

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS PROGRAMAS DE PROMOTORES  
DE SALUD QUE FUNCIONAN EN EL DEPARTAMENTO DE  
CHIMALTENANGO"

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de San Carlos

Por

KENNETH LEONEL VELASQUEZ CERON

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

## PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. ANTECEDENTES
- III. OBJETIVOS:
  - a) General
  - b) Específicos
- IV. HIPOTESIS
- V. MATERIAL Y METODO
- VI. RESULTADOS
- VII. ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS
- VIII. CONCLUSIONES
- IX. RECOMENDACIONES
- X. ANEXOS.
- XI. BIBLIOGRAFIA.

## ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS PROGRAMAS DE PROMOTORES DE SALUD QUE FUNCIONAN EN EL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO.

El promotor de salud, es un recurso de indudable valor para el área rural de cualquier -- país, pues representa muchas veces para la comunidad en que se desenvuelve, el único medio de contacto con otros recursos de salud más sofisticados o completos. Además por el hecho -- de ser el promotor, una persona que forma parte de la comunidad a la que sirve, constituye un medio de enlace que permite desarrollar programas de salud más fácilmente. He escogido -- el tema de los promotores de salud, pues creo que en un país como el nuestro en el cual nos encontramos atrasados, en donde medios de comunicación aun adolecen de muchos defectos, en -- donde además del idioma oficial se hablan varios dialectos y la topografía del territorio es muy irregular etc., (esto solo para mencionar algunos factores) el promotor de salud, de sempeña un papel de suma importancia como agente de cambio en lo que a problemas de salud y otros de la comunidad a la que sirve se refiere, y en general en todas las comunidades o -- áreas rurales del país. Solo deseo que el presente trabajo sea tomado como una manera de -- proveerse información sobre lo acá escrito, y que sirva como un estímulo para otro investigador o persona que desee hacer algún estudio sobre el mismo tema; si así fuere, daré como cumplido mi cometido.

## ANTECEDENTES

Hasta el presente, no se ha hecho ningún trabajo de investigación en el departamento de Chimaltenango que describa los diferentes sistemas de adiestramiento de promotores de salud, contenidos en los cuatro programas de promotores de salud que actualmente existen en dicho departamento. En el año de 1973 Lic. Indira de Beausset efectuó un estudio comparativo de los sistemas de adiestramiento y utilización de promotores de salud en Guatemala, y efectuó una descripción bastante completa de lo que es en sí el programa Behrhorst para la formación de promotores de salud y que tiene su sede en Chimaltenango, aunque no funciona exclusivamente en dicho departamento sino que se extiende a otros más. Existen en Guatemala varios programas de promotores de salud que funcionan en diferentes áreas del país, así por ejemplo tenemos que en el departamento del Petén se encuentra el proyecto piloto de Salud Rural, en Huehuetenango se encuentra el programa de promotores de salud rural auspiciado por la Misión Maryknoll con sede en Jacaltenango, la cual funciona desde el año de 1964. En el Novillero, Departamento de Sololá se encuentra el programa médico de la Misión Católica patrocinado por la Diócesis de Spokane, estado de Washington. En los Amates, Izabal, funciona el Programa de Salud del Centro Ministerial Social. Además tenemos el programa médico de Santiago Atitlán, departamento de Sololá que actualmente se conoce como Project Concern, y originalmente se conocía como Micatokla. Todo lo anteriormente mencionado son programas auspiciados por entidades privadas, además el Ministerio de Salud Pública tiene varios programas de promotores de salud en algunos departamentos del país por ejemplo tenemos el proyecto piloto

