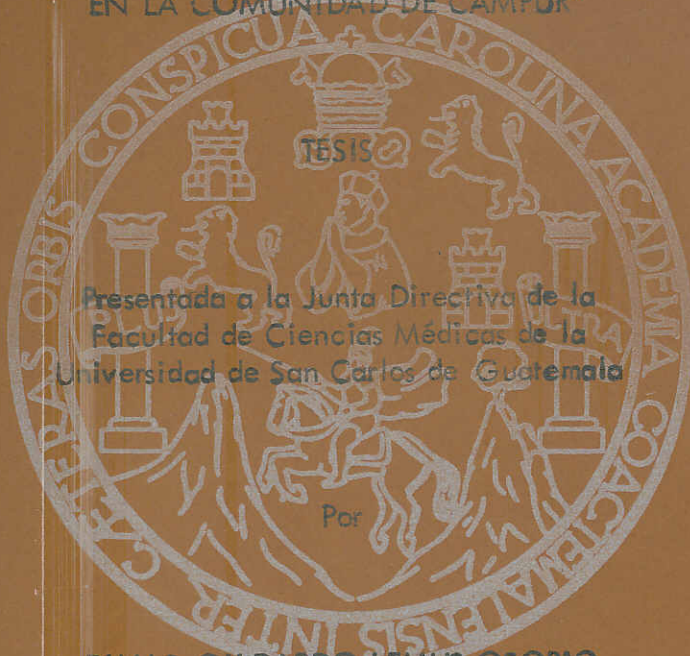


"ELABORACION DE UN PROGRAMA MATERNO INFANTIL  
EN LA COMUNIDAD DE CAMPUR"



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

Por

DIMAS GILDARDO LEMUS OSORIO

En el acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

# INDICE DE TEMAS

## I) INTRODUCCION

## II) JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

## III) MONOGRAFIA:

- a-) Localización
- b-) Antecedentes (historia)
- c-) Costumbres
- d-) La Familia
- e-) Religión
- f-) Liderazgo
- g-) Factores Demográficos
- h-) Aspectos Educativos
- i-) Aspectos económico-sociales
- j-) Vivienda
- k-) Vías de Comunicación
- l-) Servicios Asistenciales
- m-) Organizaciones Existentes

## IV) HIPOTESIS

## V) OBJETIVOS:

- a-) Generales
- b-) Específicos

## VI) METODOLOGIA

- a-) Material
- b-) Métodos

## VII) RESULTADOS

- a-) Factores Condicionantes y determinantes
- b-) Datos de Población
- c-) Indicadores
- d-) Morbilidad y Mortalidad

### VII a.) RESULTADOS DE LOS RECURSOS FISICOS Y FORMALES

### VII b.) RESULTADOS DE LOS RECURSOS NATURALES

### VII c.) ANALISIS DE CONOCIMIENTOS DEL PROGRAMA DE PROMOTORES

## VIII) ANALISIS Y DISCUSION

### IX) ELABORACION DEL PROGRAMA MATERNO INFANTIL

### X) CONCLUSIONES

### XI) RECOMENDACIONES

### XII) BIBLIOGRAFIA

## I) INTRODUCCION

La facultad de medicina, ha iniciado, hace más o menos 9 años a proyectar sus servicios a la población rural guatemalteca con el desarrollo del internado de medicina preventiva y social como parte del internado rotatorio y en 1974 a través de actividades conocidas como Ejercicio Profesional Supervisado, la cual está incluida y es parte fundamental del curriculum actual en la carrera de Médico y Cirujano, etapa que consta de 6 meses de práctica durante el último año de la carrera.

Diversos problemas se han identificado en la fase inicial, en muchas comunidades, incluyendo Campur, en donde por primera vez se instala EPS de Medicina. Por otra parte, las necesidades que presentan estas comunidades son considerables, siendo estas necesidades multidisciplinarias. El programa EPS incluye el desarrollo de actividades que no son estrictamente solo de tipo curativo o que siendo requisitos a cumplir durante su ejecución el EPS de medicina tiene la misión de participar en la solución de algunos problemas de la comunidad, consciente que otro profesional o técnico especializado los podría afrontar en una mejor forma, con base en su experiencia y especialidad.

En vista de ésta situación compleja y problemática, se ha estimado conveniente investigarla y elaborar éste trabajo de tesis ya que por su localización Campur es la fuente de centralización de la mayoría de habitantes de las aldeas aledañas (Puerto Fluvial de SEBOL entre ellas), en lo que a Comercio se refiere; y la utilización que han hecho los habitantes de ésta región al centro de Salud, desde que ha iniciado los servicios formales, ya que con el estudio que se ha hecho se ha determinado que Campur es el punto intermedio de asistencia médica y de comercio de toda ésa área. Por consiguiente

creo necesario y prioritario la elaboración del Programa Materno Infantil como mi trabajo de tesis (ya que es grupo Materno Infantil el que predomina en ésta área) agregando esto, a la valiosa colaboración que han prestado algunos profesionales de diversas especialidades, para dar algunos lineamientos y soluciones a los múltiples problemas que involucra, con el convencimiento firme y sincero que ésta representa una forma de colaborar en el mejoramiento de los programas de la Universidad, con lo cual se estará contribuyendo, con mayor eficacia, al desarrollo de nuestra querida patria Guatemala.

## II) JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

Siendo necesaria la elaboración de un programa materno-infantil en ésta área, debido a las deficientes medidas de salud que se toman actualmente para la atención del grupo materno y teniendo presente la afluencia grande de pacientes en estado de gestación y otras con enfermedades comunes en su gran mayoría niños, junto con la aceptación que al momento tienen los habitantes de éstas comunidades del Médico y del Centro de Salud, se justifica la creación del programa, ya que con los recursos que se tienen a mano, se facilita su elaboración y llevarlo a cabo satisfactoriamente.

### III) MONOGRAFIA

#### a-) LOCALIZACION:

Aldea situada a 49 kilómetros de San Pedro Carchá, cuya única vía de acceso es por carretera de segunda categoría, no asfaltada, transitable por vehículos, en regular condiciones, sin ninguna otra vía de comunicación al exterior del municipio (el correo que es traído por autobuses que a diario viajan por la carretera), tiene las siguientes colindancias; al NORTE: con la finca Candelaria; al SUR: con la finca el Pajal; al ESTE: con la finca Monte Carmelo y aldea Xaltenamit; al OESTE: con la aldea Secomún. Al momento cuenta con más o menos 200 familias (Estos son datos aproximados, ya que el crecimiento de la población ha sido notable).

#### b-) ANTECEDENTES (historia):

En relación a los aspectos históricos de Campur, pues es poco lo que en sí se sabe ya que no cambia en absoluto desde su inicio, pues son pocos los cambios históricos que han tenido y en la literatura no aparece mayor información de ello, como dato importante histórico que se tiene es la formación (en el tiempo colonial) del ingenio de café (con maquinaria), que los alemanes dejaron en ésta y que es en donde actualmente la Cooperativa ejerce sus funciones, proporcionando labores más avanzadas a los habitantes de las mismas y de allí que se considera a Campur el área de Centralización de trabajos agrícolas en lo que a siembra se refiere. Cabe mencionar que la carretera no asfaltada de la que se habló anteriormente fué construida durante el tiempo que estuvo en la presidencia el General Jorge Ubico.

#### c-) COSTUMBRES:

En lo que a costumbres se refiere son netamente indígenas, tales como creencias religiosas, (que con la llegada de entidades religiosas han ido cambiando), creencias de "curas" por medio de ritos llevados a cabo por curanderos, los que han ido desapareciendo, pero que aún persisten aunque en minoría. Celebraciones festivas que aún persisten en toda la religión principalmente las del 1ero. de Noviembre (día de finados), las cuales se celebran con bastante jolgorio y que duran hasta 2 - 3 días. El matrimonio por lo religioso celebrado a lo grande durando todo el día, sirviéndose almuerzo y cenas para toda la comunidad, ésta costumbre es actualmente la vivida en éstas comunidades.

#### d-) LA FAMILIA:

En sí muy unida, en su mayoría formado por 5 - 6 personas cada una de ellas, eminentemente indígena, unidos solamente (en lo que a matrimonio se refiere), siendo sus habitantes en un 95.6% analfabetas. El grupo ladino es minoritario y constituido por personas del sexo masculino. Fuera de los dos grupos considerados, debo aclarar que hay en Campur, aproximadamente un grupo de 10 personas, un grupo heterogéneo constituido por los misioneros, los maestros, el EPS y algunos empleados (autoridades civiles y municipales). Este grupo se caracteriza porque las personas que lo integran no son originarios de Campur, se encuentran residiendo en la comunidad de una manera transitoria y en relación tienen muy poco tiempo de estar residiendo en la comunidad. Las anteriores características las identifican como no-representativos de la comunidad y sin embargo, son potencialmente "agentes de cambio" en la comunidad.

#### e-) RELIGION:

Con la llegada de organizaciones religiosas a ésta comunidad (Católicos y Evangélicos) se ha conocido en sí éstas 2 religiones, siendo la religión católica la que predomina en éstas áreas. Por lo que se pudo observar en relación a la religión católica, es una labor muy buena la que realiza el grupo de padres salesianos en ésta ya que no solamente abarca el aspecto religioso, sino el educativo que es preponderante en éstas áreas.

#### f-) LIDERAZGO:

El liderazgo se ha investigado preguntando a las personas más conocidas del lugar y con ayuda de los padres salesianos quienes conocen en sí toda el área. QUIERO HACER RECALCAR QUE DE PARTE DE LAS PERSONAS QUE SON IDENTIFICADAS COMO LIDERES DE LA COMUNIDAD, RECIBI LA AYUDA QUE SOLICITE Y QUE ESTUVO DENTRO DE SUS POSIBILIDADES. A CONTINUACION DESCRIBO LOS NOMBRES DE ALGUNAS PERSONAS Y ASOCIACIONES QUE ACTUAN EN CAMPUR COMO TALES:

#### NOMBRES:

- 1- Miguel Yat.
- 2- Estéban Caal.
- 3- Felipe Caal.
- 4- Padres Salesianos.
- 5- Alejandro Sierra.
- 6- Andrés Cús.
- 7- El Alcalde.
- 8- Los Maestros.
- 9- Gerente de la Cooperativa.

