabajo de investigación.

Pretendimos conocer sobre la labor del promotor rural de salud, el impacto de su trabajo a nivel comunitario y las causas de su deserción.

Se considera que este estudio es conveniente y trascendental para la profesión de trabajo social dado el objetivo fundamental de contribuir al

desarrollo y transformación del individuo y de la sociedad.

En el estudio se aborda el proceso de salud-enfermedad en un concepto general y fundamentalmente en el medio guatemalteco. Se incluyen aspectos conceptuales sobre el trabajo voluntario como acción social y dentro de él, la participación del trabajo social.

El presente trabajo contiene información sobre el municipio de Chuarrancho y la participación de los promotores rurales, en los programas de salud que se llevan a cabo en el mismo.

Finalmente se da a conocer el resultado obtenido en la investigación en relación a la deserción del promotor.

Los objetivos propuestos se lograron en un 100%, siendo estos:

1. Demostrar la participación del promotor rural de salud en la comunidad.
2. Determinar la aceptación del promotor por el personal institucional.
3. Determinar la aceptación del promotor en la comunidad.

Las conclusiones permiten verificar las hipótesis planteadas para el presente estudio:

"Las condiciones de salud de la población rural, han mejorado con la participación del promotor rural de salud".

"Las condiciones de pobreza y la falta de apoyo institucional constituyen factor determinante en la deserción del promotor rural de salud.

Las hipótesis planteadas fueron comprobadas de acuerdo a las variables establecidas y a los resultados de la investigación con los datos obtenidos en el campo.

La investigación se orientó por el Método Científico en forma dinámica aplicando sus diferentes fases: detección de datos bibliográficos, consultas directas con personal de salud de Chuarrancho, promotores y comunitarios, ordenamiento de datos, análisis y su exposición.

Se utilizaron técnicas como: entrevistas, visitas, obteniendo con su aplicación los elementos que permitieron obtener en forma ordenada, los datos, la información y los resultados.

Se espera que la presente investigación constituya un aporte para el programa de capacitación de promotores rurales de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y que contribuya de alguna manera a mejorar este programa y derive un mejor apoyo y ubicación del promotor rural de salud.

Se deja constancia del sincero agradecimiento a la Asesora y Revisor del presente trabajo Lic. Irma Yolanda Hernández Rivera y Lic. Carlos Federico Noriega Castillo, quienes con su amplia preparación académica y experiencia profesional contribuyeron a la realización del mismo.

Así también un reconocimiento al personal del Centro de salud de Chuarrancho, a los promotores y a la comunidad en general.

CAPITULO PRIMERO

ASPECTOS CONCEPTUALES

A. Proceso Salud - Enfermedad

"La interpretación del proceso salud y enfermedad colectiva -articulado en la formación económico-social- ha sido objeto de polémica periódicamente durante los últimos 150 años. Bajo una u otra forma ha surgido la proposición de que la enfermedad no puede entenderse al margen de la sociedad en la cual ocurre.

La evidencia incontrovertible, de que el panorama patológico se ha transformado a lo largo de la historia, que la patología predominante es distinta en una sociedad y otra en un momento dado, y que la problemática de salud difiere de una clase social a otra dentro de una misma sociedad, comprueba el carácter social o histórico de la enfermedad. Hoy hay un casi reconocimiento universal de la importancia de lo social en el proceso de generación de la enfermedad y muerte por causas en su mayoría prevenibles. Sin embargo, este reconocimiento no ha tenido mayores repercusiones prácticas y es aún emergente y no dominante". 1/

La medicina se sigue ejerciendo en los hospitales con enfoque claramente clínico-biológico. Así mismo la Salud Pública que debería asimilar más

1/ JAIMÉ BREILH y EDMUNDO GRANDA, segunda edición. Investigación de la Salud en la Sociedad. Guía pedagógica sobre un nuevo enfoque del método epidemiológico. Ediciones Centro de Estudio y Asesoría en Salud. Quito, Ecuador. 1982. Pág. 16.

fácilmente el planteamiento de la determinación social de la enfermedad, dada su orientación colectivista, sigue desarrollando una práctica como si las características principales que determinan la distribución desigual de la enfermedad en la sociedad fueran biológicas, o se debieran solamente a problemas de un ambiente contaminado. Es significativo por ejemplo que las estadísticas vitales oficiales, una de las bases numéricas de la planificación de los servicios de salud, no permitan analizar la mortalidad en función de variables socio-económicas.

Esta situación contradictoria -el reconocimiento del carácter social de la enfermedad y su negación en la práctica- indudablemente se debe a una serie de factores. La explicación más sencilla es que la sociedad capitalista no puede asumir los planteamientos de la causalidad social de la enfermedad. Es así porque esta concepción descalifica implícitamente a la burguesía como organizadora de la sociedad en beneficio de todos.

Además la clase dominante incurriría en contradicciones aún peores tratando de implementar una práctica consecuente con el planteamiento de la causalidad social, ya que tendría que partir de que la patología se genera en la organización social.

Habría que buscar otra explicación, sin embargo, para dar cuenta de una formulación más consistente que pueda sustentar las demandas en este terreno. Es decir habría que explicarse por qué los obreros, por ejemplo, durante largo tiempo se limitaron a exigir una mejor distribución de los servicios médicos

sin siquiera cuestionar el contenido, la orientación y la eficacia de la medicina clínica.

En una primera instancia este hecho se debe al prestigio que esta medicina adquirió a raíz de la introducción de la quimioterapia que permitió a los médicos tratar exitosamente un gran número de enfermedades infecciosas. En la conciencia pública se ligó erróneamente, este éxito médico con la desaparición o disminución de estos padecimientos a nivel de la colectividad. Sin embargo, a otro nivel parece importante reconocer que durante el largo auge económico de la post-guerra, en los países capitalistas hubo un dominio ideológico burgués que tiñó muy claramente las demandas de la clase trabajadora. Así en los países capitalistas desarrollados parecía ser que la solución a la problemática de las grandes masas era la política redistributiva del estado de bienestar y en los países dependientes se soñaba con el desarrollismo como panacea para resolver la problemática de las clases populares.

Parecía, en pocas palabras que los problemas sociales no se derivan de un sistema de producción sino de la mala distribución de los bienes o servicios o sencillamente de la pobreza material.

Así visto, no se percibía la necesidad de llevar las demandas más allá de la redistribución y el rápido desarrollo de las fuerzas productivas de la sociedad que en el terreno de la salud y de la medicina se traducían en la demanda de más servicios y tecnología médica. Este fenómeno impregna mucho nuestras políticas sanitarias en Guatemala. El analista crítico de la

conceptualización dominante de la determinación del proceso salud/enfermedad, plasmado en los modelos de monocausalidad y multicausalidad, revelaba su poca capacidad explicativa, su agnosticismo y su biologización de lo social. Esto y la naturaleza del objeto de estudio permite distinguir algunos de los problemas, que hay que intentar abordar y resolver en la formulación de una explicación causal del proceso colectivo de salud/enfermedad. De entrada parece importante señalar que la tarea no es construir otro modelo causal apto para ser mecánicamente aplicado a cualquier caso concreto que se presente. Al contrario se trata de articular un modo de pensar acerca del proceso salud/enfermedad que permita descubrir cuáles son sus determinantes en un caso dado.

Esto demuestra la necesidad de recuperar el análisis de los elementos que intervienen en la determinación del proceso salud/enfermedad como una estructura jerarquizada y como un proceso de desarrollo, lo que significa apreciar la especificidad de lo social y dilucidar cómo los procesos sociales llegan a expresarse en procesos biológicos.

Por lo tanto el concepto actual de la salud presenta un marco complejo en el cual participan las relaciones entre los procesos biológicos, ecológicos, culturales y económico-sociales que se dan en una sociedad por medio de la relación del hombre con el ambiente social y natural en el que vive. Este concepto por tanto hace menos eficaz la práctica tradicional de las instituciones encargadas de velar por la salud; las cuales se preocupan fundamentalmente de la medicina curativa. Debe adoptarse el nuevo concepto de salud, concepto

que requiere una actividad organizada y sistemática en relación a atención preventiva.

La salud es un elemento prioritario para la población y constituye la base para el desarrollo en todos los campos de la sociedad.

La población infantil y joven cuando está sana tiene mejores condiciones para formarse y desarrollarse alcanzando su plena realización individual y social; la población adulta cuando está sana tiene mejores condiciones de desarrollo y mayor capacidad productiva; la población anciana cuando está saludable puede continuar teniendo una participación social útil.

La evolución en conocimientos y tecnología en general, fenómeno al que no escapa nuestro país aunque con características muy propias por su dependencia, la misma realidad concreta de Guatemala dada la inmensa cantidad de población con índices de calidad de vida precaria y parte importante de ella lo constituyen los indicadores del proceso salud/enfermedad, lo cual obliga a cuestionar la forma en que este se afronta, es decir la práctica social que se organiza y ejecuta en este caso en el sector público, para dar respuesta a la población en el ámbito de la salud y la Asistencia Social.

En Guatemala el desarrollo hospitalario sigue siendo el eje de la atención en salud. Grandes cantidades de recurso financiero y humano se invierten en la infraestructura y funcionamiento hospitalario, destinado más a cubrir necesidades de atención curativa que preventiva a nivel de Centros y Puestos

de Salud, aunque en estos últimos la asignación presupuestaria se destina para actividades de atención médico clínico en su mayoría.

Las condiciones sociales actuales exigen un nuevo enfoque y forma de atender la salud. Considerando la salud una responsabilidad individual y social que debe ser autopromovida y autogestionaria, se requiere que se realice una gestión global, con la participación organizada y consciente de toda la población.

Para que la población tenga capacidad de actuar en función de la prevención y restablecimiento de su salud requiere contar con una formación básica, con una orientación sistemática que le haga actuar de manera eficaz en la satisfacción de sus necesidades prioritarias y disponer de capacidad autogestionaria que le permita disponer de los recursos necesarios.

La Constitución de la República establece obligaciones primordiales en relación a la Promoción de la Salud; sin embargo estas no se aplican porque las instituciones estatales no han contado con la organización, la iniciativa responsable, ni el apoyo eficiente; y porque la población en general desconoce y no participa en lo que le corresponde para ser promotora y defensora de su propia salud.

El artículo 94 de la Constitución establece "la obligación del Estado de proveer servicios de salud y asistencia social, indicando que debe a través de sus instituciones, realizar acciones de prevención, promoción, recuperación,

rehabilitación, coordinación, a fin de procurar el completo bienestar físico, mental y social de los habitantes".

El artículo 96 establece "El control de calidad de los productos y que el Estado velará por el establecimiento y programación de la atención primaria de salud y por el mejoramiento de las condiciones de saneamiento ambiental básico de las comunidades menos protegidas".

El artículo 97 reza que "el Estado proveerá las normas necesarias para garantizar la utilización y el aprovechamiento de la fauna, flora, tierra y agua, evitando la depredación".

El artículo 98 establece que "las comunidades tienen el derecho y el deber de participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud".

Por otra parte el Código de Salud también define aspectos fundamentales que sustentan la Promoción de la Salud. En el artículo 6 se establece que al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social le corresponde la orientación de las acciones de salud a nivel nacional y que para el efecto promoverá la coordinación con los organismos o entidades estatales centralizados, autónomos, municipalidades y otros particulares.

