

URLX
04
T

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR
FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES
QUETZALTENANGO, GUATEMALA.

LA PARTICIPACION DEL TRABAJADOR SOCIAL
EN EL PROGRAMA DE
PROMOTORES RURALES DE SALUD
(UNA ALTERNATIVA PARA EL DESARROLLO COMUNAL)

ESTUDIO REALIZADO EN LOS DEPARTAMENTOS
DE
QUETZALTENANGO Y TOTONICAPAN.

TESIS
Presentada al Consejo de la Facultad
de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad
Rafael Landívar.

Por:

MIRIAM JUDITH MENDEZ DE LEON

Como requisito previo a optar
el grado académico de

LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL

Quetzaltenango, septiembre de 1,991.

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR

Rector:	Mons. Luis Manrresa Formosa, S. J.
Vice rectora General:	Licda. María Luisa Beltranena de Padilla
Vice rector Académico:	Lic. Luis Achaeradio Zuazo, S. J.
Secretario:	Lic. Gabriel Medrano Valenzuela
Director Financiero:	Lic. Obdulio Romeo Villatoro ..
Director Administrativo:	Lic. Oscar Rolando Montenegro Pazos

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

Decano:	Lic. Angel Velásquez Trejo
Vicedecano:	Licda. Pilar Serrano de López.
Secretaria Interina:	Licda. Yadira Barrios de Barrios.
Director Depto. de Psicología y Depto. de Turismo:	Lic. Angel Velásquez
Directora Depto. de Filosofía y Letras e Instituto de Lingüística:	Licda. Guillermina Herrera Peña.
Director Depto. de Educación:	Lic. Héctor Antonio Guerra Pedroza
Director Depto. de Trabajo Social:	Licda. Floridalma Meza Palma
Directora de la Carrera de Ciencias de la Comunicación:	Licda. Genoveva Deutschmann.
Directora del Instituto de Psicología:	Dra. Blanca López Pedroza.
Director del Centro de Orientación:	Dr. Fidelio Swana Wong.
Representantes de Catedráticos:	Licda. Ana Wigoda de Selechnick. Lic. Benjamín Moscoso Palacios.

**CONSEJO DE LAS FACULTADES DE QUETZALTENANGO
U.R.L.**

Director General: Dr. Alfonso Loarca Pineda
Vicedirector: Lic. Orlando Sacasa Sevilla
Director Académico: Licda. María Victoria Ordóñez de Ordóñez
Director Financiero: Lic. José Anibal Palacios Arango
Secretario: Lic. Jesús Rodríguez Jalón.
Vocales: Dr. Alfredo Molina Pontacq
Lic. Carlos Enrique Robles Flores
Arq. Otto Iván Hernández Aguilar
Ing. Francisco R. Gutiérrez Martínez
Lic. Alejandro Aguirrezabal Sagrario
Lic. Juan José Tánchez Culebro
Lic. Jorge Humberto Mazariegos Mena

Vocal suplente representante del claustro de catedráticos: Lic. César Eduardo Muñoz Mérida.

Quetzaltenango,
10 de Agosto de 1.990.

Licenciada
Victoria Ordóñez de Ordóñez
Directora Académica de las
Facultades de Quetzaltenango de la
Universidad "Kaiáel Landívar"
Su Despacho.

Atentamente tengo el agrado de dirigirme a Usted a efecto de comunicarle que, de acuerdo al nombramiento que se me hiciera en su oportunidad para asesorar el trabajo de Tesis titulado "LA PARTICIPACION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL PROGRAMA DE PROMOTORES RURALES DE SALUD", presentado por la Trabajadora Social: MIRIAM JUDITH MENDEZ DE LEON, he cumplido con mucha satisfacción el trabajo encomendado toda vez que la Tesaria conoce perfectamente el fenómeno estudiado, además de la dedicación, capacidad y creatividad con que desarrolló el mismo.

El trabajo tiene un planteamiento teórico y está enmarcado dentro del quehacer científico; tiene buen fundamento teórico y un amplio trabajo de campo, que abarcó dos departamentos del occidente del país; y, por medio de la confrontación de estos resultados, se pudo comprobar el cuerpo de la hipótesis enunciada. Asimismo, da a conocer las funciones que debe desarrollar el Trabajador Social, como profesional que posee los recursos para brindar adiestramiento necesario al personal que está inmerso en esos programas; y, por medio de sus conclusiones y recomendaciones, presenta nuevos hallazgos y posibles soluciones para la resolución del problema planteado.

En consecuencia, por este medio doy mi aprobación al trabajo realizado por la Tesaria, a quien presento una efusiva felicitación por su esfuerzo y dedicación. Al mismo tiempo, le ruego designar al Tribunal Revisor, para que realice el trabajo atinente al caso.

Deferentemente,

Lic. Oscar Hastedt Lemus.
Asesor

25
AÑOS

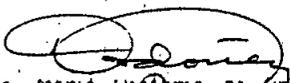
FACULTADES DE QUETZALTENANGO
UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR
14 Av. 0-43. Zona 3
Apartado 87 - Tele. 2269 - 2176
09901 QUETZALTENANGO, GUATEMALA, C.A.

DA-225-91

DIRECCION ACADÉMICA DE LAS FACULTADES DE QUETZALTENANGO, UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR, Quetzaltenango, cuatro de marzo de mil novecientos noventa y uno.

De acuerdo con el dictamen recibido de el Lic. Edgar Hastedt Lemus, Asesor de la Tesis denominada: "LA PARTICIPACION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL PROGRAMA DE PROMOTORES RURALES DE SALUD", de la estudiante MIRIAM JUDITH MENDEZ DE LEON, y el resultado del Examen de Tesis, la Dirección Académica de las Facultades autoriza la impresión de la misma, previo a su graduación profesional.




Licda. María Victoria de Urquía
DIRECTORA ACADÉMICA

MVDEO/cdem

NOTA: Únicamente el Autor es responsable del contenido, doctrinas y criterios sustentados en esta TESIS.

DEDICATORIA

A DIOS

A MIS PADRES:

Carlos Méndez.

Amparo de Méndez.

A MI ESPOSO:

Denis E. Tecúm Maldonado.

A MIS HIJOS:

Thelma Judith

Denis Manuel

Daniel Alejandro.

A MIS HERMANOS:

Miguel Angel

José Guillermo

Roberto René

Aura Marina

Sonia Guisela.

A MIS MAESTROS LANDIVARIANOS

A MI ASESOR:

Lic. Edgar Hastedt Lemus.

A QUIENES COMPARTEN CONMIGO.

I N D I C E

CONTENIDO	PAGINA
Introducción	1
CAPITULO I.	
1.1. Plan de Tesis	5
1.2. Metodología	10
CAPITULO II.	
2.1. Definiciones	11
2.1.1. Definición de Promotor Rural de Salud	11
2.1.2. Definición de Desarrollo de la Comunidad	11
2.1.3. Definición de Salud Pública	11
2.1.4. Definición de Atención Primaria	12
2.1.6. Definición de Saneamiento Ambiental	12
2.1.7. Definición de Educación en Salud	12
2.2. Breve Esbozo Histórico de Salud	13
2.2.1. Historia de la Salud Pública en Guatemala	13
2.2.2. Primeros Servicios Hospitalarios	14
2.2.3. Actividades Iniciales de Salud	14
2.2.4. Organización Sanitaria	16
2.2.6. Organización de Direcciones	17
2.3. Historia del Desarrollo de la Comunidad	20
2.4. Organización Comunal y Salud, su Concomitancia	21
2.5. Políticas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	23
2.5.1. Políticas de Aumento de Coberturas	23
2.5.2. Políticas de Protección, conservación y mejoramiento de Salud Ambiental	23

2.5.3. Políticas de Desarrollo Institucional y Administración del Sector	23
2.5.4. Política de Infraestructura del Sector Salud	23
2.6. Disciplinas existentes en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (área preventiva)	24
2.6.1. Personal Voluntario de la Comunidad	24
2.7. El quehacer de cada disciplina	24
2.7.1. Funciones y atribuciones de los Médicos jefes de Distrito	24
2.7.2. Funciones y atribuciones de la Enfermera Jefe de Distrito	25
2.7.3. Funciones del Inspector de Saneamiento Ambiental	26
2.7.4. Funciones del Auxiliar de Enfermería	27
2.7.5. Funciones del Técnico en Salud Rural	27
2.7.6. Otro Personal	28
2.7.7. Funciones del Trabajador Social	29
2.8. Quiénes hacen desarrollo comunal	32
2.8.1. Organigramas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	34
CAPITULO III.	
3.1. Situación de Salud de las áreas en estudio	39
3.1.1. Concepto de Morbilidad	39
3.1.2. Concepto de Mortalidad	39
3.1.3. Cuadros e interpretación de Morbilidad y Mortalidad	39
3.1.4. Personal de las áreas en estudio	42
3.1.5. Inicios del Promotor Rural de Salud	43
3.1.6. Principales Actividades que realiza el Promotor Rural de Salud	44

CAPITULO IV.

4.1. Opciones de Cambio propuestas a la Salud Pública	45
4.1.1. Relación población, personal de Salud	45
4.1.2. Participación de la Comunidad	46
4.1.3. Proceso de capacitación y participación	49
4.1.4. Participación por autogestión	50
4.1.5. Falla metodológica de los niveles técnicos y la comunicación vertical	51
4.1.6. Características del quehacer profesional de Trabajo Social	52
4.1.7. El Trabajador Social y la Salud Pública	52
4.1.8. Concreción del espacio de relación donde se ubica el quehacer profesional	53
4.1.9. Importancia de un trabajo interdisciplinario para un trabajo profesional	53
4.1.10. Algunos problemas que enfrenta el profesional de Trabajo Social en Salud Pública	54
4.1.11. Modelo de organización del Promotor Rural de Salud (Organigramas)	56

CAPITULO V.

5.1. Descripción de la Investigación de Campo	61
5.1.1. Modelo Boleta de Opinión (personal Inst.)	64
5.1.2. Cuadros, Gráficos e Interpretación	66
5.1.3. Modelo boleta de Opinión P.R.S.	81
5.1.4. Cuadros Gráficos e Interpretación	83
5.1.5. Modelo boleta de opinión (Líderes Com.)	97
5.1.6. Cuadros, Gráficos e Interpretación	98

CAPITULO VI.

6.1. Comprobación del cuerpo de la hipótesis	105
--	-----

CAPITULO VII.

7.1. Conclusiones	109
7.2. Recomendaciones	111
Bibliografía	115

INTRODUCCION

A partir de la declaración de ALMA ATA, (Capital de la república Socialista Soviética de Kazakstan. Lugar donde se celebró la conferencia internacional sobre Atención Primaria de la Salud, celebrada del 6 al 12 de Septiembre de 1,978 de conformidad con lo decidido por la Asamblea de la Salud de la Organización Mundial de la Salud y por la Junta Ejecutiva del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia). Los países del mundo acordaron alcanzar la meta "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000"; mencionando como estrategia básica para lograr este objetivo, la Atención Primaria en Salud, a través de esta decisión, los países reconocieron oficialmente que las Políticas y Sistemas de los Servicios de Salud en vigencia, eran inadecuados para el mejoramiento de la salud en el área rural; en Guatemala no fué sino hasta 1,978, cuando se institucionalizó la expansión de los Servicios de Salud Rural, mediante el entrenamiento de Promotores Rurales de Salud; de aquí los Objetivos Generales de éste programa son claros, pero las metas y los Objetivos Específicos tienden a ser indefinidos y la información concreta que permita su evaluación es casi ausente.

Por otro lado, la población y especialmente la que habita en el área rural, presenta una situación grave de salud, la cual se evidencia a través de las tasas de morbilidad y mortalidad existentes.

El Gobierno de Guatemala, al igual que el resto de gobiernos de los países del tercer mundo han tenido y tienen dificultades para satisfacer las necesidades de servicios de salud del área rural. En primer orden, por la escasa disponibilidad de los recursos humanos profesionales y para profesionales; por ejemplo, el personal médico está concentrado en las ciudades en un 85% y a la vez el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debe resolver los problemas de salud con un presupuesto anual que constituye el 8% del presupuesto general de la nación y de este porcentaje, el 7% esta dedicado al nivel curativo y el 3% para el nivel preventivo.

Sabiendo que la Atención Primaria en Salud, incluye

criterios como la participación activa de la población (en opinión para escoger sus prioridades y en el aporte de tiempo y trabajo), la del personal auxiliar en tareas propias del profesional y la utilización de la Medicina Tradicional, etc. Entonces ¿cuál es el apoyo que se le ha brindado al Promotor Rural de Salud y cuál ha sido la participación de la comunidad? cuándo los programas están delineados por las altas jerarquías que aún no cuentan con el conocimiento pleno del área rural, y cuál ha sido la participación de los expertos del Desarrollo Comunal, como el Trabajador Social. Bajo estos criterios podemos preguntarnos:

¿De qué esfuerzo comunitario hablamos y cuál es el significado y las acciones dentro de las estrategias de atención primaria de salud?.

¿Es aceptable pensar que la población rural más pobre esté pagando sus propios servicios, mientras que los fondos públicos cubren las necesidades de otros grupos privilegiados?.

¿Cómo podemos juzgar el hecho de que un enfermo del área rural reciba su primera atención, y casi siempre la única de una persona con adiestramiento limitado, mientras que otros estratos sociales disponen de profesionales altamente calificados hasta para medidas preventivas simples como inmunizaciones?.

Entonces se estará proporcionando un sistema discriminatorio para distintos estratos sociales; todas éstas interrogantes tienen respuestas, pero no son únicas ni categóricas, sino condicionadas a las circunstancias en que se implemente la atención primaria en salud, en su aspecto social, estructural y su integración en los Planes Nacionales de Salud.

Por lo que el presente trabajo de investigación no arroja soluciones totales a la problemática, pero pretende señalar pistas para la realización de tareas concretas para los profesionales de las Ciencias Sociales, tomando en consecuencia las consideraciones y recomendaciones que permitan delinear Estrategias, Programas y Proyectos que puedan dar inicio u orientar de una mejor forma la participación activa de la comunidad

de acuerdo a su propia dialéctica.

A continuación presento una breve descripción del contenido de este trabajo para una visión general al lector.

En el **CAPITULO PRIMERO:** Se describe el diseño de la investigación y la metodología empleada para su elaboración.

CAPITULO SEGUNDO Y TERCERO: Contiene el marco teórico conceptual, en el cual se ofrece la sustentación científica del estudio.

CAPITULO CUARTO: Se encuentra las opciones de cambio propuestas a Salud Pública.

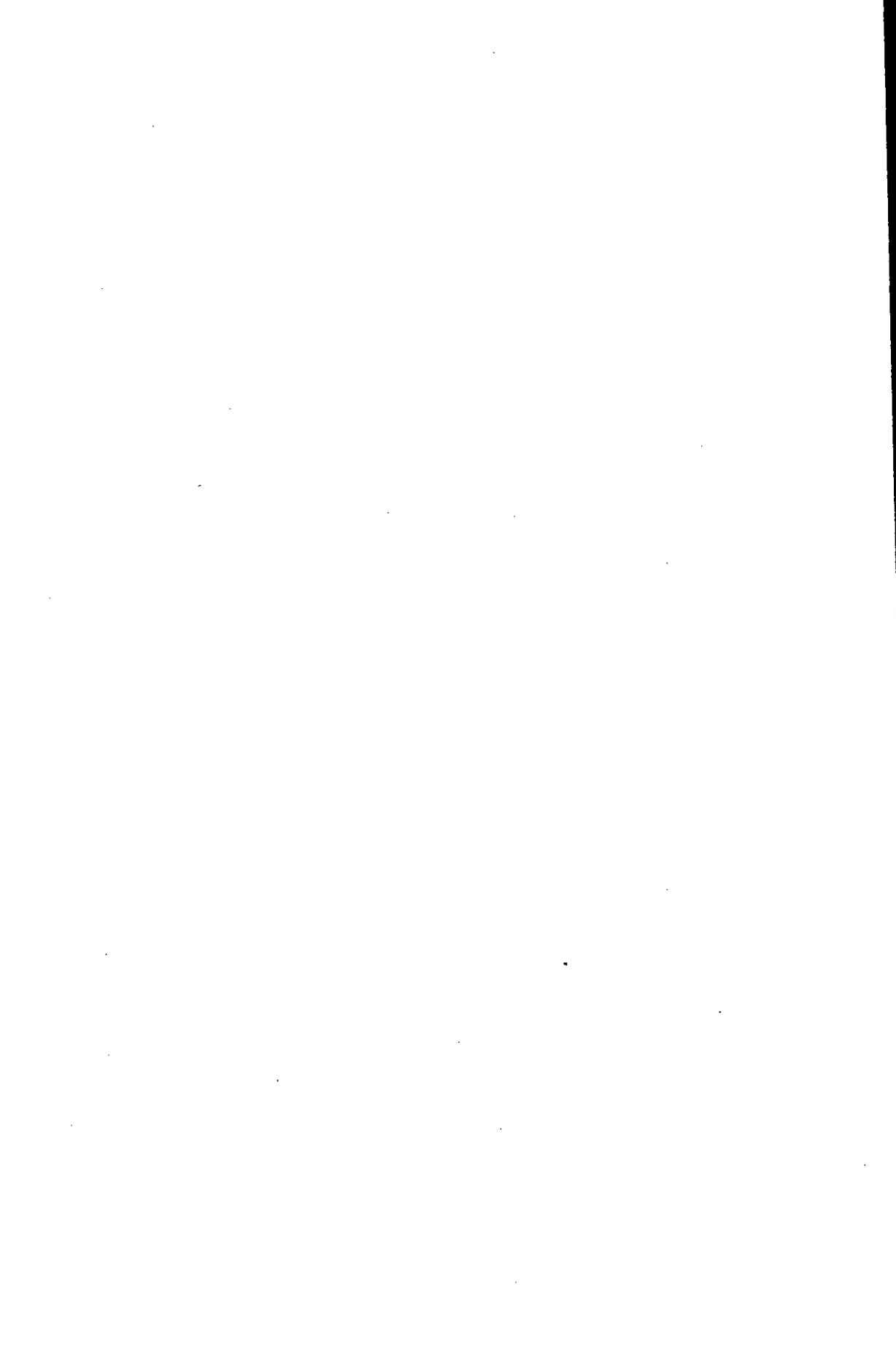
CAPITULO QUINTO: Encontramos a través de cuadros, gráficos y su interpretación, los resultados de la investigación de campo.

CAPITULO SEXTO: Nos ofrece la confrontación de la teoría y la práctica que permitió la comprobación de la hipótesis.

CAPITULO SEPTIMO: Conclusiones, recomendaciones y por último la bibliografía.

Expuesto lo anterior, con sumo respeto someto a consideración del amable lector, el contenido de este trabajo de investigación.

LA AUTORA.



CAPITULO I.

1. Plan de Tesis.

1.1. TEMA:

"La participación del Trabajador Social en el Programa de Promotores Rurales de Salud; una alternativa para el Desarrollo Comunal." (estudio realizado en los Departamentos de Quetzaltenango y Totonicapán).

1.2. MOTIVACIONES:

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social desde hace varios años tiene integrada la disciplina del Trabajo Social; y los Trabajadores Sociales son los responsables de los aspectos técnicos de Desarrollo Comunal por ende del programa de Promotores Rurales de Salud; pero en la actualidad el número de personal adiestrado en este programa ha decrecido, aunque este recurso humano se considere importante para el desarrollo de su propia comunidad, dado a que por naturaleza es líder y con la capacitación que se le brinda por parte de los Servicios de Salud, aumenta su liderazgo, además al seleccionarlos y capacitarlos se invierte tiempo y recursos, por consiguiente esta Institución debería buscar estrategias adecuadas para que éstos funcionen por un tiempo determinado (vida útil) debido a que no existe otro personaje similar que pueda servir de enlace entre la institución y la comunidad, además cuenta con las características siguientes: Líder Natural, Adiestramiento Sistemático, Extraído de su propia comunidad, Líder Institucional, Bilingüe, Conocedor de los problemas de su comunidad, cuenta con identificación legal para prestar primeros auxilios y en las políticas de Salud Pública es un personaje importante para la ampliación de las coberturas en los servicios.

1.3. JUSTIFICACION:

El presente estudio se realizará con el objeto de dar a conocer la aplicabilidad de las funciones que el Trabajador Social tiene asignadas en el programa de Promotores Rurales de Salud, lo que nos llevará al análisis de la problemática que afronta el Promotor Rural de Salud, en su participación como facilitador de

Desarrollo Comunal con orientación específica en Salud y básicamente en Atención Primaria, para romper las barreras existentes en nuestro medio rural.

1.4. DEFINICION DEL PROBLEMA:

En la presente investigación se pretende establecer la problemática que el Trabajador Social ha afrontado en el Programa de Promotores Rurales de Salud y que inciden en la deserción de este personal voluntario, el origen de la desmotivación, las fallas existentes en los programas donde ellos participan y la valoración del recurso comunitario como miembro activo en el desarrollo comunal.

1.5. CAMPO:

Social (Desarrollo de la Comunidad).

1.6. AREA DE ESTUDIO:

Se realizará en los departamentos de Quetzaltenango y Totonicapán.

1.7. OBJETIVOS:

Generales:

a. Analizar la participación del Trabajador Social en la selección, capacitación y desarrollo de actividades del Promotor Rural de Salud.

b. Determinar si el Promotor Rural de Salud ha cumplido con los objetivos para los cuales fue creado en la institución y comunidad.

c. Analizar los estímulos que ha recibido el Promotor Rural de Salud en el campo de acción y detectar las posibles causas que han provocado la deserción.

Específicos:

a. Conocer cuál es la participación del Trabajador Social en los programas que aplica el Promotor Rural de Salud en la comunidad.

b. Conocer la forma en que se evalúa al Promotor Rural de Salud, en el campo de acción de los Departamentos de Quetzaltenango y Totonicapán.

c. Analizar si el Promotor Rural de Salud ha constituido una verdadera alternativa para la ampliación de las coberturas en los programas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

1.8. HIPOTESIS:

El bajo rendimiento del Promotor Rural de Salud, se debe a la falta de estímulos, recursos, asesoría técnica de parte del Trabajador Social e incentivos económicos para aquél.

La sensación de abandono que tiene el Promotor Rural de Salud se debe a que otras instituciones ofrecen un salario justo a su personal entrenado similarmente, mientras éste no lo percibe.

Esta situación provoca en el Promotor Rural de Salud, inseguridad, falta de interés a la labor que desarrolla (desvalorización), lo que provoca la deserción e incide negativamente en el desarrollo de las comunidades rurales.

VARIABLE INDEPENDIENTE: (causa).

El programa de Promotores Rurales de Salud es deficiente en asesoría técnica por parte de los Trabajadores Sociales; carece de estímulos, recursos materiales e ingresos económicos por parte de la institución.

VARIABLE DEPENDIENTE: (efecto).

El Promotor Rural de Salud tiene inseguridad y desvalorización y ésto trae como consecuencia la deserción.

VARIABLE COMCOMITANTE: (relación causa-efecto sintéticamente).

La falta de asesoría del Trabajador Social, estímulos y recursos que tiene el Promotor Rural de Salud, Provocan la deserción y ésto incide negativamente en las comunidades, quienes se ven afectadas por su falta

de participación.

VARIABLE INTERVINIENTE:

Todo factor que aparezca casual o causalmente y que haga variar el presente trabajo en forma substancial, que por lo accidental de su apareamiento en la investigación no está en la capacidad de preveer.

1.9. ANTECEDENTES:

Tengo conocimiento de que no existe otro trabajo de esta índole en los lugares de estudio; solamente se cuenta con guías de adiestramiento y normas para el Promotor Rural de Salud, por lo que el enfoque y la sustentación del mismo, se realizará de acuerdo a la investigación de campo.

2. METODOLOGIA:

2.1. DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO:

QUETZALTENANGO:

Quetzaltenango en su porcentaje más alto habla el idioma Mam y Quiché; cuenta con una extensión territorial de 1,950 Kms².

Lugares de investigación, los municipios del departamento, especialmente en las comunidades rurales. (aldeas, caseríos y cantones).

TOTONICAPAN:

Departamento eminentemente indígena, su idioma es el Quiché, y la extensión territorial es de 1,061 Kms² con una altura que oscila entre los 2,395 a 2,496 Mts. sobre el nivel del mar.

2.2. DESCRIPCION DE LA MUESTRA:

Personal Institucional:

La investigación se realizará con el 60% del personal institucional (Médicos, Enfermeras Graduadas,

Inspectores de Saneamiento Ambiental, Auxiliares de Enfermería, Técnicos en Salud Rural y Trabajadores Sociales).

Promotores Rurales de Salud:

La investigación se realizará con el 60% de los Promotores Rurales de Salud, existentes en los Departamentos de Quetzaltenango y Totonicapán.

Líderes Comunitarios:

Se tomará como mínimo una muestra de los líderes por cada comunidad donde existan Promotores Rurales de Salud; entre los líderes comunales se tomarán en cuenta: Presidentes de comités Pro-mejoramiento, comités Pro-Salud, Alcaldes Auxiliares, grupos de Amas de Casa, Comisionados Militares, Maestros del área rural, otros.

2.3. TECNICA UTILIZADA:

- Visitas Domiciliarias. e i g u s 4 t h u e r o n e s :
- Visitas a Líderes y Promotores Rurales de Salud.
- Entrevista con las Autoridades de la localidad.
- Encuesta. ✓
- Observación directa.
- Fichas bibliográficas.
- Análisis e interpretación. ✓

2.4. INSTRUMENTO APLICADO:

- Boleta de opinión (tres tipos).²
- a. Boleta para personal institucional (Trabajadores Sociales, Enfermeras, Administrativos, Médicos, Etc.) ✓
- b. Boletas para Líderes comunitarios, Alcaldes Auxiliares, Comisionados Militares, etc.) ✓
- c. Boletas para Promotores Rurales de Salud.

2.5. METODOLOGIA SEGUIDA:

- Método Científico.
- Observación, elaboración de hipótesis y verificación de resultados.
- Método Estadístico: Cuadros Generales y Gráficas. ✓

2.6. PROCEDIMIENTOS:

- Investigación Bibliográfica. ✓ *Documental*
- Investigación de Campo. ✓
- Elaboración de la Tesis.

2.7. LA MUESTRA:

Desde el punto de vista estadístico, la muestra es fiable con el 51% de encuestas; por lo que se realizará el 60% institucional de las Areas de Salud en estudio de un total de 212 personas.

El 60% de ¹³ Madres de niños menores de 8 años de Promotores Rurales de Salud de las diferentes comunidades, un total de 585 personas.

De acuerdo al número de comunidades encuestadas donde existen Promotores Rurales de Salud, se tomará una muestra mínima de dos líderes comunales.

61

CAPITULO II.

2.1. DEFINICIONES.

2.1.1. PROMOTOR RURAL DE SALUD:

"El Promotor Rural de Salud es una persona de la comunidad, que por su liderazgo y deseos de ayudar en el aspecto salud, ha sido seleccionado y capacitado; las actividades que realiza están definidas y su trabajo lo hace en forma voluntaria sin devengar ningún salario hasta el momento". (1)

2.1.2. DESARROLLO DE LA COMUNIDAD:

"El Desarrollo de la Comunidad es un movimiento con el fin de promover el mejoramiento de la vida en toda la comunidad, con su participación activa y en lo posible por iniciativa de la propia comunidad". (2)

2.1.3. COMUNIDAD:

"La comunidad es una unidad social cuyos miembros participan de algún rasgo, interés, elemento a función común, con conciencia de pertenencia, situados en una determinada área geográfica en la cuál la pluralidad de las personas interactúan más intensamente entre sí que en otro contexto." (3)

2.1.4. SALUD PUBLICA:

"La Salud Pública es la ciencia y el arte de impedir la enfermedad, prolongar la vida, preservar la salud y la eficiencia, mediante el esfuerzo coordinado de la comunidad para: El Saneamiento del Medio, el control de

- (1). Monzón Arroyo, Roderico Dr.
Problemática Suscitada con el Personal Voluntario que colabora con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
Guatemala, 1,987. pag. 10.
- (2). Ander Egg, Ezequiel.
Metodología y Práctica del Desarrollo de la Comunidad.
Editorial Humanitas. Buenos Aires, 1,982. pág.22.
- (3). IDEM, pág. 21.

las enfermedades transmisibles, la educación de los individuos e higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades; y el desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno, un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud; organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad". (4)

2.1.5. ATENCION PRIMARIA:

"La atención Primaria de Salud es el medio práctico para poner al alcance de todos los individuos y las familias de las comunidades la asistencia de su salud indispensable, en forma que resulte aceptable y proporcionada a sus recursos, y con plena participación."(5)

2.1.6. SANEAMIENTO AMBIENTAL:

"Es la prevención de las enfermedades por alimentación control de los eslabones de la cadena de transmisión de enfermedades. Es el control de factores del medio ambiente que influyen en la salud y bienestar del hombre.