#### 10- Encargado de Oficinas.

Todas estas personas son en sí identificadas como líderes de la comunidad de Campur.

#### g-) FACTORES DEMOGRAFICOS:

En relación a éste punto, no hay mucho que decir ya que, en lo que a clima se refiere predomina el clima frío, siendo en el transcurso del año durante casi 10 meses de constante época lluviosa, excepto por los meses de Febrero a Mayo que disminuye poco.

#### h-) ASPECTOS EDUCATIVOS:

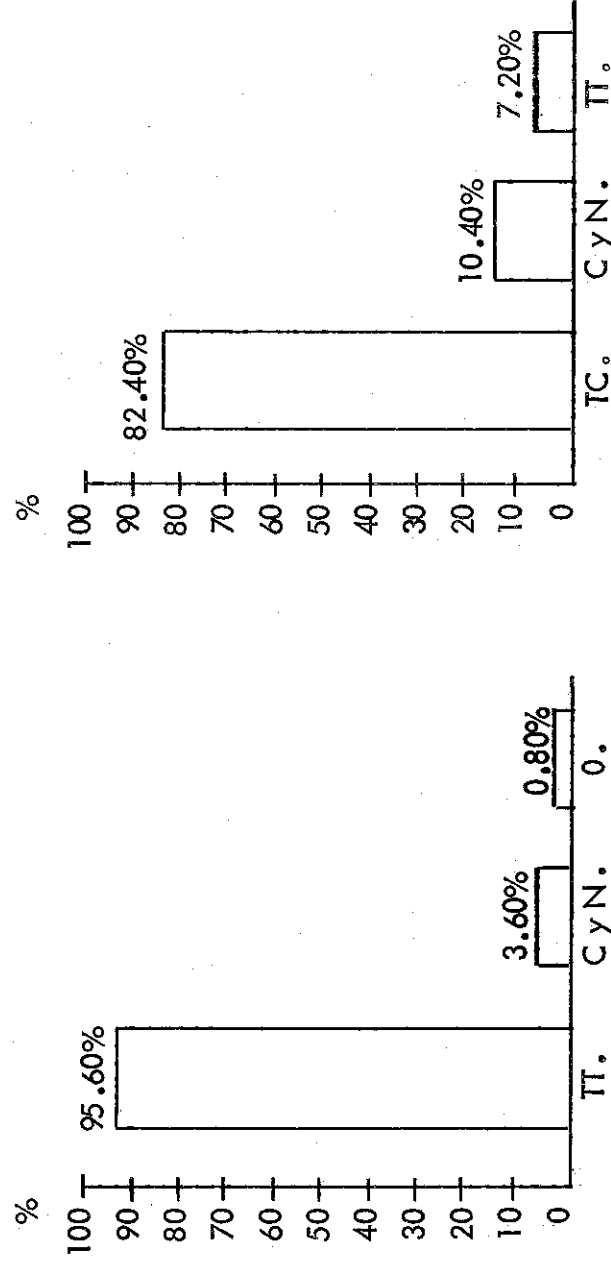
Se cuenta con una escuela de Educación Primaria Rural de parte del estado, educación primaria que es impartida por dos Maestros de Educación Primaria y un Promotor Bilingue. Es necesario hacer recalcar la dificultad de impartir la Educación en éstas áreas ya que el Idioma Castellano no lo hablan en éstas áreas en su gran mayoría de habitantes, siendo la lengua Keckchí la que se habla, por lo que se hace necesario personas traductoras o tener conocimientos básicos de la lengua.

#### i-) ASPECTOS ECONOMICO-SOCIALES:

En la mayoría de habitantes de Campur, el factor económico es precario ya que nadie en sí es dueño del producto de su cosecha, siendo ésto aprovechado por otras personas de mayores recursos quienes siempre se quedan con las ganancias a las cuales el indígena en sí tendría más derecho sino viviera en la ignorancia en que siempre ha vivido. Hay que tomar en cuenta que la principal fuente de trabajo y de subsistencia familiar en ésta comunidad, es la agricultura siendo sus principales pro

ductos, el café, el maíz, el cardamomo y el frijol. En ésta comunidad funciona una Cooperativa Agrícola, la que es supervisada por el INTA, la cual es fuente de trabajo para la mayoría de habitantes de Campur en lo que a agricultura se refiere, siendo fundada en el tiempo de la Colonia por personas de origen Alemán y la que a la fecha sigue funcionando como tal.

# "OCUPACION":



## SIGLAS:

TT = Trabajo de la Tierra.  
TC = Trabajo de la Casa.

C y N = Comercio y Negocios.  
OT = Otros

[ ] = En Color (Indígena).

[ ] = Ladinos.

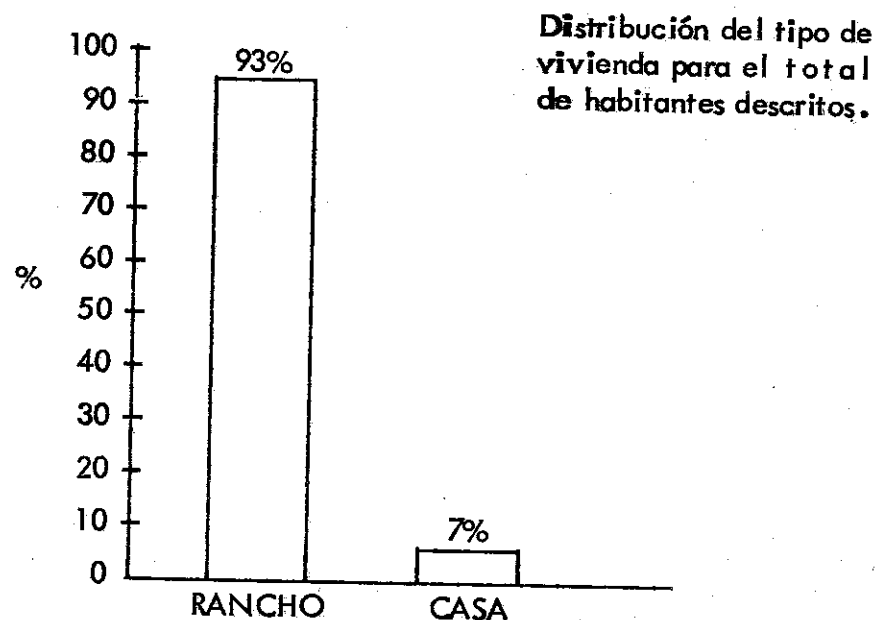
## j -) VIVIENDA:

El estudio efectuado sobre éste particular, indica que la vivienda predominante en Campur, es el rancho, sin embargo existen también algunas casas, la mayoría de las cuales son de madera y lámina. En general las condiciones sanitarias son muy deficientes; carecen de servicio sanitario, piso de cemento y servicio de agua potable, son pocas las casas (15) que cuentan con servicio de luz la que es proporcionada por medio de un motor por la Cooperativa agrícola de éste lugar, siendo ocupadas éstas casas por las personas que ocupan trabajos de más responsabilidad en la misma. El agua no es potable, abasteciéndose de ésta la mayor cantidad de gente, de un tanque situado en la finca. La mayoría de las casas de Campur son habitadas por 5 personas como promedio. Unicamente el 11.3% de la población del casco urbano total, habita en las casas de las cuales, aproximadamente la mitad son propietarios (quienes se dedican al comercio y negocios como tiendas, comedores, etc.).

La Generalidad de habitantes de Campur manifiestan con formismo con el tipo de vivienda que habitan y desconfianza hacia las mejoras que le son sugeridas. Existe una serie de costumbres que son muy difíciles de cambiar o modificar, por lo que, en los momentos actuales no se debe optar por tratar de imponer otras totalmente distintas que pertenecen a otro de los tipos de comunidad más desarrollada. Se debe hacer la aclaración, en éste momento, que en la parte conocida como "Casco de la finca Campur", hay 4 casas que sí cuentan con servicios sanitarios, piso de cemento y servicio de agua intradomiciliaria (no potable), pero éstas casas son habitadas por el grupo de personas ladinas y quienes están a cargo de la Jefatura de la Cooperativa. Estas casas fueron construídas, hace muchos años (Epoca de la Colonia), por personas ajenas a la comunidad y no por individuos de la misma. Son contados los casos de personas

de la comunidad, que por iniciativa propia han construído una casa con mejores condiciones sanitarias y ambientales.

### "TIPO DE VIVIENDA"



NOTA: Hago la salvedad, que todos los diagramas de barras, que aparecen en éste trabajo, se hacen tomando en cuenta todo el número de habitantes de Campur = 5,779 que en éste caso sería el 100% de la población de Campur. A la vez especifico que el uso de la Luz eléctrica en la finca es usado exclusivamente en las casas que son propiedad de la finca, habitadas por las personas de mejores cargos en la Cooperativa, el resto carece de ella.



#### k-) VIAS DE COMUNICACION:

En relación a éste punto podemos decir que la única vía de comunicación en ésta área es terrestre (carretera de segunda categoría, transitable por vehículos y buses extraurbanos, los que diariamente traen y llevan el correo de la comunidad y la cual fué construída durante el gobierno del General Jorge Ubi co).

#### l-) SERVICIOS ASISTENCIALES:

Al momento el único servicio asistencial es el Centro de Salud de Campur propiedad de los padres salesianos el que cuenta con lo necesario para atención médica en el área, no así para atención quirúrgica.