El artículo 150 establece que "la educación en salud será acción básica que tendrá como propósito desarrollar favorablemente los hábitos, costumbres, actitudes y cultura de la comunidad en el campo de la salud.

Los funcionarios del Ministerio de Salud y sus empleados tendrán la responsabilidad educativa en sus respectivas órbitas de acción".

Además de los problemas endémicos propios que afectan a las regiones del país, se suman los problemas epidémicos, los cuales encuentran un campo de cultivo ideal en las poblaciones pobres y desinformadas, la mayoría de la población guatemalteca.

Estos problemas epidémicos generan medidas precipitadas y desorganizadas por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), las cuales no serían necesarias si se realizaran acciones sistemáticas, permanentes, organizadas e involucrando a todos los organismos y la propia comunidad con objetivos de promoción y conservación de la salud.

Esta situación ha llevado a buscar diversos mecanismos que permitan obtener los resultados deseados y desde hace algunos años se viene proponiendo una nueva estrategia que parece encerrar una mejor posibilidad de

llevar los servicios básicos a mayor número de personas, esta estrategia es la Atención Primaria de Salud, a través de la cual se pretende hacer efectiva la participación de cada individuo y la comunidad en la solución de su problemática, con un enfoque eminentemente preventivo, contrario al tradicional de curación.

B. Atención Primaria de Salud

La atención primaria de salud, cuyo concepto según la declaración de Alma Atta señala que es "la asistencia esencial basada en Métodos y Tecnologías 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 durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación".

Este concepto cobra un significado especial cuando se examinan las relaciones entre la comunidad y la institución prestadora de servicios.

C. Acción del Promotor Rural de Salud

El cambio fundamental implícito en atención primaria es que la comunidad y los individuos dejen de ser objeto de atención y se conviertan en sujetos activos que conocen, participan y toman decisiones sobre su propia salud y

asumen responsabilidades específicas ante ella. Los factores ideológicos, políticos, sociales y culturales influyen en ese proceso y condicionan la claridad con que se vean las relaciones entre salud y otros aspectos de la comunidad.

La estrategia de atención primaria plantea un desafío a la imaginación, capacidad técnica, y voluntad de servicio de quienes tienen a su cargo la orientación de los procesos que, finalmente han de conducir al logro de niveles más dignos de salud y bienestar para la población más necesitada y desprotegida, sin embargo mientras el concepto de atención primaria de salud es genérico, la noción de promotor define un tipo particular de persona que asume funciones propias de ésta en un contexto particular.

Este contexto suele ser el de los sectores más periféricos generalmente comunidades rurales apartadas, pero también bolsones marginales de la periferia urbana que carecen de acceso real al sistema institucional de servicios de salud.

Sin embargo es un error conceptual hacer a la atención primaria de salud equivalente del quehacer del promotor debido a que este personaje constituye una parte fundamental de la estrategia dentro del proceso de autogestión, pero para que la misma cumpla su objetivo se requiere además de la movilización de otros recursos, elementos, componentes y programas que conjugados pueden alcanzar las metas propuestas con la comunidad en aspectos de salud.

El promotor se constituye en un elemento de enlace de las acciones de salud y no es el comodín auxiliar para los servicios; es seleccionado en su comunidad y capacitado por personal de los centros y puestos de salud, para prepararlos en apoyo a las acciones que los servicios realizan tanto en aspectos curativos como preventivos.

En un programa de participación y promoción de la comunidad, los promotores rurales de salud no sólo son como parte de la comunidad sino, porque han recibido adiestramiento que los hace potencialmente dinamizadores de la misma.

En el capítulo tercero se presenta información completa relativa a concepto, acciones y programas del promotor rural de salud.

CAPITULO SEGUNDO

MUNICIPIO DE CHUARRANCHO

A. Características Demográficas

"Chuarrancho, municipio del departamento de Guatemala, se encuentra al norte de la capital a sólo 33 kilómetros por la vía de Chinautla y a 60 kilómetros por la vía de San Juan Sacatepéquez.

En él se dan todos los índices de pobreza, analfabetismo, carencia de salud, reflejo de las precarias condiciones de la mayoría de la población guatemalteca.

Se ubica en una altura de 1358 metros sobre el nivel del mar.

Su extensión territorial es de 100 km.², con un promedio de 78 habitantes por Km.².

El municipio comprende un pueblo, cinco aldeas, veintidós caseríos y cinco fincas. Al igual que el departamento de Guatemala pertenece al sistema montañoso de la Sierra Madre, tiene por tanto una topografía muy accidentada, lomas descubiertas, terreno pedregoso, seco no cultivable.

Cuenta con una población de 7778 habitantes, de los cuales el 3% son menores de 5 años; 13.31% de 1 a 4 años; 29.59% de 5 a 14; 18.75% mujeres

de 15 a 44 años, sumados todos ellos representan el 65.53%, es decir al igual que el resto del país, su población está constituida básicamente por el grupo Materno Infantil. En un 95% pertenecen al grupo Indígena, su idioma es el Kakchikel. Se localiza en la zona ecológica del bosque subtropical seco. En esta se encuentran suelos muy erosionables, de relieve bastante irregular, no aprovechable en toda su extensión para cultivos de importancia económica". 2/

Debido a la topografía encontrada, el municipio de Chuarrancho posee un clima cálido.

La época de lluvias se localiza entre los meses de mayo a noviembre, con una precipitación máxima de 191.3 mm.; ésta varía de acuerdo a la topografía.

B. Características Socio Económicas

La base económica del municipio de Chuarrancho la constituye la agricultura; los principales productos son: el maíz, maicillo, frijol y algunos frutos como naranja. La mayoría para autoconsumo, dado que por la falta de infraestructura vial es difícil la creación de mercados, es decir no tiene ninguna posibilidad de vender fuera del municipio los productos que se dan en el mismo.

2/ Banco de Datos Municipio Chuarrancho. Area Guatemala Sur. Pág. 10.

Las actividades económicas de los habitantes del municipio de Chuarrancho, como la generalidad del país está fundamentada en el sector primario es decir, en un elevado número se dedican a la agricultura tal y como se observa en el siguiente cuadro.

Cuadro No. 1

ACTIVIDADES ECONOMICAS MAS IMPORTANTES
CHUARRANCHO .1990

| Actividad | No. Personas | Salario Semanal |
|--------------|--------------|-----------------|
| Servicios | 22 | Q.35.00 |
| Agricultura | 200 | Q.14.00 |
| Manufactura | 84 | Q.16.00 |
| Comercio | 52 | Q.30.00 |
| TOTAL | 358 | |

Fuente: Banco de Datos Centro de Salud

Cuadro No. 2
PRINCIPALES PRODUCTOS DEL
MUNICIPIO DE CHUARRANCHO
1990

| Producto | Cantidad |
|----------|-------------|
| Maíz | 8,200 qq |
| Frijol | 480 qq |
| Maicillo | 2,450 qq |
| Tomate | 2 qq |
| Naranja | 430 cientos |

Fuente: Banco de Datos Centro de Salud

Cuadro No. 3

FORMAS SIMPLES DE TENENCIA DE LA TIERRA
CHUARRANCHO 1990

| Forma | No. Fincas | % |
|------------|------------|--------|
| Propias | 1,581 | 93.28 |
| Arrendadas | 108 | 6.38 |
| Comunales | 2 | 0.11 |
| Colonato | 4 | 0.23 |
| TOTALES | 1,695 | 100.00 |

Fuente: Banco de Datos Centro de Salud.

Otras Actividades Económicas:

Entre éstas podemos mencionar a las que se dedican algunas mujeres, siendo principalmente dos: elaboración de productos de barro (comales) y tejidos.

Aspectos Sociales:

Cuenta la población de Chuarrancho con un campo de foot-ball y una cancha de basket-ball.

Son católicos por excelencia, pero también se encuentran evangélicos.

Funciona una cofradía, en la que durante sus festividades consumen grandes cantidades de licor llamado clandestino, clan, cusha, barranco.

El 85% de la población es indígena, las mujeres usan traje típico, el idioma que prevalece en el municipio es el kakchiquel.

La feria titular se lleva a cabo los días 29 y 30 de junio en honor al patrono San Pedro, dado que los primeros moradores de Chuarrancho inmigraron de San Pedro Sacatepéquez, llamándolo inicialmente Piruvi Juyu, que significa "sobre lomas" cambiándolo después por Chuarrancho, que en lengua Kakchiquel significa: chua = frente, rancho = choza, frente a la choza.

C. Condiciones de Salud

La población es insalubre como lo demuestra el hecho de la poca o inexistencia de servicios de salubridad, como inadecuada disposición de excretas, sistemas de recolección y disposición de basuras, abastecimiento de agua potable escasos y un alto porcentaje de viviendas que presentan déficit de habitabilidad. Además vemos que el promedio de habitantes por vivienda es de 5, donde en comunidades como ésta, las viviendas en su mayoría están constituidas por un solo ambiente, con una extensión aproximada de 4 x 4 metros, implica hacinamiento, lo que es un factor más en la existencia de enfermedades.

En el año 1977 se inauguraron Puestos de Salud tipo botler en las aldeas de San Buenaventura y Rincón Grande, siendo los mismos inadecuados para el clima del lugar, no poseen agua ni energía eléctrica. En el año 1979 se inauguró otro puesto de salud en la aldea Chiquín, habiendo sido construido por la comunidad, siendo también inadecuado para su funcionamiento, sin agua ni energía eléctrica.

Los Puestos de Salud son atendidos por Auxiliares de Enfermería (una para cada puesto) siendo gratuita la consulta.

El Puesto de Salud de Rincón Grande permaneció cerrado por falta de personal del año 1986 al año 1988.

El horario de atención al público tanto en el Centro de Salud como en los puestos es de lunes a viernes de 8:00 a 16:30 horas. Además de los Programas establecidos por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, funciona el programa de Alimentación Complementaria otorgado por CARE, para los niños menores de 5 años, madres embarazadas y lactantes.

En todo el municipio funciona el Programa de Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM) en forma permanente.

En la cabecera municipal desde el año de 1976 funciona el Centro de Salud tipo B, el que fue ampliado por CARE con un edificio prefabricado, éste no ofrece ninguna seguridad y carece de recursos mínimos como agua y la energía eléctrica muy limitada.

Está a cargo de un médico graduado, 3 enfermeras auxiliares, 3 inspectores de saneamiento ambiental, 1 enfermera graduada, 1 secretario, 1 conserje.

El valor de la consulta es de Q.0.25, quedando exonerados de esta cuota las embarazadas y los niños menores de 5 años.

Al comparar las tasas de morbimortalidad con las encontradas para el departamento de Guatemala en el Plan Nacional de Salud 1978-1982 en su capítulo Diagnóstico de Salud del país, encontramos que la tasa de natalidad del país en el período de 1973 a 1977 es de 37.60 x mil habitantes, mientras que el municipio de Chuarrancho para el año de 1990 esta tasa es de 65.18 x mil habitantes.

Cuadro No. 4

**PRINCIPALES INDICADORES DE SALUD DEL MUNICIPIO DE CHUARRANCHO
CHUARRANCHO 1990**

| Indicadores | Tasa x 1000 |
|---------------------------|---------------|
| Mortalidad General | 10.54 x 1000 |
| Mortalidad Neonatal | 17.75 x 1000 |
| Mortalidad Infantil | 37.47 x 1000 |
| Mortalidad de 1 a 4 años | 20.28 x 1000 |
| Mortalidad de 5 a 14 años | 1.3 x 1000 |
| Mortalidad Materna | 1.94 x 1000 |
| Natalidad | 65.18 x 1000 |
| Fecundidad | 347.73 x 1000 |
| Crecimiento Vegetativo | 54.64 x 1000 |

Fuente: Banco de Datos Centro de Salud.