El objeto del Saneamiento Ambiental es prevenir a los individuos y a la comunidad de una serie de reizgos, cuando las condiciones del medio ambiente no responden eficientemente, para garantizar su completo bienestar y cuando afectan la vulnerabilidad para el mantenimiento de su salud normal y a la vida colectiva." (6)

2.1.7. EDUCACION EN SALUD:

La organización Mundial de la Salud expresa: Educación para la Salud, se entiende no solamente como la

- (4). Organización Mundial de la Salud.
Ginebra, Suiza, 1,977. pág. 26.
- (5). OMS-UNICEF.
Atención Primaria de Salud.
Alma-Ata, URSS, 1,978. pág. 44.
- (6). Revista de la Organización Mundial de la Salud.
Ginebra, Suiza, 1,976. pág. 26.

divulgación de conocimientos elementales sobre cuestiones de salubridad sino, sobre formación en conjunto de la población, de hábitos capaces de aportar, en lo concerniente a la eliminación total o parcial de las posibilidades de transmisión que dependen del modo de acomodarse de los individuos." (7)

2.2. BREVE ESBOZO HISTORICO DE SALUD:

2.2.1. HISTORIA DE LA SALUD EN GUATEMALA (desde la colonia hasta nuestros días).

De nuestro pasado en este sentido poco se conoce; se afirma que nuestras razas aborígenes fueron sanas y que el colonizador les trajo entre otros males, vicios, malas costumbres y un gran número de enfermedades.

Los Mayas practicaban algunos hábitos favorables a la salud individual y colectiva. Entre sus principales costumbres higiénicas se contaban los baños y la dieta. Era costumbre lavarse las manos antes y la boca después de comer. En la Mitología Médica indígena, se menciona a "Temazcaltecl", la abuela de los baños que protegía y aconsejaba los baños de vapor.

La dieta de los Mayas era variada para una mejor asimilación; su principal alimento era el maíz pero comían vegetales, carnes de venado y pescado. La higiene de la embarazada merecía especial atención y era sometida a dietas especiales.

Las epidemias de tifus exantemático fue frecuente en América antes de la llegada de los españoles. La enfermedad endémica en México y conocida en la lengua Azteca como "Matlatzahualt" (erupción en forma de red) la cual se propago en las regiones altas de Guatemala. El paludismo o malaria existió en Yucatán, México y Guatemala bajo formas benignas en épocas anteriores al descubrimiento de América. La malaria fue importada después de la conquista por esclavos africanos.

A pesar que las evidencias consignadas acerca de los hábitos positivos que los aborígenes tenían para preservar su salud, hay constancias por ejemplo en el memorial de Tecpán-Atitlán donde se relatan las pestes que azotaron a Guatemala antes y durante la conquista.

(7). Revista de la organización Mundial de la Salud.
Ginebra, Suiza, 1,977. pág. 18.

El libro de Chilam-balam de Chumajel, habla de una epidemia de disentería que atacó a los Mayas en una de sus peregrinaciones, sin embargo la mayor parte de las pestes y epidemias fueron traídas por los españoles. En México, Yucatán y Guatemala, hubo grandes epidemias durante la conquista, en los siglos XVI y XVII.

La fiebre amarilla parece ser que no existió en América antes del siglo XVII. Lo mismo se supone de la influenza. La epidemia que en 1,523 hizo tantos estragos en Guatemala, descrita en el memorial de Tecpán-Atitlán, fue de influenza, sin embargo los síntomas descritos no son suficientes para el diagnóstico. El nombre dado a esta enfermedad, Chaac, que en castellano quiere decir "Peste de la erupción cutánea o con llagas" hizo pensar que se trataba de sarampión y que la mortalidad se debió a que era la primera contaminación en terreno virgen.

Respecto a la sífilis, su origen ha sido muy discutido, se ha llegado a la conclusión que esta enfermedad realmente es tan antigua como el hombre. por último se atribuye a las epidemias pestilenciales, ser la causa de la destrucción del Imperio Maya en el siglo VII de la era cristiana.

2.2.2. PRIMEROS SERVICIOS HOSPITALARIOS:

En el siglo XVI con la fundación de la segunda ciudad de Guatemala en el valle de Almolonga, nace el primer hospital que se llamó de la Misericordia, casa de caridad y primer asilo de enfermos que existió en Guatemala, transformándose en 1,534 en hospicio, asilo de inválidos y hospital, debido a la tribulación de sus actividades, este hospital casi no tuvo vida.

Ya fundada la ciudad de Guatemala en el valle de Panchoy, en la segunda mitad del siglo XVI Fray Matías de Paz levanta el hospital de San Alejo o de Indios; por esa época también es fundado el hospital real de Santiago a instancias del Obispo Marroquín.

En esta época no habían ni médicos ni cirujanos y en estos hospitales únicamente se prodigaba asilo a los enfermos tanto indios como españoles, basándose el combate de las epidemias en la fé y la religiosidad. En 1,640 se edifica el hospital de San Lázaro para enfermos de Lepra.

2.2.3. ACTIVIDADES INICIALES DE SANIDAD:

En los años de 1,733 y 1,769, se presenta en Guatemala una cadena de epidemias ocasionando miles de muertes entre los indígenas.

Las medidas sanitarias no podrían ser buenas, dado al atraso científico de la época; sin embargo grande fue el interés de las autoridades en su lucha contra las enfermedades presentes. Casi podríamos decir que en ese tiempo se fundó la Sanidad Pública, surgiendo de esta manera de las circunstancias del momento. El Dr. Martínez Durán, dice textualmente: "El fiscal Herrera, el Capitán General Don Martín de Mayorga y el Noble Ayuntamiento de Guatemala (1,773-74) son sin duda alguna, los creadores oficiales de la Salud Pública.

Ellos fueron los primeros en comprender la trascendencia de las palabras del eminente Cabanis, quien aseguraba que si la salud es lo primero de los bienes, la medicina debe ser la primera de las artes". (8)

A principios del Siglo XIX en el año de 1,814, se funda en Guatemala la Junta de Sanidad Pública, base de todas las Juntas posteriores y similares.

La Ley que ella se refería, decía textualmente: "Para cuidar en cada Pueblo la Salud Pública, se reformará cada año por el ayuntamiento, donde el vecindario lo permita, una Junta de Sanidad, compuesta por el Alcalde 1º ó de quien haga las veces; el Cura Párroco más antiguo, de uno o más facultativos o de uno o más vecinos según la extensión de la población.

Esta Junta podrá aumentarse según las necesidades y seguirá de acuerdo a los reglamentos existentes". (9)

El 27 de Abril de 1,514 se inauguró la Primera Junta de Salud Pública, la que dictó muy buenas medidas, entre ellas tenemos: El establecimiento de Cementerios fuera del poblado, aseo y limpieza de las calles y cárceles, proceso contra curanderos, etc., etc.

Cuando apenas se iniciaban las actividades fue suprimida por orden de la Corte de Cádiz. Seis años duró la interrupción de la Junta de Sanidad reanudándose sus funciones hasta el 4 de Noviembre de 1,825.

La situación política por la que atravesaba Guatemala, obstaculizó muchas labores de la Junta. Los

(8) Dirección General de Servicios de Salud.
Historia de la Salud Pública en Guatemala.
Policopiado, Guatemala, 1,970. Pág. 6.

(9) IDEM. Pág. 8.

hombres se preocupaban por la política y la Salud Pública sufrió por ello, ya que se postergó la ejecución de las acciones necesarias para preservarla.

El 1 de marzo de 1,890, es creado el Cuerpo Médico de Sanidad, encargado de velar por la Salud Pública. Una de las principales atribuciones se refiere a prevenir las nuevas epidemias elaborando un reglamento de junta de Sanidad e Inspección general de higiene.

El 15 de Febrero de 1,905 se aprueba el código de Sanidad Pública y se declara oficial la cartilla de higiene Escolar del Sr. Máximo Hall, un año después se organiza el consejo Superior de Salubridad y el 21 de Febrero de 1,919 se nombra al Dr. Manuel Arroyo, Presidente de dicho consejo, quien trabajó con la Comisión Sanitaria del Instituto Rockefeller. En donde se crearon Programas de Prevención contra epidemias dándose el primer paso para una organización formal Sanitaria en 1,928.

2.2.4. ORGANIZACION SANITARIA:

El Dr. Manuel Arroyo, segundo director de Sanidad Pública, efectuó una verdadera renovación de la misma. Se dictó por el Organismo Legislativo la ley Orgánica del servicio de Salubridad, éste trató de promover la venida de expertos extranjeros para conducir las labores sanitarias y gracias a sus gestiones, se logró el contrato de un laboratorista, un ingeniero sanitario y un malariólogo, todos de diferentes nacionalidades. Por cooperación de éstos profesionales y la dinámica del Dr. Arroyo, la Sanidad Pública de Guatemala se logró encausar por los mejores senderos conocidos hasta entonces.

En 1,932 tomó posesión de la Dirección General de Sanidad el Dr. Carlos Estévez, en esta época se sistematizan aún más las acciones hacia la Organización Sanitaria de Guatemala. Se promulgó el código Sanitario y se dotó a esta Dirección de un edificio propio, promoviéndose campañas sanitarias.

La Dirección General de Salubridad fue creada en 1,925, denominándose Dirección General de Salubridad; a partir de 1,932 se conoció como Dirección General de Sanidad Pública.

La nueva organización vigente a partir de 1,932 se mantuvo hasta 1,954 y se fundamentó en tres Divisiones: **ADMINISTRATIVA:** Dirección de Sanidad, Sub-Dirección y

Secretaría General.

FINANCIERA: Tesorería de Salud Pública, Sección de Presupuesto y sección de Compras y Suministros.

TECNICA: Sección de Laboratorio: Bacteriológico, Serológico, Esterilización y Farmacia, Sección de Higiene Escolar, Sección de Ingeniería Sanitaria; se creó el control de Estupefacientes y el Juzgado de Sanidad.

De 1,932 a 1,944 la Dirección General de Sanidad Pública dependió directamente del Ministerio de Gobernación, pero los acontecimientos de 1,944 producen un cambio y es la creación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, pasando esta Dirección a depender de dicho Ministerio, éste se consideró un paso de avanzada pero de efecto incompleto pues le faltó el respaldo legal ya que no existía reglamento legal ni ley que lo rigiera.

2.2.5. ORGANIZACION DE DIRECCIONES:

-Dirección General de Asistencia Social, encargada de los Hospitales y problemas asistenciales.

-Dirección General de Salud Pública encargada de los problemas sanitarios.

Para 1,932 continúa vigente el Código Sanitario. La creación del Ministerio no cambia la estructura de la Dirección General de Sanidad Pública y conforme surgen nuevos problemas, se van creando nuevas secciones.

El Ministerio de Salud Pública con la participación de la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, inició un programa cuyo objetivo principal se orientó a prestar servicios de Salud Pública de tipo integral, a la población de una área determinada para posteriormente extender esas actividades al resto de la República. Para llevar a cabo el desarrollo de dicho programa se creó la División de Servicios Rurales de Salud Pública (Zona demostrativa de Amatlán).

El 22 de Febrero de 1,960 según acuerdo presidencial se establece que la Dirección General de Sanidad Pública, tendrá cinco dependencias directas, con categorías de División estas tendrán, siete Departamentos y éstos no más de siete secciones.

-División de Administración.

-División de Epidemiología.

-División de Servicios Locales.

-División de Servicios Técnicos Generales.

-División de Saneamiento Ambiental.

Además se efectúa el cambio de nombre de la unidad Sanitaria a "Centros de Salud", se estableció un Consejo Técnico y se descentralizaron las acciones ejecutivas, es decir, que cada servicio ejecutaría las acciones preventivas, de tratamientos o de recuperación bajo su propia responsabilidad, las acciones serían dirigidas en el propio campo de operaciones sin esperar la llegada del personal de la Dirección General de Sanidad Pública para su realización.

El Ministerio de Salud Pública, desde su creación en el mes de Diciembre de 1,944 prácticamente no fue objeto de ninguna reorganización y, los avances en la técnica de la administración de salud requería hacerle las adaptaciones a que estos avances obligaban, todo con la finalidad que se pudiera realizar satisfactoriamente la misión que tiene encomendada de Dirección, Organización y Funcionamiento de los Servicios de Salud en toda la República, así como la centralización y coordinación en todas las actividades nacionales, municipales y particulares en el campo de Sanidad Pública y la protección Social.

En 1,969 siendo Presidente de la República el Lic. Julio César Méndez Montenegro, Ministro de Salud Pública y Asistencia Social el Dr. Ricardo Asturias y Director de Sanidad Pública el Dr. Oswaldo Chinchilla A., se tomó la decisión de darle al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, una organización más funcional y técnica, con el fin de que pudiera desarrollar sus planes, programas y actividades de salud en forma más positiva, ordenada y racional.

La nueva organización dada al Ministerio, persigue el funcionamiento de los servicios de acuerdo con una política de salud que emane de los más altos niveles que traducida a programas y actividades específicas alcance las metas deseadas de bienestar para la población. Persigue también dotarlo de la estructura más conveniente para promover la mejor utilización y aprovechamiento de los recursos de que dispone y la aplicación integrada de las técnicas de prevención, curación y rehabilitación de la salud más avanzada y al más bajo costo posible.

La nueva organización del Ministerio contará con una Dirección General de Servicios de Salud (en la que unificarán los actuales servicios de Salud Pública y

Asistencia Hospitalaria). Esta Dirección es la dependencia técnico-administrativa encargada de desarrollar acciones integradas de Protección, Curación y Rehabilitación de la Salud conforme la política trazada por el Ministerio, en esta reorganización también se decreta que la Dirección General de Sanidad Pública del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social sería denominada en lo sucesivo "Dirección General de Servicios de Salud".

El 3 de Febrero de 1,976 se emitió un nuevo Decreto Nº 31-69 por el Honorable Congreso de la República, se introdujeron modificaciones al código de Sanidad a fin de facilitar la reorganización de las distintas dependencias estatales con responsabilidad en el estudio, planificación y ejecución de las actividades de salud en el país. En el mismo Decreto se dispuso la creación del consejo Nacional de Salud, adscrito al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, presidido por el titular de dicho Ministerio, como organismo encargado de coordinar las distintas instituciones y recursos que sirvan para elevar el nivel de salud de la población del país; que en consecuencia, es del caso dictar las normas reglamentarias que garanticen el desarrollo de las políticas de salud dentro de un marco de acuerdo con los problemas y necesidades nacionales con los planes de desarrollo económico social y con base en un sistema de salud como instrumento para la mejor utilización de los recursos y el cumplimiento de los postulados de Salud Integral para Todos.

2.2.6. ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO EN LA ACTUALIDAD:

El Despacho Ministerial es ocupado por un profesional de la medicina, autoridad máxima de la salubridad en el país, es el único que está facultado para emitir los reglamentos internos que norman las actividades de las dependencias del Ministerio, éstas deberán elaborarse sin contravenir las disposiciones del código de salud en vigencia.

De acuerdo al Artículo 128 del reglamento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; el Ministerio de Finanzas y el de Salud son los únicos que pueden hacer las modificaciones necesarias para ajustar los renglones necesarios, dedicados a las actividades de Salud del país.

Desde 1,969 hasta nuestros días se encuentra en vigencia en la organización del Ministerio, la Dirección General de Servicios de Salud, quien tiene como objetivo la unificación de todos los servicios de salud del país, con el fin de que esta dependencia técnico administrativa, desarrolle acciones integradas a la protección, curación y rehabilitación, conforme a la política trazada por el Ministerio de Salud.

Adscrito al Despacho Ministerial de Salud Pública y Asistencia Social, funciona la asesoría internacional de la Organización Mundial para la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud, así como el Consejo Nacional para la Salud, quienes son los encargados de regular todas las actividades de salubridad del país.

La dirección General de Servicios de Salud, por intermedio de sus divisiones en las cuales está conformada, tiene acciones directas con las Jefaturas de Área de Salud del País que se encuentran ubicadas en todas las cabeceras departamentales, de donde se deriva la atención directa a la mayoría de los habitantes por intermedio de los planes operacionales que son desarrollados en Hospitales, Centros de Salud y Puestos de Salud ubicados a nivel de Cabeceras Departamentales, Cabeceras Municipales y Aldeas.

2.3. BREVE HISTORIA DE DESARROLLO DE LA COMUNIDAD:

El método de Desarrollo de la Comunidad, constituye el más reciente campo de Trabajo Social profesional, de aquí que el desarrollo del sistema capitalista, la problemática generada por el desarrollo del sistema industrial y el crecimiento urbano, motivó el surgimiento de la organización cuyo objetivo fue el mantenimiento del orden adecuado dentro de la población, naciendo así la Organización de la Comunidad en el seno de los países capitalistas.

En algunos países de América, Asia y Africa dominados y explotados el método varió considerablemente, ya que no trataba de organizar a la comunidad sino de estimular su desarrollo, en virtud de ser países en vías de desarrollo, por tal razón era necesario crear políticas idóneas para alcanzar metas propuestas.

La O.N.U. (Organización de Naciones Unidas) sugirió los planteamientos, diseños y la configuración del

desarrollo de la comunidad, que fuera asimilado como método en el Servicio Social, especialmente en los países del tercer mundo.

La forma del planteamiento de Desarrollo de la Comunidad, señala su orientación y contenido, puesto que éste persigue cambios debidamente controlados y dirigidos por el gobierno y no por el pueblo, de esta manera logran que no se provoquen alteraciones en el orden general establecido.

Cabe señalar que este método ha sido impulsado con gran énfasis por los Estados Unidos, empleando como instrumentos de penetración a las organizaciones internacionales existentes en el país, como la O.N.U., O.E.A., C.A.R.E. y A.I.D.; creados para mantener el orden, el control político y económico a nivel mundial en los países en donde estos tienen su sede.

El quehacer en el desarrollo de la comunidad en el país, se ha traducido en diversos programas y actividades múltiples desarrolladas por entidades gubernamentales; de manera que el método propiamente dicho se ha desvirtuado, existiendo interpretaciones diversas, por una parte se estima como la realización de abundantes proyectos de infraestructura, por otra; que las comunidades deben participar activamente en un proceso de desarrollo integral.

Es de hacer notar que la concepción y aplicación de Desarrollo de la Comunidad generalmente no participan solamente Trabajadores Sociales, sino también personas de otras disciplinas que por alguna razón están ubicados en las áreas rurales y que están en condiciones de diseñar el Desarrollo de acuerdo a la óptica que se requiere, ya que la disciplina del Trabajo Social en Guatemala no ha generado situaciones propias de un desarrollo comunal real, manteniéndose éste únicamente a nivel subjetivo, debido a el control de las políticas a nivel Nacional e Internacional.

De aquí que, de acuerdo al tipo de introducción en donde se encuentra ubicado el personaje que hace Desarrollo Comunal, posibilita la práctica de la profesión y esto conlleva a que se proporcione mayor importancia a determinado método; Casos, Grupos o Desarrollo Comunal, dependiendo de los objetivos y niveles de dirección.

2.4. ORGANIZACION COMUNAL Y SALUD, SU CONCOMITANCIA:

A partir de la declaración de Alma-Ata, adoptada en 1,978 los países acordaron alcanzar la meta de "Salud para todos en el año 2,000" mencionando como estrategia básica para lograr este objetivo, la Atención Primaria en Salud, a través de esta decisión los países reconocieron oficialmente que las políticas y sistemas de entrega de servicios de salud en vigencia eran inadecuados para el mejoramiento de las áreas rurales.

El gobierno de Guatemala, al igual que los países de tercer mundo tienen y han tenido dificultades en satisfacer las necesidades de los servicios de salud del área rural, en primer orden por la escasa disponibilidad de los recursos humanos profesionales y para profesionales; ya que el 80% de éstos están concentrados en la capital, a la vez el Ministerio de Salud pública y Asistencia Social, debe resolver los problemas de salud de la población con un presupuesto anual que constituye el 8% del presupuesto general de la Nación, lo cual es insuficiente, utilizándose la mayor proporción en medicina curativa a nivel hospitalario.

De aquí que la medicina preventiva a sido precaria por lo que la tendencia actual es de organizar las comunidades para que la población tenga participación activa en la solución de su problemática existente, contando únicamente en el mejor de los casos con asesoría técnica sobre estas ramas bajo la responsabilidad de personas de mando medio.

De aquí se deduce que la organización y la salud tienen una concomitancia muy marcada en las políticas de la Atención Primaria de Salud en el país, para lograr el objetivo primordial planteado por Alma Ata, ya que no podrá haber salud sin la colaboración de la población para organizarse y solventar sus propios problemas, de aquí que una de las estrategias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es ampliar la cobertura de personal voluntario de salud, por medio de éstos, se logre que la Organización, Educación, Primeros Auxilios y Promoción de Salud, llegue a los lugares más lejanos de Guatemala; y por lo tanto si no existe un estado óptimo de salud en la población no habrá disponibilidad para una organización comunal; y en el país no existe ni una ni otra situación deduciéndose entonces que tendría que poner atención en los dos problemas planteados, para lograr el tan codiciado objetivo "Salud para todos en el año 2,000".

2.5. POLITICAS DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL.

2.5.1. POLITICA DE AUMENTO DE COBERTURA:

La política más importante del plan de salud es lograr la cobertura total, con la iniciación de acciones y la búsqueda de su concatenación dentro del tiempo político, a través de la realización de planes operativos anuales, los que establecen un proceso que permitirá el desarrollo posterior del plan a largo plazo, cuyo objetivo es mejorar los servicios en cantidad y calidad para aquella población que no ha logrado mejorar su nivel de vida.

2.5.2. POLITICA DE PROTECCION, CONSERVACION Y MEJORAMIENTO DE SALUD AMBIENTAL:

Esta política extiende sus acciones intra y extra sectorial, para la afectividad y aprovechamiento de los programas de saneamiento ambiental, los cuales se proyectan a los grupos de población con menos recursos dotándoles de agua potable y saneamiento básico, los cuales se realizan con recursos estatales y/o participación de la comunidad.

2.5.3. POLITICA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL Y ADMINISTRACION DEL SECTOR:

Esta política es de carácter intersectorial en la cual el Estado busca la superación de problemas y mejorar la administración pública mediante planes dirigidos a mejorar la operatividad de las entidades ejecutoras en programas urgentes, especialmente en la presentación de servicios al público.

Se perseguirá la capacidad operativa, descentralización económica y administrativa, preparación de los recursos humanos para la ejecución de programas, proyectos y una funcional red de servicios, establecimiento de coordinación y acción integral de todos los sectores.

2.5.4 POLITICA DE INFRAESTRUCTURA FISICA DEL SECTOR SALUD:

Esta política está orientada a mantener en buen estado los edificios y equipo del sector, mediante su

remodelación, reposición, reparación y mantenimiento. Los proyectos de infraestructura física deberán estar acordes con las necesidades locales, regionales evitando así instalaciones innecesarias que no estén de acuerdo al desarrollo social y económico del país, por lo que sus acciones deberán de ajustarse a las necesidades más urgentes de la población guatemalteca, que aún no poseen las condiciones mínimas.

2.6. DISCIPLINAS EXISTENTES EN EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL: (Area Preventiva)

- a. Médicos y Cirujanos.
- b. Enfermeras Graduadas.
- c. Auxiliares de Enfermería.
- d. Inspectores de Saneamiento Ambiental.
- e. Técnicos en Salud Rural. (Br. en Ciencias de la Salud)
- f. Trabajadores Sociales.
- g. Auxiliares de Nutrición.
- h. Técnicos de Laboratorio.
- i. Secretarios.
- j. Intendentes.
- k. Pilotos.

2.6.1. PERSONAL VOLUNTARIO DE LA COMUNIDAD:

- a. Promotores Rurales de Salud.
- b. Comadronas Tradicionales.

2.7. EL QUEHACER DE CADA DISCIPLINA:

2.7.1. FUNCIONES Y ATRIBUCIONES DE LOS MEDICOS JEFES DE DISTRITO:

- a. Elaborar sus respectivos programas de actividades.
- b. Organizar, dirigir, supervisar y evaluar las acciones de salud desarrolladas en su distrito.
- c. Realizar visitas periódicas y programas a los Puestos de Salud de su Jurisdicción.
- d. Velar porque los establecimientos bajo su cargo desempeñen las actividades de salud de acuerdo a las normas establecidas.
- e. Dar atención Médica en el Centro y Puestos de Salud.
- f. Velar porque se cumplan los programas encomendados y enviar información de las actividades realizadas a

- la Jefatura de Area, mensualmente y cuando se le solicite.
- j. Cumplir y velar porque se cumplan todas las funciones y atribuciones del personal en servicio.

2.7.2. FUNCIONES Y ATRIBUCIONES DE LA ENFERMERA JEFE DE DISTRITO:

La Enfermera Jefe de Distrito depende técnicamente de la enfermera de Area y Administrativamente del Jefe de Distrito.

Funciones de la Enfermera de Distrito:

- a. Dirigir, supervisar y evaluar al personal de enfermería del Centro y Puestos de Salud.
- b. Planificar el trabajo de Enfermería de acuerdo a la programación de Distrito.
- c. Participar en la coordinación de las actividades de salud que desarrolla en Centros de Salud, y otras dependencias o instituciones afines, definir las funciones de enfermería en el nivel aplicativo.
- d. Evaluar periódicamente los servicios y programas de enfermería dentro de la jurisdicción del Distrito.
- e. Velar por la continuidad del cuidado a personas y familias.
- f. Establecer prioridades de atención de enfermería de acuerdo a programas, problemas y recursos disponibles.
- g. Efectuar consultas a embarazadas normales, control de crecimiento y desarrollo del niño y orientación familiar.
- h. Dar cuidado directo de enfermería en casos necesarios.
- i. Planear y realizar el seguimiento de casos de alto riesgo.
- j. Planear y realizar programas de vacunación.
- k. Planear y realizar programas de adiestramiento y supervisión de comadronas tradicionales.
- l. Colaborar en el desarrollo comunal.
- m. Planear y realizar programas educativos a grupos, participar en el adiestramiento y supervisión de los Promotores Rurales de Salud en asuntos de enfermería.
- n. Solucionar problemas de enfermería dentro de su competencia.
- ñ. Planear y realizar el programa de educación en servicio de su personal.
- o. Obtener y mantener información en relación al personal, actividades, medicinas, material y equipo; y enviar a donde corresponde.
- p. Asesorar en asuntos de enfermería al Médico Jefe de Distrito.

q. Velar por la salud del personal.

2.7.3. FUNCIONES DEL INSPECTOR DE SANEAMIENTO AMBIENTAL:

Cumplir con las normas administrativas y técnicas establecidas por la División de Saneamiento Ambiental a través de la Jefatura de Area, tales como:

- a. Hacer los pedidos de equipo, papelería y materiales de programas en su debida oportunidad.
- b. Elaborar el plan semanal de actividades y presentarlo al Jefe de Distrito.
- c. Rendir información mensual de sus actividades en los primeros tres días del mes sub-siguiente, al Jefe de Distrito y a las autoridades que corresponda.
- d. Elaborar el Programa anual de actividades de la sección y discutirlo con los demás miembros del Distrito de Salud.
- e. Hacer trabajo extramuros en un 75% del tiempo reglamentario y el 25% dedicarlo al trabajo administrativo.
- f. Levantar encuestas sanitarias de edificios, establecimientos públicos y centros educativos.
- g. Elaborar planos sanitarios y mantener actualizados los existentes.
- h. Realizar estudios sanitarios de comunidades urbanas y rurales, para determinar las mejoras a ejecutarse en el campo del saneamiento: agua potable, disposición de excretas, basuras, mejoramiento de la vivienda, establecimientos públicos, etc.
- i. Fomentar las buenas condiciones domiciliarias de agua y excretas en los lugares en donde existen éstos servicios públicos.
- j. Ejecutar Programas de saneamiento ambiental: introducción de agua, disposición de excretas, tren de aseo, mejoramiento de la vivienda, establecimientos públicos, escuelas, rastros, mercados, etc.
- k. Controlar y supervisar el funcionamiento de: Abastos de agua, tren de aseo, desechos industriales, disposición de excretas, aguas servidas, basureros, granjas, etc.
- l. Cumplir con las leyes, reglamentos y disposiciones sanitarias emanadas de las autoridades correspondientes.
- ll. Dictar cursillos para capacitación y adiestramiento de fabricantes y manipuladores de alimentos.
- m. Colaborar con las autoridades locales en programas de mejoramiento y urbanismo: Nomenclaturas y programas de infraestructura.

- n. Promover y mantener programas de control antirrábico: Vacunación y exterminio canino y de personas mordidas.
- ñ. Mantener estricto control en los precios de venta al público de los productos medicinales en las farmacias jurisdiccionales.
- o. Sugerir y colaborar en el mejoramiento del trabajo técnico administrativo establecido.
- p. Colaborar con los demás miembros del equipo de distrito.
- q. Respetar y mantener buenas relaciones con: autoridades, comités, grupos organizados y el personal de salud.

El Inspector de Saneamiento Ambiental, dependerá técnicamente del Inspector de Area y Administrativamente del Jefe de Distrito.