de salud rural del Petén, el programa de la División de Adiestramiento en Alta y Baja Verapaz y los dos programas de promotores de salud de Chimaltenango, a los cuales nos referiremos más detenidamente en otra parte de este documento. Fuera de nuestras fronteras también tenemos antecedentes de programas de promotores que están funcionando actualmente, entre ellos tenemos que en México está el programa Mex-74 de promotores de salud, que se desarrolla en la región Tzotzil de San Cristóbal Las Casas, Chiapas, el proyecto PIAXTLA que funciona en el occidente de México, más exactamente en la región de Sinaloa y que es asesorado por la Hesperian Foundation, el programa de salud rural de la Asociación de Instituciones Evangélicas de Honduras, que está formando asistentes en salud rural y que tiene la característica de que el asistente en salud rural además de poder desarrollar las actividades comunes a todo promotor puede asistir partos "en caso necesario". Además en Honduras tenemos el "Save the children fund" que es una institución de caridad de origen inglés que trabaja en más de veinte países alrededor del mundo, y en Honduras inició actividades hace dos años a raíz del huracán Fifi, esta Institución está actualmente trabajando en la región norte del país, entrenando personal voluntario de varias comunidades de esa región, y que hasta noviembre del año pasado sumaban quince. En Nicaragua, en la parte Noreste del país a lo largo de la costa atlántica se encuentra trabajando el "Proyecto Wisconsin-Nicaragua" el cual ha entrenado personal paramédico entre otros: Líderes de salud (promotores), parteras y líderes de nutrición, el área de acción por parte de este programa tiene una población de 60,000 habitantes aproximadamente, la mayoría de origen Miskito, con un número considerable de Criollos, latinos y chinos, desde hace más o menos

cuatro años el proyecto Wisconsin-Nicaragua está trabajando conjuntamente con PUMAR, estos últimos son los encargados de supervisar a los líderes de salud. También en Nicaragua está funcionando el "programa de vacunación y desarrollo en Nicaragua" "PROVADENIC" que es una institución evangélica privada, y que comenzó a funcionar en 1967, hasta noviembre de 1975 contaba con 12 clínicas rurales y 3 clínicas urbanas, entre sus actividades también se encuentra la preparación de Líderes de Salud, quienes trabajan exclusivamente en el área rural del país, aunque reciben parte de su entrenamiento en la Ciudad. En el Noreste de Nicaragua, en las riveras del río Coco, en una región que incluye pueblos Miskitos y que se extiende desde Cabo Viejo, en el mar caribe, hasta Bocay en el interior (departamento de Jinotega), área con una extensión de 350 millas, se encuentra trabajando el "Programa de Salud en Río Coco, Nicaragua", hasta la fecha cubren una población de 25,000 habitantes en el área descrita, este programa ha creado líderes de salud más o menos desde 1969, en 1971 este programa de voluntarios se unió con el programa rural del Ministerio de Salud en la utilización de inspectores sanitarios regionales para la supervisión de líderes de salud de la región. Asimismo en Nicaragua se encuentra el proyecto Rigoberto Cabezas (PRICA) que tiene su cargo 24 colonias, el Ministerio de Salud Nicaraguense durante el año 1974, inició el entrenamiento de un "Colaborador de Salud" por cada una de las colonias, con el fin de dar ayuda en medicina básica, inmunizaciones, control de malaria, tuberculosis y programas preventivos natales y educación del programa de planificación familiar. El servicio Voluntario Menonita se encuentra trabajando en la zona de Zelaya, y actualmente el grupo está trabajando

cinco de estos "Colaboradores de Salud" y tienen en proyecto mejorar la manera de trabajo en equipo, con algunos cambios de la estructura. En el departamento de Nueva Segovia, más específicamente en la ciudad de "Ocotal" se encuentra trabajando el "Programa de Salud Ocotal Nicaragua", sirviendo a una población de 9,000 habitantes en un lugar sub-tropical. En junio de 1975 iniciaron un programa de salud, entre cuyos objetivos principales está la creación o preparación de "Promotores de Salud" para dicha área, para noviembre del año pasado contaban con 15 promotores para 12 valles (uno o dos por cada valle), estos promotores de salud reciben un cursillo cada dos meses, de cuatro días cada uno. En Pueblo Nuevo Nicaragua, se encuentra el programa de promotores de salud dirigido por la Hna. Patricia Edmiston, este programa recién inició sus actividades en 1975 y fue en el mes de septiembre cuando iniciaron la preparación de promotores de salud, y aún están en fase de formación y concientización de la gente de la comunidad a la que sirven.

En el Salvador se encuentran trabajando varios programas de salud rural con similares objetivos que los ya descritos para Nicaragua y otros lugares, entre éstos se puede mencionar el "Programa CREDHO" de la iglesia episcopal de El Salvador, en el departamento de la Unión se ha logrado formar a diez promotores de salud. En San Miguel, se encuentra el "Centro San Lucas", que también ha efectuado la capacitación de Líderes rurales en salud, nutrición, saneamiento ambiental y paternidad responsable y que a las mujeres también les da orientación sobre manejo de parto. En la providencia, Santa Ana, se encuentra el programa para el adiestramiento de promotores rurales de salud que inició actividades en 1972 con un total de 35-

participantes y en 1975 iniciaron el entrenamiento 47 personas, todas estas personas son pertenecientes a parroquias religiosas.