Esto señala que en comparación con el país la tasa de natalidad es bastante elevada, debemos recordar también que estas tasas tienden a decrecer, pero en las poblaciones rurales como Chuarrancho, este fenómeno sucederá muy lentamente, debido principalmente a que la fecundidad está descendiendo aún muy lentamente sin modificaciones muy substanciales en la estructura de la población y con mantenimiento de pautas tradicionales en la composición y tamaño familiar. En cuanto a las tasas de mortalidad, la del departamento de Guatemala para el año de 1977, tasa de mortalidad general, fue de 7.70 x mil habitantes, mientras que en el municipio de Chuarrancho para el año de 1990 es de 10.54 x mil habitantes, siendo pues, una tasa bastante elevada.

La tasa de mortalidad infantil del departamento de Guatemala para el año de 1977 fue de 68.68 x mil nacidos vivos y en el municipio de Chuarrancho para el año de 1990 la tasa de mortalidad infantil fue de 37.47 x mil nacidos vivos.

La mortalidad neonatal del departamento de Guatemala para el año de 1977 fue de 22.67 por mil nacidos vivos y la del municipio de Chuarrancho para el año de 1990 fue de 17.75 x mil nacidos vivos.

Las tasas de mortalidad infantil y neonatal han logrado bajarse significativamente a pesar de todos los inconvenientes existentes en el municipio, gracias al esfuerzo y labor del personal del Distrito de Salud, con apoyo del personal voluntario quienes conjuntamente han realizado diversas actividades con énfasis en programas prioritarios como el Materno-Infantil.

Sin embargo persisten otros problemas de salud, consecuencia lógica de las pésimas condiciones ambientales, económicas y sociales de la población, los que se muestran a continuación.

Cuadro No. 5
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD
CHUARRANCHO 1990

1. Infección Respiratoria aguda (IRAS)
 2. Diarreas de diferente etiología
 3. Parasitismo Intestinal
 4. Desnutrición del niño y del adulto
 5. Fiebres de etiología a determinar
 6. Infección Urinaria
 7. Enfermedad Péptica
 8. Conjuntivitis
 9. Impétigo
 10. Espasmo Muscular
-

Fuente: Banco de Datos Centro de Salud.

Las principales causas de morbilidad están constituidas básicamente por infecciones respiratorias agudas, diarreas de diferente etiología, parasitismo intestinal y desnutrición, tanto del niño como del adulto lo que pone de manifiesto un medio ambiente insano y una comunidad que adolece en sus aspectos nutricionales.

Las principales causas de mortalidad general están constituidas por diarreas, infecciones respiratorias, mortinatos y enfermedades carenciales, determinadas por un medio ambiente insano, tomando en cuenta la inexistencia de agua, deficiente educación sanitaria, inadecuada atención durante el trabajo de parto, poco uso de los servicios de salud ya sea por ignorancia o inaccesibilidad de los mismos. La mayoría de estas causas son perfectamente prevenibles.

Cuadro No. 6
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD
CHUARRANCHO 1990

| Causas | No. | % |
|------------------------------|-----------|---------------|
| 1. Diarrea con D.H.E. | 43 | 52.44 |
| 2. Bronconeumonía | 12 | 14.63 |
| 3. Mortinato | 7 | 8.54 |
| 4. Desnutrición Severa | 6 | 7.32 |
| 5. Insuficiencia renal | 1 | 1.22 |
| 6. Meningitis | 1 | 1.22 |
| 7. Prematurés | 1 | 1.22 |
| 8. Úlcera gástrica perforada | 1 | 1.22 |
| 9. Ca. Vías Biliares | 1 | 1.22 |
| 10. Resto de causas | 9 | 10.97 |
| TOTALES | 82 | 100.00 |

Fuente: Banco de Datos Centro de Salud

La principal causa de muerte en el grupo de menores de 5 años, lo constituye los mortinatos, seguida de diarreas con desequilibrio hidro electrolítico, infecciones respiratorias graves y en menor grado, factores carenciales, poniendo de manifiesto nuevamente lo insano del medio, la inadecuada atención del parto, poco cuidado al recién nacido y la mínima importancia que se le da a la alimentación durante los primeros años de vida, la cual es tan importante para el desarrollo psicomotriz e intelectual del individuo, así como para crear y mantener defensas orgánicas adecuadas para resistir las enfermedades cuando éstas se presentan.

Cuadro No. 7
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL
CHUARRANCHO 1990

| Causa | No. | % |
|-------------------|-----------|---------------|
| 1. Mortinato | 7 | 36.84 |
| 2. Diarrea | 5 | 26.32 |
| 3. Bronconeumonía | 3 | 15.79 |
| 4. Desnutrición | 2 | 10.53 |
| 5. Prematurés | 1 | 5.26 |
| 6. Meningitis | 1 | 5.26 |
| TOTALES | 19 | 100.00 |

Fuente: Banco de Datos Centro de Salud.

Existen 145 establecimientos públicos, de los cuales 133 no manipulan alimentos, siendo la mayor parte de ellos de tipo comercial. Esto nos indica que la cantidad de manipuladores de alimentos en esta comunidad son pocos y que por lo tanto, la transmisión de enfermedades por esta vía es escasa.

Cuadro No. 8
ESTABLECIMIENTOS PUBLICOS
SU CLASIFICACION CON Y SIN MANIPULACION DE ALIMENTOS
CHUARRANCHO 1990

| Tipo | Comerciales | Oficiales | Total |
|-------------------------------|-------------|-----------|------------|
| Con manipulación de alimentos | 12 | 0 | 12 |
| Sin manipulación de alimentos | 112 | 21 | 133 |
| TOTALES | 124 | 21 | 145 |

Fuente: Banco de datos Centro de Salud.

Cuadro No. 9
ESTABLECIMIENTOS PUBLICOS Y SU ESTADO SANITARIO
CHUARRANCHO 1990

| Tipo de Establecimiento | No. | % |
|--|------------|---------------|
| Satisfactorios desde el punto de vista sanitario | 99 | 68.00 |
| Insatisfactorios desde el punto de vista sanitario | 46 | 32.00 |
| TOTAL | 145 | 100.00 |

Fuente: Banco de Datos Centro de Salud.

De lo anterior se deduce que la mayoría de los propietarios de establecimientos públicos, o sea el 68.00% saben que deben llenar los requisitos que la ley de sanidad exige contribuyendo con ello en mínima parte a que las epidemias que en la actualidad nos azotan, vayan perdiendo auge.

El mayor porcentaje de las viviendas y por lo tanto de la población, está concentrada en el casco urbano y el promedio de habitantes es de 5. Si consideramos que la mayoría de las viviendas cuentan con un solo ambiente, podemos inferir del hacinamiento en que se vive. El 83.30 de las viviendas no cuentan con abasto de agua potable, el 65% cuenta con disposición adecuada de excretas y el 100% no cuentan con sistemas de recolección de basuras, esto evidencia que el medio ambiente de la comunidad no se encuentra en relación a los requerimientos mínimos de higiene que deben de existir en una comunidad, que no son difíciles de establecer y que con mucha seguridad, mejorarían el nivel de salud de la población.

Cuadro No. 10

**VIVIENDAS Y SUS CONDICIONES DE SANEAMIENTO AMBIENTAL
CHUARRANCHO 1990**

| Viviendas | No. | % |
|--|------------|----------|
| Número total de viviendas | 1,581 | 100.00 |
| Urbanas: | 1,003 | 63.44 |
| Rurales: | 578 | 36.56 |
| Promedio de habitantes por vivienda | 5 | |
| Viviendas sin abasto de agua potable: | 1,317 | 83.30 |
| Viviendas sin disposición de excretas: | 1,028 | 65.00 |
| Viviendas sin recolección y disposición de basuras | 1,581 | 100.00 |

Fuente: Banco de datos Centro de Salud

Existen tres puestos de salud localizados en tres aldeas y un Centro de Salud en el casco urbano; una farmacia municipal de reciente creación, 7 comadronas tradicionales y 70 promotores de salud rural, estos últimos de reciente creación y con los cuales se ha logrado alcanzar un 96% de cobertura en vacunación a menores de 5 años.

Cuadro No. 11
RECURSOS DE SALUD
CHUARRANCHO 1990

| | |
|---------------------------------|----|
| Centros de Salud tipo "B" | 1 |
| Puestos de Salud tipo "C" | 3 |
| Comadronas tradicionales | 7 |
| Promotores de salud | 70 |
| Voluntarios de malaria | 10 |
| Manipuladores de alimento | 30 |
| Enfermeras auxiliares | 6 |
| Enfermeras graduadas | 1 |
| Médicos | 1 |
| Inspector Saneamiento Ambiental | 1 |
| Farmacias | 1 |

Fuente: Banco de Datos Centro de Salud.

Los puestos de salud se encuentran ubicados a nivel de aldea. La farmacia comunal a cargo de personas seleccionadas en la comunidad. Las comadronas tradicionales que atienden a la mayoría de partos, ya que por razones culturales las personas de la comunidad acuden a ellas.

Los promotores rurales de salud cuyo programa se inició en 1987 y que han contribuido a lograr el 96% de cobertura de vacunación en menores de 5 años.

En el año de 1987 la tasa de mortalidad infantil en el municipio de Chuarrancho era de 196 x 1000 niños, lo cual representaba una alarmante condición de enfermedad en la población del grupo etario comprendido de 0 a 5 años.

Esta situación motivó al personal a capacitar al primer grupo de promotores rurales de salud.

Poco tiempo después, pudo comprobarse la efectividad de su participación cuando en forma conjunta con el personal institucional, lograron mejorar en parte esa situación. Durante 3 años consecutivos, se fue capacitando mayor número de promotores hasta llegar a un total de 70.

Sin embargo las contradicciones socio-económicas en las que se desenvuelve la población guatemalteca en la que prevalecen los privilegios para un grupo que posee los recursos económicos del que se derivan otros

privilegios; educación, salud, participación política y por el contrario la mayoría de la población, el efecto para las condiciones de vida se mide en una escala distinta y se define en forma negativa.

La desventaja básica es la falta de recursos que se define como una economía de subsistencia, de la cual se derivan la falta de educación, la falta de servicios, ignorancia, abandono, hambre, enfermedad y muerte. Todo ello aunado al poco apoyo institucional, ha influido en el desempeño del promotor, habiéndose observado desde hace algunos años una notable deserción de estas personas, al abandonar sus acciones como voluntarios en los servicios de salud y la comunidad, para lo cual ha sido capacitado y formado.

Es decir se desliga totalmente de su labor comunitaria para dedicarse exclusivamente a otra actividad fuera de su familia, motivado por razones económicas que en la mayoría de veces lo hace emigrar a otro lugar, dejando a su familia con la negativa secuela de pobreza, desintegración y abandono, situación que se proyecta en las familias que tienen a su cargo quienes con su ausencia dejan de recibir la atención mínima de salud.