#### m-) ASOCIACIONES Y GRUPOS SOCIALES:

- 1.- Padres Salesianos.
- 2.- Directiva Religiosa.
- 3.- Cooperativa.
- 4.- Mayordomos.
- 5.- Catequistas.
- 6.- Maestros y Empleados.

#### IV) HIPOTESIS

- 1.- El nivel de salud de las poblaciones de municipios de 2a. a 4a. categoría, puede mejorarse mediante la racionalización en el uso de los recursos disponibles para atender a los grupos en mayor riesgo de enfermar y morir.
- 2.- Los personajes médicos naturales que hasta hoy han atendido el grueso de los problemas de la población rural, poseen conocimientos y habilidades aprovechables para la ejecución de programas de salud, si actúan como complemento de los recursos formales de los servicios de salud en ese nivel o incorporarlos a ellos.

## V) OBJETIVOS

### a-) DE LA INVESTIGACION:

Desarrollar un sistema de análisis de recursos y de elaboración simplificada de programas de salud, para ser ejecutadas en el nivel de centros de salud tipo "C", con participación de la comunidad y de su personal natural de salud.

### OBJETIVOS GENERALES DEL ESTUDIO:

#### EN LA MADRE:

Controlar los riesgos propios del binomio madre-hijo para que el embarazo transcurra normalmente, que el parto se realice sin complicaciones y termine con el nacimiento de un niño normal y a término.

#### EN EL NIÑO:

Controlar los riesgos propios del niño preescolar (menor de 5 años), promover que su crecimiento y nutrición transcurran dentro de los canales normales, de tal manera que su incorporación a la vida escolar lo haga con el máximo de sus potencialidades orgánicas e intelectuales.

#### EN LA PAREJA:

Prevenir el aborto y motivarla para que lleve una vida familiar responsable.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS DEL ESTUDIO:

- 1.- Cubrir con los diferentes servicios que ofrece el programa M-I al 100% de la población del área de Campur.
- 2.- Detectar y seleccionar tempranamente las madres y niños que presenten alguna evidencia de enfermedad para enviarlos a los diferentes niveles de atención según las necesidades de su caso en particular.

Serán de especial atención las siguientes entidades:

#### EN LA MADRE:

Durante el Embarazo: Aborto, toxemia, hemorragia del embarazo, infección urinaria, prematuridad, sífilis (Dx. clínico).

En el parto: Hemorragia y complicaciones del parto.

#### EN EL NIÑO:

Período Neonatal (0-28 días): Tétanos, oftalmia del recién nacido, septicemia, eritroblastosis fetal, lues congénita.

De 1 - 4 años: Desnutrición, diarrea y enteritis; enfermedades respiratorias, tuberculosis, difteria, tétanos, tos ferina, viruela, sarampión, poliomielitis.

- 3.- Orientar y educar a las familias con el objeto de promover la salud, prevenir las enfermedades y utilizar, adecuadamente, los servicios de salud.
- 4.- Inmunizar al 100% de la población, menor de 5 años, contra: Viruela, tétanos, tos ferina, difteria, poliomielitis, sarampión y tuberculosis.

## VI) METODOLOGIA

Esto lo dividiré en:

### a-) MATERIAL:

Se describirán en forma separada.

### a-1-) RECURSOS HUMANOS:

Se contó con la ayuda de los recursos existentes en la comunidad, tales como el curandero y algunas personas que en mínima forma tenían estrecha relación con el centro de salud, una persona que fué de mucha utilidad en éste centro fué el promotor en salud, quien desempeñaba el cargo de auxiliar de enfermería en éste y de traductor y viendo la necesidad de la existencia de más personas que conocieran de problemas de salud en el área, se llevó a cabo un cursillo de formación de promotores el que dejó en sí un total de 15 promotores en salud formados.

### a-2-) RECURSOS FISICOS:

Se contó con el edificio propiedad de los padres salesianos el que presta todas las condiciones aceptables de salud (la descripción del edificio se encuentra en el inventario).

a-3-) Los materiales y papelería para efectuar éste trabajo fueron en su mayor parte proporcionados por los padres salesianos, usando papel bond, lápices, marcadores, reglas, máquina de escribir, estenciles, mimeógrafo, etc.

### b-) METODO:

Ante la falta de estudios estadísticos y monográficos sobre la comunidad de Campur y las necesidades de conocer algunas características de la misma, para desarrollar el programa, se han utilizado varias técnicas de estudio, como lo constituyen la observación directa, las entrevistas y visitas a personas de la misma comunidad que conocieran más a fondo la misma (en todos sus aspectos), así como consulta a la municipalidad de Carchá. Para llevar a cabo el presente trabajo, fué necesario elaborar varios trabajos estipulados por la facultad de Ciencias Médicas, tales como, el inventario de lo que se contaba con relación al centro de salud, desde valor del edificio, hasta valor unitario de las medicinas y material médico-quirúrgico y de mobiliario existente en el mismo.

También fué necesario investigar los recursos naturales y formales, elaborando un programa de adiestramiento de promotores en salud, ya que no existía en ésta área ninguno de ellos, lo cual sin la ayuda de los padres salesianos no se hubiera llevado a cabo, ya que ellos invitaron personalmente y por avisos a los líderes de cada comunidad para que recibieran el cursillo, lo cual se llevó a cabo exitosamente. (Ver Anexo No. 1).

En relación a la metodología empleada, los datos se procesaron, luego de haber tomado en cuenta, conocimientos, distribución geográfica, etc. Se tomó como centro la finca Campur con un total de 25 aldeas (dentro de éstas dos fincas privadas) y se trabajó con un número global tomado como el 100% (Datos aproximado ya que no hay exactos, pero éstos fueron proporcionados por la municipalidad de Carchá algunos y otros por personas que han trabajado sobre datos estadísticos de las mismas, y otros por personas originarias de las

munidades, todo ésto en relación a habitantes y tipo de vivienda, en sí, la monografía del lugar.

En relación a actividades que desarrollan los recursos formales se pasó una encuesta (Papelería proporcionada por la Facultad de Ciencias Médicas), igual forma el inventario y los recursos físicos y naturales con que cuenta la comunidad y el área y de allí se obtuvieron los datos.

#### METODOS ESTADISTICOS:

Se empleó para la tabulación y representación de los datos: Circunferencia, pero, se empleó mucho más el diagrama de barras, sacándose los resultados en cuanto al No. y al %.

#### VII) RESULTADOS (TABULACION)

La problemática de salud en éstas áreas es deplorable ya que no existen al momento medidas específicas a prestar en éstas áreas necesitadas, servicios no solo de salud, sino de otras índoles, siendo al momento áreas no trabajadas y en donde no se ha efectuado ningún estudio en la situación existente, pero siendo la realidad nacional una sola, es pues, factible inferir de los estudios realizados en otros municipios del área, tales como Diagnóstico de Salud, Mortalidad y Diagnóstico de salud Materno Infantil, siendo al momento y en ésta comunidad el primer trabajo que se elabora en la misma.

Y ya que no hay datos exactos de población y de ninguna otra especie, se infieren de los obtenidos durante las experiencias en la práctica médico-asistencial de un semestre en el Centro de Salud (Año 1975 mes de Agosto a Enero del año 1976) y también que, debido a que el estado de salud de la finca es similar al de Carchá, tomando en cuenta que los factores determinantes son los mismos sociopolíticos-socio-culturales y que dan una idea de la Morbi-Mortalidad del área, es que se infieren los mismos.

El último censo efectuado en ésta área es de hace 3 años, un total de 1,423 habitantes (esto solo en el caso de la finca), siendo un total de 822 habitantes del sexo femenino y de 601 habitantes del sexo masculino, entre el sexo masculino hay un total de 429 habitantes que oscilan en las edades de 0-15 años y entre el sexo femenino hay un total de 613 habitantes que oscilan entre las edades de 16-76 años.

Todo lo anterior es solamente tomando en cuenta el casco de la finca Campur, pero la afluencia al centro de salud, de pa

cientes, ha sido considerable y han asistido de diferentes aldeas, por lo que considero importante sacar una relación de habitantes y aldeas aledañas y poder definir el área de influencia del centro de salud, siendo éstas las siguientes:

A.- CAMPUR:

- |                |  |
|----------------|--|
| 1. Setaña.     | Un total aproximado de 427 familias con un promedio de 6 personas en cada una de ellas=2,562 personas (tomando en cuenta nuevamente el casco de Campur), - siendo el 65% de la población de niños. |
| 2. Saxpenz.    |  |
| 3. Tzibal.     |  |
| 4. San Miguel. |  |
| 5. Chamuchuj.  |  |
| 6. Setzucl.    |  |
| 7. Secomún I.  |  |
| 8. Rubeltzul.  |  |

B.- FINCA SAN VICENTE:

1. Tónicoj.
2. Sibar.

Habiendo un total de 172 familias, con un promedio de 6 personas en cada una = 1,032 personas, siendo el 64.3% de la población de niños.

C.- FINCA CHAPULTEPEC:

Habiendo un total de 138 familias (finca privada, la que se toma en cuenta ya que la mayor afluencia de pacientes al centro fué de habitantes de ésta finca), con un promedio de 5 personas por familia = 690 personas, siendo el 57.4% de niños.

D.- FINCA SECOMUN:

1. Secarahé.
2. Semap.

Habiendo un total de 41 familias con promedio de 5 personas en cada una = 205 personas, con un porcentaje de 67% de niños.

A continuación se sitúan los caseríos aledaños a éstos lugares pero que se toman en cuenta porque sus habitantes asistieron en gran número a consultar al centro de salud.