En Cali, Colombia, la "Universidad del Valle" ha preparado grupos de personas que trabajan en medicina comunal desde 1954 cuando fue creado el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública que trabajan en estrecha relación con las autoridades sanitarias del país.

En la república de Panamá se estableció un programa de salud integral, donde las comunidades fueron objeto y sujeto, las cuales participan a través de Comités de Salud.

## OBJETIVOS

### GENERAL

Hacer un estudio comparativo de los programas de promotores de salud que funcionan en el departamento de Chimaltenango para obtener una mejor idea del trabajo que actualmente están haciendo.

### ESPECIFICOS

- 1) Conocer la organización y funcionamiento de cada uno de los programas.
- 2) Conocer hasta dónde han logrado el cumplimiento de sus objetivos.
- 3) Conocer el grado de integración o coordinación que han conseguido al momento o, qué han planeado para el futuro.

## H I P O T E S I S

No existe en la actualidad coordinación entre los diferentes grupos de promotores que funcionan en el Departamento de Chimaltenango.

## MATERIAL Y METODO

1. Lectura de todo el material impreso, proporcionando por cada uno de los programas en estudio: folletos, informes, programaciones, etc.
2. Se hará varias entrevistas con personas que se encuentren trabajando en los diferentes programas, procurando que sean personas que hayan participado en la capacitación de los promotores de salud y que actualmente tengan relación directa con ellos.
3. Entrevistas con otras personas que tengan conocimiento sobre el tema objeto de este estudio.
4. De cada programa se interrogará sobre:
  - a. Antecedentes
  - b. Filosofía
  - c. Objetivos
  - d. Criterios de selección
  - e. Tipo de adiestramiento
  - f. Funciones de los promotores
  - g. Supervisión
  - h. Quiénes son los promotores
  - i. De quién dependen
  - j. Relaciones con otros grupos.

## RESULTADOS

### ANTECEDENTES

El Programa Behrhorst para promotores de Salud comenzó en el año 1964, cuando con la ayuda de voluntarios del Cuerpo de Paz y de Sacerdotes, así como de Comités locales se procedió a la selección de candidatos para promotores de salud. Se comenzó el programa adiestrando el primer grupo de promotores que eran más o menos 64; éstos recibían clase una vez por semana, y luego de un año de entrenamiento se les mandó a sus lugares de origen para que iniciaran su propia práctica. En 1971 comenzó a adiestrarse el segundo grupo de promotores de salud. Estos dos grupos han sido adiestrados en medicina curativa, medicina preventiva, nutrición y extensión agrícola. Se ha adiestrado personal ad-hoc aparte, extensionistas-agrícolas del grupo de promotores, o sea es personal que tiene conocimientos en higiene, costura, huertos familiares, nutrición, avicultura, uso de fertilizantes, cómo preparar y mejorar el terreno para siembra, introducción de nuevas semillas, nuevos cultivos, crianza de pollos y conocimientos veterinarios. En resumen actualmente existen dos grupos de promotores de salud en el programa Behrhorst, cuya única diferencia radica en la antigüedad en el servicio, ya que básicamente su acción en salud está dirigida hacia la medicina curativa.

## FILOSOFIA DEL PROGRAMA

Se puede resumir en la siguiente forma:

- a. Fe en la familia del hombre;
- b. Que el servicio sea para los servidos - (que no sea para personal gratificación del servidor).
- c. La mayoría de las enfermedades se curan por sí solas, no se curan o en algunos-casos la medicina puede dar una pequeña ayuda para que el cuerpo se cure.
- d. La persona normal puede curarse por sí-mismo de muchas enfermedades, especial-mente con una orientación y una explica-ción abierta de lo que se trata.
- e. No tiene que haber seres humanos en nin-guna comunidad que no puedan ser servi-dos por alguien de la misma comunidad - indiferentemente de cultura, status eco-nómico y ubicación.
- f. Cada ser humano es capaz de un alto gra-do de auto ayuda, y toda comunidad tie-ne mujeres y hombres que pueden ser adi-estrados para responder a la salud gene-ral de su área.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA BEHRHORST PARA PROMOTO-RES DE SALUD RURAL.