2.7.4. FUNCIONES DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA:

El Auxiliar de Enfermería dependerá técnicamente de la Enfermera Jefe de Distrito y administrativamente del Médico Jefe de Distrito.

El Auxiliar de Enfermería es responsable de realizar las actividades de: Promoción, Prevención y Recuperación de la salud que le sean asignadas; trabajando bajo la supervisión periódica de la Enfermera Jefe de Distrito al cual pertenece.

FUNCIONES:

- a. Llevar a cabo actividades de acuerdo al Plan de trabajo establecido por el Distrito de Salud.
- b. Realizar actividades de educación para la salud.
- c. Participar en actividades específicas de programas como Materno Infantil, Epidemiología, Saneamiento Ambiental, Malaria, Tuberculosis, Nutrición y otros.
- d. Mantener y solicitar el equipo, material y medicinas del Puesto de Salud.
- e. Establecer y mantener buenas relaciones con la comunidad.
- f. Establecer y mantener buenas relaciones con el demás personal.
- g. Llevar los registros de actividades del Puesto de Salud.
- h. Llevar el informe establecido y cumplir con el presente reglamento.

2.7.5. FUNCIONES DEL TECNICO EN SALUD RURAL: (Br. en Ciencias de la Salud)

Este personal depende técnicamente del Técnico de Area y administrativamente del Médico Jefe de Distrito.

FUNCIONES:

- a. Elaboración previa del Diagnóstico Integral de Salud:
 - Investigación Social.
 - Elaboración de planos sanitarios.
 - Encuestas de Salud.
 - Censos y encuestas sanitarias.
- b. Organización comunal (Grupos y comités).
- c. Promoción, ejecución y evaluación de programas.
- d. Promoción, ejecución y participación en actividades de la comunidad; especialmente educativas y recreativas.
- e. Organización, promoción y participación en la realización de cursillos a:
 - Comadronas.
 - Comités.
 - Promotores Rurales de Salud.
 - Manipuladores de Alimentos.
- f. Participación en actividades de Promoción de los programas en Puestos de Salud.
- g. Colaboración en actividades de saneamiento básico.
 - Letrinización.
 - Acueductos rurales.
 - Control de vectores.
 - Control de calidad de agua.
 - Control de basuras.
 - Control de manipuladores de alimentos.
- h. Supervisión y asesoría a comités, Promotores Rurales de Salud, Comadronas empíricas y voluntarios de salud.
- i. Consulta Médica simplificada (en ausencia del Médico o del Auxiliar de Enfermería).
- j. Control y archivo de sus actividades.
- k. Impartir educación en salud.
- l. Control de enfermedades transmisibles.
- m. Investigar y conocer las necesidades del municipio.
- n. Coordinación de actividades de integración con otras instituciones.
- ñ. Organización, promoción y ejecución de programas comunales, utilizando recursos propios de la comunidad.

2.7.6. OTRO PERSONAL:

En los servicios de salud, encontramos también Auxiliares de Nutrición, Secretarios, Intendentes, pilotos, pero no se describen sus funciones y atribuciones debido a que son actividades que no tienen mayor relevancia en la participación del Desarrollo Comunal.

2.7.7. FUNCIONES ADMINISTRATIVAS DE LOS TRABAJADORES SOCIALES:

a. ADMINISTRACION:

Planeación:

Planear y programar en equipo las actividades de Participación Comunitaria a nivel de Area de Salud del cual es directamente responsable.

Participar con el equipo de Salud en la planeación y programación de todos los programas que se realizan en el Area de Salud.

Diseñar y elaborar proyectos específicos de trabajo.

Elaborar un plan anual de trabajo, el cual debe ser elaborado en equipo cumpliendo con las normas y procedimientos emanados de la Dirección General de Servicios de Salud.

Participar en la elaboración de planes generales de equipo cubriendo todas las disciplinas.

b. INVESTIGACION:

La investigación debe ser la base de todo Trabajo Social y constituir el primer paso para cumplir la función de penetración a la comunidad. Se debe realizar en forma operativa de acuerdo a las técnicas que según el criterio del Profesional, son las adecuadas para cada caso.

Guía de la que se vale el Trabajador Social, para realizar una investigación en la comunidad.

-Diseñar y dirigir la investigación sobre la problemática Social del Area para la elaboración del Diagnóstico de Salud.

-Promover y dirigir investigaciones de aspectos específicos a nivel de Area.

-Consulta previa de documentos que contengan datos acerca de la comunidad en la cual va a trabajar, por ejemplo: Datos geográficos, ecológicos, antecedentes históricos, demográficos, de producción de recursos o instituciones del sector público y/o privado que operan en dicha comunidad vías de comunicación, etc.

-Visita preliminar a la comunidad para obtener la apreciación personal de la misma.

-En visitas realizar entrevistas con: Sacerdotes, Pastores

evangélicos, Comisionados militares, Representantes del gobierno central, Autoridades Municipales, etc.

- Entrevistas con líderes de la comunidad, miembros de la misma, cofradías, Promotores Sociales, propietarios de comercios, etc. para conocer la organización social, la cultura, sus intereses, necesidades e inquietudes.
- Entrevistas con otros sectores de gobierno y de la iniciativa privada e instituciones que laboran en la comunidad; estas deben ser debidamente planificadas para que cumplan con el objetivo que el Trabajador Social persigue.

c. ORDENAMIENTO DE ACTIVIDADES:

El Trabajador Social debe elaborar un inventario de recursos de la comunidad en el cuál teóricamente tendrá el panorama general de las comunidades que cubre.

- Listado de instituciones.
- Listado de líderes.
- Recursos naturales.
- Investigación de aspectos específicos de la comunidad.
- Consulta de documentos locales propios de la comunidad.
- Recabar información sobre la opinión que la comunidad tiene de los servicios de salud con base para la introducción y promoción de nuevos programas.
- Informar claramente a la comunidad sobre investigaciones que realiza para evitar que la comunidad forme juicios equivocados de sus funciones como profesional.
- Divulgar el resultado de sus investigaciones para buscar cambios substanciales en la problemática encontrada.

d. POLITICAS DE ACCION:

- Adecuar y ejecutar las políticas del Trabajador Social a nivel de Area.
- Participar con el equipo de salud en la adecuación de las políticas del Programa Nacional de Salud, a nivel de Area.
- Divulgar la filosofía y objetivos de los programas de salud del Trabajador Social.

e. ORGANIZACION Y DIRECCION:

- Organizar y dirigir el programa de participación comunitaria a nivel de Area.
- Divulgar la filosofía y objetivos de los programas de salud del Trabajador Social.

- Organizar y dirigir su sección.
- Participar en el equipo en la organización y Dirección del Area de Salud.
- Participar en la organización interna de la Jefatura de Area de Salud.
- Participar en la organización interna de la Jefatura de Area de Salud.
- Organizar grupos con fines educativos, recreativos u otros según lo demande el servicio.

f. COORDINACION:

- Coordinar en equipo programas y recursos intra y extra sectoriales a nivel de Area.
- Coordinar las acciones del personal de Trabajo Social en el Area.
- Fomentar y desarrollar el trabajo en equipo a nivel de Jefatura de Area de Salud.

g. CAPACITACION:

- Dirigir, asesorar y supervisar programas de capacitación a personal en servicio voluntario de diferentes distritos de Salud del Area.
- Participar en los programas de capacitación a personal en servicio que se realicen a todo nivel.
- Ser el responsable de su propia capacitación para la efectividad de las acciones.

h. SUPERVISION:

- Supervisar a personal responsable de la ejecución de programas de participación comunitaria en salud, de los diferentes Distritos que conforman el Area de Salud.
- Supervisar la aplicación de normas técnicas y técnicas del Trabajo Social así como los programas de participación comunitaria a nivel de Area.

i. ASESORIA:

- El Trabajador Social debe ofrecer asesoría a los miembros del equipo en aspectos relacionados con el desarrollo de sus actividades.
- Deberá asesorar a los miembros de la comunidad y personal voluntario.

-Debe actuar como consultor dentro del ámbito de bienestar social en su Distrito de Salud.

j. EVALUACION:

- La evaluación debe realizarse periódicamente, como una revisión de cada etapa de trabajo teniendo en cuenta los objetivos deseados.
- Debe ser cualitativa (por causa y efecto) y cuantitativa.
- El Trabajador Social de Distrito deberá evaluar todos los proyectos tanto personales como los del personal, en forma sistemática y continua, comparando metas iniciales y resultados obtenidos, mediante el análisis objetivo.
- Debe participar en la evaluación del trabajo realizado en el Distrito de Salud.

2.8. QUIENES HACEN DESARROLLO COMUNAL:

Actualmente en las dos Areas en estudio se cuenta con ocho Trabajadores Sociales, distribuidos así:

Cuatro por cada área: Y de estos; dos ubicados en Jefaturas de Area y los dos restantes en las Jefaturas de Distrito. Los Trabajadores Sociales ubicados en Jefaturas de Area de Salud, su función es exclusivamente de administración; lo que limita su participación directa en acciones de desarrollo comunal y los Trabajadores Sociales de Distrito son los que tienen esta responsabilidad (de realizar acciones de desarrollo comunal) los que se circunscriben en aspectos muy generales por las limitantes siguientes:

A. AREA GEOGRAFICA:

El área geográfica que este profesional tiene a su cargo, oscila entre tres a cinco municipios y estos a su vez con la población promedio de cinco a diez mil habitantes.

B. RECURSOS:

Financiero:

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, no permite la existencia de una partida presupuestaria para que el Trabajador Social realice acciones de desarrollo integral en las comunidades.

Humano:

El recurso humano al cuál hago referencia, es esencialmente los habitantes de las comunidades, ya que éstos se encuentran disponibles a la realización de diversos tipos de programas por las necesidades que imperan en el medio, únicamente a la expectativa de una persona que promueva, oriente, coordine y facilite resolver apropiadamente las necesidades de la comunidad.

C. RECURSOS DE MOVILIZACION:

En la institución no existen vehículos suficientes para realizar actividades de campo, lo que limita la movilización de este personal en la realización de sus actividades.

D. LIMITANTE POLITICA:

Debido a la interpretación científica de la realidad, el Trabajador Social, tropieza con barreras ideológicas dentro del sistema, por lo antagónico del mismo.

E. POLITICAS DE SALUD:

De acuerdo a las políticas de salud gubernamentales, los programas vienen estructurados en líneas contrarias, imponiendo de esta manera la estandarización de programas, los que no se adecúan a las necesidades y características del país.

Como si fueran pocas las limitantes enumeradas, adherida a éstas tenemos la falta de conciencia de algunos Profesionales del Trabajo Social que toman una postura cómoda sin aprovechar los espacios políticos que se presentan.

Por lo antes expuesto el Trabajador Social no realiza sus funciones principales como todo experto en el Desarrollo Comunal. Encontrándose únicamente a un personal de mando intermedio, multidisciplinario con una visión amplia sobre la problemática de las comunidades rurales, al personaje conocido como Técnico en Salud Rural (Br. en ciencias de la salud) quienes por su naturaleza de formación y ubicación se ven en la imperante necesidad de realizar ciertas funciones de Desarrollo Comunal; aunque por las características de la institución y lo específico de sus programas no los realiza en un ámbito de cobertura total; debido a que el

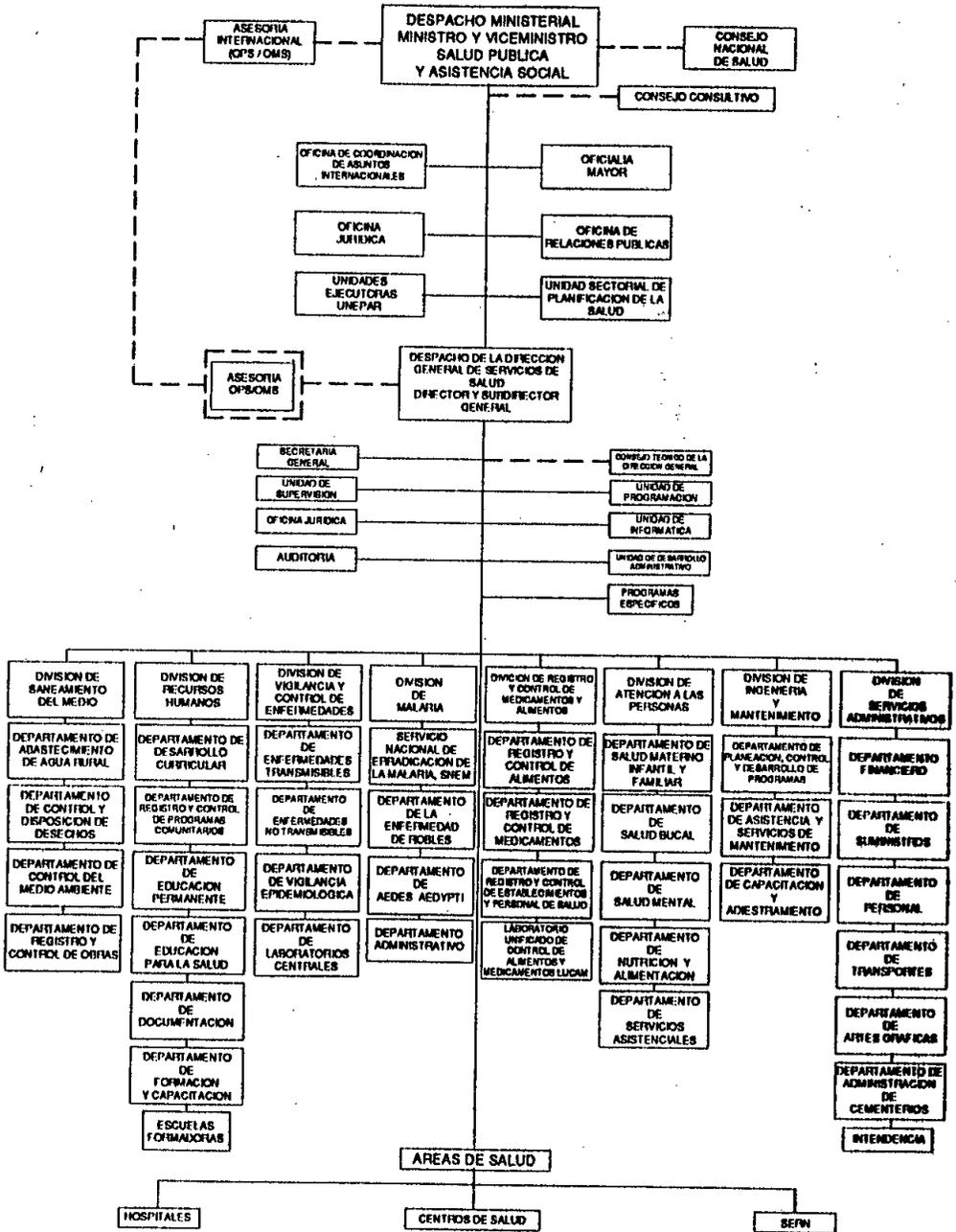
único recurso con que cuenta es la población misma y sus propios recursos.

De aquí podemos deducir que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, aunque emita políticas de "Salud para Todos en el año 2,000"; no podrá alcanzar ese deseado anhelo debido a la falta de coordinación intersectorial y multidisciplinaria; especialmente en el campo de salud y desarrollo comunal.

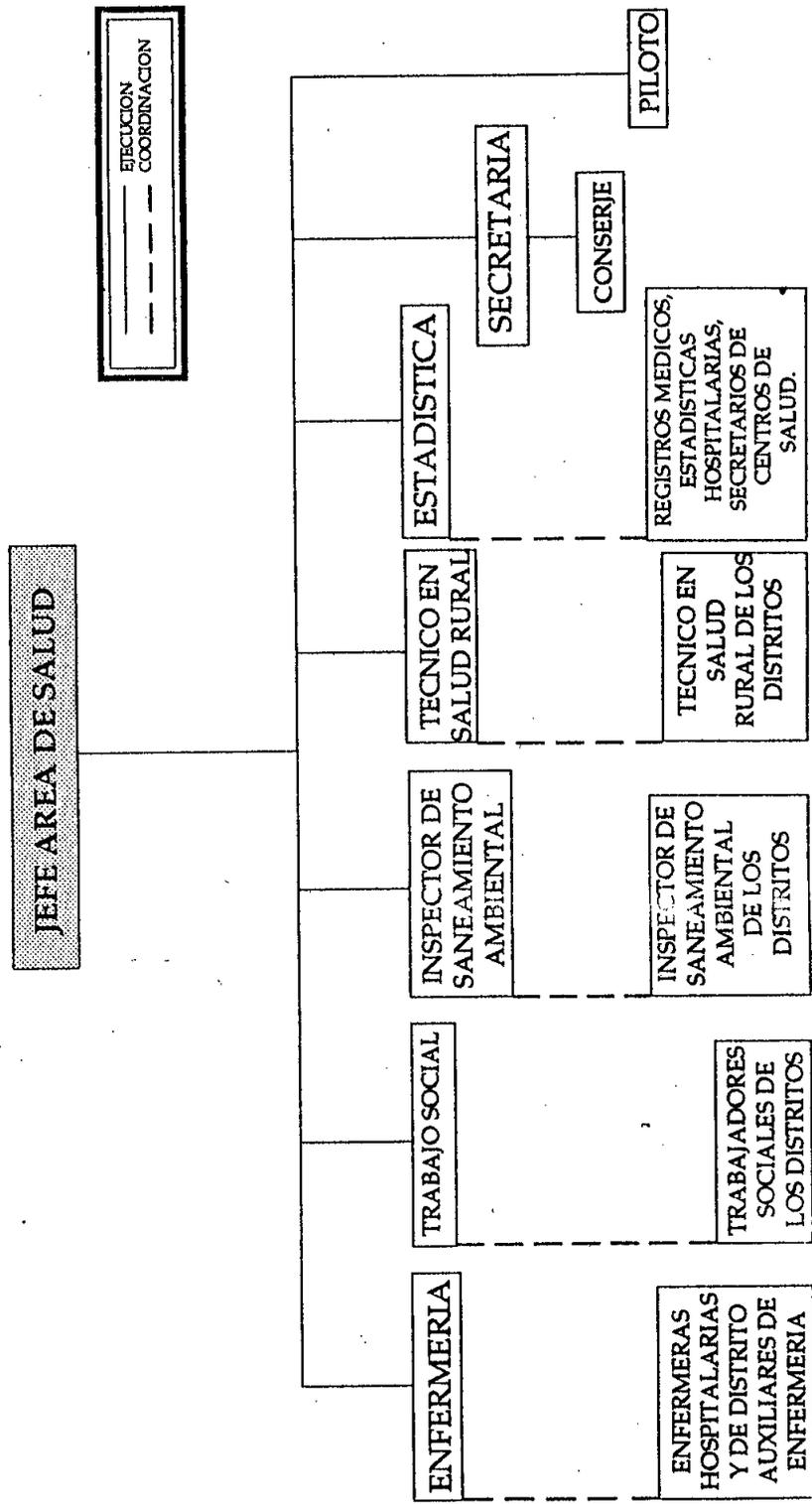
2.8.1. Organigramas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

a.

NIVEL NACIONAL

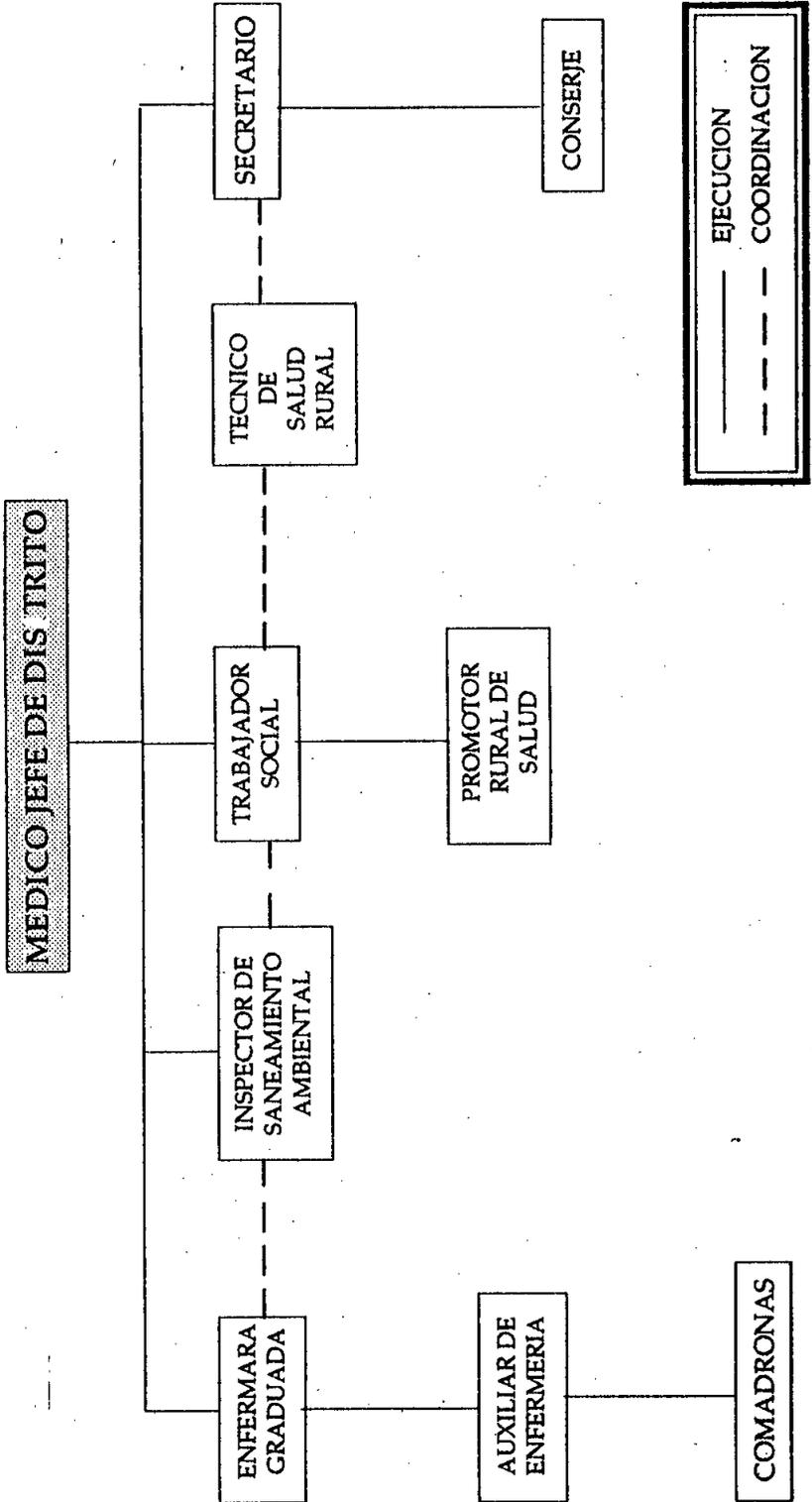


b. ORGANIGRAMA DE JEFATURA DE AREA DE SALUD



ORGANIGRAMA DE DISTRITO DE SALUD

c.





CAPITULO III.

3.1. Situación de Salud de las Areas en estudio.

3.1.1. Concepto de Morbilidad.

"Proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo." (10)

3.1.2. Concepto de Mortalidad.

"Cantidad de individuos de una población que mueren por unidad de tiempo." (11)

3.1.3. Cuadros e Interpretación de Morbilidad.

AREA DE SALUD DE QUETZALTENANGO. DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD:

DIAGNOSTICO	NUMERO	PORCENTAJE
Desnutrición	8376	16.60
I.R.S.	7237	14.35
Parasitismo Intestinal	5059	10.03
Amebiasis	3188	6.31
Síndrome Diarréico	2255	4.47
Anemia	1258	3.88
GECA	1966	3.78
B.N.M.	1463	2.90
Impétigo	801	1.59
Amigdalitis	790	1.57
Resto de Causas	17409	35.51
TOTAL DE CAUSAS	50442	100.00

Fuente: Memoria de labores Area de Salud Quetzaltenango 1, 989

(10) Diccionario Enciclopédico Océano.
Vol. II-Edit. Océano Exitó, S.A.
1,986, Barcelona España.

(11) IDEM.

**AREA DE SALUD DE TOTONICAPAN.
DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD:**

DIAGNOSTICO:	NUMERO	PORCENTAJE
I.R.S.*	7216	16.54
Síndrome Diarréico	4468	10.25
Parasitismo Intestinal	3799	8.70
D. P. E.**	2383	5.47
Sarcoptiosis	1113	2.52
Bronconeumonía	1099	2.52
Infección Urinaria	576	1.32
Anemia	455	1.04
Gastritis	203	0.46
D. C. del A.***	145	0.33
Resto de Causas	22166	50.82
TOTAL DE CAUSAS:	43623	100.00

- * Infección Respiratoria Superior.
- ** Desnutrición Proteico Energético.
- ***Desnutrición Crónica del Adulto.

Fuente: Memoria de Labores Area de Salud Totonicapán 1, 989.

INTERPRETACION:

En los cuadros de Morbilidad de las Areas de Salud de Quetzaltenango y Totonicapán, podemos observar que tienen similitud de causa, lo que nos demuestra que se debe en ambas a problemas de saneamiento del medio, bajo ingreso económico de los habitantes y falta de educación en salud, lo que trae como consecuencia la incidencia de muerte.

**AREA DE SALUD DE QUETZALTENANGO
DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD:**

DIAGNOSTICO	NUMERO	TASA POR 10,000
Bronconeumonía	584	13.00
Gastro Enterocolitis Aguda	386	6.00
Desnutrición	238	31.00
Infección Intestinal	116	3.00
Paro Cardiorespiratorio	106	2.00
D. H. E.	101	2.00
Senilidad	97	6.00
Insuficiencia Cardíaca	84	2.00
Tuberculosis	53	1.00
Cáncer	49	1.00
Resto de Causas	1669	----
TOTAL DE CAUSAS:	3383	---

Fuente: Memoria de Labores Area de Salud Quetzaltenango 1,989

**AREA DE SALUD DE TOTONICAPAN
DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD:**

DIAGNOSTICO	NUMERO	TASA POR 10,000
Mortinatos	484	20.23
Gastro Enterocolitis Aguda	410	17.14
Bronconeumonía	404	16.88
Senectud	161	6.73
I.R.A.	154	6.43
D. H. E.	125	5.22
Tos Ferina	81	3.38
Sarampión	79	3.30
Bronquitis	59	2.49
Paludismo	20	0.83
Resto de Causas	3126	47.07
TOTAL DE CAUSAS:	5103	129.70

Fuente: Memoria de Labores Area de Salud Totonicapán 1,989.

INTERPRETACION DE LOS CUADROS DE MORTALIDAD

Los resultados en ambas áreas nos demuestran la relación directa que existe entre la morbilidad y la mortalidad, de donde se deduce que los eslabones de la cadena no se pueden romper sin una educación verdadera, un saneamiento del medio con participación comunal y un ingreso económico que permita satisfacer las necesidades más ingentes.

3.1.4. PERSONAL DE LAS AREAS DE ESTUDIO:

AREA COMUNITARIA DE TOTONICAPAN. (personal institucional y comunitario)

Médicos y Cirujanos	8
Enfermeras Graduadas	5
Auxiliares de Enfermería	49
Inspectores de Saneamiento Ambiental	9
Trabajadores Sociales	4
Técnicos en Salud Rural	20
Técnico de Laboratorio	1
Oficinistas	8
Promotores Rurales de Salud	<u>389</u>
Total	493

AREA COMUNITARIA DE QUETZALTENANGO (personal Institucional y Comunitario)

Médicos y Cirujanos	13
Enfermeras Graduadas	12
Auxiliares de Enfermería	77
Inspectores de Saneamiento Ambiental	15
Trabajadores Sociales	4
Técnicos en Salud Rural	19
Técnicos de Laboratorio	0
Oficinistas	13
Promotores Rurales de Salud	<u>196</u>
Total	348

3.1.5. INICIOS DEL PROMOTOR RURAL DE SALUD:

En la década de los años sesenta algunas instituciones privadas que trabajaban en salud, así como el propio Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, empezaron a realizar esfuerzos aislados formando nuevos tipos de personal de salud que tenían en común trabajar en comunidades rurales, brindando cuidados mínimos de salud a bajo costo con la finalidad de ampliar las coberturas existentes.

Estos primeros ensayos fueron financiados por agencias privadas y religiosas, luego se iniciaron programas financiados por agencias internacionales como UNICEF, INCAP Y AID.

Los programas de atención primaria tuvieron su origen en 1,957 cuando se instaló la Congregación Maryknoll en Jacaltenango, Huehuetenango, empezando sus actividades a través de educadores de la población para dar inicio en 1,967 con los cursos formales de Promotores Rurales de Salud.

También en otros departamentos se habían iniciado los adiestramientos formales de Promotores Rurales de Salud; en 1,964 la fundación Berhrhorst en Chimaltenango y el Programa de Promotores Rurales de Salud de la Aldea El Novillero de Santa Lucía Utatlán, Sololá.