CAPITULO TERCERO

PROMOTORES RURALES DE SALUD

A. Fundamentación

"A partir del inicio del presente siglo, se comenzó a hablar de los servicios voluntarios como determinadas actividades sistemáticas que tenían como finalidad prestar algún tipo de colaboración gratuita y desinteresada a la comunidad. Esta es la época en que se consolidan movimientos voluntarios que aún tienen existencia. La mayoría de estos movimientos voluntarios basan su actividad en algún tipo de servicio especializado.

Con posterioridad a la década del 30, primero en Europa y posteriormente en otros continentes, se comienza a configurar una redefinición del concepto de servicio voluntario.

Dos nuevos elementos aparecen vinculados con la idea; una identificación preferente con el concepto de movilización y su vinculación con el desarrollo.

Finalmente durante estos últimos años, se ha enfatizado el carácter formativo del servicio voluntario y su obligación de actuar en el proceso de la transformación social". 3/

3/ MARIO ESPINOZA VERGARA. Teoría y Práctica del Servicio Voluntario San José de Costa Rica, 1977. Pág. 65.

"Servicio Voluntario es toda iniciativa o actividad que, fundamentada en el superior objetivo de incorporación de una comunidad a las tareas del desarrollo económico y social, se realiza gratuitamente durante un tiempo determinado por una o varias personas, con miras a beneficiar a otros integrantes de su comunidad". 4/

"Servicio voluntario es un instrumento metódico de acción social, orientado a provocar la participación de todos los grupos sociales en un proceso integral de desarrollo, mediante acciones que eliminen la marginalidad y la dependencia". 5/

Un claro ejemplo de servicio voluntario, lo constituyen los promotores rurales de salud que apoyan las acciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

El promotor rural de salud es una persona procedente de la comunidad misma, elegido a través de procedimientos establecidos y capacitados para desarrollar actividades específicas, generalmente en un nivel bajo de complejidad y ubicado dentro de un marco de atención primaria de salud.

Actúa en el seno de su comunidad, con funciones generales de educación, prevención, organización y de información.

4/ Revista Voluntarios. San José de Costa Rica, 1968. Pág. 35

5/ Segunda Reunión de Directores de Organizaciones de Servicios Voluntarios de América Latina, San José de Costa Rica, 1972. Pág. 16.

B. Antecedentes Históricos

Con el aporte de UNICEF, organismo interesado en ayudar al financiamiento de una infraestructura de salud en el país, se inició en 1971 el PROGRAMA DE PROMOTORES RURALES DE SALUD y finalizó en 1975 con miras a una extensión posterior y progresiva a todo el territorio nacional. De la planificación y ejecución de dicho programa fueron responsables la División de Adiestramiento y el Departamento de Educación para la Salud de la Dirección General de Servicios de Salud, en coordinación con la División Materno Infantil (DIMIF) de dicha Dirección.

En el Altiplano Occidental, específicamente en el departamento de Quiché, se dio la primera experiencia durante los años de 1972-1973.

El 5% del personal de los servicios de salud estatales y privados, debía atender la demanda del 87% de la población, con el agravante de que esta población era la menos instruida en aspectos de prevención de enfermedades y tenía menos recursos para realizarla como: falta de agua potable, viviendas insanas, falta de letrinas, bajo nivel alimentario, bajo nivel económico, etc.

Dentro de este marco se presentó la oportunidad de dar participación a algunos representantes de las aldeas. Esto se realizó a través de los colaboradores voluntarios que participaron en las primeras campañas de vacunación de 1971-1972 y años subsiguientes.

Se han hecho esfuerzos aislados para adiestrar a personas de las comunidades rurales para trabajar como voluntarios de salud en sus lugares de origen o de residencia, principalmente en los departamentos de Huehuetenango (Jacaltenango y San Pedro Necta), Chimaltenango e Izabal (Santo Tomás de Castilla), pero tales programas que sin duda alguna han rendido considerables beneficios no están integrados al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, trabajando cada uno en forma separada y sin ninguna supervisión oficial.

Las experiencias tenidas en Jacaltenango por una congregación religiosa católica (Marycknoll) y en Chimaltenango por un misionero evangélico, el Dr. Berhorst, se realizó un dificultoso adiestramiento a lo largo de dos años, en que los alumnos acudieron una vez por semana a Santa Cruz del Quiché a recibir conocimientos de enfermería, saneamiento del medio, terapéutica dirigida y organización de la comunidad.

Las referencias mencionadas eran significativas como primeras experiencias en adiestramiento para promotores de salud, pero en el caso de Santa Cruz del Quiché se trató de evitar el énfasis en enfermería y se hizo el intento de crear promotores rurales de salud como dirigentes comunales y no simplemente como ayudantes de enfermería.

Un año después de terminado su adiestramiento, este grupo de promotores inauguraba sus unidades de salud en 17 aldeas, estos adiestramientos se extendieron con mayor rapidez a todo el altiplano.

En la actualidad el programa de promotores se desarrolla en todas y cada una de las áreas de salud de los departamentos, existen capacitados 11,000 de los cuales tienen un promedio de activos que oscilan entre los 5 y 7 mil.

C. Objetivos

- a. Promover a nivel de las comunidades rurales, el interés para gozar de una vida más saludable.
- b. Poner a disposición de la población rural, Programas de Salud Básicos, que contribuyan en parte a resolver problemas de salud.
- c. Hacer efectiva la atención primaria de salud, a través de la red de personal voluntario.

D. Organización y Contenidos

Selección de Promotores:

Cada área de salud de acuerdo a su problemática de morbimortalidad determina el número de promotores rurales necesarios a capacitar. Con base en el perfil establecido los selecciona dentro de la propia comunidad donde este vive.

Para esta selección se toma en cuenta a grupos existentes, líderes, autoridades, etc. En algunas áreas participa el equipo (Médico, Enfermera, Trabajador

Social, Inspector de Saneamiento Ambiental). En otros únicamente el Trabajador Social o el Técnico de Salud Rural.

Los contenidos que comprende el Programa son los siguientes: La Comunidad, Higiene personal, Conservación del ambiente, Materno Infantil, Enfermedades en Comunidad, Primeros Auxilios, Salud Mental, Manejo de papelería, Procedimientos y Medicamentos.

Perril del Promotor:

1. Estar comprendido entre los 18 y 50 años de edad.
2. Ser alfabeto/a
3. Ser bilingüe en los lugares que así lo necesiten, (es decir que hablen Castellano y el Dialecto del lugar)
4. Tener características de líder.
5. Ser seleccionado por su comunidad.
6. Tener entusiasmo por el trabajo y deseo de ayudar al mejoramiento de su comunidad.
7. Haber demostrado buena conducta y buenas relaciones con la gente.
8. No debe tener ningún vicio.
9. Estar dispuesto a servir a su comunidad sin recibir ningún salario.

Capacitación:

Los cursos de capacitación y formación de promotores rurales de salud

tienen una duración de 120 horas durante las cuales desarrollan trabajo teórico-práctico de un contenido previamente establecido por personal técnico de la División de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.

Este contenido comprende 6 Módulos que están relacionados con las funciones que desempeñan.

Se otorga a cada promotor un estipendio diario para cubrir sus gastos de alimentación y hospedaje, porque generalmente se traslada a la cabecera municipal para asistir al curso.

Funciones y Actividades:

Las funciones y actividades son compatibles con su formación, experiencia y disponibilidad de tiempo entre otros factores.

Generalmente sus áreas de actividad son:

- Educación para la salud:

Intenta promover cambios útiles en la conducta y en el ambiente de las personas.

- Atención Materno-Infantil:

Comprende tareas definidas relacionadas con las inmunizaciones de madre y niño, higiene general, control prenatal.

- **Servicios curativos esenciales:**

Emplea técnicas simples y apropiadas para enfermedades comunes.

- **Referencia de casos:**

Detecta casos de diversas enfermedades y los refiere al servicio de salud más cercano para su tratamiento.

- **Sistemas de información:**

Mantiene vigilancia sobre enfermedades transmisibles y lo informa al servicio de salud.

- **Primeros auxilios:**

Presta atención en casos de accidentes leves. Refiere a los servicios de salud.

E. Desarrollo Operativo

La responsabilidad de capacitación del promotor está a cargo del personal de las Areas de Salud (Trabajador Social y Técnico de Salud Rural), quienes deben dar seguimiento al mismo a través de Supervisiones programadas con ellos. En el transcurso del tiempo en alguna forma, se han ido modificando los contenidos de acuerdo a necesidades de salud en las comunidades que cubre el área de salud.

El promotor una vez capacitado, es ubicado en su comunidad, asignándole un promedio de familias que oscilan entre 10 y 50 dependiendo de la población donde desarrolle sus acciones en base a los conocimientos adquiridos durante su capacitación.

F. Participación del Promotor Rural de Salud como Acción Social

"Indudablemente el Promotor de Salud Rural no constituye la panacea de la movilización popular para concurrir a la superación de los problemas de nuestro país. Hay quienes han sublimado de tal modo esta técnica de acción social, que han creído que ellos solos bastan para construir la sociedad nueva.

Esta tentación es más evidente en aquellos, que, de alguna manera son líderes en el país. Sin embargo son instrumentos poderosos con que pueden contar los sectores que buscan la transformación de nuestros pueblos; aunque también pueden ser utilizados con el mismo grado de eficacia por aquellos que se oponen al cambio.

Los factores que convierten al promotor rural de salud en un instrumento social eficaz pueden resumirse en los siguientes elementos:

- a. De por sí, su sola existencia marca un camino o una posibilidad para quemar energías sociales que pueden ser utilizados por aquellos que imperativamente necesitan incorporarse a un papel activo en la sociedad en que se desenvuelven.

Esta utilización de la energía social puede resultar, a la postre, negativa o positiva, según sea el contenido ideológico en que se basa esa acción voluntaria. Pero, al margen de esta consideración, su existencia lo hace potencialmente poderoso.

- b. Quienes abrazan el camino voluntario demuestran poseer un mínimo de inquietud frente a la estructura y orientación de su medio. Esta circunstancia los convierte en elementos destacados de la sociedad y con muchas posibilidades de determinar de algún modo la orientación de la dinámica social.
- c. De hecho, la acción de los Promotores Rurales de Salud se ha convertido en un diálogo entre clases distintas, económica o culturalmente. Como producto de este diálogo, se puede lograr el conocimiento y ponderación de los valores mutuos, de tal manera que se produzca espontáneamente una actitud de solidaridad del sector más privilegiado hacia el más postergado que se traduzca en acciones concretas para la transformación social. Si no se realiza esta reacción espontánea, cabe la posibilidad de que el Promotor Rural de Salud, no insista en promover esa solidaridad, sino que, concentre su acción en el interior de la comunidad desfavorecida, con el objeto de actuar como motor de la organización popular, a fin de reclamar sus derechos de forma más eficaz.
- d. Finalmente, debe destacarse el hecho, de que permanecen vigentes las orientaciones originales que valorizaban el servicio del promotor por su

contribución a los principios y objetivos de la educación extraescolar y por la posibilidad que presenta de ser un instrumento eficaz de la expresión de solidaridad entre las comunidades.

Se ha dicho que la positividad o negatividad de su eficacia dependerá del contenido ideológico de que se revista el concepto. La acción del Promotor Rural de Salud podrá ser utilizado con el mismo grado de eficacia por los que buscan las transformaciones que permitan salir airoosamente de la lucha contra el sub-desarrollo y por los que se oponen a las transformaciones.