### OBJETIVO GENERAL:

El desarrollo de un programa comunal que -cuenta con la participación directa de los --miembros de la comunidad en (1) la provisión-sistemática de cuidado médico y técnicas agríco-las, y en (2) el proceso de hacer decisiones-acerca de su propia salud y desarrollo comunal.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1) Selección y capacitación de líderes comuna-les para realizar las actividades del pro-grama de desarrollo a través de su parti-cipación directa.
- 2) Selección y adiestramiento de promotores -de salud y agricultura.
- 3) Prevención de enfermedades transmisibles -por medio de inmunizaciones en colaboración con el Ministerio de Salud Pública.
- 4) Provisión de primeros auxilios en acciden-tes y emergencias médicas.
- 5) Provisión de tratamiento médico en enferme-dades sencillas con referencia de los pa- --cientes más graves a centros de salud, médi-cos, etc.
- 6) Mejoramiento del saneamiento ambiental a --través de educación sanitaria en las áreas-de agua potable, letrinización, control de-insectos y roedores, y control de basuras.
- 7) Mejoramiento de la nutrición a través de --educación en la producción, preparación, --preservación y uso de alimentos.
- 8) El fomento de colaboración entre otras orga-nizaciones, tanto públicas, como privadas,-en el desarrollo de la comunidad.

### ORGANIZACION:

#### Criterios de Selección:

1. Saber leer y escribir y hablar el castellano.
2. Ser bilingües, Cackchiquel y castellano.
3. Ser personas responsables y respetados por la comunidad.

#### Criterios no muy fijos:

4. El candidato no debe proceder ni trabajar en el mismo lugar que otro promotor.
5. Debe hablar el idioma de la mayoría de la población de su comunidad.
6. Que sea mayor de edad.
7. Que tenga características de líder.

#### Adiestramiento:

Al principio los candidatos recibieron adiestramiento directo con los pacientes, haciendo visitas médicas con el Director del Hospital. Más tarde agregaron clases formales. Finalmente prepararon un manual y una guía terapéutica. El énfasis, sin embargo, quedó con la práctica clínica, o sea la enseñanza con pacientes. Tomando en cuenta la importancia de agricultura en la vida del campesino, los promotores también recibieron clases y prácticas formales de agricultura. Se realizaron las clases un día cada semana durante un año. Por lo general había dos horas de visitas a los pacientes con el médico o su asistente, y dos horas más de teoría en las

mañanas usando hojas de explicaciones y ayudas visuales. En la tarde les dieron dos horas de instrucción agrícola. La mayor parte de tiempo se ocupó en adiestramiento práctico con el Doctor o en trabajo con las enfermeras en el hospital y en agronomía. Las clases formales fueron, utilizando el manual de teoría y la guía terapéutica.

Después del adiestramiento básico, los promotores asistieron a reuniones semanales de refrescamiento y educación en servicio. Han discutido muchos temas, por ejemplo, salud pública, colaboración entre organizaciones, ensanchamiento de sus conocimientos médicos, cooperativismo, derechos civiles, etc.

El curso agrícola no fue formalizado con materiales escritos. Las sesiones trataron de prácticas agrícolas, tales como conservación de suelos, abonos, uso de semillas mejoradas, insecticidas, crianza de aves, conejos, cerdos, etc. Cada uno de los promotores debe asistir a clases de refrescamiento un día por semana, por lo menos tres semanas al mes. Cada mes deben tomar y pasar un examen práctico sobre sus conocimientos médicos. Si no lo logran, o si no asisten a las clases por lo menos tres veces por mes, pierden su derecho de adquirir medicina por el mes próximo. Siendo dependientes de esta fuente de medicinas de bajo costo, ellos tienen que cooperar, por la fuerza en su propia supervisión. Las medicinas son compradas en la capital o traídas de otros países de Centro América, y se compran a precio reducido, (para hospitales) y luego se les agrega un recargo del 10% con lo cual los promotores pueden comprarlas en su cooperativa. Los del grupo del Martes tienen una cooperativa que es manejada por un promotor, quien por su

trabajo recibe un pequeño sueldo pagado por los mismos promotores de su grupo. Este promotor expende las medicinas. Los del día - - viernes tienen un comité rotatorio, que cambia cada 6 meses y es el que expende las medicinas. El promotor no puede trabajar con más medicina que la contenida en la lista oficial de medicinas del programa. Los promotores en sus aldeas están obligados a llevar un sistema de control de sus pacientes vistos en la clínica por medio de fichas médicas, las cuales contienen, datos generales de paciente como edad, nombre, dirección, síntomas principales, tratamiento, enfermedad, y consejos impartidos. Pueden cobrar diez centavos por consulta en la clínica, 15 centavos si hay que hacer visita a domicilio y un poco más si es que la casa del paciente queda muy retirada. El dinero lo utilizan para comprar medicinas de la Cooperativa.