Los Programas mencionados se iniciaron paralelamente sin compartir o unificar criterios y esfuerzos; ninguno de ellos mencionó explícitamente la intención de disminuir la morbilidad y mortalidad, aunque las actividades incluidas en los programas tenía relación directa con las experiencias adquiridas en 1,971 dentro del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; quien inicio el programa de adiestramiento de Promotores Rurales de Salud, con el objeto de ubicar uno por cada 2,000 habitantes; estos adiestramientos se realizaron en diferentes Regiones (varios Deptos.) en 1,972 diez años más tarde la institución cuenta con 3,490 Promotores Rurales de Salud activos, después de todos los esfuerzos realizados se llega a la década del ochenta con experiencia en programas de atención primaria y mantiene y ratifica la intención de extender estos servicios a todo el país. Bajo todo punto de vista la alternativa viable es que los dirigentes de los programas puedan en el futuro unificar criterios y esfuerzos a fin de poder hacer realidad la meta "Salud para Todos en el año 2,000".

3.1.6. PRINCIPALES ACTIVIDADES QUE REALIZA EL PROMOTOR RURAL DE SALUD:

1. Presentación a autoridades y representantes de la comunidad.
2. Visitas domiciliarias a las familias de su sector.
3. Elabora el bosquejo de su comunidad.
4. Realiza el censo de su comunidad por medio de fichas familiares.
5. Enseña la forma de hacer una letrina y el uso de la misma.
6. Orienta sobre las formas de proteger las fuentes de agua.
7. Orienta sobre el mejoramiento de la vivienda.
8. Orienta a las familias sobre la disposición de basura.
9. Ofrece consejos sobre higiene personal.
10. Orienta a las familias sobre higiene y protección de los alimentos.
11. Colabora con la promoción de las actividades de vacunación.
12. Colabora con la detección de desnutridos.
13. Colabora con la captación de niños para la vacunación.
14. Participa en el tratamiento de rehidratación oral (TRO).
15. Enseña a preparar el Suero Oral y su administración.
16. Da tratamientos por enfermedades simples de acuerdo a sus limitaciones.
17. Atención de emergencias.
18. Utiliza la referencia de pacientes a los servicios de salud de acuerdo al caso que se le presente.
19. Participa en la entrega de alimentos al Grupo Materno Infantil (desnutridos).
20. Orienta a la madre sobre las ventajas de la lactancia materna.
21. Orienta a la madre sobre la alimentación del niño en su primer año de vida.
22. Orienta sobre planificación familiar (por demanda).
23. Lleva registro de los servicios prestados a su comunidad". (12)

(12) Manual del Promotor Rural de Salud.
Agencia Internacional para el Desarrollo AID
Guatemala, 1,984. Págs. 8 - 116.

CAPITULO IV.

4.1. OPCIONES DE CAMBIO PROPUESTAS A SALUD PUBLICA:

En el Departamento de Santa Cruz del Quiché se dió la primera experiencia del Programa de Promotores Rurales de Salud, en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, durante los años de 1,972 y 1,973; utilizando las experiencias adquiridas en Jacaltenango, Huehuetenango, por la congregación religiosa católica Maryknoll y en Chimaltenango por el Misionero Evangélico Dr. Berhrhorst. Se realizó en ese entonces un dificultoso adiestramiento por dos años en donde recibieron conocimientos de enfermería, saneamiento del medio, terapéutica dirigida y organización de la comunidad, esta experiencia fue significativa en el adiestramiento de Promotores Rurales de Salud, dado a que se hizo el intento de crear dirigentes comunales y no simplemente ayudantes de enfermería (medicina curativa).

Más tarde los adiestramientos se extendieron rápidamente a todo el Altiplano del Occidente, considerándose que con esta situación se puso en marcha un proceso creciente de participación de la población rural en los programas de Salud Pública.

A esta política de participación comunal se le ha venido dando auge, por la limitación del personal en servicio para cubrir la totalidad de la población; por lo que a continuación presento una relación población personal de salud de las áreas en estudio; la que refleja la necesidad que se tiene a nivel Institucional de valerse del Promotor Rural de Salud para alcanzar las coberturas programadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

4.1.1. RELACION POBLACION PERSONAL DE SALUD:

TIPO DE PERSONAL	TOTAL DE PERSONAL POR AREA	POBLACION POR RECURSO.
Médicos	10	50,365
Enf. Graduadas	10	50,365
Aux. de Enfermería	41	12,284
Trabajadores Sociales	4	125,913
I.S.A.*	14	35,975
T.S.R.**	20	25,182

Población del Departamento de Quetzaltenango:
503,653 Habitantes.

TIPO DE PERSONAL	TOTAL DE PERSONAL POR AREA	POBLACION POR RECURSO
Médicos	8	29,900
Enf. Graduadas	5	47,839
Aux. de Enfermería	49	4,882
Trabajadores Sociales	4	59,799
I.S.A.*	9	26,578
T.S.R.**	20	11,960

Población del Departamento de Totonicapán:
239,199 Habitantes.

Los cuadros anteriores nos ofrecen la panorámica del personal de salud en relación a los habitantes de las áreas en estudio, ya que estos deberían atender la demanda de esa relación establecida, con el agravante que la población rural es mayoritaria y la más desposeída, de los recursos de salud que el Estado debiera proporcionarles, para aumentar el nivel de vida del guatemalteco. Excluyendo únicamente un porcentaje mínimo de personas privilegiadas que tienen acceso a servicios privados. Por todo lo anterior se hace necesario dar participación a todos los representantes de aldeas, cantones, caseríos y barrios para la solución de esa problemática; capacitándolos como Promotores Rurales de Salud, bajo la responsabilidad del Trabajador Social.

4.1.2. PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD: (Recurso Humano)

Esta es una ardua tarea que implica la participación de grupos organizados de la población, ya sea en forma directa o como afectados simplemente, en donde el recurso más valioso tiene que ser el hombre mismo.

Desde el inicio de la sociedad, los cambios que afectan encuentran su causa en los conflictos que se dan

* Inspector de Saneamiento Ambiental.

** Técnico en Salud Rural.

en la organización de su vida y en el constante contacto con la naturaleza, pero la solución de sus problemas entre esas contradicciones siempre están a cargo del individuo.

Por lo tanto el ser humano es el centro de toda organización para el cambio social y como tal es el más valioso no sólo para la ejecución de un pequeño proyecto de trabajo, sino también para una transformación, pero este está condicionado por su ambiente y por lo mismo ha organizado y desorganizado su forma de vida, con la salvedad de que no a todos los hombres se les permite participar activamente en la realización de los cambios, encontrándose la explicación en la ubicación que éste posea dentro de la estructura social.

Y en lo que a programas de trabajo se refiere, en la búsqueda de recursos de apoyo a la acción de las personas, se encuentran substitutos, incurriéndose así en un grave error; pues el sistema administrativo, un título profesional, un método, no puede ni debe substituir al hombre, sino solamente utilizarlo como recurso o instrumento para realizarse y mejorar su nivel de vida.

Una situación crítica se ha dado en la organización de los programas de salud, al tratar de substituir al recurso humano por un sistema de organización administrativo y técnico, que al transcurrir el tiempo y con la intención de conseguir superación científica a venido a darse un complejo dominio del profesional y la profesionalización misma sobre el recurso humano.

Por eso se dice, que posiblemente por el hecho de que el médico se encarga de asuntos tan delicados para el hombre, como la salud, la muerte, la vida, etc. se le ha situado en el centro de todo programa o acción de salud.

Esto es verídico y más aún en países como el nuestro en vías de desarrollo, o con una estructura que favorece el ascenso rápido del médico y es fácilmente comprobable con el hecho de que los programas médicos progresen rápidamente, por ejemplo, el programa de consulta externa en todo el país mientras que los programas de participación comunal que requiere del verdadero trabajo en equipo, sin limitante alguna no prosperan como en el caso de el programa de Promotores Rurales de Salud.

Pero, si el Médico es el centro de toda la organización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y de cualquier programa de salud que se realice, cualquier otro personal se convierte en colaborador ó

simplemente en personal para-médico.

Este problema se agrava cuando el profesional vale más que el hombre, encontrándose en él la responsabilidad de la enfermedad y la salud; responsabilidad que no ha asumido a entera satisfacción ya que generalmente a encaminado su acción eminentemente al campo curativo olvidándose de lo preventivo.

He aquí la necesidad imperiosa de valorizar el recurso humano, ésto de alguna manera puede llevar a la práctica a una contradicción entre conceptos como lo es el empirismo y el profesionalismo, trabajo en equipo, coordinación, supervisión, etc. pero concretamente se trata de cuestionar el profesionalismo teórico que ubica al médico en una posición que le hace creer a sí mismo que es el verdadero líder de los programas de salud, aunque en la realidad se limite a dictar medidas que no llegan a tocar condiciones concretas de la problemática de salud de la población como: Bajar el alto índice de morbilidad, mortalidad y elevar el promedio de vida del guatemalteco.

Bajo este cuestionamiento si suprofesionalismo no fuera limitante estaría en la disposición de realizar acciones de mayor trascendencia o proyección.

Es decir no interviene en los aspectos generales que determinan el estado de salud de la población, por ser un especialista de la medicina; por lo tanto mientras ese profesionalismo tenga tanto valor el hombre que se encuentra atrás podrá hacer menos compromisos de trascendencia en el campo social, en donde la salud se encuentra íntimamente ligada con los demás aspectos de la vida de la comunidad.

En consecuencia la predominancia de las actividades curativas y las organizaciones de élites profesionales no dejan mucha oportunidad a la organización y participación popular, por lo que se ve la imperante necesidad de valorizar el recurso humano y hacer recaer en la participación de la población organizada, la responsabilidad que le corresponde en la solución de los problemas de salud, y al profesional Trabajador Social le corresponde organizarse de tal manera que su trabajo en verdad sea eficiente como coordinador de un equipo polivalente y facilitador para lograr el cambio de mentalidad tanto del personal médico y para-médico, así como su intervención en la organización y desarrollo comunal, antes de acumular atribuciones en los aspectos

administrativos y técnicos casi imposibles de atender con eficiencia.

Si se crea o eleva el valor del recurso humano en los programas de salud, en cierta forma la responsabilidad de la salud o la enfermedad se trasladará a la población organizada, pero el valor del recurso humano no consiste sólo en abogar por una participación popular, sino representa una tarea que rebasa los límites de una simple teoría para trasladarse a una acción concreta y delicada.

Para considerar la acción en sí, del recurso humano como centro del cambio social y para lograr su incorporación plena a los programas de salud, es necesario hacer notar que la responsabilidad no debe considerarse solamente en un intento explícito del ser social, sino como relativa en tanto que se es parte de un conglomerado residente en determinado territorio con determinados recursos o instrumentos para hacer real la responsabilidad del hombre, siendo el motor del cambio en favor de la sociedad o grupo social del que forma parte.

Su capacitación debe estar además estrechamente vinculada con su mundo, su ubicación, el medio de vida en su sistema, regional o local de manera que pueda asumir su responsabilidad real de sus problemas de salud (sí efectivamente no sabe resolverlos) lo que equivaldría a poseer recursos e instrumentos para solucionarlos.

Una comunidad no capacitada no es responsable de sus problemas de salud, sí efectivamente no sabe como resolverlos y además no posee los recursos para ello.

En cambio una comunidad capacitada sí puede y debe asumir la responsabilidad, no sólo de sus problemas de salud, si no de todos aquellos aspectos de su vida que estén íntimamente relacionados con su desarrollo.

4.1.3. PROCESO DE CAPACITACION Y PARTICIPACION:

Regularmente los educadores reconocen como educación y participación integral, a aquellos que tienen conocimientos aportados por varias disciplinas que tratan de proveer al educando conocimientos sobre diversos tópicos y su forma de acción en ellos, como aspectos de agricultura, puericultura, etc., especialmente los tres sectores más importantes en la Salud Pública para efectos de desarrollo como: Educación, Agricultura y Salud.

Sin embargo es tan limitado el concepto de la formación o capacitación integral que la mayoría de los programas se reducen a un nivel eminentemente técnico o aplicativo y se constituye en el sólo amontonamiento de conocimientos técnicos de todo tipo y carentes de profundidad necesaria, además sin el dominio del objetivo que se desea del saber de todo un poco.

La capacitación de la comunidad en consecuencia debe partir de lo deductivo a lo inductivo o viceversa por lo que se debe considerar de una forma integral sin reducirse a niveles técnicos solamente, ésta debe ser globalizante, tomando en cuenta que en la vida de las comunidades existen contradicciones generales que determinan en un momento dado las contradicciones particulares.

La capacitación de la comunidad entonces debe identificar un marco general de referencias teóricas para comprender la problemática existente y luego identificar los problemas que afectan a nivel local, para hacer planteamientos reales de organización como primera instancia para la búsqueda de soluciones a los problemas.

Se considera que con una formación integral teórica-práctica, capacitación y organización; esta última iniciándose en las comunidades se podrá entonces lograr el objetivo importante, que las comunidades participen en forma decidida y consciente en la solución de su problemática, hasta alcanzar los niveles de organización y participación deseados: nivel local, regional y nacional.

4.1.4. PARTICIPACION POR AUTOGESTION: (de abajo hacia arriba).

En el esquema tradicional de la administración pública, se observan líneas jerárquicas rígidas que van de arriba hacia abajo, ésto hace que la dirección esté centralizada en élites muy altas, que casi poco o nada saben de el proceso de participación de las comunidades, por lo que la participación por autogestión es relativa en cuanto a la existencia misma de dirigentes, sino debe destacarse o perseguirse que entre dirigentes y/o dirigidos no existan diferencias de ninguna índole y por lo tanto se de la posibilidad de participación en todos los niveles de la población.

El acrecentamiento del sentido de la comunidad

dentro del citado proceso de dirige fundamentalmente al desenvolvimiento de sus miembros, supone una tarea continua de información, formación y comunicación de todos los que forman parte del proceso.

La participación por autogestión, tanto del personal de la institución de salud como de la población tiene entre sus principios rectores el reconocimiento al respeto del pueblo, a su dignidad humana y las potencialidades de los individuos para que sean actores de su propio desarrollo, el proceso entonces significa un esfuerzo creativo en el que todos los que intervienen aporten conocimientos y resultados de su experiencia personal y de grupo, realizando además acciones que son testimonio de una voluntad de cambio y de identificación con el proceso del cual son protagonistas.

El proceso de participación por autogestión conduce a un diálogo permanente entre la institución de salud y la comunidad a fin de armonizar sus puntos de vista y las acciones que darán forma efectiva a la participación de abajo hacia arriba, implica también la implantación de un proceso educativo que servirá para preparar a la comunidad y fortalecer su deseo de contribuir a poner en marcha un proceso de acción que aquella y el personal de salud han decidido en forma mancomunada.

4.1.5. FALLA METODOLÓGICA DE LOS NIVELES TÉCNICOS Y LA COMUNICACION VERTICAL.

En la aplicación de un programa de desarrollo pueden observarse tres niveles de participación.

El primer nivel es donde se formulan las políticas y la filosofía de los programas o proyectos.

El segundo nivel está constituido por el método de trabajo, en donde se señalan en forma clara y precisa las políticas de acción, prioridades y métodos que se van a realizar durante las actividades del programa.

El tercer nivel estaría constituido bajo este punto de vista, por las técnicas de trabajo o puramente la acción que está a cargo del personal institucional de base.

Pero existen cantidades de técnicos en programas de desarrollo que no rebasan el nivel, o en el mejor de los casos el nivel metodológico, ocurriendo lo mismo con profesiones completas y de mucho prestigio que generalmente sólo aplican lo que otros piensan y

planifican, igual como sucede en el aspecto teórico filosófico, dejando la tarea del método y de las técnicas a otras personas, pero en ambos casos se cae en el error, de aquí la falla metodológica de la comunicación vertical, (de arriba hacia abajo) dado que los programas diseñados con una filosofía, un método de trabajo definido para realizarlo simplemente por el nivel aplicativo; pero cuánto sabe el primer nivel de la problemática de la comunidad? para realizar de esta manera programas acordes a las necesidades sentidas por las mismas. ¿Cuánto sabe el segundo nivel sobre el método de trabajo más efectivo para las políticas de acción en la comunidad.

Considerando lo anterior, la segunda sugerencia metodológica que se brinda es sencilla y puede ser superada fácil e inmediatamente por otras formas de comunicación o por la realización de procedimientos como: La participación por autogestión; hará que el proceso tenga plena validez, los programas entonces deberán ser verticales pero en contradicción con la metodología aplicada institucionalmente (de abajo hacia arriba) entonces la propuesta se convierte partiendo de un proceso concreto para el campesino y llegue finalmente a un proceso educativo amplio para concluir en la capacitación, pero sin olvidar los elementos que hacen que el campesino a través de su análisis concreto mantenga una vida eminentemente práctica como actores en la solución de su propia problemática.

4.1.6. CARACTERÍSTICAS DEL QUEHACER PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL.

Las características de trabajo de éste profesional se circunscriben en primer término al estudio y orientación de las personas en sociedad de donde sus empleadores pueden ser del sector público o privado que los contratan para realizar acciones encaminadas a la solución de conflictos y satisfacción de necesidades; además éste profesional puede ubicarse en el campo de la Salud, Educación, Seguridad Social, etc. y armonizar de tal manera el ambiente social con otros eslabones que conforman la realidad concreta del conglomerado.

4.1.7. EL TRABAJADOR SOCIAL Y LA SALUD PUBLICA:

El Trabajador Social representa una síntesis

comprometida entre acción y teoría científica, si va a ser la acción social que en términos generales representa la tarea de un pueblo por resolver sus problemas. Puede denominársele Trabajo Social totalizante, sintetizador, generalizador y que dá valor social a la conciencia y a la técnica que une a la teoría con la práctica para provecho de grupos mayoritarios de la población. En consecuencia, según éste punto de vista, la conciencia en general o particular todos en sus distintas ramas o disciplinas, sólo pueden adquirir un valor humano a través de la concepción del Trabajo Social.

4.1.8. CONCRECIÓN DEL ESPACIO DE RELACION DONDE SE UBICA EL QUEHACER PROFESIONAL.

Uno de los elementos más importantes es identificar el espacio dentro del cual el Trabajador Social se ubica y establece los sectores que dentro de este espacio se presentan, singularizando el flujo de relaciones que se establecen dentro de ellos.

Para ello a nivel teórico metodológico, puede ubicarse fundamentalmente la mayoría de veces dentro de la problemática de las políticas sociales y las organizaciones populares. La cual presento de la siguiente forma:

- Organizaciones Populares.
- Acciones que demandan soluciones.
- Soluciones que debe adoptar el Estado a través de:
instituciones.

4.1.9. IMPORTANCIA DE UN TRABAJO INTERDISCIPLINARIO PARA UN TRABAJO PROFESIONAL.

Es de gran importancia la necesidad de trabajar con otros profesionales involucrados en el mismo ámbito de trabajo. Bajo esta línea el Trabajador Social puede jugar todo un papel, se hace necesaria la integración de los distintos profesionales en torno a coyunturas con estrategias comunes que dirijan la práctica profesional a la transformación intencionada de la realidad. Otro posible aliado importante es el personal de los servicios y profesionales de otras instituciones, pero los principales aliados de los profesionales de Trabajo Social debe ser los diversos tipos de organizaciones que poseen los sectores populares, ya sea por iniciativa de la institución del Estado o por su propia iniciativa.

Es a estas organizaciones a quienes se les debe entregar información acerca de los problemas que los aquejan, y es aquí donde el profesional Trabajador Social en Salud Pública o en cualquier otro programa debe asumir su verdadero rol de informador y educador, para estimular la actitud crítica y objetiva acerca de las causas, efectos e interrelaciones de los programas por medio de la combinación de los métodos: persuasivo, demostrativo y genético.

PERSUASIVO: Se apela a la razón del individuo y a sus sentimientos de superación.

DEMOSTRATIVO: Se convence sobre la base de sus hechos concretos que lo que se les propone para mejorar es lo más aconsejable.

GENETICO: Se le impulsa gradualmente en la búsqueda de su superación personal, familiar y colectiva.

4.1.10. ALGUNOS PROBLEMAS QUE ENFRENTA EL PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL EN SALUD PUBLICA.

Para comentar este punto es necesario hacer algunas apreciaciones básicas de la forma de trabajo en la institución.

El proceso de solución de problemas, tiene como base que las soluciones más adecuadas a los problemas se encuentran justamente en las instituciones y por lo mismo esos problemas son bajo esta concepción los problemas institucionalizados, porque las necesidades sociales son planteados por la institución.

En algunas oportunidades en primera instancia se han creado los programas para en seguida crear las necesidades para los programas, y éstos a su vez son planteados con una lógica tecnocrática, siendo esta determinada por una relación de poder de arriba hacia abajo y por una concepción de la participación popular vista en términos simbólicos puramente.

La solución del problema debe pasar entonces por las normas institucionales para resolverlo, pero éstos a su vez son formas de encuadramiento de los problemas que ellos determinan a tal grado que la institución muchas veces cree que con solo arreglos tecnocráticos se podrán resolver los problemas sociales.

Bajo estos planteamientos también la intervención profesional pasa a ser encuadrada, no en función de la problemática real de la población, si no en función del orden institucional, por lo que el Trabajador Social en

estas instituciones su práctica no es privilegiada y por eso se le ubica como actor complementario actuando en la mantención del orden institucional determinado por las personas privilegiadas.

El Trabajador Social debería aprovechar los espacios socio-políticos que se dan, para ocupar niveles decisorios en cualquiera de los tres niveles planteados con anterioridad, para que de ésta forma las programaciones tengan una base real; además la única estrategia que este personaje puede utilizar para que sea tomado en cuenta realmente es hacerse necesario tomando como carta de presentación su real acción y no ser presa fácil de la burocracia institucional.

Al entrar a considerar la Institución de Salud Pública no podemos pasar desapercibido el señalamiento que mientras el Ministerio de Salud Pública sea un Ministerio de Médicos, en donde la salud y la enfermedad sea únicamente competencia de ellos, sin tener una óptica más allá de las cuatro paredes del asistencialismo, todo el demás personal es simplemente personal para-médico.

Entonces la única alternativa del profesional de Trabajo Social en el grado Técnico o de Licenciatura es de utilizar todo su potencial como asesor de los programas de desarrollo comunal, planteando políticas de acción y un método de trabajo que se resuma en la estrategia de participación de la comunidad que tome como base un rol de responsabilidad técnico administrativo de los comunitarios, sobre el criterio de capacitación, multiplicador del propio sujeto de la participación elevado a la categoría de recurso humano y centro del proceso de transformación.

La relación entre el concepto de Trabajo Social y la estrategia de participación de la comunidad es real, por cuanto que, la salud de la población es parte de la problemática y está íntimamente relacionada con todos los aspectos de su vida, y el Trabajo Social se refiere también a acciones encaminadas a resolver una crisis.

Por lo que el Trabajador Social no puede ni debe ser el de un agente institucional en la estrategia de participación de la comunidad, que busca simplemente la relación de tareas en su institución y por ende únicamente proyectarla a la comunidad, estableciendo una comunicación de una sola vía, sino ubicarse en un rol acorde a la participación de la comunidad, poniendo en práctica la profesión que nos brinda un método de trabajo

como elemento ideológico, metodológico y técnico.

La estrategia de participación de la comunidad que aquí se plantea no encierra en forma absoluta la única alternativa; sino simplemente es un aporte de la sustentante como Trabajadora Social a la Salud Pública, para que pueda ser comprendido y llevado a la práctica por cualquier miembro del equipo de salud que desee ir al encuentro de una comunidad y dedicarse a la organización y capacitación de las mismas, como en el caso concreto de los Promotores Rurales de Salud.

4.1.11. MODELO DE ORGANIZACION DEL PROMOTOR RURAL DE SALUD.

La organización de los Promotores Rurales de Salud puede plantearse con la asesoría del Trabajador Social, bajo dos características:

La primera, es que se inicie por una organización de base y de esta manera tenga un conocimiento real de su problemática.

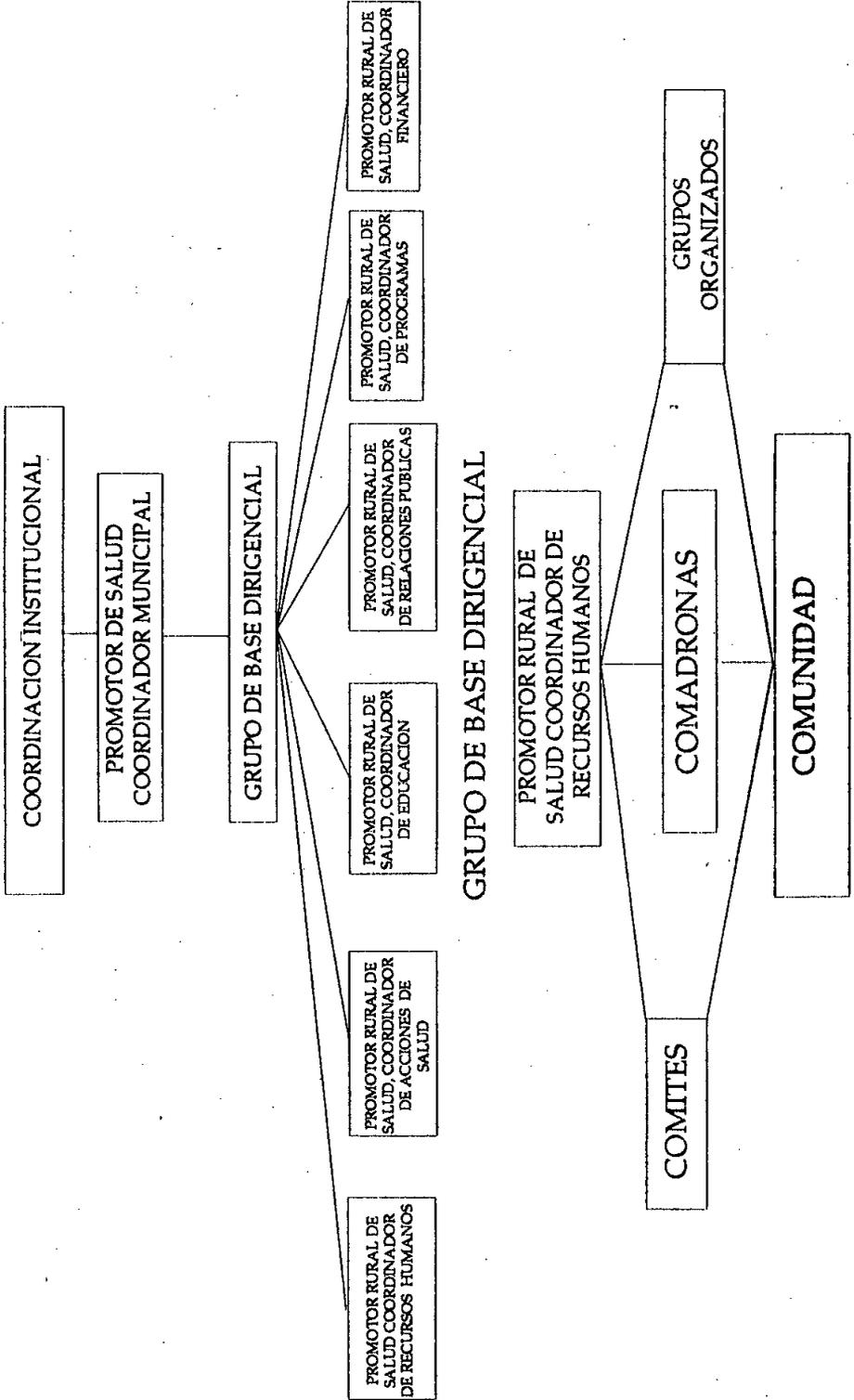
La segunda podríamos mencionar que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social entre sus estrategias tiene la ampliación de coberturas con este personaje.

Por cuanto el Promotor Rural de Salud está urgido de una organización sólida, tanto para responder a las necesidades de su comunidad y para que la institución lo tome como un recurso humano verdadero y no simplemente como eslabón aislado, para actividades aisladas, sin pensar en proyectos formales de participación de la comunidad.

En casi todas las aldeas, cantones y caseríos de los municipios encontramos hoy un Promotor Rural de Salud, activo, por cuanto tomando uno de ellos de cada comunidad podremos sacar un grupo de base dirigenial para que consolide la capacitación y organización de los municipios.