Si se quiere rescatar la idea, para ponerla exclusivamente al servicio de la superación de la marginalidad social, económica y cultural es necesario basarla en principios que permitan esa superación. Pero también es preciso acondicionar una estrategia adecuada que permita al Promotor ser eficaz al servicio de la transformación en cada una de las realidades que se plantean en nuestro país y que admita la suficiente flexibilidad como para concebirlo en modalidades distintas para distintas situaciones". 6/

CAPITULO CUARTO

INTERPRETACION DEL ESTUDIO REALIZADO

A. Generalidades

El conocimiento real de la situación en cuanto a la deserción de los promotores rurales de salud en el municipio de Chuarrancho, se obtuvo a través de una encuesta realizada en dos sentidos: primero entrevistando a los expromotores que aún residen en el municipio y en segunda instancia al personal del Centro de Salud.

Fue necesario complementar la investigación con datos obtenidos en fichas de inscripción y otros documentos de los expedientes del promotor.

Es pertinente tener presente lo complejo que resulta una investigación y las limitaciones que puedan presentarse con las técnicas empleadas, especialmente como en el presente caso una encuesta a través de la entrevista directa; sin embargo queda claro en los resultados obtenidos, la tendencia mayoritaria del pensamiento, conocimiento y actitudes de los entrevistados y por lo tanto su posición y contribución en acciones de salud.

B. Características del grupo entrevistado

Fueron entrevistadas 70 personas de ambos sexos que fueron capacitados como promotores rurales de salud, quienes durante un tiempo trabajaron

voluntariamente en acciones de salud pero se retiraron.

Se entrevistó al Director, enfermera profesional, auxiliares de enfermería, del Centro de Salud quienes han tenido relación con los promotores.

Se complementó la información con datos obtenidos en expedientes de los promotores y con la investigación.

C. Análisis de respuestas

Resultado del trabajo de campo, con promotores rurales de salud

La edad es uno de los requisitos establecidos para ser capacitado como promotor rural de salud, por lo que se consideró necesario la clasificación en este aspecto del grupo estudiado, cuyo resultado se presenta en el cuadro siguiente:

Cuadro No. 12
CLASIFICACION POR EDAD
PROMOTORES RURALES DE SALUD
MUNICIPIO DE CHUARRÁNCHO
AÑOS 1987 - 1993

| Años | Número Promotores | % |
|--------------|-------------------|---------------|
| 15 - 20 | 17 | 24.29 |
| 21 - 30 | 36 | 51.43 |
| 31 - 40 | 12 | 17.15 |
| 41 - 50 | 3 | 4.29 |
| 51 - 60 | 1 | 1.42 |
| 61 - 70 | 1 | 1.42 |
| TOTAL | 70 | 100.00 |

Fuente: Investigación de campo: Distrito de Salud de Chuarrancho. Mayo, 1993.

El cuadro anterior indica que, el mayor número de promotores rurales de salud en Chuarrancho, se encuentran ubicados dentro de las edades de mayor productividad de 15 a 40 años de edad, lo que ha incidido en su desenvolvimiento como tal, debido a la responsabilidad de desempeñar un trabajo para sostén de su familia.

Cuadro No. 13
CLASIFICACION POR SEXO
PROMOTORES RURALES DE SALUD
MUNICIPIO DE CHUARRANCHO
AÑOS DE 1987 - 1993

| Sexo | Número | % |
|---------|--------|-----|
| Hombres | 49 | 70 |
| Mujeres | 21 | 30 |
| TOTAL | 70 | 100 |

Fuente: Investigación de campo: Distrito de Salud de Chuarrancho. Mayo, 1993.

El cuadro anterior refleja que hay un mayor número de hombres, por razones de tipo cultural prevalece el sistema patriarcal, en el cual la mujer está supeditada a la decisión del hombre, en la familia (padre, esposo, conviviente).

En la mayoría de veces no aceptan que la mujer se dedique a este tipo de trabajo. Incide además, que por ser una población eminentemente indígena (95%) un elevado número de población no sabe leer ni escribir, siendo este un requisito necesario para desempeñarse como promotor.

A la escuela asiste mayor número de varones que niñas, por lo tanto hay más alfabetos varones que mujeres.

Cuadro No. 14
ESTADO CIVIL PROMOTORES RURALES DE SALUD
CHUARRANCHO
AÑOS 1987 - 1993

| Estado Civil | No. Promotores | % |
|--------------|----------------|------------|
| Casados | 38 | 54 |
| Unidos | 24 | 34 |
| Solteros | 8 | 12 |
| TOTAL | 70 | 100 |

Fuente: Investigación de campo: Distrito de Salud de Chuarrancho. Mayo, 1993.

Puede observarse que el más alto porcentaje de parejas (54%) que conviven, son casados; con ésto se demuestra cuan importante es para los habitantes de Chuarrancho, legalizar la unión, lo que contribuye a formar familias más estables y duraderas.

Cuadro No. 15
OCUPACION PROMOTORES RURALES DE SALUD
CHUARRANCHO
AÑOS 1987 - 1993

| Ocupación | Número | % |
|--------------------|-----------|--------------|
| Agricultores | 47 | 67.0 |
| Oficios Domésticos | 21 | 30.0 |
| Operarios | 1 | 1.5 |
| Otros | 1 | 1.5 |
| TOTAL | 70 | 100.0 |

Fuente: Investigación de campo: Distrito de Salud de Chuarrancho. Mayo, 1993.

El más alto porcentaje (67%) se dedica al sector agrícola especialmente al cultivo de granos básicos, frijol, maíz, etc. Destaca que del grupo de mujeres, el 30% son amas de casa, que no tienen ninguna actividad laboral fuera del hogar, pues están supeditadas a la decisión del esposo o conviviente, a quienes no les agrada que éstas se dediquen a la tarea de promotores y por ello han desertado de su trabajo como voluntarios.

Cuadro No. 16
INGRESO MENSUAL POR FAMILIA
PROMOTRES RURALES DE SALUD
CHUARRANCHO
AÑOS 1987 - 1993

| Ingresos Q. | Número | % |
|--------------|-----------|---------------|
| 50 - 100 | 67 | 95.71 |
| 101 - 200 | 1 | 1.42 |
| 201 - 300 | 1 | 1.42 |
| 301 - 400 | 1 | 1.42 |
| TOTAL | 70 | 100.00 |

Fuente: Investigación de campo: Distrito de Salud de Chuarrancho. Mayo, 1993.

Se pudo comprobar que los salarios devengados por los promotores son de miseria, producto de su trabajo como agricultores. La producción en la mayoría de veces es para autoconsumo de la familia. Esto hace emigrar a los pobladores de Chuarrancho a lugares como la capital u otros.

La situación anterior ha incidido en que dejan de prestar colaboración en favor del progreso de su comunidad.

Cuadro No. 17
NUMERO DE PERSONAS POR FAMILIA
PROMOTORES RURALES DE SALUD
MUNICIPIO DE CHUARRANCHO
AÑOS 1987 - 1993

| No. de Miembros | No. Promotores | % |
|-----------------|----------------|---------------|
| 1 - 5 | 10 | 14.28 |
| 6 - 10 | 30 | 42.85 |
| 11 - 15 | 20 | 28.57 |
| 16 - 20 | 10 | 14.28 |
| TOTAL | 70 | 100.00 |

Fuente: Investigación de campo: Distrito de Salud de Chuarrancho. Mayo, 1993.

Las familias numerosas, unido a los bajos salarios percibidos hacen que nos encontremos con una población con deficiencias alimentarias, medios propicios para insalubridad, enfermedad y muerte, lo que requiere una atención prioritaria a sus condiciones de salud. Los servicios institucionales no están en capacidad de cubrir la cobertura deseada y en este sentido el promotor representa un valioso recurso en la comunidad, ya que a través de él se otorgan servicios mínimos de salud, especialmente en lugares muy apartados.

Cuadro No. 18
NUMERO DE FAMILIAS ATENDIDAS
POR PROMOTRES RURALES DE SALUD
CHUARRANCHO
AÑOS 1987 - 1993

| Familias | No. de Promotores | % |
|--------------|-------------------|---------------|
| 10 - 20 | 5 | 7.14 |
| 21 - 30 | 20 | 28.57 |
| 31 - 40 | 10 | 14.29 |
| 41 - 50 | 15 | 21.43 |
| 51 - 60 | 20 | 28.57 |
| TOTAL | 70 | 100.00 |

Fuente: Investigación de campo: Distrito de Salud de Chuarrancho. Mayo, 1993.

Cada promotor durante su participación activa como tal, tuvo bajo su responsabilidad un promedio de 20 familias, con lo cual se cubrió un elevado número de estas en cada comunidad.

Ello demuestra el nivel de responsabilidad que los promotores pusieron de manifiesto en el desempeño de su trabajo.

Cuadro No. 19
ACTIVIDADES DESEMPEÑADAS POR EL
PROMOTOR RURAL DE SALUD
MUNICIPIO DE CHUARRANCHO
AÑOS 1987 - 1993

| Actividad | No. Promotores | % |
|--|----------------|---------------|
| - Promoción jornadas de vacunación | 45 | 64.28 |
| - Orientar sobre aspectos de salud | 15 | 21.43 |
| - Velar por la salud de niños y adultos en general | 10 | 14.29 |
| TOTAL | 70 | 100.00 |

Fuente: Investigación de campo: Distrito de Salud de Chuarrancho. Mayo, 1993.

El mayor número de sus acciones estuvo orientada a la promoción y divulgación de las jornadas nacionales de vacunación, sin descuidar por ello otros aspectos como: control pre-natal, higiene, etc., la labor educativa y de promoción que realiza el promotor contribuye a que la población de Chuarrancho, esté informada en diversos aspectos de salud.

Se detectan temprana y oportunamente casos de morbilidad que son referidos a los servicios de salud.

Cuadro No. 20
PROBLEMAS AFRONTADOS POR EL PROMOTOR
EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO
MUNICIPIO DE CHUARRANCHO
AÑOS 1987 - 1993

| Problema | No. de Promotores | % |
|---|-------------------|---------------|
| - Poca aceptación por auxillares del puesto | 5 | 7.14 |
| - No tuvo ningún problema | 5 | 7.14 |
| - Las personas no creen en sus consejos | 5 | 7.14 |
| - Falta de material para trabajar | 5 | 7.14 |
| - No recibir ningún sueldo | 50 | 71.44 |
| TOTAL | 70 | 100.00 |

Fuente: Investigación de campo: Distrito de Salud de Chuarrancho. Mayo, 1993.

El mayor porcentaje de promotores coincidieron en que no recibieron ningún sueldo o pago por su trabajo, consecuencia lógica de sus necesidades económicas, que sin embargo contradicen la filosofía del trabajo voluntario. Unido a ello manifestaron la falta de apoyo en cuanto a material, orientación, etc. por parte del personal de centros y puestos de salud. Es evidente además la poca aceptación que existe del auxiliar de enfermería del puesto de salud hacia el trabajo del promotor.

Cuadro No. 21
CAUSAS DE DESERCIÓN DEL PROMOTOR
RURAL DE SALUD
MUNICIPIO DE CHUARRANCHO
AÑOS 1987 - 1993

| Causas de deserción | No. Promotores | % |
|---|----------------|---------------|
| - Falta de apoyo del Centro de Salud | 4 | 5.72 |
| - Falta de recursos económicos por tener que trabajar y no tener sueldo | 66 | 94.28 |
| TOTAL | 70 | 100.00 |

Fuente: Investigación de campo: Distrito de Salud de Chuarrancho. Mayo, 1993.