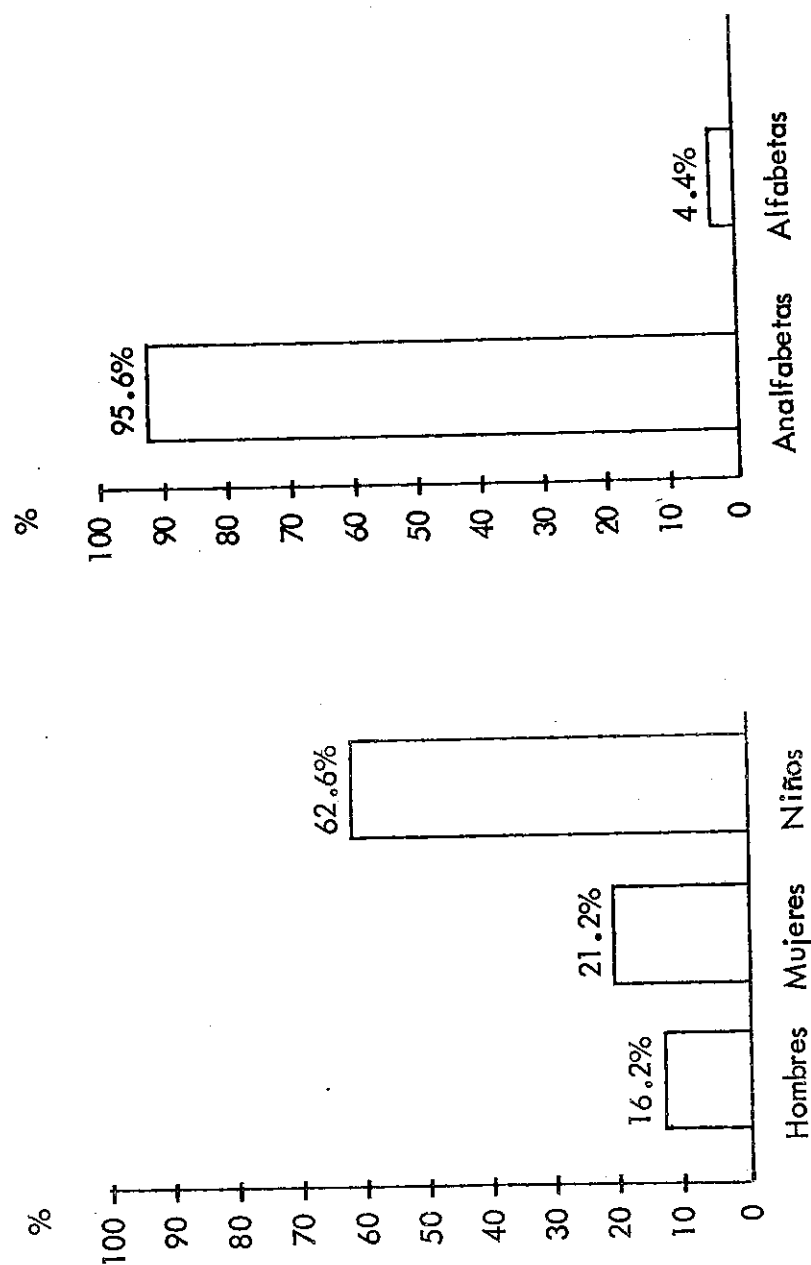
1. Rubelchoc.
2. Sesaab.
3. Sepocillo.
4. Setzacpec.
5. Sequicché.
6. Secuabomb.
7. Secuachil.
8. Candelaria II.
9. Sechaj.
10. Pecuilich.
11. Semuy.
12. Sehelijá.

Habiendo un total en éstas aldeas de 215 familias, cada una con un promedio de 6 personas cada una = 1,290 habitantes, con un porcentaje de 59.3% de niños.

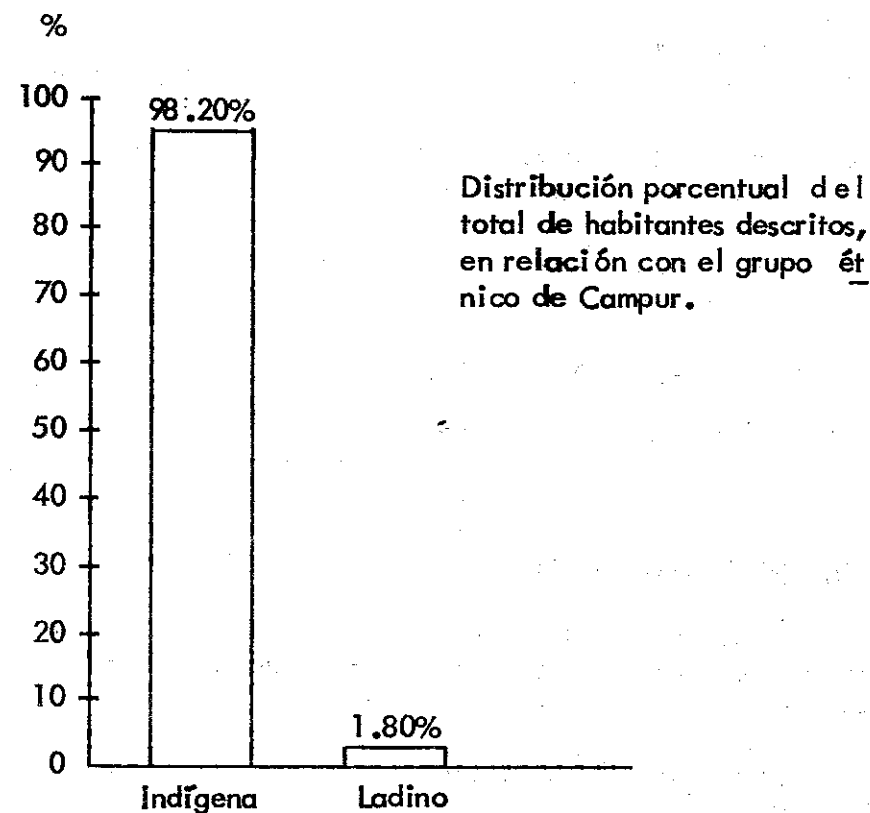
Todas las aldeas descritas hacen un total de 5,779 habitantes (Aproximados), habiendo un porcentaje del 62.6% de niños.

A continuación algunos diagramas de barras de lo anteriormente descrito:

"TOTAL DE POBLACION"



"GRUPO ETNICO"



Las necesidades si nos ponemos a describirlas, serían infinitas en ésta área, ya que como expliqué anteriormente sus habitantes son eminentemente indígenas y sus costumbres en nada han cambiado al momento, desde hace muchos cientos de años, además se presentan siempre problemas de Explotación, siendo por consiguiente la población indígena la más afectada y presentándose en éstas áreas el problema de EXPLOTADO-EXPLOTADOR; tal es el caso de la aldea SECHAJ, en la cual se ob-

serva "El despojo de tierras" y la explotación de mano de obra, traducido por la falta de pago de salarios.

A continuación se ponen los datos, ordenándolos conforme al Código Internacional de enfermedades, las 10 más frecuentes del área. Luego se tabula en barras los resultados de Morbilidad-Mortalidad (separados) y los otros aislados o sea edad-enfermedad en %, tomando en cuenta población vista en consulta externa y comparado con población total de Campur; luego de cada gráfica, hago mi comentario de la misma tomando en cuenta el grupo más afectado.

TOTAL DE POBLACION: 2,312 habitantes.

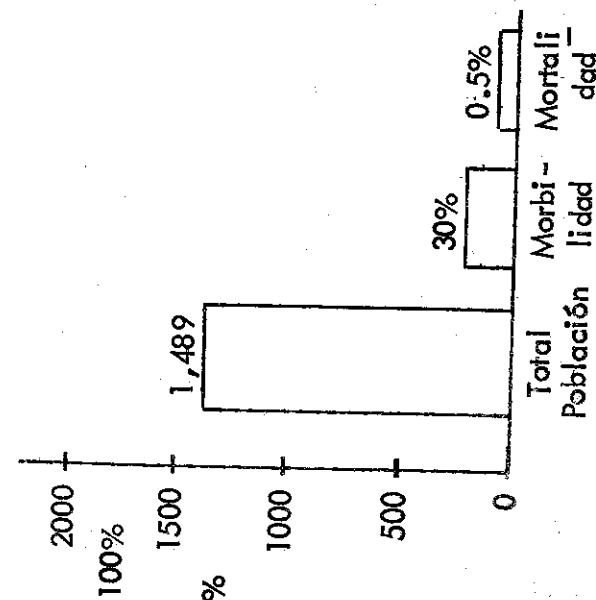
TOTAL DE PACIENTES: 1,489 pacientes (incluye reconsultas, algunas por el mismo motivo y otras por diferente.)

#### CODIGO INTERNACIONAL DE ENFERMEDAD:

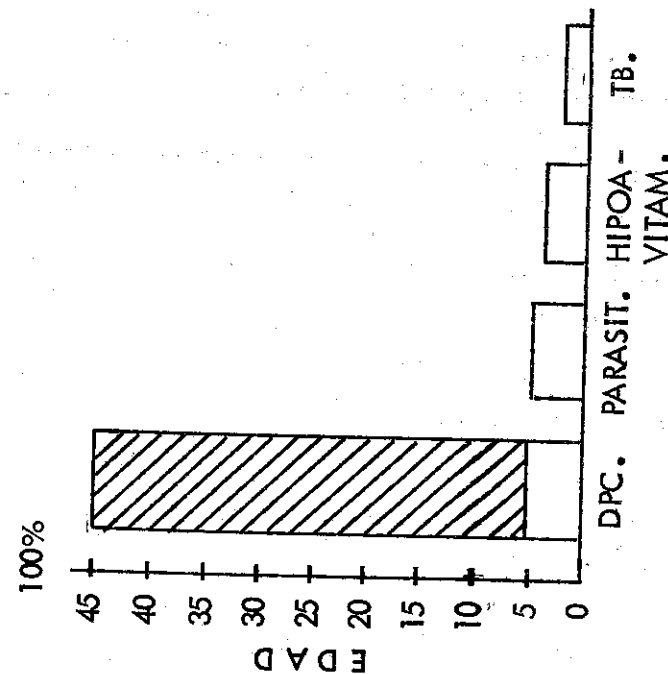
A pesar de que el código de enfermedades pone las 10 primeras en el mundo, en ésta área las enfermedades que más se presentaron son las siguientes, en orden:

- 1-) Desnutrición Protéico Calórica (en sus 3 grados).
- 2-) Parasitismo Intestinal.
- 3-) Hipoavitaminosis.
- 4-) Tuberculosis Pulmonar.
- 5-) Tos ferina.
- 6-) Problemas Dermatológicos.
- 7-) Disentería bacilar y amebiasis.
- 8-) Enteritis y otras enfermedades diarreicas.
- 9-) Sarampión.
- 10-) Problemas pulmonares (I.R.S., Bronquitis, B.N.M., Asma Bronquial).