GRAFICANDOSE ASI:

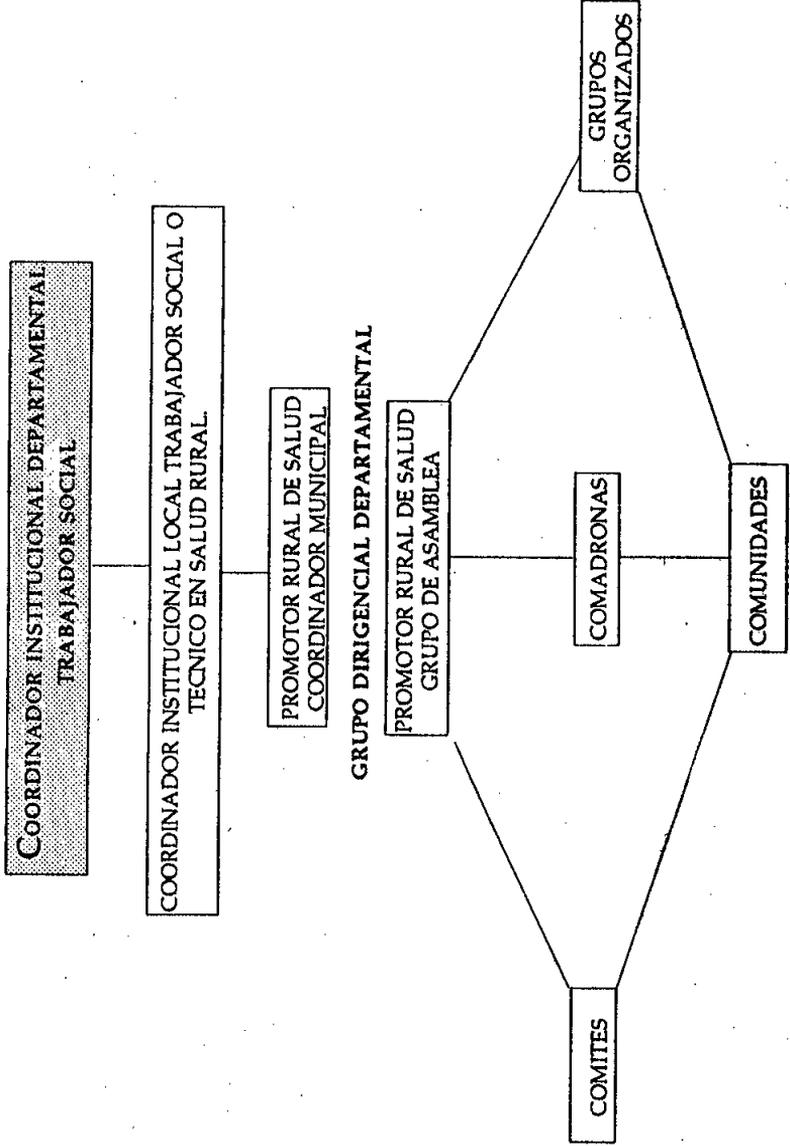
**MODELO DE ORGANIZACION DEL
PROMOTOR RURAL DE SALUD
MUNICIPAL.**



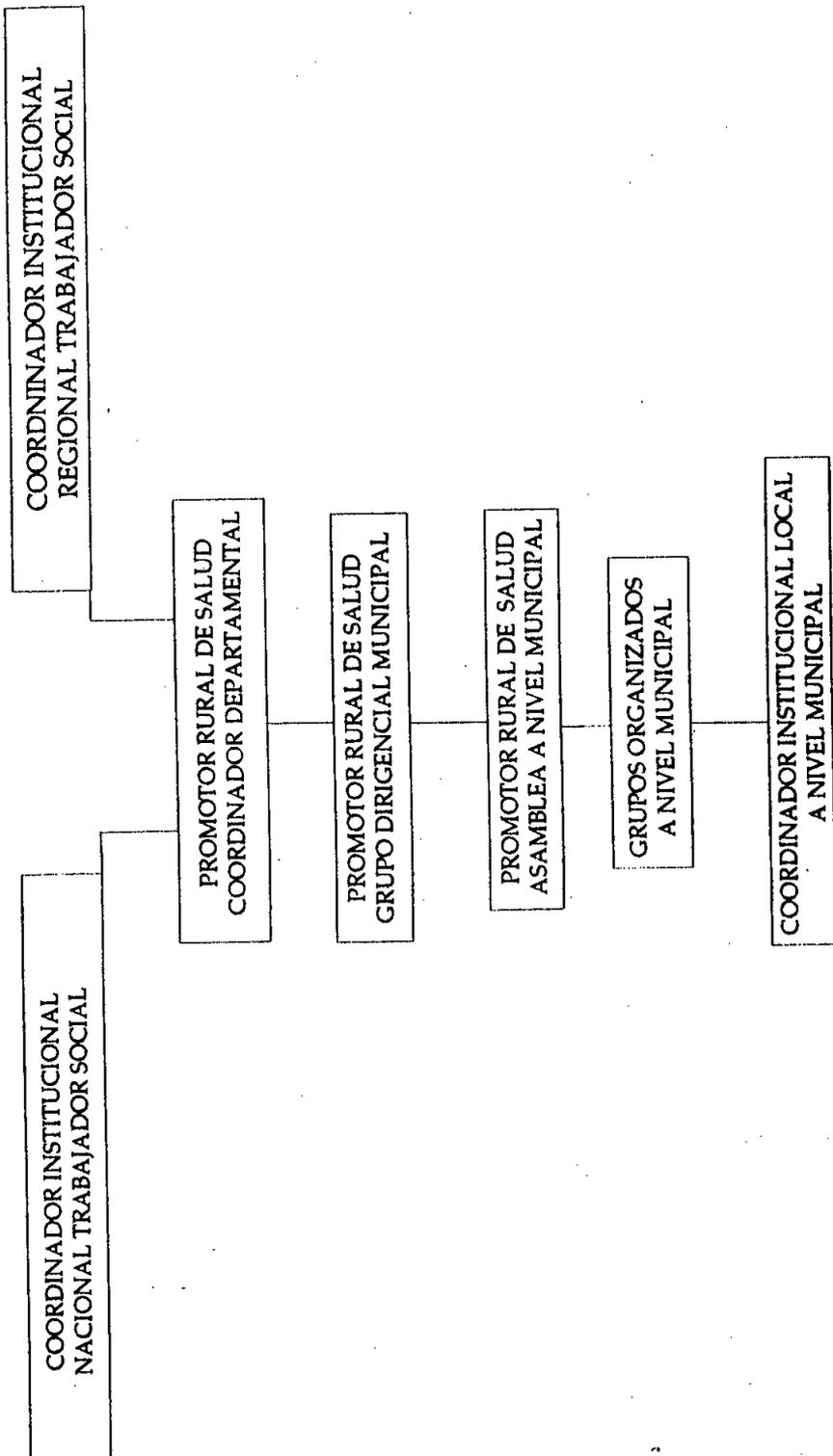
a.

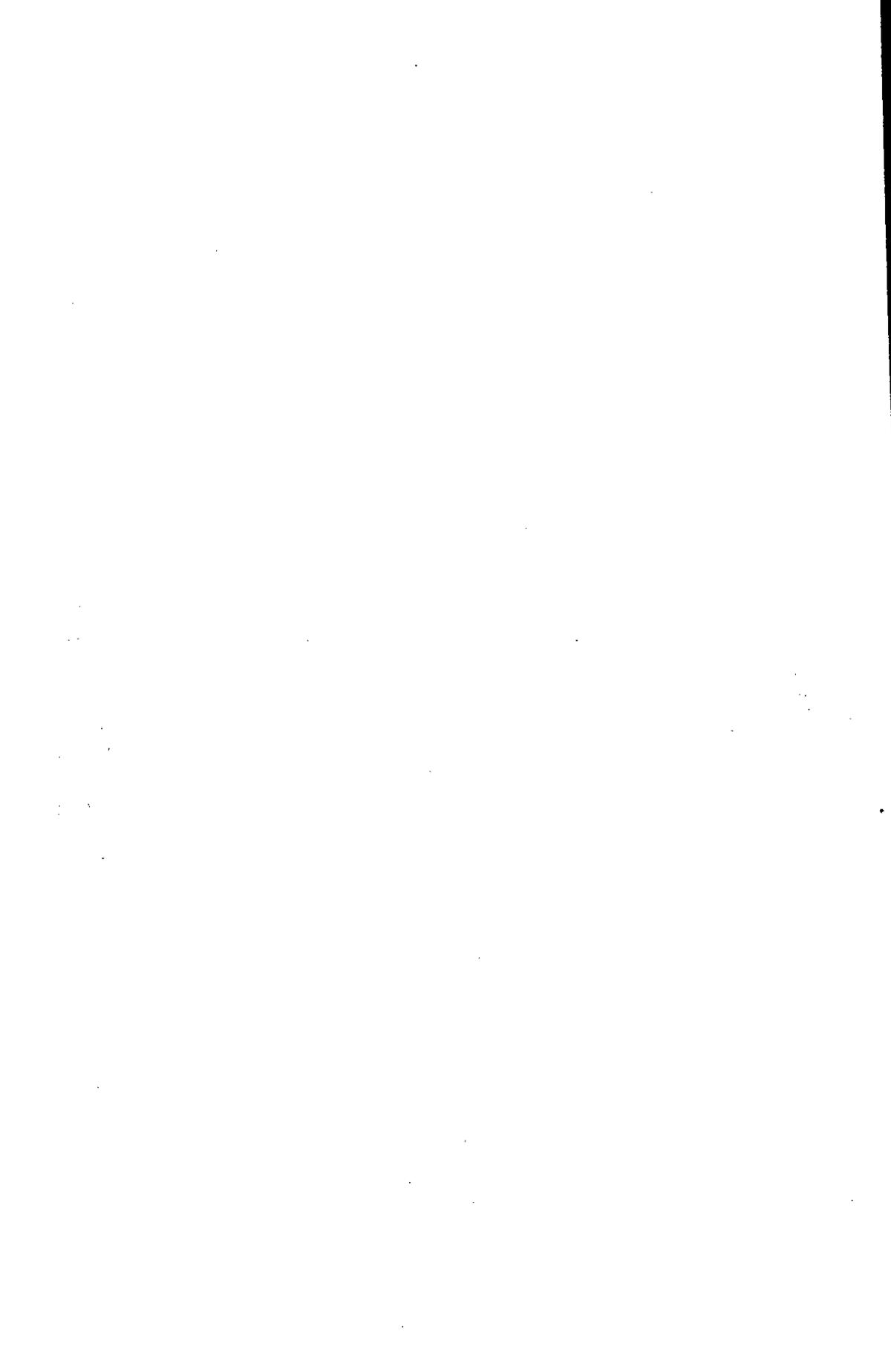
b.

ORGANIZACION A NIVEL DEPARTAMENTAL



ORGANIZACION NACIONAL



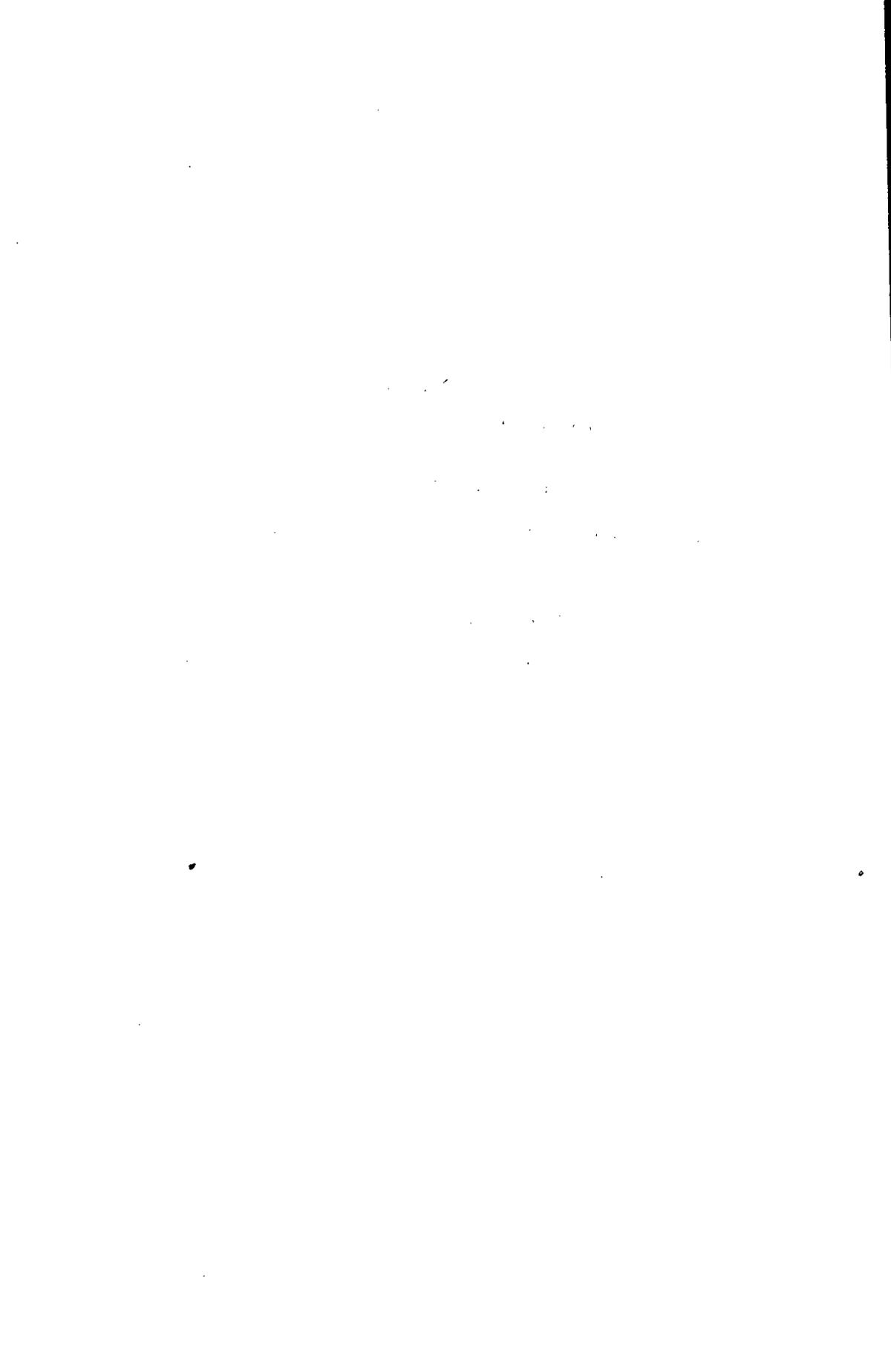


CAPITULO V.

5.1. Descripción de la Investigación

5.1.1. Modelo de la Boleta de Opinión

5.1.2. Cuadros, Gráficos e Interpretación (Personal Institucional)



Descripción de la investigación de Campo.

Las boletas de opinión se administraron a un 60% del Personal Institucional; visitando los diferentes distritos de salud y en reuniones generales de personal, durante el año de 1,989, en un total de 91 encuestas para el departamento de Totonicapán y 62 en el departamento de Quetzaltenango, y así tener una base sólida sobre la opinión que posee este personal respecto al Promotor Rural de Salud y el conocimiento que tiene del papel que desempeña.

Promotores Rurales de Salud: A este personaje se le administró la boleta, coordinando con los Técnicos en Salud Rural quienes tienen relación con ellos; durante las reuniones programadas mensual, bimensual, además por medio de visitas domiciliarias durante el año de 1,989, a un total de 233 para el departamento de Totonicapán y 118 en el Depto de Quetzaltenango.

Estas con el objeto de saber que apoyo recibe del personal institucional y que aceptación posee en la comunidad.

Líderes Comunitarios: Las boletas a estas personas se administraron por medio de visita domiciliaria y coordinando con los Técnicos en Salud Rural, debido al amplio número se tomó una muestra de 2 líderes por comunidad en donde existen Promotores Rurales de Salud, haciendo un total de 120 encuestas para el departamento de Quetzaltenango y 360 en el de Totonicapán durante el año de 1,989, con el objeto de tener un tercer fundamento que nos diera conclusiones valederas para la sustentación del presente trabajo.

ENCUESTA PARA PERSONAL INSTITUCIONAL

DATOS GENERALES:

DISTRITO: _____ SEDE: _____
CARGO: _____ DEPARTAMENTO: _____

CUESTIONARIO:

1. Cree que el Promotor Rural de Salud a servido de enlace entre la comunidad y la institución:
SI: _____ NO: _____
2. Qué deficiencias ve Ud. en la formación del Promotor Rural de Salud:
a: _____ b: _____
c: _____ d: _____
3. Considera Ud. que debería ser remunerado el trabajo que realiza el Promotor Rural de Salud:
Si: _____ NO: _____
4. En donde se encuentran las mayores deficiencias del Promotor Rural de Salud:
a) En su formación: _____ b) En la Selección: _____
c) En las dos: _____
5. Considera positivo el trabajo que realiza el Promotor Rural de Salud para el desarrollo de su comunidad:
SI: _____ NO: _____
6. Ha participado Ud. en la formación del Promotor Rural de Salud:
SI: _____ NO: _____
7. Cree que el Promotor Rural de Salud ha tenido suficiente apoyo por parte de la institución:
SI: _____ NO: _____

8. Que funciones debería tener el Promotor Rural de Salud según su criterio:

9. Como define al Promotor Rural de Salud en el trabajo que realiza en la comunidad

10. Conoce los objetivos del Promotor Rural de Salud:

SI: _____ NO: _____

11. El Promotor Rural de Salud esta cumpliendo con los objetivos para los que fue creado:

SI: _____ NO: _____

12. Como se evalúa al Promotor Rural de Salud:

Durante el Adiestramiento: _____

Durante el re-adiestramiento: _____

En el trabajo: _____

En las tres etapas: _____

CUADRO N° 1

CREE QUE EL P. R. S. HA SERVIDO DE ENLACE ENTRE LA COMUNIDAD Y LA INSTITUCION

RESPUESTAS	QUETZALTENANGO	TOTONICAPAN
SI	81	84
NO	11	14
NO CONTESTO	8	2

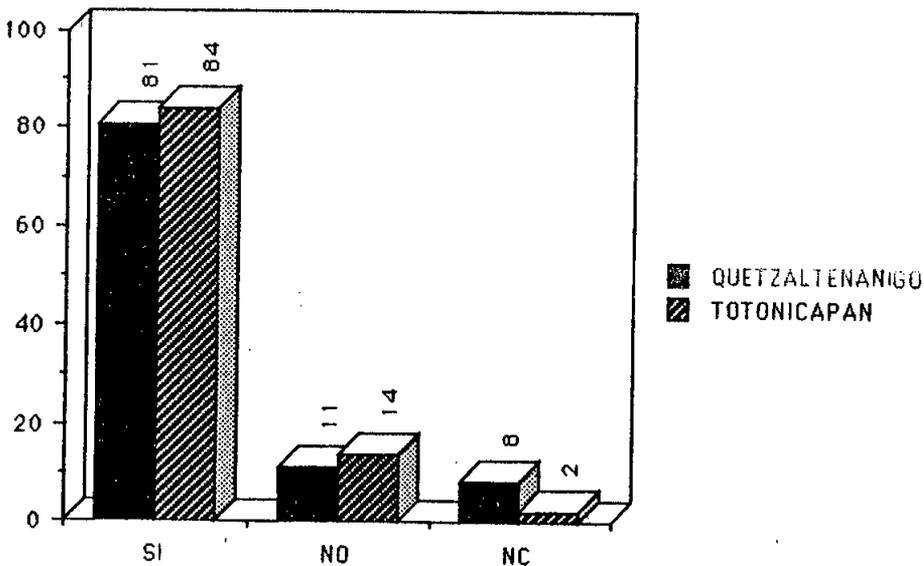
TOTAL

100

100

Fuente : Investigación de campo

EL PROMOTOR RURAL DE SALUD COMO ENLACE ENTRE LA COMUNIDAD E INSTITUCIONES DE SALUD



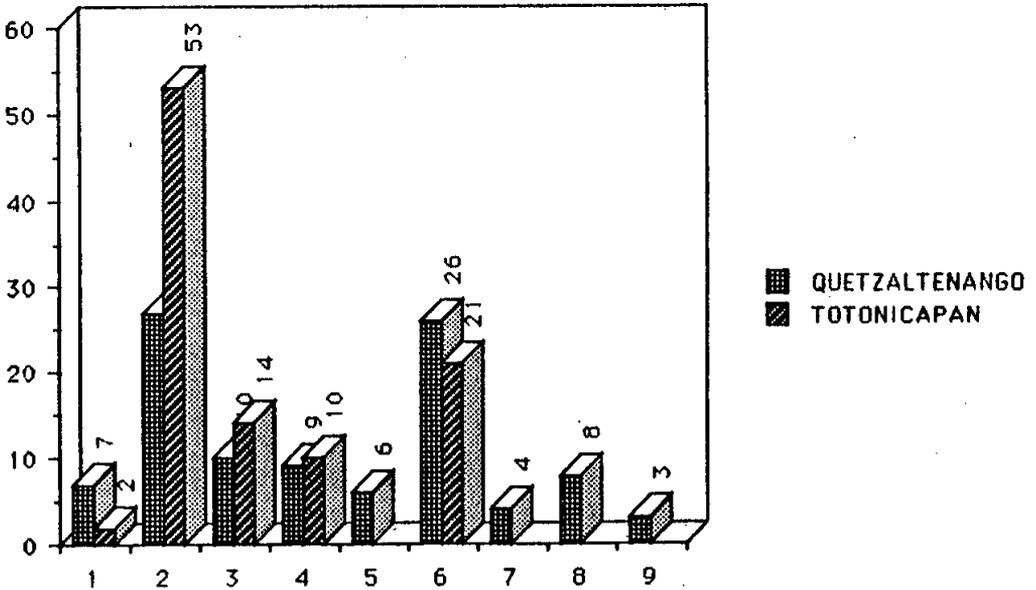
1. El Promotor Rural de Salud, es el único enlace real que existe entre los servicios de salud y la comunidad, tal como lo demuestra el cuadro No. 1, debido a que los porcentajes más altos en los dos Departamentos nos dan una respuesta positiva.

CUADRO N° 2

QUE DEFICIENCIA VE USTED EN LA FORMACION DEL PROMOTOR RURAL DE SALUD

RESPUESTAS	QUETZALTENANGO	TOTONICAPAN
1 POCA CONSTANCIA DEL CARGO	7	2
2 POCO TIEMPO DE ADIESTRAM.	27	53
3 FALTA DE MATERIAL EN GRAL.	10	14
4 MALA SELECCION	9	10
5 BAJA ESCOLARIDAD	6	0
6 FALTA DE READIESTRAMIENTO	26	21
7 FALTA DE REL. HUMANAS	4	0
8 COMODIDAD DEL PERS. DOC.	8	0
9 SIN INFORMACION	3	0

DEFICIENCIAS EN LA FORMACION DEL PROMOTOR RURAL DE SALUD



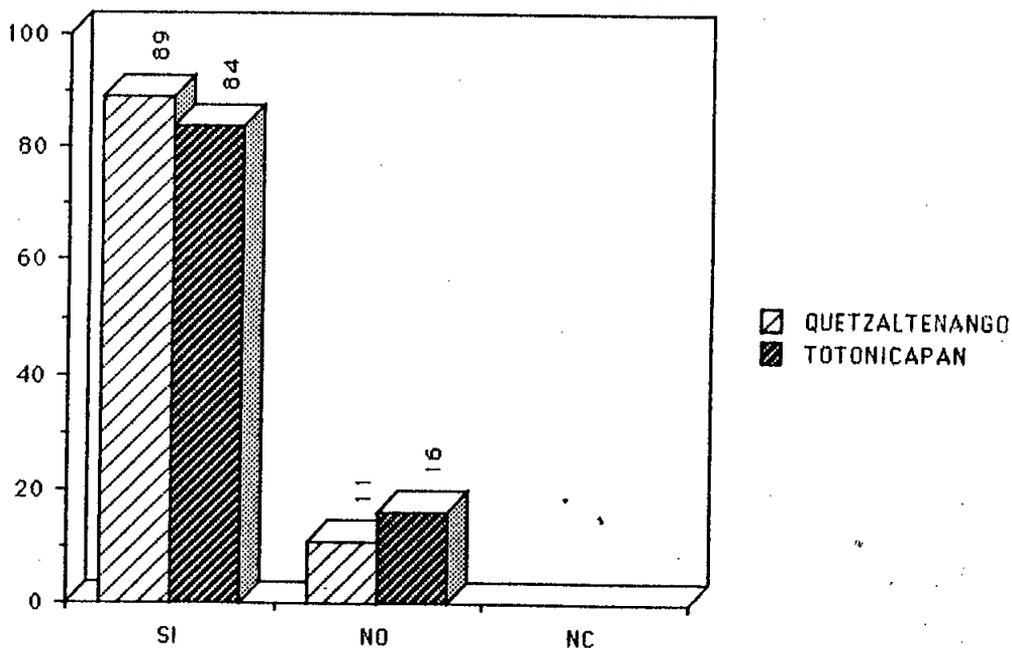
2. La gama de deficiencias -que se exponen en la formación del Promotor Rural de Salud- es variada, pero los porcentajes más altos tienen directamente relación con el personal institucional, quien es formador de este personaje, como se observa en el cuadro N° 2, que el poco tiempo de adiestramiento ocupa un 26 %, falta de material en general 10 %, mala selección de personal voluntario 9 %.

CUADRON Nº 3

PODRIA SER REMUNERADO EL TRABAJO DEL PROMOTOR RURAL DE SALUD

RESPUESTAS	QUETZALTENANGO	TOTONICAPAN
SI	89	84
NO	11	16
NO CONTESTO	0	0
TOTAL	100	100

EL TRABAJO DEL PROMOTOR RURAL DE SALUD PODRIA SER REMUNERADO



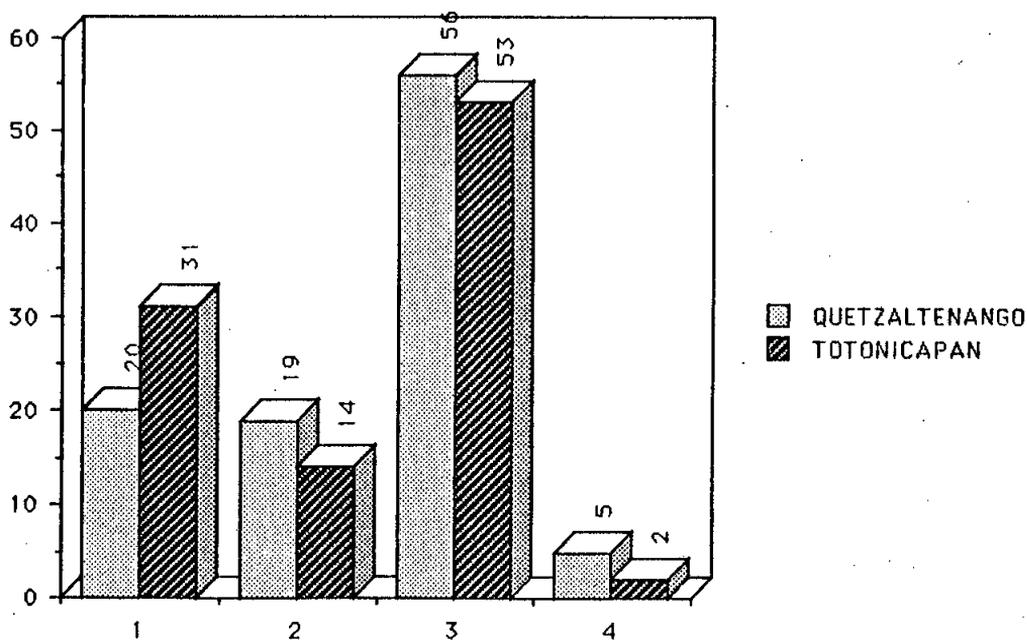
3. Bajo el punto de vista de que todo trabajo debe ser remunerado, el personal entrevistado coincide que el Promotor Rural de Salud debe ser remunerado conscientemente o, al menos, incentivado para que cumpla a cabalidad con sus funciones, dado que éstos son jefes de familia y el rubro económico es sumamente importante en relación al tiempo invertido, para el sostenimiento familiar.