Revelan los datos anteriores que tanto la falta de apoyo institucional, como el no percibir un salario han sido los factores más importantes y decisivos para la deserción de éstos, lo cual viene a poner una vez más de manifiesto la situación económica tan precaria en esta comunidad, además la falta de conciencia del personal institucional en cuanto al beneficio del trabajo del promotor.

Cuadro No. 22
SITUACION DE LAS FAMILIAS SIN LA ATENCION DEL PROMOTOR
CHUARRANCHO
AÑOS 1987 - 1993

| Situación Actual | No. Promotores | % |
|-------------------------------------|----------------|---------------|
| - No tiene ninguna atención | 58 | 82.85 |
| - Acuden a servicios en la capital | 7 | 10.00 |
| - No los atiende el Centro de Salud | 3 | 4.29 |
| - No siguen medidas higiénicas | 2 | 2.86 |
| TOTAL | 70 | 100.00 |

Fuente: Investigación de campo: Distrito de Salud de Chuarrancho, Mayo, 1993.

Se demostró que sin el apoyo de los promotores a nivel comunitario, las familias de Chuarrancho han dejado de recibir la atención mínima, afectando con ello las condiciones de salud enfermedad de la población que ha quedado al margen de toda posibilidad, especialmente aquellos que viven en lugares poco accesibles.

Cuadro No. 23
REQUERIMIENTOS DE APOYO
PROMOTORES RURALES DE SALUD
CHUARRANCHO
AÑOS 1987 - 1993

| Tipo de ayuda | No. Promotores | % |
|---|----------------|---------------|
| - Equipo (jeringas, SRO, algodón, etc.) | 3 | 4.28 |
| - Un salario mínimo y medicinas | 65 | 92.86 |
| - Material didáctico, tareas educativas | 2 | 2.86 |
| TOTAL | 70 | 100.00 |

Fuente: Investigación de campo: Distrito de Salud de Chuarrancho. Mayo, 1993.

Se demuestra que el promotor requiere básicamente para su desempeño como tal, de un salario mínimo, de ayuda económica mínima, dado sus precarias condiciones socio-económicas, sin embargo, si ésto se diera se estaría perdiendo la filosofía de un programa de voluntariado. Ha incidido en esta situación que muchos de los promotores que se han capacitado en salud pública han sido absorbidos por otras instituciones como visión mundial, Ministerio de Desarrollo, etc., que pagan por los trabajos que los promotores desempeñan.

Cuadro No. 24
PROMOTORES ACTIVOS
MUNICIPIO DE CHUARRANCHO
AÑOS 1987 - 1993

| Situación Actual | No. Promotores | % |
|------------------|----------------|---------------|
| Desertaron | 64 | 91.42 |
| Activos | 6 | 8.58 |
| TOTAL | 10 | 100.00 |

Fuente: Investigación de campo: Distrito de Salud de Chuarrancho. Mayo, 1993.

Se demuestra que 91% de los promotores han desertado de su trabajo como voluntarios, obligados por razones económicas, lo que ha provocado su emigración hacia otros lugares que les den mayores oportunidades de mejorar sus condiciones de vida. Es así como se pudo demostrar que se encuentran en la capital, en otros departamentos o en los Estados Unidos. Unido a esto no ha existido ninguna motivación o incentivo por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Resultados de la encuesta con el personal de salud

Es responsabilidad del personal de salud (Médico, Enfermera, Trabajador Social, Inspector de Saneamiento Ambiental, Técnico de Salud Rural) participar en las diferentes etapas del programa de capacitación de promotores, además que es el personal que mantiene mayor contacto con los mismos, especialmente a nivel de Centros de Salud, por lo que se consideró necesario conocer todos los aspectos relacionados con el quehacer de este personaje en apoyo a los programas que llevan a cabo.

El resultado se presenta en los siguientes cuadros.

Cuadro No. 25
CONOCE LA COMUNIDAD AL PROMOTOR RURAL DE SALUD
MUNICIPIO DE CHUARRANCHO
AÑOS 1987 - 1993

| Situación Actual | No. Personal Institucional | % |
|------------------|----------------------------|---------------|
| Si lo conocen | 9 | 90.00 |
| No lo conocen | 1 | 10.00 |
| TOTAL | 10 | 100.00 |

Fuente: Investigación de campo: Distrito de Salud de Chuarrancho. Mayo, 1993.

El personal manifestó que la comunidad tiene conocimiento del promotor, con ello hay coincidencia en la respuesta de los promotores, por haber recibido en algún momento la ayuda de éste, en diferentes aspectos (referencia al centro o puesto de salud, orientación educativa, visitas, etc.).

Cuadro No. 26
ES IMPORTANTE Y UTIL EL PROGRAMA DE PROMOTORES
MUNICIPIO DE CHUARRANCHO
AÑOS 1987 - 1993

| Razones | No. | % |
|--|-----------|------------|
| - Sí, cuando las personas son bien seleccionadas | 7 | 70 |
| - Sí, porque son el contacto directo con la comunidad | 2 | 20 |
| - No, cuando las personas son mal seleccionadas (Irresponsables, viciosos, etc.) | 1 | 10 |
| TOTAL | 10 | 100 |

Fuente: Investigación de campo: Distrito de Salud de Chuarrancho. Mayo, 1993.

Tomando en cuenta las características del programa de promotores y porque el mismo tenga el resultado y el impacto esperado, es necesario que existan criterios bien definidos, especialmente en lo que se refiere a la selección de los mismos, lo cual debe depurarse y estar en congruencia con los objetivos que se persiguen, no capacitar para llenar un requisito del Ministerio de Salud, porque va a depender de su selección la permanencia del promotor.

Cuadro No. 27
HAN PARTICIPADO EN LA SELECCION
Y CAPACITACION DE PROMOTORES
MUNICIPIO DE CHUARRANCHO
AÑOS 1987 - 1993

| Actividad | No. | % |
|--------------------|-----------|------------|
| Han participado | 9 | 90 |
| No han participado | 1 | 10 |
| TOTAL | 10 | 100 |

Fuente: Investigación de campo: Distrito de Salud de Chuarrancho. Mayo, 1993.

La mayoría del personal del Centro de Salud, entre los que se cuentan: 1 médico, 1 enfermera graduada, 7 auxiliares de enfermería, 1 técnico de salud rural, 1 Inspector de saneamiento ambiental y un trabajador social, han participado en la selección y capacitación de los promotores. Se considera importante la opinión de este personal porque son ellos quienes tienen la responsabilidad de seleccionar a las personas que habrán de trabajar como promotores y del criterio que utilicen para esta selección va a depender en gran medida su desempeño en la comunidad; así mismo, es este personal quien desarrolla el contenido de programas de acuerdo a su disciplina y de su calidad docente depende el adecuado aprendizaje de los promotores y la posterior aplicación de sus conocimientos.

Cuadro No. 28
CUAL ES LA ACTIVIDAD MAS IMPORTANTE DEL PROMOTOR
MUNICIPIO DE CHUARRANCHO
AÑOS 1987 - 1993

| Actividad | No. | % |
|--|-----------|------------|
| - Educación en salud | 7 | 70 |
| - Detectar problemas de salud | 2 | 20 |
| - Referir pacientes al Centro de Salud | 1 | 10 |
| TOTAL | 10 | 100 |

Fuente: Investigación de campo: Distrito de Salud de Chuarrancho. Mayo, 1993.

Se revela que el mayor porcentaje de la actividad de los promotores recae en la educación en salud y la detección de problemas de salud, jornada nacional de vacunación, referencias, lo que indica que el promotor sí cumple con su rol en su comunidad.

Cuadro No. 29
RAZONES DE DESERCIÓN DE LOS PROMOTORES RURALES DE SALUD
MUNICIPIO DE CHUARRANCHO
AÑOS 1987 - 1993

| Razones | No. | % |
|--|-----------|------------|
| - Situación económica precaria | 8 | 80 |
| - Falta de incentivos | 1 | 10 |
| - Falta de tiempo por trabajar fuera del municipio | 1 | 10 |
| TOTAL | 10 | 100 |

Fuente: Investigación de campo: Distrito de Salud de Chuarrancho. Mayo, 1993.

El personal institucional coincide también en que la mayor causa del retiro de los promotores de su actividad como tales ha sido la situación económica precaria de los mismos, bajo nivel educativo, pocas oportunidades.

Resultado de la encuesta con los comunitarios de Chuarrancho

La comunidad donde reside el promotor, es el ámbito donde éste desarrolla sus funciones como tal, por lo que se consideró importante conocer la opinión de las personas de estas comunidades a las que sirven. Para ello se realizaron varias entrevistas cuyos resultados se presentan en los siguientes cuadros.

Cuadro No. 30
CONOCEN A LOS PROMOTORES DE SALUD
MUNICIPIO DE CHUARRANCHO
AÑOS 1987 - 1993

| Conocimiento | No. de Comunitarios | % |
|---------------|---------------------|------------|
| Si lo conocen | 45 | 100 |
| No lo conocen | - | - |
| TOTAL | 45 | 100 |

Fuente: Investigación de campo: Distrito de Salud de Chuarrancho. Mayo, 1993.

El promotor es conocido en su comunidad, porque los habitantes de alguna manera han recibido alguna atención de los mismos especialmente de tipo curativo (inyecciones) o a través de mensajes educativos. Ello implica que existe aceptación y que a través del promotor se establece relación con los servicios de salud. Con la deserción del promotor, los comunitarios dejan de recibir estos servicios.

Cuadro No. 31
ACEPTACION DEL PROMOTOR RURAL DE SALUD EN LA COMUNIDAD
MUNICIPIO DE CHUARRANCHO
AÑOS 1987 - 1993

| Aceptación del Promotor Rural de Salud en su Comunidad | No. de Comunitarios | % |
|--|---------------------|------------|
| - Aceptan al promotor rural de salud los comunitarios | 45 | 100 |
| - No aceptan al promotor en su comunidad | - | - |
| TOTAL | 45 | 100 |

Fuente: Investigación de campo: Distrito de Salud de Chuarrancho. Mayo, 1993.

Pudo comprobarse que en un alto porcentaje la comunidad acepta el trabajo del promotor, especialmente en aspectos de educación y promoción. Lo buscan cuando requiere de hipodermia, recetas en centros y puestos de salud, o para referencia a los mismos por algún problema de enfermedad. Esta aceptación es motivada por el conocimiento que tienen de él, por ser oriundo del lugar y la confianza que le tienen.

Cuadro No. 32
QUE TIPO DE ATENCION HA RECIBIDO DEL PROMOTOR RURAL DE SALUD
MUNICIPIO DE CHUARRANCHO
AÑOS 1987 1993

| Tipo de Atención | No. de Comunitarios | % |
|---------------------------------|---------------------|---------------|
| - Orientación educativa | 25 | 55.56 |
| - Referencia al puesto de salud | 15 | 33.33 |
| - Hipodermia | 5 | 11.11 |
| TOTAL | 45 | 100.00 |

Fuente: Investigación de campo: Distrito de Salud de Chuarrancho. Mayo, 1993.