#### TOTAL DE POBLACION Y % DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD



#### ENFERMEDADES EN RELACION A LA EDAD, EN ORDEN:



## COMENTARIO:

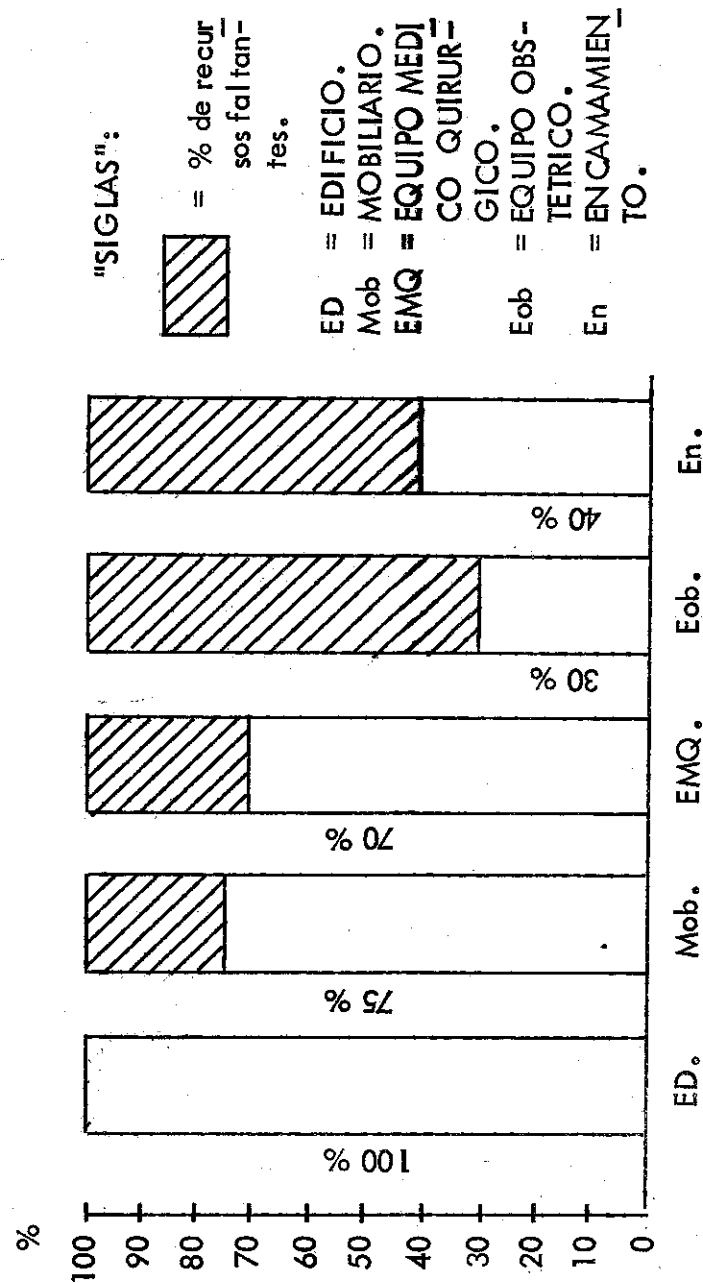
En relación a las anteriores tabulaciones se saca la conclusión de que en el área rural, aún persiste y así seguirá por mucho tiempo el problema de salud y las enfermedades predisponentes en el área rural, tales como la D.P.C., Parasitismo Intestinal, etc.; siendo en su mayor parte los grupos infantiles que oscilan entre las edades de 0-4 años los más afectados.

## VII.a-) RESULTADO DE LOS RECURSOS FISICOS Y FORMALES:

En relación a tabular el resultado de los recursos físicos y formales con que se cuenta se hará una breve descripción, ya que en su mayor parte está explicado en el inventario que se hizo del mismo (papelería que fué proporcionada por la facultad de ciencias médicas), se tabulará con barras en cuanto (%) a existencia actual y faltante en cuanto a necesidades. Se pondrán las cantidades de recursos con los que se cuenta en % y el faltante.

Al momento se cuenta con un edificio de una planta, de piedra y cemento, piso de ladrillo y teja Duralita, formado de 4 cuartos, 3 baños, el que guarda todas las comodidades necesarias para la atención de enfermos, ya que cuenta con un Encamamiento de 6 camas y una (1) cuna (En las memorias de trabajo que efectué en éste centro durante mi semestre de práctica, relato como se consiguió y formó). Además se cuenta con gran cantidad de medicinas, equipo médico-quirúrgico (para cirugía menor), no se cuenta con luz eléctrica, usándose para su atención por las noches en caso de emergencia, lámparas de gas; todo ésto proporcionado y propiedad de los padres salesianos, quienes colaboran bastante y dentro de sus posibilidades. (En el in-

ventario que se efectuó con la papelería proporcionada por la Facultad de Ciencias Médicas se encuentra todo lo relacionado al Centro de Salud, en lo que a material, edificio, papelería, equipo médico-quirúrgico, etc., se refiere). La utilidad que se le da a todo lo anteriormente descrito, es en sí para lo que fué construido y al momento funciona como tal.





La anterior tabulación representa en una forma somera los recursos en porcentaje (Físicos), con que cuenta el centro de salud de Campur y a la vez muestra el % de los restantes, pero hago constar que todo el material físico con que se cuenta en ese centro es propiedad privada (Padres Salesianos).

A continuación en una forma simple, trataré de exponer el análisis de los recursos formales, por lo problemático de exponer por métodos estadísticos el análisis, solamente lo describiré tal y como se investigó con cada uno de ellos; se cuenta con 6 recursos formales en el centro, siendo ellos:

- 1-) Jefe de Región (Dr. Haroldo Herrera Director Centro de Salud de Cobán).
- 2-) Jefe de Area (Dr. Armando Ponce).
- 3-) Jefe de Sector (Dr. Juan Jaime Romero) Director Centro de Salud Carchá.
- 4-) Enfermera Auxiliar del Centro de Salud de Carchá (Sra. Gilda Requena de Pineda).
- 5-) EPS (Dimas Gildardo Lemus Osorio) Director Centro Salud de Campur, en el semestre Agosto 1975 a Enero 1976.
- 6-) Promotor en salud con función de Auxiliar de Enfermería en el Centro de Salud de Campur (Sr. Eduardo Chocój.)

Posteriormente pongo gráficas de la distribución del tiempo en actividades de cada uno de los recursos formales con que se cuenta.

**HORAS.**

24	PROMOTOR	6	-	-	-	-	6	-	-
20	E. P. S.	6	Esporádica	-	-	2	6	6	2
16	ENFERMERA	6	-	1	-	-	6	-	-
12	JEFE DE SECTOR	0	-	1	-	-	-	6	1
8	JEFE DE AREA	0	-	1	-	-	-	6	-
4	JEFE DE REGION	0	-	1	-	-	-	6	-
0									

A continuación se describirá un esquema que indica el tiempo contratado al año, costo hora, y distribución de actividades o programas de cada uno de los recursos formales anteriormente descritos, en el mismo orden:

**NOTA: EN ESTE ESQUEMA EL No. 1 (Jefe de Región y el No. 6 el Promotor). y así si-  
gue en forma sucesiva.**

Orden	Hrs. Año Contrato	Salario Anual	Costo Hora	Distribución de tiempo en actividades					
				Consulta	Visita	Vacuna	Inves.	Hip.	Ad O
1.	2,000	Q.8,400	Q.4.20	0 Horas	-	1	-	-	6
2.	2,000	Q.5,618	Q.2.80	0 Horas	-	1	-	-	6
3.	2,000	Q.5,618	Q.2.80	0 Horas	-	1	-	-	-
4.	2,000	Q.1,320	Q.0.74	6 Horas	-	1	-	-	6
5.	2,000	Q.1,920	Q.0.97	6 Horas	Espora dic.	-	2	6	6
6.									2

Aquí se hace la salvedad de que el Promotor de Salud, es pagado por los Padres Salesianos, ya que no devenga ningún sueldo de parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, pues no hay ninguna persona de enfermería que haya sido mandada al momento por dicho Ministerio.

## VII.b-) RESULTADOS DE LOS RECURSOS NATURALES:

Para poder trabajar sobre éste punto, fué necesario la formación de promotores en Salud en ésta área y las aldeas aledañas, a donde representantes de 15 aldeas asistieron a recibir el cursillo, el cual sin ayuda de los padres salesianos, quienes me indicaron la mejor forma de detectar a las personas líderes de las comunidades, no se hubiera llevado a cabo en favorable aceptación. El método empleado para detectar a éstas personas fué por medio de las misas en las cuales se les hacía la invitación verbal y posteriormente por medio de avisos que se les impartían a los catequistas de diferentes lugares los cuales informaban a sus aldeas. Este cursillo fué impartido por mí persona y por otros compañeros EPS del área, que colaboraron conmigo, así como el Técnico en Salud Rural de la comunidad de Lanquín (Sr. Víctor Argueta) (Adjunto copia del programa que se elaboró juntamente con el Supervisor de la Facultad de Ciencias Médicas Dr. Clementino Castillo y el cual se llevó a cabo). Al momento de cuenta con 15 promotores en salud (formados durante el cursillo que se impartió en éste centro), habitantes de Campur y aldeas aledañas a ésta comunidad. Como recursos naturales de la comunidad, se cuenta a una persona originaria de la misma, quien efectúa la función de Curandero en la misma y es quien asiste a las personas embarazadas, no se puede especificar si hay o no más personas ya que en éstas áreas los mismos esposos de las mujeres o el que esté más cercano a ella en el momento del parto es el que la asiste; hago la salvedad que ésta persona que se describe como tal, es una persona muy colaboradora y en quien se puede confiar ampliamente.