CUADRO N° 4

**EN DONDE SE ENCUENTRA LA S DEFICIENCIAS
DEL PROMOTOR RURAL DE SALUD**

RESPUESTAS	QUETZALTENANGO	TOTONICAPAN
1 SU FORMACION	20	31
2 EN LA SELECCION	19	14
3 EN LAS DOS	56	53
4 SIN INFORMACION	5	2
TOTAL	100	100

**PUNTOS DE DEFICIENCIA
DEL PROMOTOR RURAL DE SALUD**



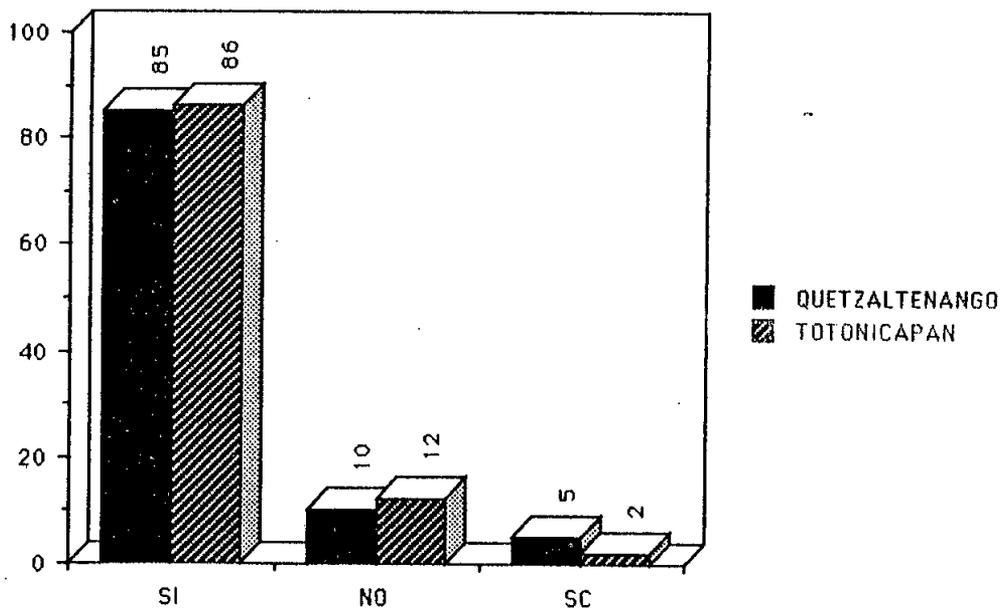
4. Los puntos de deficiencia que el Promotor Rural de Salud presenta hasta el momento, son consecuencia de la falta de técnicos para desarrollar el programa de Promotores Rurales de Salud, ya que -hasta el momento- el responsable de la ejecución es el equipo de los distritos de salud, en donde la mayoría de veces no se cuenta con un Trabajador Social.

CUADRO N° 5

**HA SIDO POSITIVO EL TRABAJO
DEL PROMOTOR RURAL DE SALUD**

RESPUESTAS	QUETZALTENANGO	TOTONICAPAN
SI	85	86
NO	10	12
NO CONTESTO	5	2
TOTAL	100	100

**HA SIDO POSITIVO EL TRABAJO
DEL PROMOTOR RURAL DE SALUD**



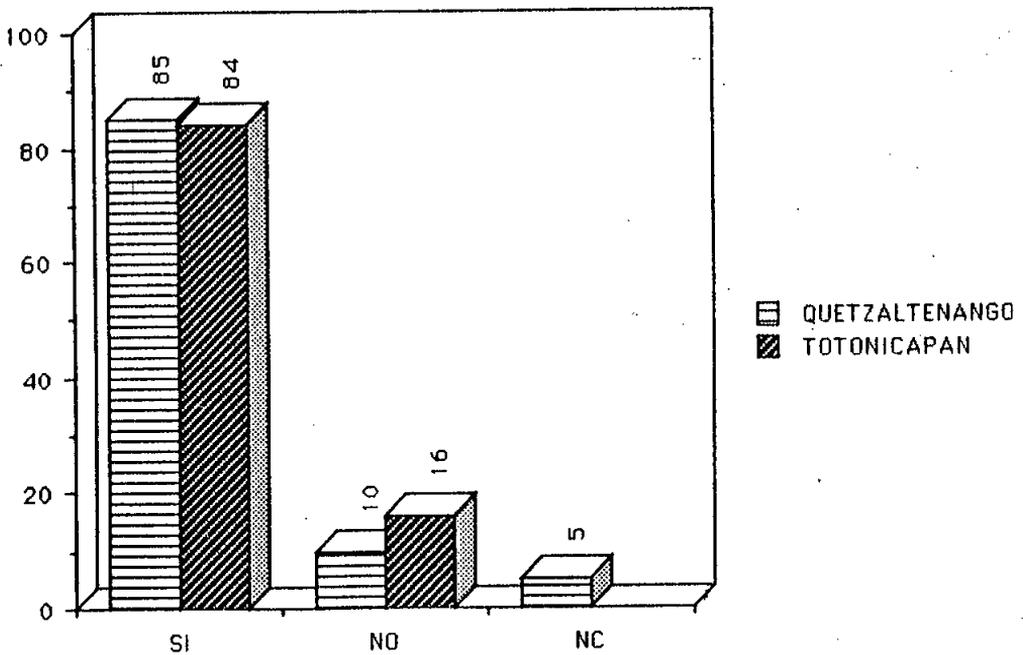
5. Los entrevistados responden en un alto porcentaje para los dos departamentos en estudio, que el trabajo del Promotor Rural de Salud sí ha sido para el desarrollo comunal. Debido a sus características de líder natural y con adiestramiento, tiene un alto potencial para transferencia de conocimientos y manejo de grupos.

CUADRO N° 6

**HA PARTICIPADO EN LA FORMACION
DEL PROMOTOR RURAL DE SALUD**

RESPUESTAS	QUETZALTENANGO	TOTONICAPAN
SI	85	84
NO	10	16
NO CONTESTO	5	0
TOTAL	100	100

**PARTICIPAN EN LA FORMACION
DEL PROMOTOR RURAL DE SALUD**



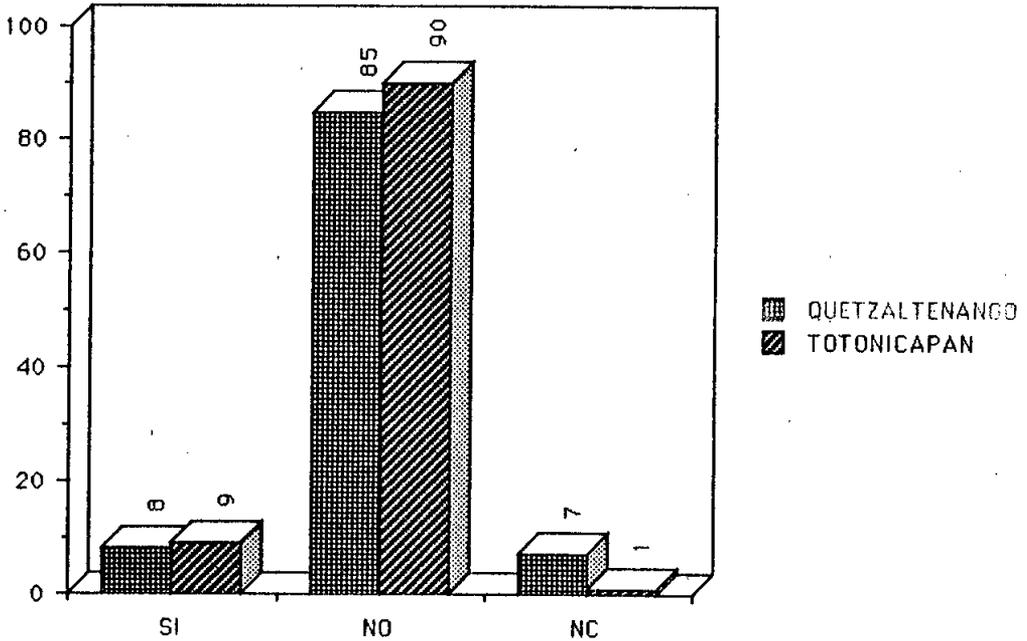
6. El personal de los Departamentos en estudio, de acuerdo a los porcentajes que nos presenta la investigación nos demuestra que sí han participado en la formación del Promotor Rural de Salud. El 10% y el 16% responden negativamente debido a que en los Distritos de Salud no cuentan con el personal voluntario adiestrado por las variables siguientes: a. Falta de credibilidad en el recurso voluntario de la comunidad. Y b. Por situaciones especiales locales.

CUADRO N° 7

HA TENIDO SUFICIENTE APOYO EN SU INSTITUCION EL PROMOTOR RURAL DE SALUD

RESPUESTAS	QUETZALTENANGO	TOTONICAPAN
SI	8	9
NO	85	90
NO CONTESTO	7	1
TOTAL	100	100

TIENE APOYO EN SU INSTITUCION EL PROMOTOR RURAL DE SALUD



7. El cuadro y gráfico n° 7 nos demuestra que el Promotor Rural de Salud no cuenta con el apoyo de la institución de Salud Pública, ya que únicamente se les brinda el adiestramiento y readiestramiento, con las deficiencias descritas en los cuadros anteriores; y, en el campo de su desempeño laboral, raramente se le apoya.

CUADRO Nº 8

**QUE FUNCIONES DEBERIA JUGAR
EL PROMOTOR RURAL DE SALUD**

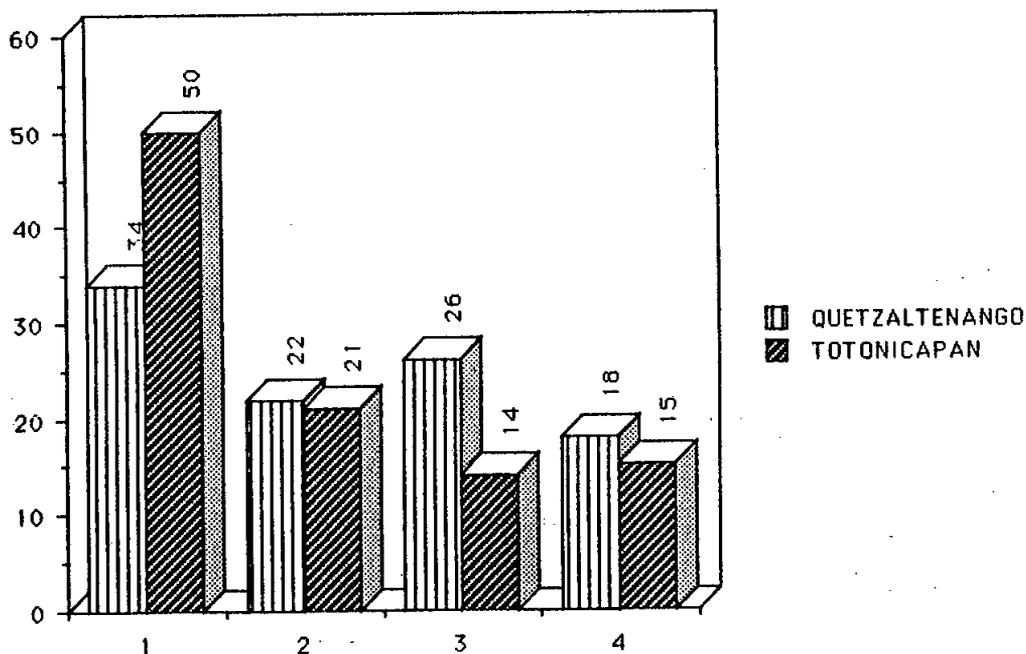
RESPUESTAS	QUETZALTENANGO	TOTONICAPAN
1 EDUCACION DE SALUD	34	50
2 PROMOCION DE LA SALUD	22	21
3 AGENTE DE CAMBIO	26	14
4 SIN INFORMACION	18	15

TOTAL

100

100

**QUE PAPEL DESEMPEÑA EN LA COMUNIDAD
EL PROMOTOR RURAL DE SALUD**



8. Las funciones que el personal institucional describe para el Promotor Rural de Salud son variadas, e inclusive iguales a las del personal institucional, con la diferencia que al personal voluntario de la comunidad no se le brinda el adiestramiento suficiente y el apoyo necesario para ser multiplicador de las funciones obligatorias para el personal institucional, de acuerdo a las respuestas de los cuadros anteriores.

CUADRO No 9

**COMO DEFINE AL
PROMOTOR RURAL DE SALUD**

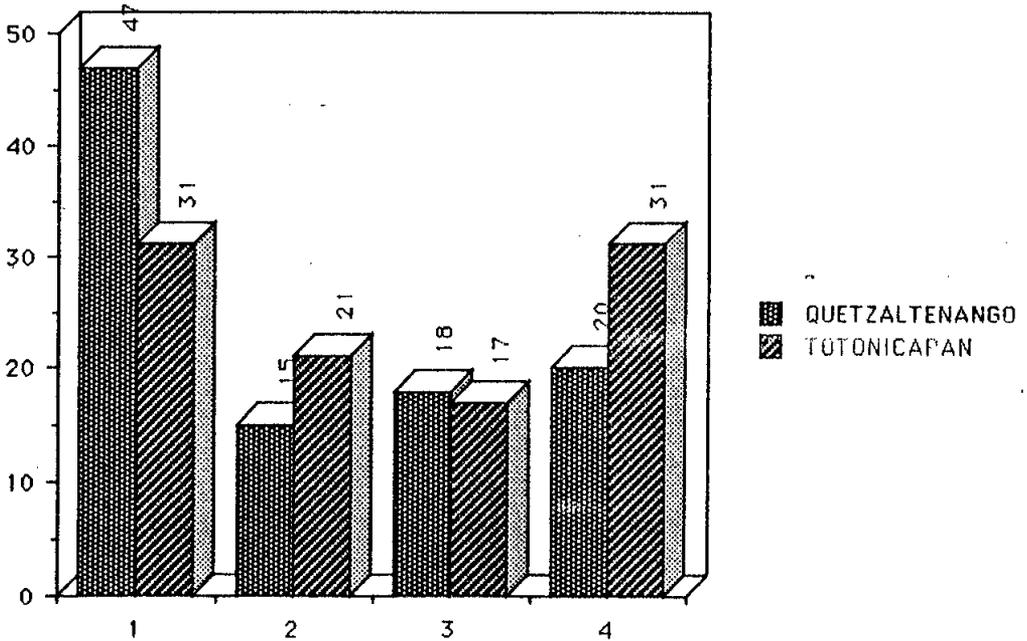
RESPUESTAS	QUETZALTENANGO	TOTONICAPAN
1 LIDER COMUNAL	47	31
2 EDUCADOR	15	21
3 ENLACE COMUNI. CON SERVI.	18	17
4 ELEMENTO P. INCREM. C.	20	31

TOTAL

100

100

**DEFINICIONES DEL PROMOTOR RURAL DE SALUD
EN LA COMUNIDAD**



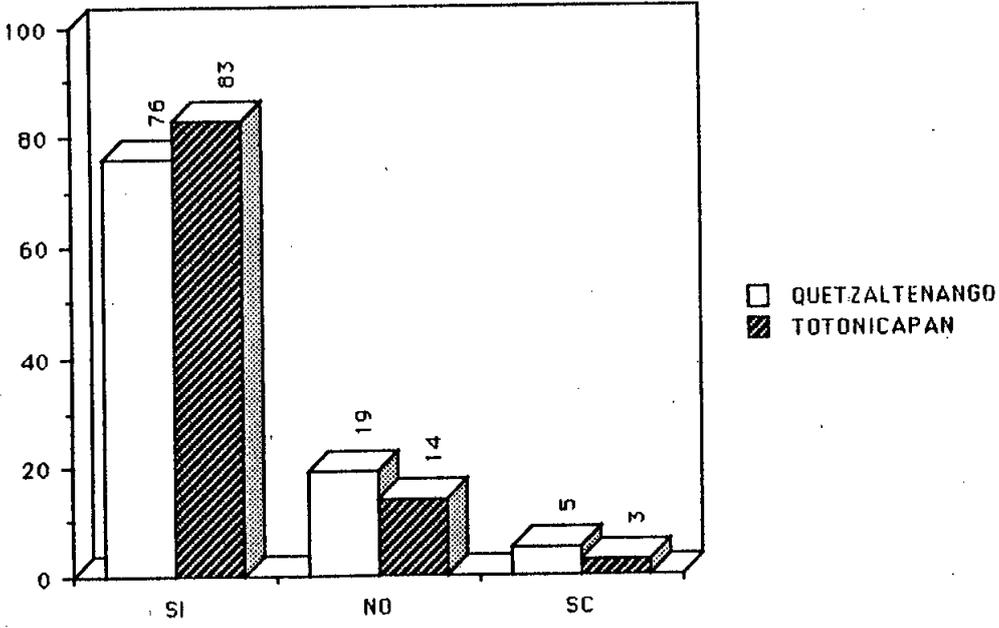
9. Las definiciones, que el personal institucional da del Promotor Rural de Salud son diversas y todas son de gran importancia, para la comunidad e institución, como se observa en el cuadro y gráfico de los dos departamentos en estudio, con la particularidad que se desea obtener mucho del personal voluntario, pero casi no se le brinda apoyo decidido en ninguna etapa del programa.

CUADRO No10

CONOCE LOS OBJETIVOS DEL PROMOTOR RURAL DE SALUD

RESPUESTAS	QUETZALTENANGO	TOTONICAPAN
SI	76	83
NO	19	14
NO CONTESTO	5	3
TOTAL	100	100

CONOCIMIENTO DE OBJETIVOS DEL PROMOTOR RURAL DE SALUD POR EL PERSONAL INSTITUCIONAL



10. El 76% para Quetzaltenango y el 83% para Tonicapán indica que el personal institucional sí tiene conocimiento de los objetivos, para los cuales fue creado el Promotor Rural de Salud; y un mismo porcentaje no los conoce. Esto se debe a que -en algunos lugares- no han tenido necesidad de contar con este recurso humano, y el otro, por no considerarlo necesario.

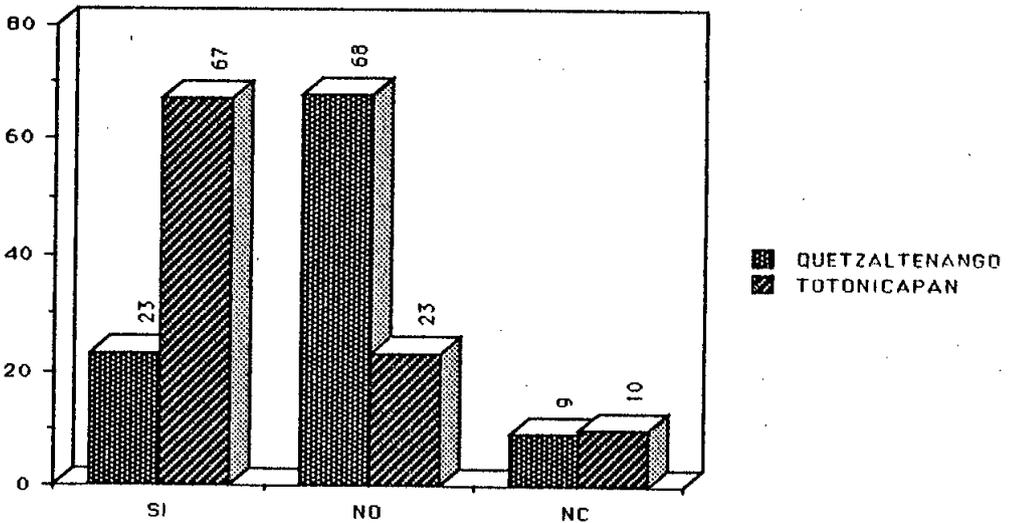
CUADRO Nº 11

CUMPLE CON LOS OBJETIVOS PARA LOS QUE FUE CREADO EL PROMOTOR RURAL DE SALD

RESPUESTAS	QUETZALTENANGO	TOTONICAPAN
SI	23	67
NO	68	23
NO CONTESTO	9	10
TOTAL	100	100

Fuente: Investigación de Campo

CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DEL PROMOTOR RURAL DE SALUD EN RELACION A SU FORMACION

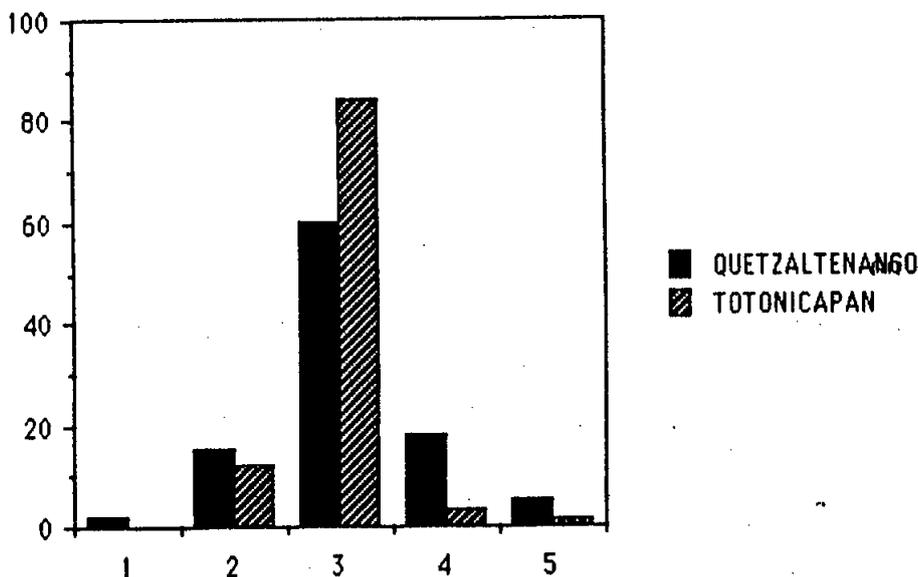


11. En este tópico el personal institucional de las Areas de Salud no coinciden en sus respuestas ya que hay que hacer notar que para el personal de Quetzaltenango el Promotor Rural de Salud no esta cumpliendo con los objetivos, mientras que para Totonicapán sí se cumplen en un 67%; esto se debe a que el área de Quetzaltenango es más exigente en cuanto al cumplimiento de los objetivos de este personal que enfatiza la medicina preventiva y además se toma en cuenta la falta de recursos para alcanzar dichos objetivos.

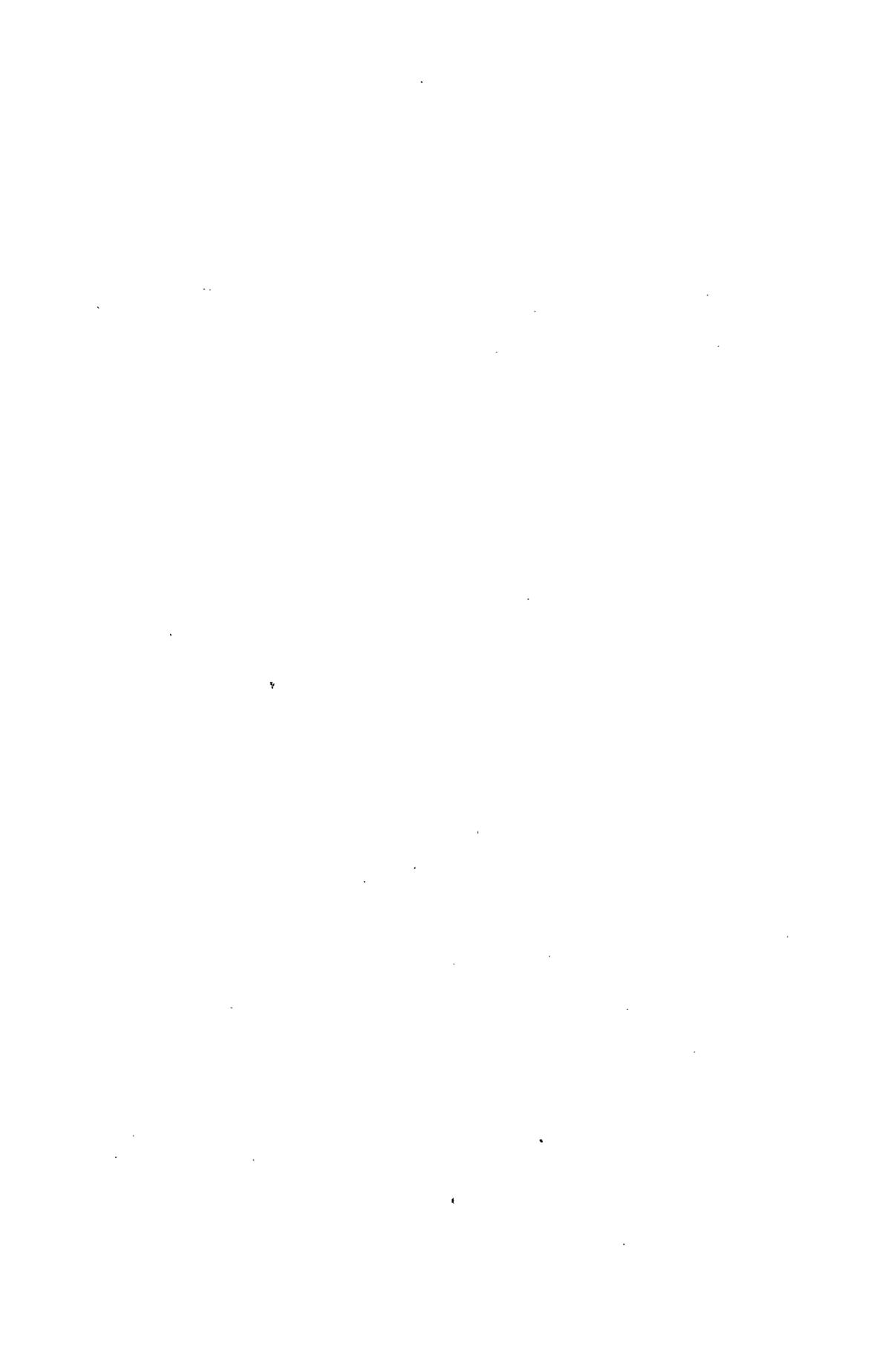
CUADRO N° 12

FORMAS DE EVALUACION AL PROMOTOR RURAL DE SALUD

RESPUESTAS	QUETZALTENANGO	TOTONICAPAN
1. Durante el adiestramiento	2	0
2. Durante el readiestramiento	15	12
3. En el trabajo	60	84
4. En las tres etapas	18	3
5. No contestó	5	1
TOTAL	100	100



12. Al Promotor Rural de Salud se le evalúa en todas las etapas, pero el porcentaje más alto para los dos Departamentos concide en el campo de acción, debido a que es allí donde se conjuga la teoría y la práctica de acuerdo a las acciones que éste realiza. Además se hace notar por lo diluído que la información se presenta, no se tiene claro el concepto de supervisión para este personal o simplemente éste aspecto se encuentra deficiente.



- 5.1.3. Modelo de boleta de opinión.
- 5.1.4. Cuadros, Gráficos e Interpretaciones.
(Promotor Rural de Salud).



ENCUESTA PARA EL PROMOTOR RURAL DE SALUD

DONDE VIVE: _____
EDAD: _____ SEXO: _____ OCUPACION: _____
ESTADO CIVIL: _____ INGRESO MENSUAL: _____

1. Que apoyo ha recibido del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:
 1. Orientación: _____
 2. Sobres de T.R.O.: _____
 3. Asistencia para la familia: _____
 4. Ninguna: _____
 5. Sin Información: _____

2. Cada cuanto tiempo recibe la visita del personal institucional.
 1. Cada mes: _____
 2. Cada tres meses: _____
 3. Cada vez que se vacuna: _____
 4. Nunca: _____
 5. Sin Información: _____

3. Mantiene relación constante con las personas que trabajan en la Institución:
SI: _____ NO: _____

4. En que actividades del Puesto o Centro de Salud ha participado:
 1. Letrinización: _____ 2. Vacunación: _____
 3. Educación Comunal: _____ 4. Organización comunal: _____
 5. Encuestas: _____ 6. Todas: _____

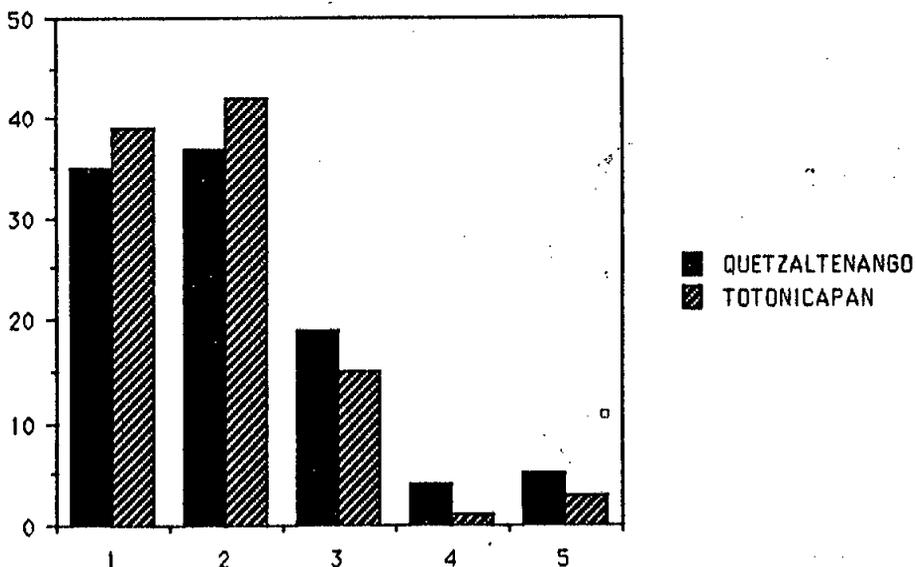
5. Lo buscan los habitantes de su comunidad:
 SI: _____ NO: _____
6. Participa la comunidad en las actividades que usted organiza.
 SI: _____ NO: _____
7. Como considera el adiestramiento que recibió.
 1. Bueno: _____ 2. Malo: _____
 3. Regular: _____ 4. Sin Información: _____
8. A cada cuanto tiempo asiste usted a los servicios de salud.
 1. Cada quince días: _____
 2. Una vez al mes: _____
 3. De vez en cuando: _____
9. Refiere pacientes al Puesto o Centro de Salud.
 SI: _____ NO: _____
10. Qué tratamientos dá más seguido:
 1. Suero Oral: _____
 2. Curaciones: _____
 3. Inyecciones: _____
11. Que es más importante para usted:
 1. Curar: _____
 2. Prevenir: _____

CUADRO N° 1-2

QUE APOYO A RECIBIDO DE LA INSTITUCION

RESPUESTAS	QUETZALTENANGO	TOTONICAPAN
1. ORIENTACION	35	39
2. SOBRES DE TRO	37	42
3. ASISTENCIA PARA LA FAM.	19	15
4. NINGUNO	4	1
5. NO CONTESTO	5	3
TOTAL	100	100

QUE APOYO A RECIBIDO EL PPROMOTOR RURAL DE SALUD DE LA INSTITUCION



Fuente: Investigación de Campo.