Los comunitarios informaron que durante la existencia de los promotores, la mayoría recibía atención de parte de éstos, lo cual queda representado en: orientación educativa, referencias al puesto o centro de salud, así como la aplicación cuando es necesario de la hipodermia.

Cuadro No. 33
COMO HA AFECTADO A LA COMUNIDAD LA AUSENCIA
DEL PROMOTOR
MUNICIPIO DE CHUARRANCHO
AÑOS 1987-1993

| Situación Actual | No. de Comunitarios | % |
|--|---------------------|---------------|
| - Han dejado de atender su salud | 5 | 11.11 |
| - Viajan a la capital | 35 | 77.78 |
| - Lo atienden en el centro o puesto de salud | 5 | 11.11 |
| - No tiene ninguna atención | - | - |
| TOTAL | 45 | 100.00 |

Fuente: Investigación de campo: Distrito de Salud de Chuarrancho. Mayo, 1993.

La ausencia del promotor en la comunidad que estaba acostumbrada a contar con este apoyo en cuestión salud, se ha hecho evidente, repercutiendo negativamente en su salud, debido a que en la actualidad, prefieren viajar a la capital en detrimento de su mísero presupuesto familiar que acudir a los servicios del municipio.

Coinciden los resultados de los promotores rurales de salud, personal institucional de salud y comunitarios, pues la encuesta realizada reflejó que la deserción del promotor se debe básicamente a sus precarias condiciones económicas por sus limitados recursos, su formación educativa es de bajo nivel, por esta razón el trabajo que desempeñan les reporta muy bajos ingresos, lo que ha motivado a emigrar a otros lugares en busca de mejores condiciones de vida.

Esta deserción queda comprobado que ha incidido negativamente en la salud de los pobladores de Chuarrancho, quienes se han visto privados de una atención mínima de salud como está demostrado, debido a que ya no reciben la misma atención en el Centro de Salud como anteriormente cuando eran referidos por promotores.

En la actualidad en Chuarrancho, únicamente prestan servicio como promotores 6 personas, o sea el 8.58% de los 70 que fueron capacitados.

CAPITULO QUINTO
PARTICIPACION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL
PROGRAMA DE PROMOTORES RURALES DE SALUD

El Trabajador Social, comprometido con la promoción social, debe encontrar los niveles de concientización y crear actitudes y comportamientos capaces de elevar a niveles superiores de actuación, la organización de una comunidad alrededor de sus intereses inmediatos o no, pero que sirva para provocar su sentido crítico, autónomo, creativo, etc.

Deberá ejecutar acciones que conduzcan a la movilización social o evolución espontánea, relativa al devenir constante, a una transición continua, es un insensante fluir; la destrucción y la creación simultánea, operando en el desarrollo de las comunidades.

Estas acciones deberán estar dirigidas a cambios: Ecológicos, Económicos e Ideológicos, con la intervención de promotores rurales, altamente capacitados para el efecto.

Es de vital importancia que este grupo que será objeto de cambio, busque y analice los recursos más factibles para el mismo, desde luego, habrá que tomar en cuenta cuál ha sido el factor determinante en su evolución espontánea.

Otro factor importante que no debe perder de vista el Trabajador Social es la organización principal de toda sociedad: "la familia, pues debe ser el

núcleo principal en la dinámica para el progreso". 77

Esta deberá en todo momento, ser objeto de persuasión constante y sistemática en cada uno de sus miembros, especialmente en las personas mayores, pues dentro de su organización las relaciones internas están provistas de costumbres tradicionales tan arraigadas que le impiden enfiar en lo nuevo.

Habrá que lograr ésto para encontrar líderes espontáneos, elementos de especial importancia en todo programa tendiente al cambio y, si al principio no se logra contar con los espontáneos, tendrá que formarse líderes adecuados pues éstos vienen a ser imprescindibles para propiciar a través de los mismos una movilización social que contribuya a promocionar mejores condiciones de salud a través de la autodeterminación y autogestión.

Además el Trabajador Social, debe tener muy en cuenta que dentro de una cultura existen grupos de personas con intereses homogéneos, con aspiraciones, anhelos y propósitos de superación y que por carecer de una organización perfecta, un poco de voluntad y esfuerzo mutuo, no logran totalmente lo que pretenden, también de estos grupos habrá que auxiliarse en el programa que para el efecto se planifique mediante su organización técnica y haciendo hincapié en su dinámica.

77 VÍCTOR MANUEL VALVERDE ALVAREZ. Curso Desarrollo de la Comunidad. Escuela de Servicio Social Rural de Occidente. Quetzaltenango, 1963. Pág. 30

Por lo tanto el trabajo con promotores rurales de salud no debe consistir para el Trabajador Social, únicamente en una estadística, o un medio para acciones paliativas de salud, sino lograr los cambios necesarios como:

Ecológicos:

Los cuales dictan el mejoramiento de las relaciones del grupo y el medio en que vive, en cuanto a sus métodos de subsistencia, sin percatarse que a veces se ocupa en muy frecuentes ocasiones, a niños y adolescentes que bien pueden estar empleando el tiempo en los estudios.

Económico:

El que puede resumirse de la siguiente manera:

- Distribución de los recursos del medio físico y social, especialmente del recurso tierra y algunos otros elementos básicos de la producción.
- Fertilización por métodos modernos de las tierras agotadas.
- Mejorar elaboración y comercialización de los productos.
- Facilidad de crédito.
- Estimular los esfuerzos por mejorar las condiciones de trabajo.
- Fomentar todo lo que en pequeñas cantidades, sirve de medio de subsistencia.

Ideológico:

Deberá respetar en todo momento lo tradicional, gozar de los mismos alcances y limitaciones que la cultura impone, con la única mira de elevarlo siempre a las técnicas modernas y en tanto se introduce mediante el proceso de cambio, el sustituto adecuado.

Desde otro punto de vista, el Trabajador Social no debe olvidar que la salud de la población, va intrínsecamente relacionada al progreso o retraso de todos los demás satisfactores necesarios de sus pobladores; y a todos los factores mencionados anteriormente y en tal sentido su acción debe estar orientada en esa dirección, especialmente al capacitar y trabajar con personal como los promotores rurales de salud.

Por sobretodo el trabajador social deberá hacer conocer a la población, la responsabilidad que le corresponde en la lucha por una vida mejor, no esperar pasivamente a que el cambio llegue, sino que es su tarea buscar ese cambio de los medios que sirvan para tal fin.

La organización crítica será la mejor arma del promotor con la cual se concientiza conjuntamente con la comunidad en la que realizará su labor.

Debe entenderse que la única forma de comprometer a la comunidad a que tome la salud como una responsabilidad propia como realmente lo es y no como

responsabilidad exclusiva del médico o del Ministerio de Salud, es haciéndola partícipe del conocimiento en salud, de las decisiones al respecto, de los programas y de las actividades que le convienen para una vida mejor.

Debe tenerse muy en cuenta que un hombre, -en términos genéricos- que llega a comprender que la salud de él, de su familia y del grupo, es parte de una situación social en donde esté incluida la vivienda, la educación, su ingreso, sus posibilidades reales, abandonará posturas Ingenuas y dentro de su organización presionará por mejores conquistas para su grupo y comunidad y sobre todo para las generaciones venideras.

CONCLUSIONES

1. La existencia del promotor rural de salud, marca un camino o una posibilidad para hacer efectiva la estrategia de atención primaria de salud, dado que sus acciones pueden hacerlo potencialmente poderoso, para mejorar condiciones del proceso salud-enfermedad.
2. Sin embargo, la precaria condición socio-económica de las personas seleccionadas como promotores y el poco apoyo del personal del Centro y Puestos de Salud de Chuarrancho, constituyen las principales causas de su deserción como voluntarios.
3. El trabajo del promotor rural de salud, ha sido positivamente aceptado por los habitantes de las diferentes comunidades de Chuarrancho, quienes con su ausencia se ven privados de la atención mínima de salud que recibían de este personal.
4. Los contenidos del programa de promotores rurales de salud han sido diseñados por un nivel técnico normativo muchas veces no acorde a las necesidades y circunstancias especiales del lugar donde los mismos van a aplicar sus conocimientos.
5. El programa de promotores de Chuarrancho ha sido responsabilidad de trabajo social, pero la ausencia de este profesional en el distrito ha incidido en el deterioro del programa en detrimento de la salud de la

población.

6. Existe elevada deserción de promotores desde que se inició el programa por razones básicamente económicas. En la actualidad es mínimo el número de promotores activos.
7. La situación económico-social del país afecta negativamente la calidad de vida del guatemalteco, de donde se deriva su precaria condición de salud.
8. El municipio de Chuarrancho es un reflejo del funcionamiento de ese sistema y como consecuencia su población afronta pésimas condiciones de salud-enfermedad
9. En gran parte las necesidades del hombre actual son creadas socialmente, es decir, necesidades que resultan del funcionamiento de un sistema dado que impone determinadas exigencias a las personas, de las cuales se derivan sus problemas de salud.
10. El trabajador social de área ha sido responsable del programa a nivel de distrito, pese a que debe ser trabajo de esta disciplina en ese nivel.

RECOMENDACIONES

1. Para el logro de los objetivos del programa de promotores rurales de salud se recomienda obtener la máxima representatividad de su comunidad a través de una genuina participación y decisión.
2. Es conveniente evaluar el programa y redefinir sus objetivos, procurando mejores incentivos para el personal que sea capacitado como promotor.
3. Es necesario incluir desde el comienzo de la programación de capacitación de promotores, los mecanismos de educación continuada del personal adiestrado como refuerzo de supervisión, evaluación y apoyo.
4. Es necesario diseñar programas basados en tareas por ejecutar y en las características concretas de la comunidad en que debe actuar. Esto implica tomar en cuenta las posibilidades reales de apoyo del sistema de salud y los recursos disponibles.
5. Es conveniente que el Centro de Salud de Chuarrancho, cuente con un profesional de trabajo social, para hacer efectiva la acción comunitaria.
6. Se requiere de una profunda transformación de las condiciones económico-sociales para mejorar el nivel de la mayoría de la población entre los que se encuentran los habitantes del municipio de Chuarrancho.

7. Es prioritario que a los promotores se les capacite para que trabajen conjuntamente con líderes locales en proyectos comunitarios para conseguir que la comunidad participe en la toma de decisiones de la solución de sus problemas de salud como autogestión.

8. El trabajador social cumpliendo con los objetivos de la profesión, debe reorientar su función en el programa de promotores y propiciar que éste responda a un proceso de desarrollo y autogestión y no únicamente al cumplimiento de tareas institucionales.

BIBLIOGRAFIA

- ARAMBURU, German. "Programa Nacional de Promotores Rurales de Salud". Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Mimeo-grafiado 1972.
- BAENA PAZ, Guillermina. "Manual para elaborar trabajos de investigación documental". Reproducción no lucrativa. México D.F., 1977. Colección técnica No. 7 y No. 8.
- BANCO DE DATOS MUNICIPIO DE CHUARRANCHO, Area Guatemala Sur, 1990.
- BREILH, Jaime; GRANDA, Edmundo. "Investigación de la salud en la sociedad". Guía pedagógica sobre un nuevo enfoque del método epidemiológico. Pág. (1-72). Ediciones Centro de Estudio y Asesoría en Salud. Quito, Ecuador. Segunda Edición, 1982.
- BOWER, Bill. "Aprendiendo a Promover la Salud". Centro de Estudios Educativos. México D.F., 1984.
- CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCION PRIMARIA DE SALUD, Alma-Ata (U.R.S.S.) 6-12 septiembre 1978.
- ESPINOZA VERGARA, Mario. "Teoría y Práctica del Servicio Voluntario". Segunda Edición, San José, Costa Rica, 1977.