A continuación la lista de los promotores formados, quienes se consideran recursos humanos naturales del área, ya que al momento la función que han venido desarrollando es satisfactoria, pues remiten pacientes de sus aldeas (tal como se les ex-

plicó) en "estado de Gravidéz", para su evaluación mensual por Médico en éste Centro de Salud, así como también los casos que no pueden resolver.

1.-	Arturo Chavarría	-----	23 años	--	Campur
2.-	Enrique Ical	-----	23 años	--	Campur
3.-	Pedro Coc Cús	-----	17 años	--	Secarache
4.-	Marcos Tzī Ché	-----	22 años	--	Setoc
5.-	Domingo Choc Yaxhcal	----	16 años	--	Sequickche
6.-	Manuel Caal Chupb	----	19 años	--	Chaltenamite
7.-	Felipe Tiul Chol	-----	15 años	--	Semuy
8.-	Juan Tiul Acté	-----	15 años	--	Sechaj y Pecuilich
9.-	Ricardo Tún Choc	-----	19 años	--	Secomun
10.-	Marcos Pop Bá	-----	22 años	--	Sejac
11.-	Martín Coc Macz	-----	19 años	--	Secarahe
12.-	Augusto Yat	-----	25 años	--	Chachmaic
13.-	Pedro Xol Pop	-----	45 años	--	Sehelija
14.-	Francisco Gualná Or	----	17 años	--	Sepocillo
15.-	Luciano Mucú Coc	-----	20 años	--	Sesis.

La utilidad que al momento se ha obtenido de éstas personas para con el centro de salud, es favorable, ya que remiten pacientes en estado de Gestación u otras enfermedades al Centro de salud para su tratamiento y evaluación, estando al momento en estrecha relación con ellos, siendo éstos aceptados en sus comunidades, como representativos de la misma, pues fueron enviados por ellas mismas. La forma en que ha repercutido en las comunidades, con respecto a salud es favorable, ya que esto para ellos es un aliciente, ya que están conscientes de que es necesario cambiar en parte su forma de vida y conscientes de que son explotados, pero su conformismo se debe a que la mayoría dependen de este modo de vida, para vivir. Esta forma de tomarlos en cuenta viene a cambiar en parte su conformismo, siendo una muestra de desarrollo que ellos pueden alcanzar cam

biando su forma de vida.

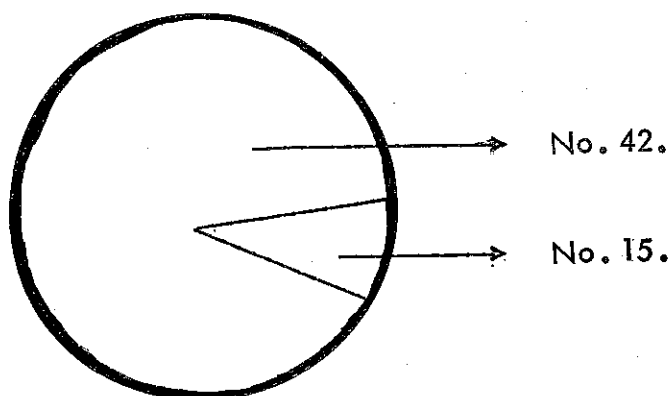
Al principio del cursillo se decidió pasar el Test de conocimientos en Salud a los promotores que se iban a formar (Papejería proporcionada por la Facultad de Ciencias Médicas), pero se sacó la conclusión de que en un porcentaje del 100%, desconocían en sí los problemas que a salud se refieren, por lo que al finalizar el cursillo, se les pasó nuevamente el Test, obteniéndose los siguientes resultados. (No se hace diagrama de barras de lo obtenido al inicio del cursillo, ya que es obvio el porcentaje 100% que desconocían los problemas, por lo que solo se ponen los obtenidos posteriormente.

#### NOTA:

Hago saber que el total de personas detectadas en toda el área de Campur en relación a impartir el curso de Promotores en Salud, fué un total de 42, pero solamente se presentaron al cursillo 15 de ellos, ya que los demás mandaron avisos, excusándose que por múltiples compromisos no podían asistir al cursillo en la fecha estipulada, pero que en próximas oportunidades se les avisara para hacerlo y así poder estar presentes.

En relación a las gráficas por barras, se tomará el No. total de promotores formados como el 100%, para así representar en mejor forma la Estadística en barras.

## "CIRCUNFERENCIA DEL TOTAL DE RECURSOS DETECTADOS Y DE LOS RECURSOS FORMADOS"



Se pondrán los datos de la siguiente forma:

a-) Se preguntó y se analizaron las respuestas de los promotores en salud formados, haciendo 3 grupos y ocupando cierto tiempo para cada uno de ellos con una evaluación general. Se hicieron grupos globales de preguntas, sacando un porcentaje (%) global de éstas y dividiéndolas en:

- 1-) Porcentaje de cuantos contestaron bien.
- 2-) Porcentaje de cuantos contestaron regular.
- 3-) Porcentaje de cuantos contestaron mal.

Los grupos globales de preguntas que se hicieron, son los siguientes:

## I-) CONOCIMIENTOS SOBRE LOS PROBLEMAS DE SALUD

1-) GRUPO MATERNO.

2-) GRUPO INFANTIL PRE-ESCOLAR Y ESCOLAR

3-) PROBLEMAS DE SALUD GENERALES DE LA POBLACION.

## II-) CIENCIA Y TECNOLOGIA QUE APLICA ANTE LOS PROBLEMAS.

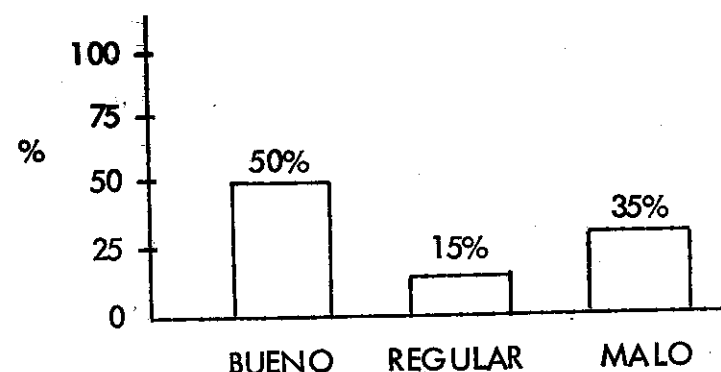
A CONTINUACION LOS DIAGRAMAS DE RESULTADOS OBTENIDOS EN EL PROGRAMA DE PROMOTORES EN SALUD:

### PREGUNTA:

#### A-) SOBRE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS PROBLEMAS DE SALUD.

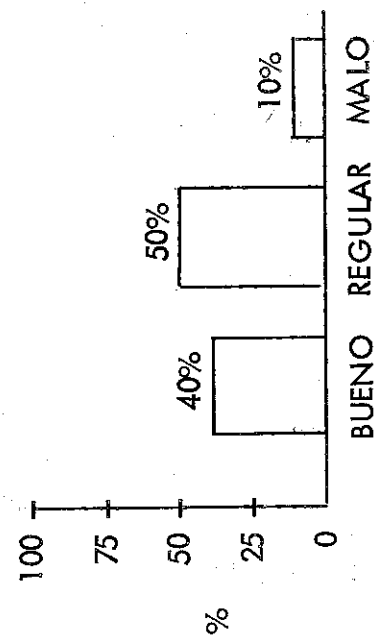
1-) GRUPO MATERNO.

No. 15



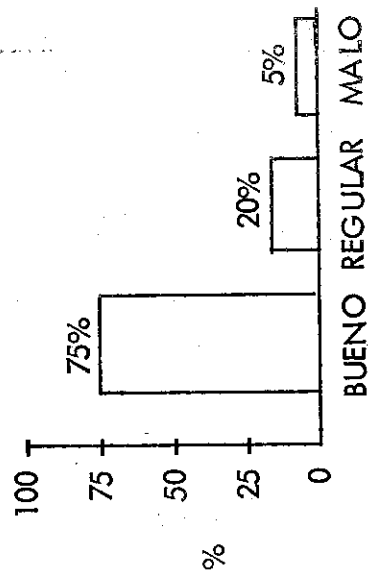
2.- GRUPO INFANTIL PRE-ESCOLAR Y ESCOLAR.

No. 15.



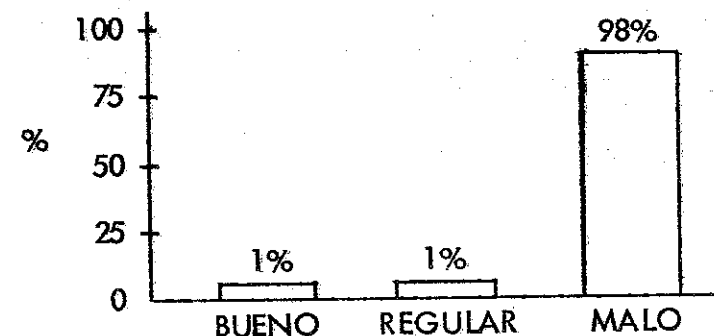
3.- PROBLEMAS DE SALUD GENERALES DE LA POBLACION.