1. El Promotor Rural de Salud, responde que únicamente ha recibido apoyo de la institución y asistencia para su familia, pero no ha recibido nada para multiplicar esos conocimientos en su comunidad por lo que es comprensible que no tenga trascendencia el apoyo recibido.

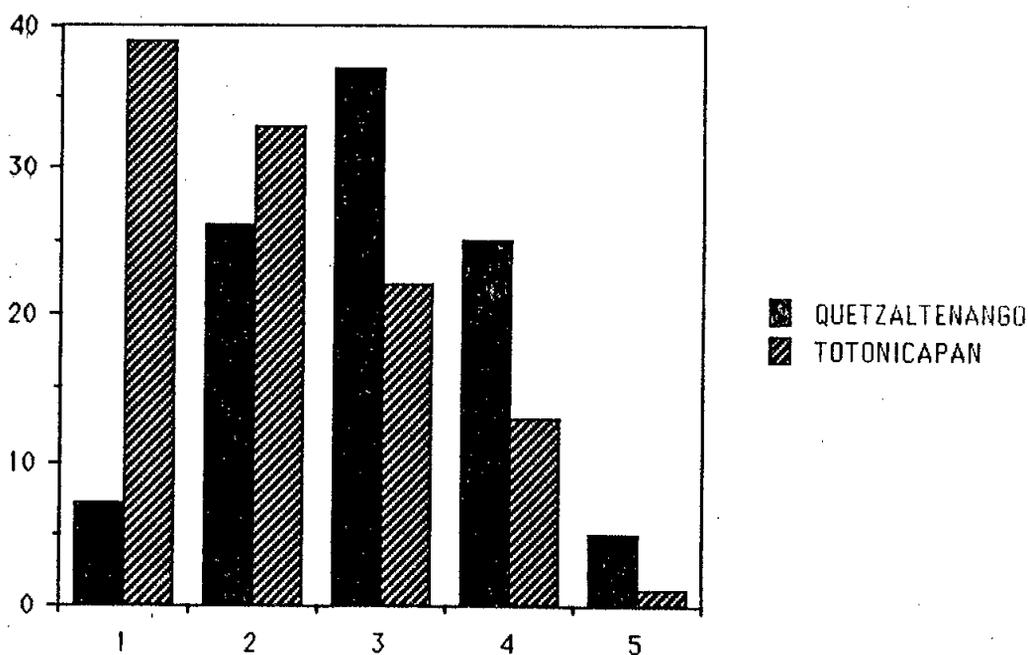
CUADRO Nº 2-2.

CADA CUANTO TIEMPO RECIBE VISITA DE PERSONAL INSTITUCIONAL

RESPUESTAS	QUETZALTENANGO	TOTONICAPAN
1 NUNCA	7	39
2 CADA MES	26	33
3 CADA TRES MESES	37	22
4 CADA JORNADA DE VAC.	25	13
5 NO CONTESTO	5	1

TOTAL 100 100

CON QUE FRECUENCIA LO VISITA EL PERSONAL DE LA INSTITUCION



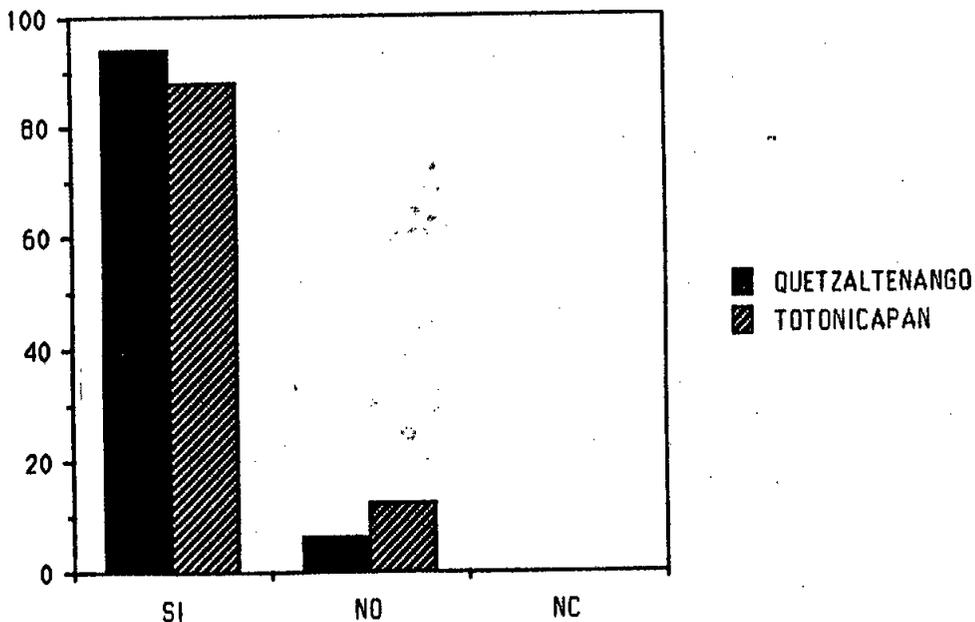
2. Los Promotores Rurales de Salud reciben visita del personal de salud en forma variada y no es supervisión planificada, ya que la mayoría de veces no encuentran al Promotor Rural de Salud en su vivienda y únicamente entrevistan a la esposa, esto debido a las tareas de agricultura que estos realizan para su sostenimiento.

CUADRO N° 2-3

MANTIENE RELACION CON LAS PERSONAS QUE TRABAJAN EN LA INSTITUCION

RESPUESTAS	QUETZALTENANGO	TOTONICAPAN
SI	94	88
NO	6	12
NO CONTESTO	0	0
TOTAL	100	100

SE RELACIONA CONSTANTEMENTE CON EL PERSONAL DE LA INSTITUCION



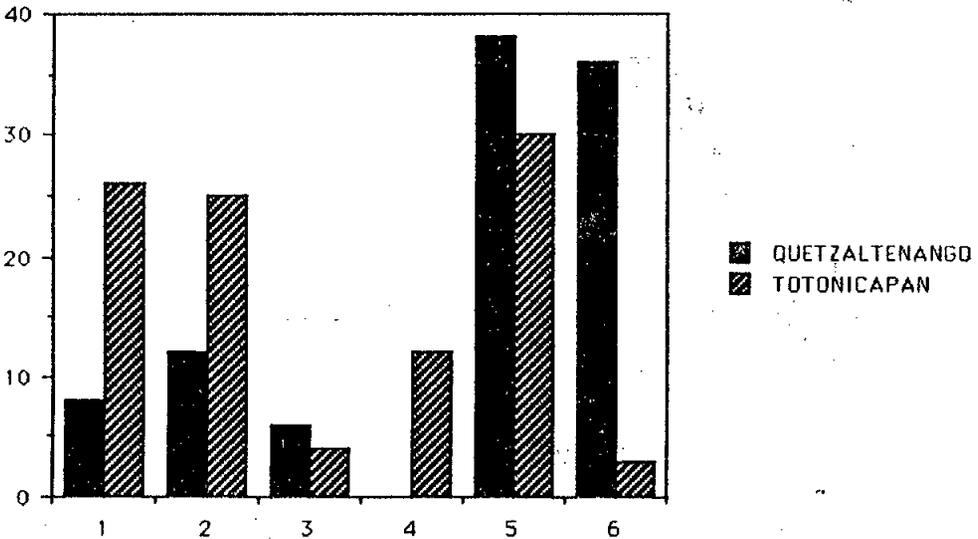
3. El cuadro y gráfico para los departamentos en estudio nos demuestra que el Promotor Rural de Salud sí mantiene buena relación con el personal de salud que trabaja a nivel local, ya que son ellos los que regularmente llegan a los servicios de salud en demanda de atención personal, familiar y en ocasiones por problemas de vecinos de su comunidad.

CUADRO N° 2-4

EN QUE ACTIVIDAD DEL PUESTO O CENTRO DE SALUD HA PARTICIPADO

RESPUESTAS	QUETZALTENANGO	TOTONICAPAN
1. LETRINIZACION	8	26
2. VACUNACION	12	25
3. EDUCACION COMUNAL	6	4
4. ORGANIZ. COMUNAL	0	12
5. ENCUESTAS	38	30
6. TODOS	36	3
TOTAL	100	100

ACTIVIDADES DEL CENTRO DE SALUD EN QUE HA PARTICIPADO EL PROMOTOR RURAL DE SALUD



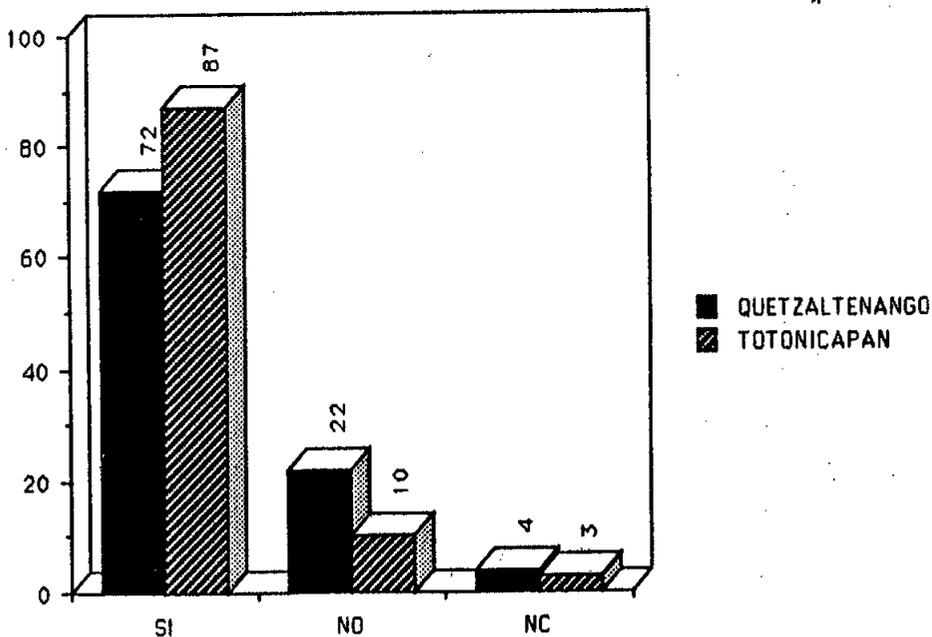
4. Los Promotores Rurales de Salud; participan en varias actividades, encontrando entre las más relevantes las encuestas y vacunaciones, como podemos observar son actividades programadas por los servicios de salud; pero este personal no procura que el Promotor Rural de Salud participe en actividades más relevantes.

CUADRO N° 2-5

LO BUSCAN LOS HABITANTES DE SU COMUNIDAD

RESPUESTAS	QUETZALTENANGO	TOTONICAPAN
SI	74	87
NO	22	10
NO CONTESTO	4	3
TOTAL	100	100

ES CONSULTADO EL PROMOTOR RURAL DE SALUD POR LOS HABITANTES DE SU COMUNIDAD



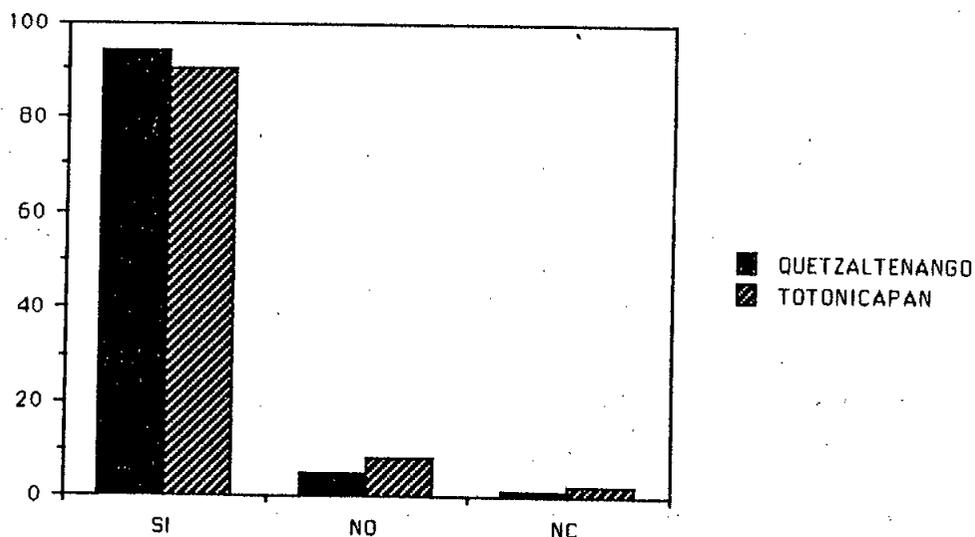
5. El Promotor Rural de Salud, de acuerdo a los porcentajes presentados en los dos departamentos, tienen buena aceptación por los comunitarios, esto es debido a que hablan el mismo idioma viven en la misma comunidad y poseen buena aceptación por ser líderes.

CUADRO Nº 2-6

PARTICIPA LA COMUNIDAD EN LAS ACTIVIDADES QUE USTED REALIZA

RESPUESTAS	QUETZALTENANGO	TOTONICAPAN
SI	94	90
NO	5	8
NO CONTESTO	1	2
TOTAL	100	100

PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL PROMOTOR RURAL DE SALUD



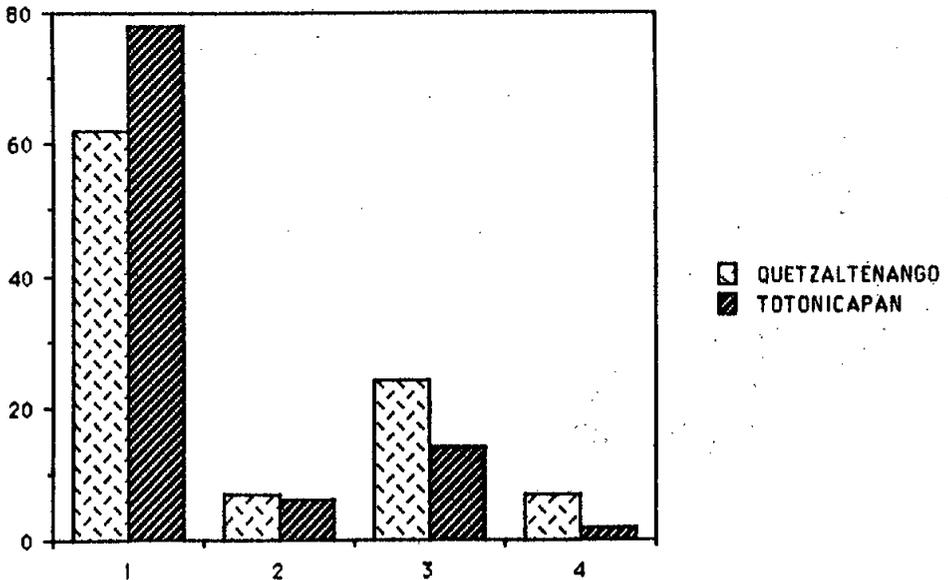
6. La comunidad sí participa en las actividades que el Promotor Rural de Salud Realiza a nivel de comunidad, esto se debe a que este personaje vive en la comunidad y su trabajo lo realiza casi siempre de dieciocho horas en adelante; que es cuando los comunitarios han regresado de sus labores del campo.

CUADRONº 2-7

COMO CONSIDERA EL PROMOTOR RURAL DE SALUD EL ADIESTRAMIENTO RECIBIDO

RESPUESTAS	QUETZALTENANGO	TOTONICAPAN
1. BUENO	62	78
2. MALO	7	6
3. REGULAR	24	14
4. NO CONTESTO	7	2
TOTAL	100	100

COMO CONSIDERA EL PROMOTOR RURAL DE SALUD EL ADIESTRAMIENTO QUE RECIBIO



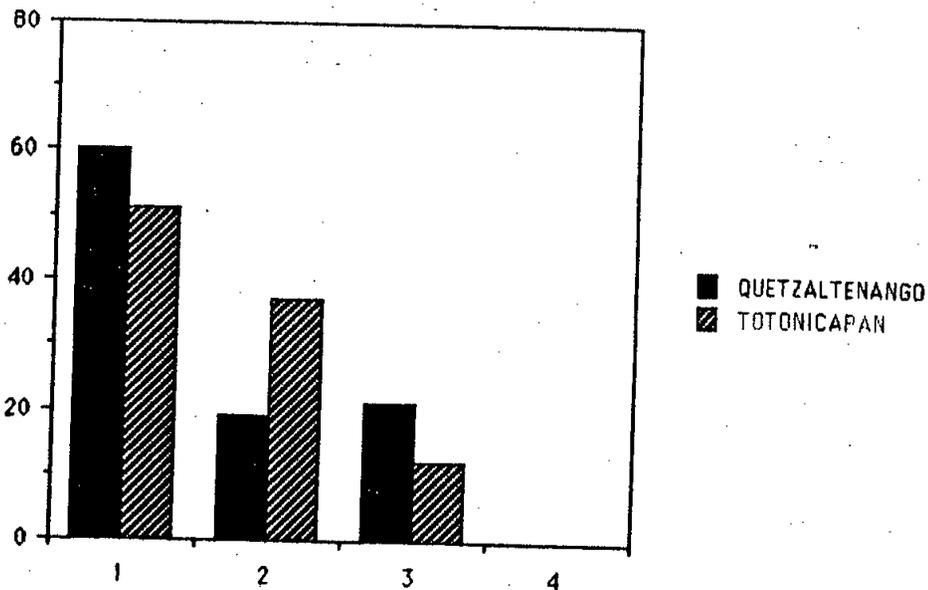
7. El más alto porcentaje de los dos departamentos nos demuestra que el adiestramiento que recibió el Promotor Rural de Salud fue bueno por lo que se debería aprovechar este personal adiestrado para que las actividades de ampliación de cobertura tengan mayor relevancia en el desarrollo comunal.

CUADRO Nº 2-8.

**A CUANTAS REUNIONES ASISTE
USTED AL MES**

RESPUESTAS	QUETZALTENANAGO	TOTONICAPAN
1. UNA VEZ AL MES	60	51
2. CADA QUINCE DIAS	19	37
3. DE VEZ EN CUANDO	21	12
4. SIN INFORMACION	0	0
TOTAL	100	100

**ASISTENCIA DEL PROMOTOR RURAL DE SALUD
A REUNIONES DURANTE EL MES**



8. Al entrevistar al Promotor Rural Salud sobre la asistencia a las reuniones programadas por el personal institucional, vemos que en su mayoría acuden una vez al mes, lo que nos demuestra hasta cierto punto que a este personal no se le da el apoyo ni la asistencia necesaria, para que cumpla con los objetivos para los cuales fue creado.

CUADRO N° 2-9

REFIERE EL PROMOTOR RURAL DE SALUD PACIENTES AL PUESTO O CENTRO DE SALUD

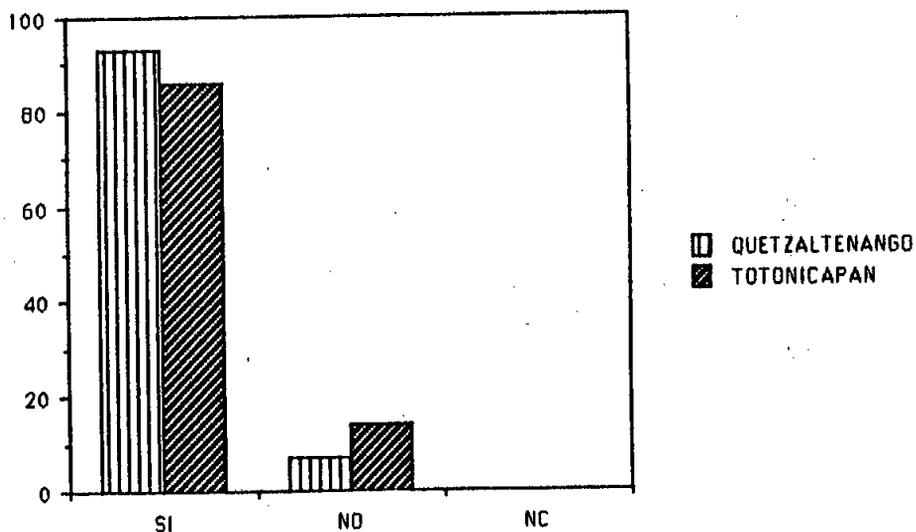
RESPUESTA	QUETZALTENANGO	TOTONICAPAN
SI	93	86
NO	7	14
NO CONTESTO	0	0

TOTAL

100

100

REFIERE EL PROMOTOR RURAL DE SALUD PACIENTES AL SERVICIO DE SALUD



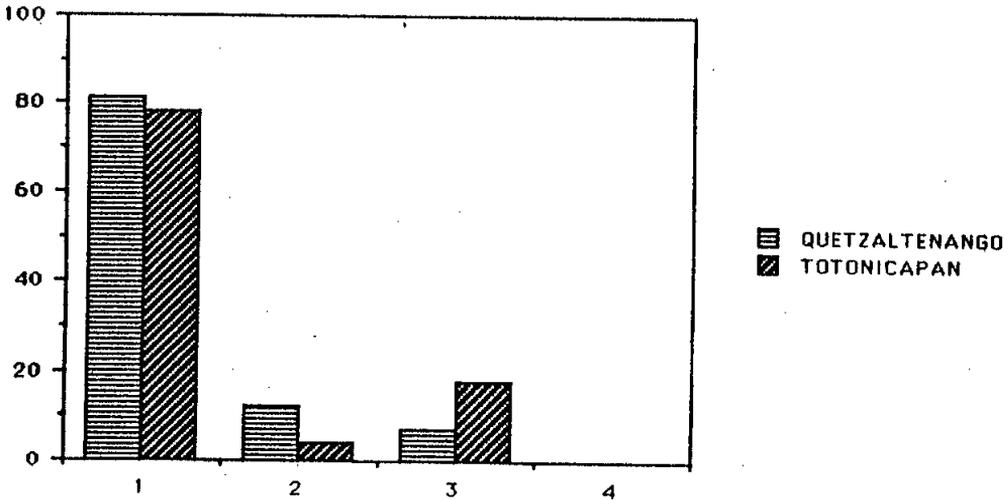
9. El 93% y 86% respectivamente para Quetzaltenango y Totonicapán; si refieren pacientes a los servicios de salud, ya que es el único apoyo que en algunos municipios se le brinda a este personaje como incentivo para mantener la vida útil del Promotor Rural de Salud.

CUADRO N° 2-10

QUE TRATAMIENTO DA MAS SEGUIDO

RESPUESTAS	QUETZALTENANGO	TOTONICAPAN
1. SUERO ORAL	81	78
2. CURACIONES	12	4
3. INYECCIONES	7	18
4. NO CONTESTO	0	0
TOTAL	100	100

TRATAMIENTO UTILIZADO CON MAS FRECUENCIA POR EL PROMOTOR RURAL DE SALUD.



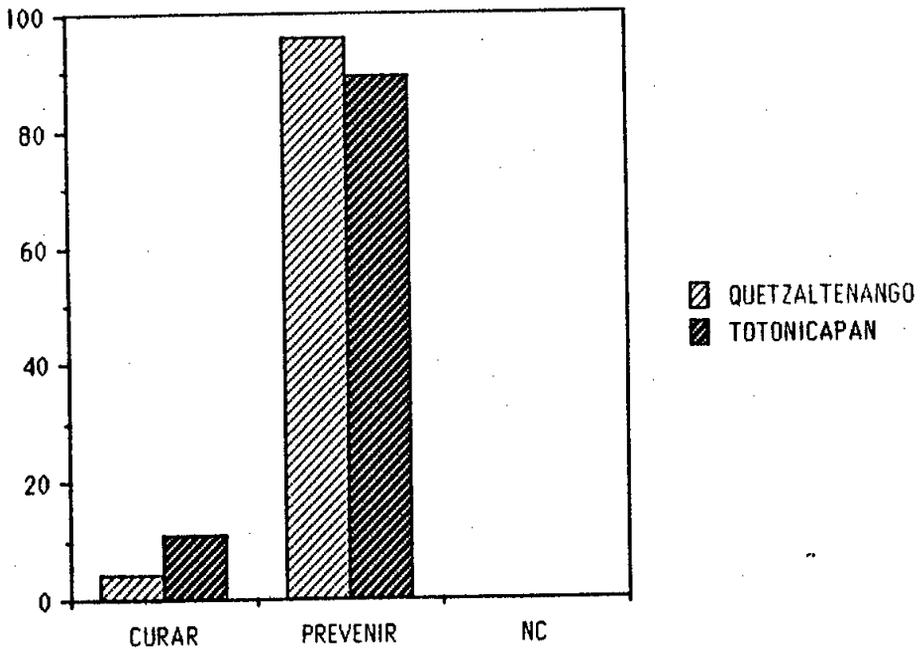
10. El tratamiento que el Promotor Rural de Salud da continuamente son los sobres de rehidratación oral, ya que éste es el recurso que los servicios de salud tiene posibilidad de tener en existencia. Además, es un programa al que se ha dado auge en estos últimos años. Esto en el área preventiva; y en área curativa las actividades más comunes que realizan son las inyecciones y las curaciones.

CUADRO N° 2-11

QUE ES MAS IMPORTANTE PARA USTED

RESPUESTAS	QUETZALTENANGO	TOTONICAPAN
1. CURAR	4	11
2. PREVENIR	96	89
3. NO CONTESTO	0	0
TOTAL	100	100

A QUE DA MAS IMPORTANCIA EL PROMOTOR RURAL DE SALUD



11. Los Promotores Rurales de Salud tienen sus objetivos bastante claros, ya que su función más relevante en la salud pública es prevenir y de acuerdo a la investigación realizada en los departamentos, éste personaje si está cumpliendo con los objetivos para los cuales fue creado.