- GUATEMALA, Mimeografiado "Plan Nacional de Salud". 1991-1996- S.E.
- GUATEMALA, Mimeografiado "Los Niños de Guatemala". 1991. S.E.
- LARA MORALES, Erwin. "Diagnóstico de Salud, Distrito No. 20 - Chuarrancho", Area de Salud Guatemala Sur. Guatemala, 1990.
- MARISCAL, Enrique Luis. "El Aprendizaje por Participación Grupal en Educación Medica". OPS/OMS. 1988
- MENDIETA ALATORRE, Angeles. "Métodos de Investigación". Mimeografiado USAC. Guatemala, 1986.
- NORIEGA CASTILLO, Carlos Federico. "Apuntes sobre Metodología de la Investigación". Guatemala, 1992.
- ORTIZ, Rolando Eliseo. "Técnicas de Investigación Científica" Editorial Universitaria. Guatemala, C.A., 1979.
- REVISTA VOLUNTARIOS. San José de Costa Rica. Ministerio de Cultura Juventud y Deporte. 3a. Edición. 1968.
- ROJAS SORIANO, Raúl. "Guía para Realizar Investigaciones Sociales". Textos Universitarios. UNAM. 6a. Edición. México D.F., 1982.

- SEGUNDA REUNION DE DIRECTORES DE ORGANIZACIONES DE SERVICIO VOLUNTARIO DE AMERICA LATINA, San José de Costa Rica, 1972.
- SON TURNIL, Benjamín. "Servicios Comunes de Salud". Editorial Universitaria. USAC. Guatemala, 1980.
- TAMAYO Y TAMAYO, Mario. "El Proceso de la Investigación Científica, Fundamentos de la Investigación". Editorial Limusa. Bogotá, Colombia, 1984.
- TEJADA DE LA VEGA, Eduardo. "Plan de Desarrollo Región Metropolitana". Guatemala, 1990 S.E.
- VALVERDE ALVAREZ, Víctor Manuel. "Curso Desarrollo de la Comunidad". Escuela de Servicio Social Rural de Occidente. Quetzaltenango, 1963.
- VIAU DAVILA, Alberto. "Investigación Operacional para la Asistencia Médica primaria". Análisis de Enfoques de sistemas OPS/Atenas Grecia. Octubre 1983.
- WERNER, David. "Aprendiendo a Promover Salud". Centro de Estudios Educativos. México D.F., 1984.

ANEXOS

ENCUESTA SOBRE EL PROMOTOR RURAL DE SALUD
PRACTICADA A LOS VECINOS DEL MUNICIPIO DE CHUARRANCHO

1. Conoce usted a los promotores de salud?

Sí _____

No _____

2. Ha recibido algún tipo de atención de parte de los promotores?

Qué tipo _____

Ninguna _____

3. Cuando no está el promotor, ¿qué hace usted cuando está enfermo, o necesita orientación sobre su salud?

Viaja a la capital: _____

Ha dejado de atender su salud: _____

Lo atienden en el centro o puesto de salud: _____

No tiene ninguna atención: _____

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

ENCUESTA SOBRE EL PROMOTOR RURAL DE SALUD
MUNICIPIO DE CHUARRANCHO

PRACTICADA A LOS PROMOTORES RURALES DE SALUD

FAVOR DE RESPONDER SINCERAMENTE LAS PREGUNTAS, PORQUE ESO
AYUDARA A MEJORAR EL PROGRAMA DE PROMOTORES RURALES DE SALUD.

1. Cuántos años tiene usted _____
2. Es usted soltero o casado _____
3. Cuántas personas son en su familia _____
4. De qué trabaja usted actualmente _____
- 5.Cuál es el lugar donde trabaja _____
6. Cuánto es su salario _____
7. En qué fecha fue usted capacitado como promotor _____
8. Quién lo seleccionó a usted para ser promotor _____
9. Quién le dio las clases en el curso de promotores _____

10. Qué tema le gustó más de las clases que recibió y por qué le gustó más? _____
11. Cuántas familias tenía a su cargo _____

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

12. Qué actividades realizó usted como promotor en su comunidad?
13. Era bien aceptado por sus familias y su comunidad?
14. Qué problemas tuvo usted en su trabajo como promotor?
15. Por qué se retiró usted de su trabajo como promotor .
16. Cree usted que su trabajo en la comunidad ayudó a mejorar la situación de salud de sus familias y comunidad, qué mejoró
17. Ahora que usted no es promotor qué hacen sus familias para cuidar su salud
18. Conoce usted otros promotores que se hayan retirado y por qué se han retirado
19. Qué apoyo le brindaron a usted el personal del centro o puesto de salud
20. Qué ayuda necesita el promotor para realizar su trabajo en la comunidad

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

INVESTIGACION SOBRE DESERCIÓN DEL PROMOTOR RURAL DE SALUD
PERSONAL DE SALUD

Le ruego responder con la mayor sinceridad posible las preguntas, porque esto ayudará a mejorar el programa de promotores.

1. Conoce usted el programa de promotores rurales de salud

2. Cree usted necesario e importante el trabajo del promotor
SI Por qué
NO Por qué

3. Ha participado en la selección de promotores

4. Ha participado en el desarrollo de la capacitación

5. En su opinión cual es la actividad más importante que desarrollan los promotores de salud

6. Por qué es importante esa actividad

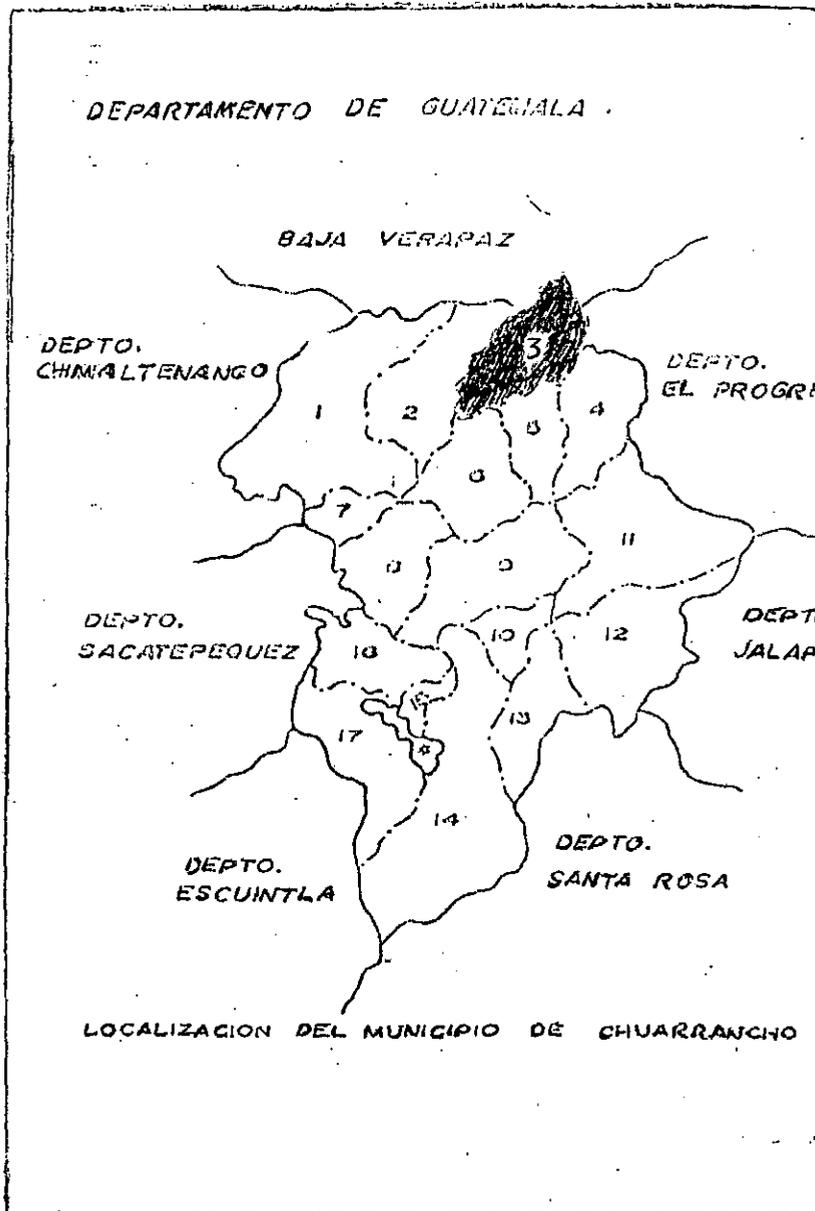
7. De los promotores capacitados se han retirado algunos de su trabajo como voluntarios?

8. Cuál considera usted que es la causa más importante por la cual se retira el promotor de su trabajo en salud

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

9. Afecta el retiro del promotor la situación de salud de la comunidad? cómo le afecta?
10. Qué apoyo reciben los promotores de parte del personal de salud?
11. Cuáles considera usted que son los mayores problemas que afronta el promotor para el desempeño de su trabajo?
12. Qué sugerencias haría para mejorar la capacitación del promotor?

LOCALIZACION DEL MUNICIPIO DE CHUARRANCHO



Fuente: Banco de Datos Centro de Salud.

INTERPRETACION DEL CROQUIS
DEPARTAMENTO DE GUATEMALA

1. SAN JUAN SACATEPEQUEZ
2. SAN RAIMUNDO
3. CHUARRANCHO
4. SAN JOSE DEL GOLFO
5. SAN PEDRO AYAMPUC
6. CHINAUTLA
7. SAN PEDRO SACATEPEQUEZ
8. MIXCO
9. CIUDAD DE GUATEMALA
10. SANTA CATARINA PINULA
11. PALENCIA
12. SAN JOSE PINULA
13. FRAIJANES
14. VILLA CANALES
15. PETAPA
16. VILLA NUEVA
17. AMATITLAN
- * LAGO DE AMATITLAN

INTERPRETACION DEL CROQUIS

DIVISION GEOGRAFICA

MUNICIPIO DE CHUARRANCHO

El municipio comprende un pueblo, cinco aldeas, veintiun caseríos y cinco fincas.

Los caseríos los constituyen: El Limón, El Sisimite, San Bernardo, El Salitre, El Espinal, Los Olotes, Santa Catarina, El Tamarindo, El Castaño, Los Mangales, Quebrada de Guadalupe, El Naranjito, El Tablón, El Porvenir, El Comúl, La Tejera, El Guajilote, La Laguna, El Estoraque, Lo de Choy y San Pedrito.

Las fincas son: El Conacaste, El Amatillo, El Coyolito, Santa Bárbara, Lo del Ac y San José.

INTERPRETACION DEL CROQUIS

ACCIDENTES OROGRAFICOS

ACCIDENTES HIDROGRAFICOS

MUNICIPIO DE CHUARRANCHO

CERROS: Las Minas, Rancho Ignacia y Los Petates

RIOS PRINCIPALES: Río Grande o Motagua

RIOS SECUNDARIOS: Río San Bernardo y Río Las Vacas

QUEBRADAS: Jolocot, El Espinal, De Guadalupe, El Sisimite, El Sandial y Los Olotes.