No. 15



II-) CIENCIA Y TECNOLOGIA QUE APLICA ANTE LOS PROBLEMAS:

No. 15



COMENTARIO DE LA TABULACION ANTERIORES:

Podemos darnos cuenta, luego de sacar la descripción estadística del programa llevado a cabo que los conocimientos que adquirieron el grupo de promotores formados, no son por supuesto en sí sobresalientes, pero da una idea de lo que pudieron asimilar y si se continúa dando éste tipo de programas, principalmente si son de reforzamiento de conocimientos, creo que será de mucha aceptación y valor en el área y así se podrá visualizar un futuro mejor, tanto en lo que a salud como a otros problemas del área se refieren, principalmente si se pone mucha más atención y énfasis en los problemas de conocimientos más bajos de dichas personas. Hago constar también que el nivel cultural de las personas es bajo, por lo que se hace necesario una metodología adecuada a su cultura y forma de pensar, siendo indispensable el aprendizaje aunque en forma mínima de la lengua de dicha región la cual es el K'ekch'i, lo que sería de mucha utilidad para llevar

a cabo todo tipo de programas, por lo que incito a los compañeros EPS posteriores a que continúen en igual o mejor forma este tipo de programas y estudios.

Luego de haber elaborado todos los puntos anteriores, y con los datos obtenidos, entraré de lleno a elaborar el Programa Materno Infantil, para lo cual se trabajará con la cobertura señalada en los instrumentos de trabajo dados por la Facultad de Ciencias Médicas y se trabajará con el total de personas, sobre las cuales se investigó.

## VIII) ANALISIS Y DISCUSION

La mayoría de habitantes de Campur desconocen de la existencia y funciones del médico o bien, lo confunden con el tipo de comerciante que vende medicinas de uso popular. Los recursos económicos de estos habitantes no les permiten trasladarse a la cabecera departamental lo cual, lleva consigo, otros gastos. Es por las razones antes dichas, sumado el bajo nivel educativo-cultural que hemos podido observar que los habitantes de Campur ante la enfermedad de algún familiar suyo, esperan la muerte con un conformismo y una tranquilidad que en otras comunidades más desarrolladas no se aprecian. En estas oportunidades, esperan hasta el último momento, cuando la enfermedad está muy avanzada para principiar a buscar curación fuera de la casa. Con todo lo que se acaba de exponer, se confirma que el nivel de educación en el campo de la salud es inadecuado y que los recursos económicos de la mayoría de habitantes de Campur son deficientes, siendo como siempre y la verdadera realidad nacional, la gente más afectada en todo aspecto.

La existencia de problemas de salud en la comunidad requiere que no se enfoque exclusivamente el aspecto curativo, como se ha hecho hasta el presente, sino que se dé la importancia debida al aspecto preventivo, sobre el que poco se ha hecho y también el aspecto educativo que ha estado totalmente desatendido. Los resultados obtenidos durante la elaboración de éste trabajo nos dan una idea de lo que se cuenta en el área y de todo lo que se puede hacer en la misma si se saben aprovechar los mismos. El enfoque que se debe dar a los problemas de salud, debe ser integral pero esto conlleva la utilización de recursos materiales y humanos, lo cual es imposible conseguir con los recursos locales únicamente. De estas

consideraciones se desprende que una solución adecuada consiste en motivar al Estado para crear un plan de desarrollo para las comunidades rurales donde se trabaje en equipo y no aisladamente, como al presente se realiza.

### ANÁLISIS DE LA COMUNIDAD:

El análisis de la comunidad, debe ser considerado como el paso inicial, previo a planificar el desarrollo de la misma. La presentación de la comunidad de Campur que se ha hecho al principio del presente trabajo, permite analizar algunas características importantes en base a las cuales se puede llegar a un diagnóstico de la mencionada comunidad y, sobre éste, planificar las bases del desarrollo de la misma. Partiendo de la base que el desarrollo comunitario es un proceso dinámico, se debe efectuar evaluaciones posteriores para determinar las variaciones en la planificación inicial.

## PROGRAMA DE ADIESTRAMIENTO PROMOTORES EN SALUD RURAL

### HORARIO:

8:00 A. M. a 11:00 A. M.  
14:00 P. M. a 16:00 P. M.

### FECHA:

Del 15 - XII - 75  
Al 19 - XII - 75

### INTRODUCCION:

Siendo éste un lugar virgen el que no ha sido trabajado en salud adecuadamente y viendo las necesidades del lugar y teniendo conocimiento de Ecología de los lugares aledaños (aldeas, caseríos, fincas etc.) tomando como base las condiciones deficientes de salud actual en la que se encuentran vecinos, colonos, campesinos creo es prioritaria la capacitación del personal de salud y/o reincorporación y readiestramiento de los ya existentes a nuevos programas encaminados a resolver en parte sus condiciones de vida.

### OBJETIVOS:

- I. Capacitar personal natural de las comunidades (Promotores en salud) para que ellos puedan brindar o dar servicios de salud prioritarios a su comunidad mediante un adecuado adiestramiento.
- II. Crear recursos naturales, dada la escasez existente de éstos y las necesidades presentadas por la comunidad.

- III. Desarrollar espíritu comunitario o proyección comunitaria en éstas personas para que puedan funcionar como vínculo entre centro de salud y comunidad y favorecer o poder lograr una mejoría relativa en cuanto a condiciones de salud.
- IV. Que mediante la actividad llevada a cabo por éstas personas dentro de su comunidad pueden desarrollar programas posteriormente dentro de ella, en lo que a formación y prevención de salud se refiere en el entendido de que éstas están encaminadas a resolver en parte el problema de atrás de los mismos.

#### RECURSOS:

##### I.- RECURSOS HUMANOS:

- I A) El Doctor DIMAS GILDARDO LEMUS OSORIO. E. P.S.
- I B) Promotor en salud con funciones de auxiliar de enfermería en Centro de Salud Campur.
- I C) Personas escogidas dentro de las aldeas, caseríos y fincas con los siguientes requisitos:
  - 1o. Bilingües: Quechchi - Castellano
  - 2o. Si posible, alfabetas.
  - 3o. Que ejerzan o tengan cierto grado de liderazgo
  - 4o. Si posible, mayores de 18 años (De ambos Sexos).

#### II MATERIAL:

- 1o. Folleto Manual Promotor Salud. (Manual otorgado por la U.R.S. a los Promotores ya existentes.)
- 2o. Carteles, Slides, y el edificio.
- 3o. Equipo Parenteral.

#### III METODOLOGIA:

El presente programa se llevará a cabo en un período de 6 días hábiles con 6 horas de trabajo diarias las cuales se distribuirán de la siguiente forma:

- A.) Por la mañana (4 horas) se combinarán actividades de conferencia formativa, dictadas por el Promotor de Salud, quien llevará a cabo la dirección del programa mediante el asesoramiento, supervisión y dirección del Dr. Dimas G. Lemus Osorio. E.P.S., estas conferencias serán dinamizadas con la participación directa de los promotores en formación, es decir, que ellos detecten sus condiciones de salud, sus problemas de salud, y recursos con los que cuentan para resolver el mismo. Haciendo énfasis en la responsabilidad que tendrá cada promotor en su comunidad en lo que a esto se refiere (Administración parenteral, referencia de pacientes al centro de Salud y promoción comunitaria).
- B.) Por la tarde (2 horas) se llevará a cabo una actividad práctica en la cual los participantes podrán poner en práctica los conocimientos ofrecidos por la mañana, enfatizando en administración parenteral, reconocimiento de casos que requieren atención médica y casos que pueden resolver ellos. (Parasí



tismo intestinal, letrinización, etc.)

Posteriormente al terminar el cursillo se llevarán a cabo cursillos de refrescamiento de conocimientos y se les iniciará en programas a nivel comunitario. El equipo patenteral deberá ser proporcionado por la comunidad a la que pertenece el promotor en formación. Al finalizar el cursillo, se hará una evaluación objetiva de los conocimientos asimilados por los participantes y se les identificará mediante el proporcionamiento de un carnet extendido por el centro para poder tener un control adecuado de los recursos naturales formados.

Dr. DIMAS LEMUS OSORIO.  
DIRECTOR CENTRO DE SALUD CAMPUR.

#### PERSONAL INVITADO, QUIENES IMPARTIRAN CONFERENCIAS:

- 1-) Dr. DIMAS LEMUS OSORIO (DIRECTOR CENTRO DE SALUD CAMPUR).
- 2-) Dr. HECTOR ULLUAN. (DIRECTOR CENTRO SALUD PARCELAMIENTO "LAS CASAS").
- 3-) Dr. MIGUEL ANGEL CASTILLO (DIRECTOR CENTRO SALUD DE LANQUIN).
- 4-) TECNICO EN SALUD RURAL DE LANQUIN.
- 5-) PERSONAL ACTIVO DEL CENTRO DE SALUD DE CAMPUR.

#### TEMAS A IMPARTIRSE.

- |           |          |   |
|-----------|----------|---|
| LUNES     | 15-XI-75 | (Teoría y práctica): "HIGIENE Y SALUD (Dr. Castillo).   |
| MARTES    | 16-XI-75 | (Teoría y práctica): "Cursillo Parenteral (Dr. Ullúan). |
| MIERCOLES | 17-XI-75 | (Teoría y práctica): "Letrinización" (T.S.R. Lanquin).  |
| JUEVES    | 18-XI-75 | (Teoría y práctica): "Atención de Partos" (Dr. Lemus).  |
| VIERNES   | 19-XI-75 | -----EVALUACION GENERAL.                                |

#### PROGRAMA MATERNO INFANTIL

Con los datos recabados y el estudio ya hecho, se entra a desarrollar en una forma esquemática y concisa, todo el programa Materno Infantil, esperando que éste llene a cabalidad todas las funciones y se adapten y apliquen en los Centros de Salud destinados.

Se trabajará con una población de 5,579 habitantes, tomando en cuenta que son las descritas (aproximadamente) de todas las aldeas mencionadas y que cubren esta área.