5.1.5. Modelo de boleta de opinión.

5.1.6. Cuadros, Gráficos e Interpretación.
(Líderes Comunales).

ENCUESTA PARA LIDERES COMUNITARIOS

DATOS GENERALES:

LUGAR DE PROCEDENCIA : _____ MUNICIPIO: _____
SEXO: _____ OCUPACION: _____

CUESTIONARIO:

1. Conoce al Promotor Rural de Salud de su comunidad:
SI: _____ NO: _____
2. Sabe usted que actividades realiza el Promotor Rural de Salud de su comunidad.
SI: _____ NO: _____
3. Que personal del Puesto o Centro de Salud visita su comunidad:

4. Colabora usted con el personal del puesto o Centro de Salud, con actividades de la comunidad:
SI: _____ NO: _____
5. Colabora usted con las actividades que organiza el Promotor Rural de Salud en la comunidad:
SI: _____ NO: _____
6. Considera usted que el Promotor Rural de Salud ayuda a las personas de su comunidad:
SI: _____ NO: _____
7. Cree usted que el Promotor Rural de salud recibe un salario.
SI: _____ NO: _____

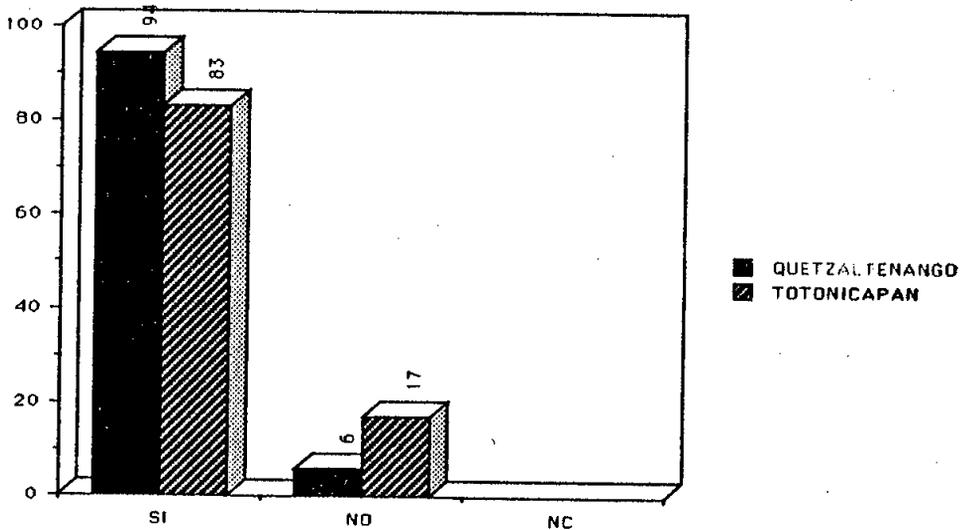
CUADRO N° 1-3

CONOCE AL PROMOTOR RURAL DE SALUD DE SU COMUNIDAD

RESPUESTAS	QUETZALTENANGO	TOTONICAPAN
SI	94	90
NO	6	10
NO CONTESTO	0	0
TOTAL	100	100

Fuente: Investigación de Campo

CONOCE AL PROMOTOR RURAL DE SALUD DE SU COMUNIDAD



INVESTIGACION DE CAMPO

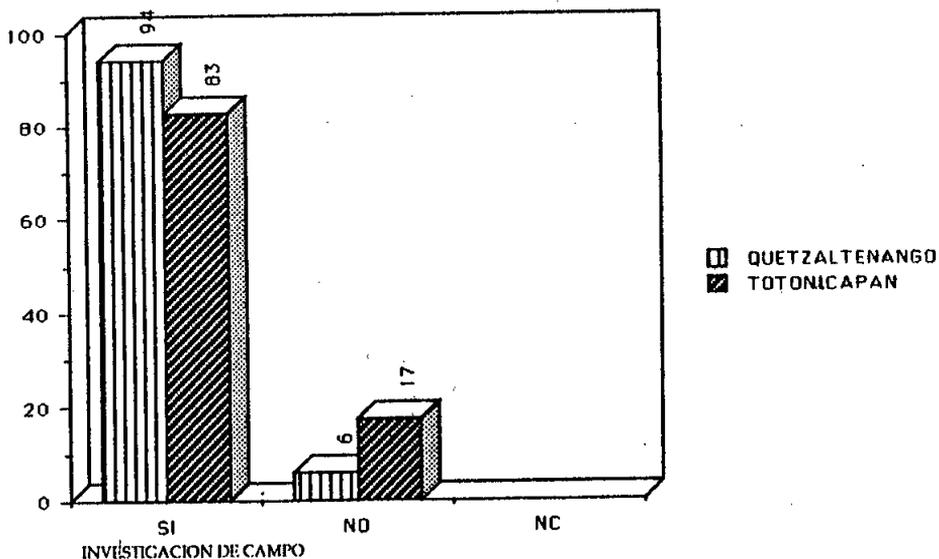
1. Los líderes comunitarios, entrevistados afirman conocer al Promotor Rural de Salud de su comunidad ya que de alguna manera han recibido ayuda de él; ya sea en atención directa o como orientador, lo que nos demuestra que éste, es una persona importante para la ampliación de coberturas en los programas.

CUADRO N° 2-3

SABE USTED QUE ACTIVIDADES REALIZA EL PROMOTOR RURAL DE SALUD

RESPUESTAS	QUETZALTENANGO	TOTONICAPAN
SI	94	83
NO	6	17
NO CONTESTO	0	0
TOTAL	100	100

CONOCIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA EL PROMOTOR RURAL DE SALUD



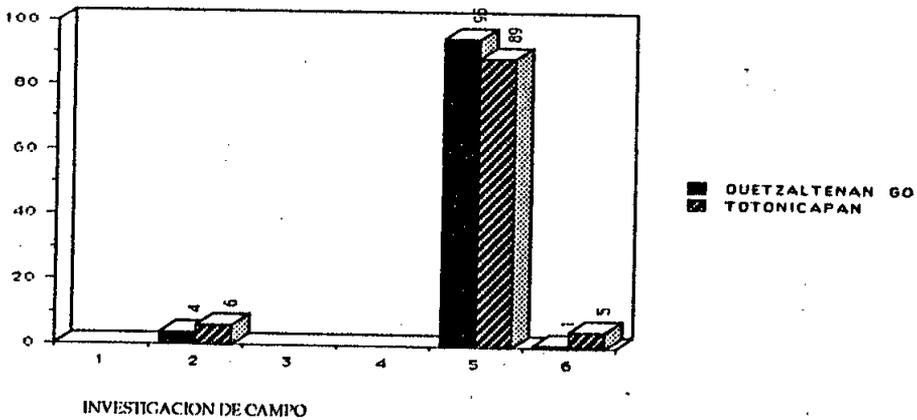
2. La respuesta a esta interrogante también es positiva en un porcentaje alto en los dos departamentos en estudio ya que los líderes entrevistados afirman conocer las actividades que el Promotor Rural de Salud realiza en las comunidades. Y los líderes que dan una respuesta negativa se debe a que ellos no han tenido una participación activa en las diferentes actividades comunales.

CUADRO N° 3-3

QUE PERSONAL DEL PUESTO O CENTRO DE SALUD VISITA SU COMUNIDAD

RESPUESTAS	QUETZALTENANGO	TOTONICAPAN
1 ENFERMERA	0	0
2 AUXILIAR DE ENFERMERIA	4	6
3 INSP. DE SANEA. AMBIENTAL	0	0
4 TRABAJADOR SOCIAL	0	0
5 TECNICO DE SALUD RURAL	95	89
6 SIN INFORMACION	1	5
TOTAL	100	100

QUE PERSONAL DE CENTRO O PUESTO DE SALUD VISITA SU COMUNIDAD



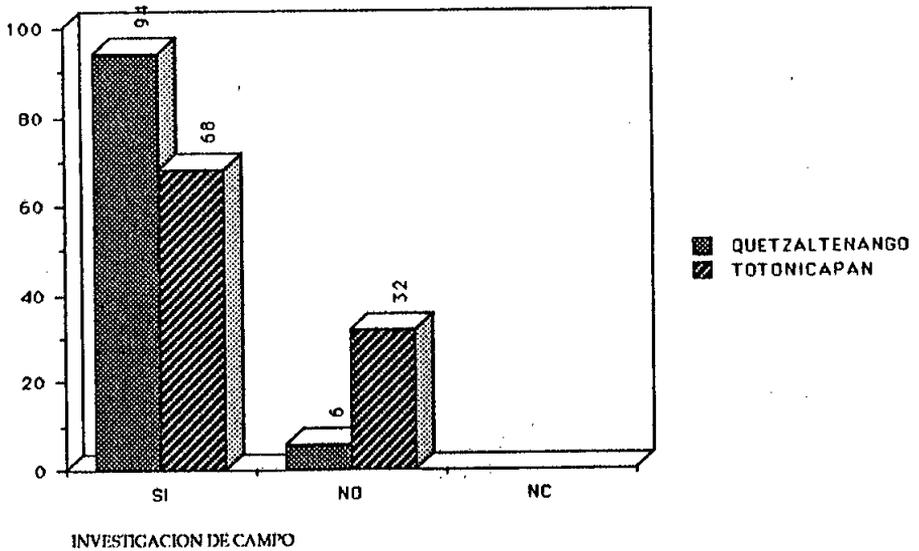
3. El personal que labora en los Servicios de Salud integra un equipo multidisciplinario, el cuál tiene funciones de campo, pero al ser entrevistados los líderes; nos podemos dar cuenta que únicamente hay dos elementos de ese equipo que llegan a las comunidades a realizar actividades, siendo éstos la Auxiliar de Enfermería en un porcentaje bastante bajo y el Técnico en Salud Rural que es el que tiene mayor relación con las comunidades.

CUADRO Nº 4-3

COLABORA USTED CON EL PERSONAL DE CENTROS DE SALUD CON ACTIVIDADES DE SU COMUNIDAD

RESPUESTAS	QUETZALTENANGO	TOTONICAPAN
SI	94	68
NO	6	32
NO CONTESTO	0	0
TOTAL	100	100

COLABORACION CON EL PERSONAL DE CENTROS DE SALUD CON ACTIVIDADES EN LA COMUNIDAD



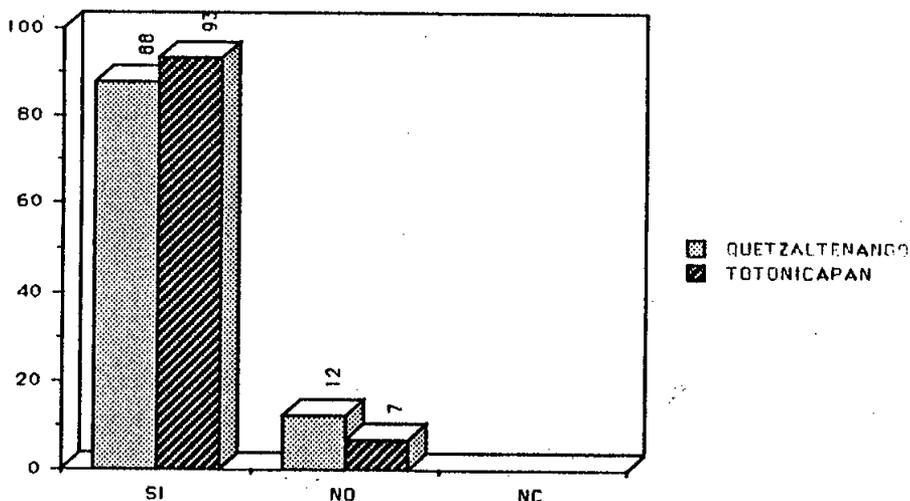
4. Los líderes comunitarios afirman colaborar con el personal de salud que llega a su comunidad a realizar actividades y los que no brindan apoyo 6% para Quetzaltenango 32% para Totonicapán se debe a que únicamente tienen disponible (tiempo) de 18:00 horas en adelante por su trabajo y a esa hora el personal institucional ya no labora.

CUADRO N° 5-3

CUANDO EL PROMOTOR RURAL DE SALUD REALIZA ACTIVIDADES EN LA COMUNIDAD COLABORA USTED

RESPUESTAS	QUETZALTENANGO	TOTONICAPAN
SI	88	93
NO	12	7
NO CONTESTO	0	0
TOTAL	100	100

COLABORACION QUE RECIBE EL PROMOTOR RURAL DE SALUD EN LA COMUNIDAD



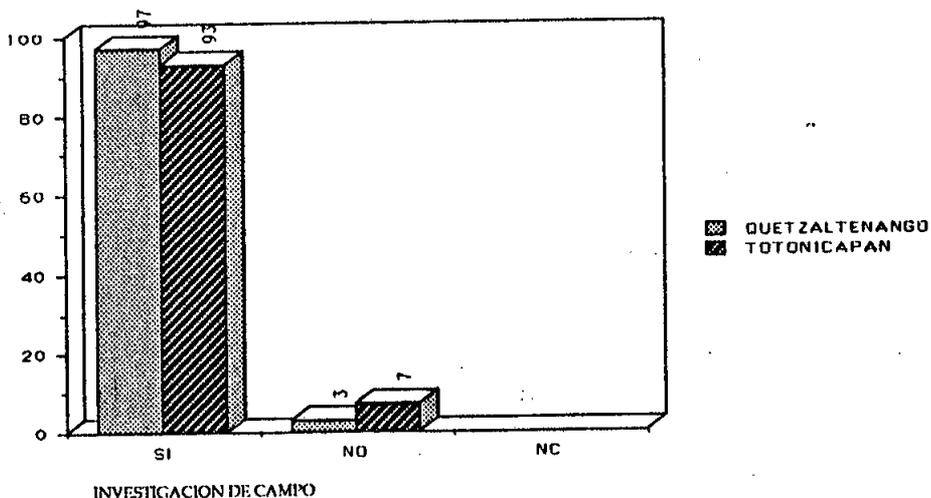
5. La respuesta a la pregunta N° 5; nos demuestra que los líderes comunales les es más factible colaborar con las actividades que el Promotor Rural de Salud realiza por el horario que este utiliza, ya que lo hace de 17:00 horas en adelante debido a que vive en la comunidad y no tiene que trasladarse, como en el caso del personal de salud.

CUADRO N° 6-3

CREE QUE EL PROMOTOR RURAL DE SALUD AYUDA A LAS PERSONAS DE SU COMUNIDAD

RESPUESTA	QUETZALTENANGO	TOTONICAPAN
SI	97	93
NO	3	7
NO CONTESTO	0	0
TOTAL	100	100

BRINDA AYUDA EL PROMOTOR RURAL DE SALUD A PERSONAS O GRUPOS DE LA COMUNIDAD



6. El cuadro y gráfico N° 6; nos demuestra que el Promotor Rural de Salud si brinda ayuda a las personas y grupos de su comunidad consistente ésta en atención directa a las personas, orientación y educación a grupos; el cuadro de los porcentajes negativos no son representativos para ninguno de los departamentos.

CUADRO N° 7-3

**CREE USTED QUE EL PROMOTOR RURAL DE SALUD
RECIBE UN SALARIO**

RESPUESTAS	QUETZALTENANGO	TOTONICAPAN
SI	98	96
NO	2	4
NO CONTESTO	0	0

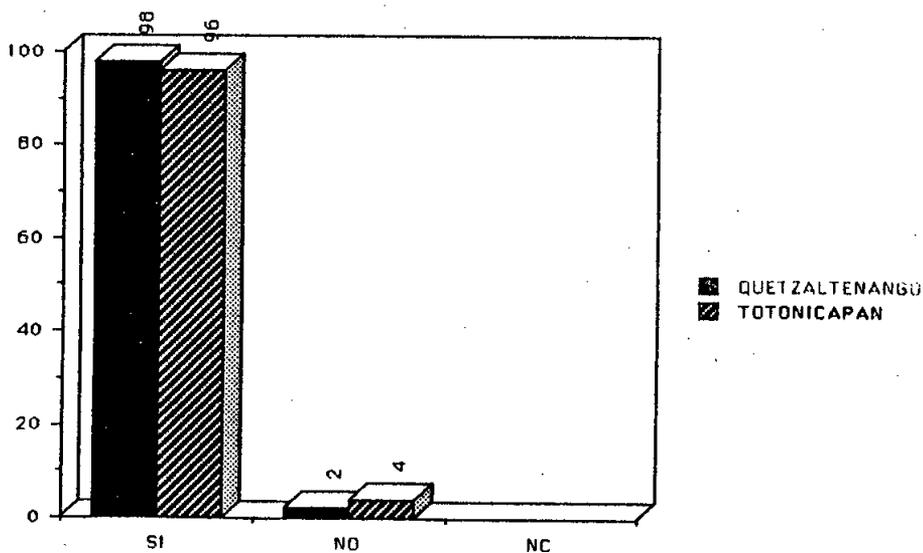
TOTAL

100

100

FUENTE: INVESTIGACION DE CAMPO

**RECIBE EL PROMOTOR RURAL DE SALUD
UN SALARIO POR SU TRABAJO**



7. Los líderes comunitarios tienen la plena certeza que el promotor Rural de Salud, recibe un salario de la institución, porque éste utiliza un tiempo considerable para realizar actividades de salud. Por lo que en un momento determinado piensan erróneamente que este personal voluntario de la comunidad tiene la obligación de atenderlos, ya sea en forma personal ó grupal.

CAPITULO VI

6.1. COMPROBACION DE HIPOTESIS:

HIPOTESIS:

El bajo rendimiento del Promotor Rural de Salud, se debe a la falta de estímulos, recursos, asesoría técnica de parte del Trabajador Social e incentivos económicos.

La sensación de abandono que tiene el Promotor Rural de Salud se debe a que otras instituciones ofrecen un salario justo a su personal entrenado similarmente, mientras éste no lo recibe.

Esta situación provoca en el Promotor Rural de Salud, inseguridad, falta de interés a la labor que desarrolla (desvalorización), lo que lleva a la deserción e incide negativamente en el desarrollo de las comunidades rurales.

VARIABLE INDEPENDIENTE (causa)

El programa de Promotores Rurales de Salud es deficiente en asesoría técnica por parte de los Trabajadores Sociales, carece de estímulos, recursos materiales e ingresos económicos por parte de la institución.

VARIABLE DEPENDIENTE (efecto)

El Promotor Rural de Salud tiene inseguridad y desvalorización y ésto trae como consecuencia la deserción.

VARIABLE CONCOMITANTE: (relación causa-efecto)

La falta de asesoría del Trabajador Social, estímulos y recursos que tiene el Promotor Rural de

Salud, provocan la deserción y ésto incide negativamente en las comunidades, quienes se ven afectados por su falta de participación.

Nuestra Hipótesis es válida de acuerdo a los argumentos que enumeramos a continuación:

- a. El Promotor Rural de Salud, no cuenta con asesoría de un profesional de Trabajo Social, no posee recursos de ninguna índole para realizar su trabajo, por lo que ésta problemática lo desmotiva trayendo como consecuencia el bajo rendimiento. (Cuadro Nº 3 Boleta Nº 3).
- b. El no devengar un salario por el trabajo realizado, como en el caso de los Promotores de DIGESA, DIGESEPE, EDUCACION EXTRA-ESCOLAR, DESARROLLO URBANO Y RURAL, provoca en él situación de inseguridad, falta de interés y por ende la deserción de este recurso humano, valioso para el desarrollo de las comunidades.
- c. El material y equipo que se le proporciona al Promotor Rural de Salud es únicamente por curso, el cual no es renovado periódicamente, en relación a la demanda que posee.
- d. El personal de Salud Pública no es lo suficientemente motivado para estandarizar a nivel de áreas el programa de Educación Primaria en este personal, para el mejor dominio de la capacitación.

- e. Las discrepancias del personal de salud, no han permitido la apertura de una franca orientación al Promotor Rural de Salud, que le permita autovalorar las actividades que realiza. (Cuadro Nº 2-Boleta Nº 1).
- f. No hay suficientes Trabajadores Sociales en Salud Pública y los pocos que existen ocupan puestos administrativos.(3.1.4.)
- g. La teoría y la práctica en concreto nos permite señalar la urgencia de que el Trabajador Social sea contratado a nivel profesional y que éstos le den la capacitación necesaria al Promotor Rural de Salud, en lo referente a la participación de la comunidad.
- h. Que los programas son elaborados a nivel administrativo por lo que su carácter es puramente curativo, sin tomar en cuenta las necesidades propias de la comunidad.

... .. 19
... ..
... ..
... ..
... ..

... ..
... ..
... ..

... ..
... ..
... ..
... ..
... ..

... ..
... ..
... ..
... ..

CAPITULO VII.

7.1. CONCLUSIONES:

1. El Trabajador Social tiene como misión fundamental estudiar constantemente al grupo social en su problemática y necesidades generales, por ende su acción esta encaminada a ayudar e impulsar el desarrollo del individuo, las familias, comunidades y la nación en su conjunto a través del cambio que les permita un mejor bienestar social en general.
2. El Trabajador Social, no desempeña el papel que verdaderamente le corresponde en su trabajo, debido a diferentes circunstancias como: Falta de recursos, acomodamiento, falta de iniciativa llegando por lo tanto a realizar simplemente tareas aisladas.
3. Las instituciones gubernamentales realizan programas con políticas definidas y algunas veces dictadas por organismos internacionales a los cuales el Trabajador Social tiene que regirse, impidiéndole un desenvolvimiento profesional de su rol en dichas instituciones.
4. El número de Trabajadores Sociales que prestan sus servicios en el Ministerio de Salud Pública, no es suficiente para cubrir las necesidades demandadas por la sociedad. (3.1.4. pág. 42)
5. Las políticas sociales implementadas, dirigidas y normatizadas por el gobierno no permiten un desenvolvimiento de las instituciones que promueven el Trabajo Social.

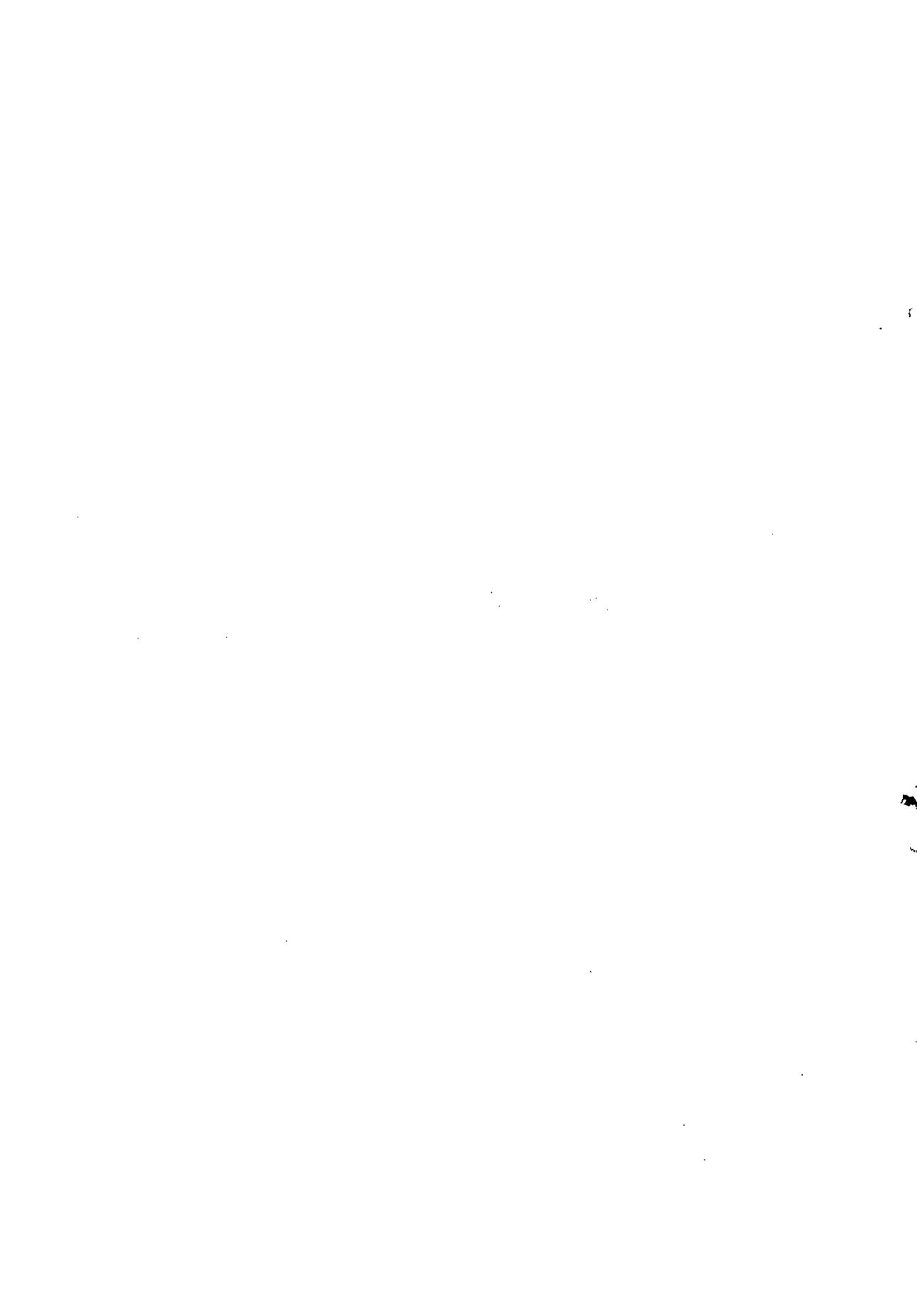
6. El Trabajo Social al igual que el profesional de ésta no ha logrado ubicarse realmente en la institución y en la sociedad, si no son reconocidos por la misma como elementos determinantes en el desarrollo del país.
7. El Trabajador Social en Salud Pública no ha aprovechado los espacios existentes para iniciar de esta manera un verdadero desarrollo comunal con el recurso humano, Promotores Rurales de Salud y que consolide la organización de los mismos.
8. Son múltiples las deficiencias en la formación del Promotor Rural de Salud, pero estas podrán solventarse si el personal de Salud Pública diera la importancia necesaria a este programa. (Cuadro Nº 2. Boleta Nº 1).
9. La deficiencia del Promotor Rural de Salud se encuentra en su selección y formación, pero quienes la hacen es un equipo multidisciplinario, entonces este programa tendrá éxito si estos equipos tuvieran plena conciencia de la función que desempeñan.
10. Actualmente el Promotor Rural de Salud no está cumpliendo con los objetivos para los cuales fue creado, debido a que no cuenta con recursos para realizar sus tareas y carece de incentivo económico para brindar mayor tiempo en la realización de las mismas. (Cuadro Nº 11. Boleta Nº 1).
11. La atención primaria de salud, aboga por una participación activa de las comunidades en los programas de salud, por lo que el Promotor Rural de Salud es el eslabón más importante para esta política. (Cuadro Nº 1. Boleta Nº 1).

7.2. RECOMENDACIONES.

1. Que el Trabajador Social haga uso de su iniciativa y de su capacidad académica científica para proveerse de recursos que lo ayuden al mejor desenvolvimiento de su labor, con el fin de que su trabajo sea realizado en forma eficiente, concientizándose a la vez del papel y de la ubicación que debe de tener dentro del desarrollo de las políticas sociales que se llevan a cabo dentro de las diferentes instituciones.
2. Es urgente el establecimiento de medidas que permitan la libertad de acción del Trabajador Social en las instituciones donde labora para que pueda aplicar las alternativas adecuadas.
3. Dada la situación socioeconómica del país, la población presenta una variada gama de fenómenos sociales que urgen ser atendidos; considerando que el Trabajador Social es el profesional más adecuado para dar respuesta a las múltiples necesidades y demandas, haciéndose indispensable la creación de suficientes plazas que permitan su proyección.
4. Responsabilizar y concientizar al equipo directivo de los distritos de salud, para que se interesen en el trabajo de los Promotores Rurales de Salud y le brinde el apoyo necesario.

5. Que los Trabajadores Sociales de Salud Pública se interesen por la organización de Promotores Rurales de Salud, para la consecución de recursos y realización de programas en forma eficiente.
6. Apegándonos al principio de que todo trabajo debe ser remunerado, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social debería de proveer un salario mínimo al Promotor Rural de Salud, al igual que todos los demás ministerios con su personal existente en las comunidades.
7. Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social defina estrategias y mecanismos para fomentar la participación de la comunidad en actividades de atención primaria en salud con el propósito de que tome parte en las etapas de programación.
8. Que la División de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social defina los mecanismos para promover la coordinación de programas públicos, incentivos para el personal voluntario, (Promotores Rurales de Salud). Necesidades de educación en servicio, criterios de supervisión, información y evaluación.
9. Que las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social den la importancia y apoyo necesario para hacer funcional el programa de Promotores Rurales de Salud y no formar personal voluntario tendiente a la frustración.

10. Debido a que el Promotor Rural de Salud es un excelente enlace entre la comunidad y la institución es necesario brindarle apoyo para que la cobertura de salud se amplíe.



BIBLIOGRAFIA

1. **ANDER EGG, E.: Metodología y Práctica del Desarrollo de la Comunidad.** Edit. Humanitas, Buenos Aires, 1,982.
2. **DE LA ROCA, J. C.: Biografía de un Pueblo.** 2a. ed. Edit. José de Pineda Ibarra, Guatemala, 1,984.
3. **MARTINEZ DURAN, C.: Las Ciencias Médicas en Guatemala.** Edit. Universitario. USAC. Guatemala. 1,968.
4. **MONZON ARROYO, R.: Problemática suscitada con el Personal Voluntario del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.** Guatemala, 1,986.
5. **PONCE, A.: Educación y Lucha de Clases.** 3a. ed Edit. Mexicanos Unidos, S. A. México, 1,978.
6. **WERNER, D. & BILL BOWER.: Aprendiendo a Promover la Salud.** Edit. Fundación Hesperian, México, 1,984.
7. **Atención Primaria de Salud.** Organización Mundial de la Salud Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. ALMA-ATA, URSS Sep.1,978.
8. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.** Washington, D. C. E.U.A. Vol. 102 N° 2 Febrero 1,987.
9. **Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de Salud.** Organización Mundial de la Salud. Alma-Ata, URSS. 1.978.
10. **Desarrollo de la Comunidad y Servicios Conexos.** Secretaría de Bienestar Social del Gobierno de la República Colección Bienestar Social y Desarrollo de la Comunidad, Guatemala, 1,964.
11. **Manual del Promotor Rural de Salud.**
12. **Agencia Internacional para el Desarrollo,** Guatemala, 1,984.
Historia de la Salud Pública en Guatemala.

- Dirección General de Servicios de Salud.
Guatemala, 1,984.
13. **La participación del Trabajador Social en el contexto de la realidad nacional.** Seminario. Quetzaltenango, Guatemala, 1,984.
 14. **Memoria de labores.** Jefatura de Area de Salud, Totonicapán, Guatemala, 1,989.
 15. **Memoria de Labores.** Jefatura de Area de Salud, Quetzaltenango. Guatemala, 1,989.
 16. **Plan Operativo.** Jefatura de Are de Salud, Quetzaltenango, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala, 1,989.
 17. **Plan Operativo.** Jefatura de Area de Salud, Totonicapán. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala, 1,989.
 18. **Revista Internacional de Desarrollo Sanitario.** Foro Mundial de la Salud, Vol. 7, Ginebra, Suiza, 1,986.
 19. **Revista Organización Mundial de la Salud** Ginebra. Suiza, 1,976.