Por supuesto que aquí se trabajará con una cobertura del 80% del total de la población.

**"PROGRAMA MATERNO"**  
(Control Pre-natal y Post-natal)

UNIVERSO	COBERTURA	CONCEN- TRACION	RENDIMIEN- TO	HORAS REQUERI- DAS		HORAS DISPONI- BLES		BALANCE	
Población Total 5,579	80 %	5 Consultas por embara- zo	Hora Médico y Auxiliar 6 x hora	Médico	Auxiliar	Médico	Auxiliar	Médico	Auxiliar
Embarazos esperados 279	Embarazos esperados 279	Consultas Totales por año 1,395	Horas-indivi- dual al año 232	139	23	2,000	2,000	1,861	1,907
		Mé- di- co (3)	Auxi- liar (2)	Horas Mé- di- co	Horas Auxi- liar				
		837	558	139	93				

Todo lo anterior es solo en relación al Programa Materno, en cuanto a Control Pre-natal y Post-natal se refiere, a continuación se desarrolla el Programa Infantil.

La anterior forma de elaborar el Programa, en relación a consultas dadas por el Médico, será la siguiente:

- Una consulta al principio del Embarazo
- Una consulta una semana antes del parto o durante el Embarazo
- Una consulta después del parto (post-parto).

**PROGRAMA INFANTIL**  
(Niños de 0 - 4 años)

UNIVERSO	COBERTURA	CONCEN- TRACION	RENDIMIEN- TO	HORAS REQUERI- DAS		HORAS DISPONI- BLES		BALANCE	
				Médico	Enfermera	Médico	Enfermera	Médico	Enfermera
Población Total 5,579	80 %	5 Consultas	Hora-Médico y Auxiliar . 5 x hora con- sulta						
Consultas esperadas 279	Consultas esperadas 279	Consultas Totales por año 1,395	Horas-indivi- dual al año 259	167	111	3861	1907	1964	1736
		Mé- di- co	Auxi- liar	Horas Mé- di- co	Horas Auxi- liar				
		* (3)	(2)						
		837	558	167	111				

PROGRAMA INFANTIL  
(Niños de 5 - 9 años)

UNIVERSO	COBERTURA	CONCEN- TRACION	RENDIMIEN- TO	HORAS REQUERI- DAS		HORAS DISPONI- BLES		BALANCE	
Población Total 5,579	80 %	2 Consultas	Hora-Médico y Auxiliar . 2 x hora con- sulta	Médico	Auxiliar	Médico	Auxiliar	Médico	Auxiliar
Consultas esperadas 279	Consultas esperadas 279	Consultas: Totales por año 558	Horas-indivi- dual al año 279	279	--	1694	1907	1583	1796
		Mé- co (2)	Auxi- liar (0)	Horas Mé- co	Horas Auxi- liar				
		558	--	279	--				

# PROGRAMA INFANTIL

(Niños de 9-14 años)

UNIVERSO	COBERTURA	CONCEN- TRACION	RENDIMIEN- TO	HORAS REQUERI- DAS		HORAS DISPONI- BLES		BALANCE	
Población Total 5,579	80 %	2 Consultas	Hora-Médico y Auxiliar. 2 consultas x hora	Médico	Enfermera	Médico	Auxiliar	Médico	Auxiliar
Consultas esperadas 279	Consultas esperadas 279	Consultas Totales por año 558	Horas-Indivi- dual al año 279	279	--	1583	1736	1304	1796
		Mé- di- co	Auxi- liar	Horas Mé- di- co	Horas Auxi- liar				
		558	--	279	--				

Se elaboró separadamente cada grupo etario en el Programa Infantil ya que pensé que sería una forma mejor de explicarlo y adaptarlo individualmente, teniendo en cuenta que en las edades de 5-9 años y de 9-14 años, solamente se hizo esquema de las horas empleadas por el Médico ya que solamente él da esas consultas, debido a eso la Auxiliar persiste con un balance de horas que se ocuparán en otro tipo de trabajo estipulado en ellas.

Al terminar en sí de elaborar el Programa Materno Infantil, en lo que a atención de parte del Médico y Enfermera se refiere, por supuesto que quedan un total de Balance de Horas, para el Médico, de 1,304 horas y la enfermera de 1,795; las cuales para completar el Programa, en lo que se refiere a:

a. **Vacunación:**

Se empleará un total de 70% del balance en lo que es a enfermería, siempre bajo la supervisión del Médico. Aquí interviene también lo que se refiere a atención prenatal y el 30% restante se empleará en actividades de curaciones y cursillos de higiene y promoción de promotores, los que serán impartidos conjuntamente con el Médico en Jefe.

b. **Letrinización:**

Que es en sí parte de la Dirección de Saneamiento Ambiental.

c. **Administración:**

En lo que a esto se refiere el Médico ocupará en sí del balance un total del 100% en hacerlo, sabiendo proporcionar el tiempo para hacer en sí un programa completo que cubra los puntos de Orientación Familiar, Organización Comunal y principalmente Administración del Centro.

## CONCLUSIONES

- 1.- El desarrollo de las comunidades rurales guatemaltecas se presenta como un proceso a largo plazo y requiere que en su planificación, ejecución y evaluación, exista una acción coordinada entre el Estado y la Universidad, así como de las instituciones que tengan el sincero deseo de colaborar a la superación de estas comunidades.
- 2.- La Universidad de San Carlos puede colaborar en el proceso del desarrollo de la comunidad con la formación de equipos polivalentes o multidisciplinarios de estudiantes Universitarios y solicitar la ayuda económica del estado, para poner en marcha planes de desarrollo.
- 3.- La experiencia obtenida con los programas E.P.S. de la Facultad de Ciencias Médicas, durante dos años, debe ser tomada en consideración, al planificar otros programas con el objeto de evitar, en lo posible, que los errores que se han cometido, se vuelvan a presentar.
- 4.- Es necesaria la elaboración y Práctica en sí de este tipo de programas en estas áreas para así poder, prestarle toda la atención y ayuda necesaria a estas comunidades que en realidad si la necesitan.
- 5.- La comunidad de Campur presenta una diversidad de problemas en distintos campos que deben ser resueltos por un equipo multidisciplinario en el futuro. Actualmente el Médico E.P.S. es el segundo agente de cambio Universitario para el desarrollo de esta comunidad, y, el presente trabajo da bases también para poder realizar la etapa de planificación del desarrollo.

- 6.- El Médico Guatemalteco vive en un país donde existen muchos contrastes culturales por lo que tiene que estar preparado para poder actuar adecuadamente en cualquier medio cultural.
- 7.- El mejoramiento del programa E.P.S. requiere que sea planificado en función de la realidad nacional, por lo que previamente se debe investigar ésta. En la etapa actual corresponde al Médico E.P.S. estudiar esta realidad para poder colaborar con sus Profesores a planificar y adaptar el E.P.S. en su respectiva Comunidad.
- 8.- La planificación del Programa E.P.S. debe ser en todo caso flexible para permitir una adaptación del mismo en la comunidad, y, al Médico E.P.S. corresponde determinar las variaciones y la dinámica que se imprime al E.P.S. sobre la planificación inicial.
- 9.- El nivel educativo-cultural en Campur es muy bajo, lo cual influye directamente en la orientación que se debe dar al E.P.S., así como cualquier programa que se pretenda establecer en esta comunidad.
- 10.- El nivel socio-económico de los habitantes de la Comunidad de Campur no les permite cubrir tratamientos generales y restaurativos. Se debe de dar mayor énfasis a los aspectos preventivos y educativos sobre salud general.
- 11.- La continuidad en las labores que realiza el Médico E.P.S. es conveniente, por lo que éste debe informar ampliamente su labor al E.P.S. que lo sucederá. Así mismo, es conveniente que el E.P.S. saliente oriente, presente e introduzca al E.P.S. entrante.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Escobar Armas, Carlos y colaboradores. Problemática Social Económica y Política de Guatemala. 55 p. Julio de 1970. Mimeografiado.
- 2.- Kelley S., José. Organización y desarrollo de la comunidad. Centro Regional de ayuda técnica. AID. México 65 p. (p. 31-37).
- 3.- Gómez G. Filiberto. Desarrollo de la Comunidad Rural. 1a. Ed. en español. Centro Regional de Ayuda Técnica. AID. México/Buenos Aires 1969. UTEHA. 156 p. (p.1-11), (p 13-16), (p.17-24).
- 4.- Profesor Pineda Juan de Dios. Municipalidad Carchá Cobán A. V. comunicación personal.
- 5.- Pineda, Antonio. Censo Escolar en Campur. Octubre 1970. Comunicación personal.
- 6.- Fuentes Soria, Alfonso (Dr.). Tesis: El Odontólogo como un agente de cambio en la promoción del Desarrollo de la Comunidad. 1971. Archivos de la Facultad de Odontología Universidad de San Carlos de Guatemala.

- 7.- Lemus Osorio Dimas. Estudio sobre consultas de medicina general en Campur. Documentos de Archivo del Centro de Salud de Campur. 1975.
- 8.- Fuentes Soria, Alfonso. Estudio Monográfico de Campur. E.P.S. - 70. Documentos de archivo. Area de Ejercicio Profesional. Facultad de Odontología, Universidad de San Carlos de Guatemala, 104 p.
- 9.- Estudio general del área Campur, sobre necesidades. Investigación personal.



BR.

*Dinas*  
Prof. DINAS GILVARDO LENUS OSORIO.

Asesor.

LEMENTINO CASTILLO.

*J. Palma*  
Revisor.

Dr. JORGE PALMA.

*Julio de León Méndez*  
Julio de León Méndez  
Director de la Fase III

*Mariano Guerrero Rojas*  
Dr. Mariano Guerrero Rojas  
Secretario General

*Carlos Armando Soto Gómez*  
Dr. Carlos Armando Soto Gómez  
Decano