#### Supervisión de los promotores Behrhorst

En este programa se dice que el mecanismo principal de supervisión y control de calidad es la educación continua de los promotores. Hay dos supervisores de tiempo completo, quienes a su vez están encargados de las clases de refrescamiento, de los exámenes mensuales y hacer visitas periódicas a los promotores en sus aldeas, al efecto que esta supervisión directa actualmente se efectúa a cada promotor una vez cada dos o tres meses, y como ya vimos la supervisión indirecta, una vez por semana, en el Hospital. Se creó un documento de supervisión de promotores que contiene: -- descripción de su clínica, condiciones higiénicas en que se encuentra, así como su equipo, espacio para revisión de fichas clínicas, etc. etc.

#### Quiénes son los promotores:

El programa cuenta en la actualidad con 42 promotores de salud, de los cuales 22 pertenecen al grupo del martes y 20 al grupo del viernes. Hay una promotora, la cual fue entrenada en el grupo del martes, la edad de los promotores oscila entre 23 y 54 años promedio. 33 promotores son casados y tienen un promedio de 2-3 hijos, ocho son evangélicos, el resto católicos. Uno se considera ladino, los demás son indígenas. Los promotores del grupo del martes se enteraron del programa por miembros del Cuerpo de Paz, así como por otros promotores, los del viernes fueron referidos por Comités para desarrollo de la comunidad u otros promotores.

#### De quién dependen:

Los promotores básicamente dependen de ellos mismos, pues ante todo en su mayoría son Agricultores, otros son comerciantes, hay un pintor, etc. y en segundo lugar hacen su trabajo como promotores de salud. No reciben ningún dinero de la organización Behrhorst por su trabajo. Actualmente los promotores no tienen relación con otros grupos afines, aunque colaboran con programas de vacunación, nutrición, etc., del Gobierno, y algunos de ellos pertenecen a otras agrupaciones de diversa índole.

#### Planes para el futuro.

Actualmente solo a nivel superior se han hecho estudios de factibilidad para ver si es posible la conjunción con los promotores del Ministerio de Salud y el programa Behrhorst, desde hace algunos años se ha hablado de la posibilidad de lograr una inte--

gración con los programas del Gobierno, a nivel no solamente de Chimaltenango, se tiene el deseo de colaborar con otras instituciones afines, dentro y fuera del país.

#### GRUPO DE PROMOTORES DEL DR. CARLOS R. DE LEON VALDEZ.

Dice su fundador que en realidad el grupo de promotores que él tiene no lo ha podido desarrollar a plenitud pues, en realidad no ha tenido la idea concreta de "hacer promotores de Salud". Lo que lo impulsó a entrenar gente, fue: La ausencia en el medio rural de medicina, la prevalencia de medicina primitiva y mágica, el aumento de la incidencia de las enfermedades en el área rural, la necesidad sentida, por parte de los propios indígenas, de tener un "medio" para llevar salud a sus comunidades. En el año 1963 llegó él a Comalapa y los indígenas se allegaron a él comunicándole sus deseos de aprender medicina, para ayudar a su gente. Los medios de comunicación en masa (Ej: radio de transistores, alto parlantes, etc.) jugaron y juegan un papel importante en este grupo para hacerles sentir la necesidad de proveerse de salud. Al principio él los tomó de dos en dos con el fin de que le tradujeran y al mismo tiempo les enseñaba y orientaba sobre entidades médicas.

#### Filosofía

El deseo de servir a la gente, aunque al principio se hizo por utilidad personal, cree que es mejor tener algo que sea de iniciativa propia, descentralizado del Gobierno y de otras instituciones.

#### OBJETIVOS

Ninguno. Desde el punto de vista de un Programa de Promotores de Salud.

#### ORGANIZACION:

- A. Criterios de Selección: No hubo ninguno.
- B. Tipo de adiestramiento: Interrogatorio, Sintomatología (básicamente). Diagnóstico, tratamiento, consejos (medicina preventiva).

#### Funciones de los Promotores

No tienen tarea especificada.

#### Supervisión:

Solamente tienen supervisión de tipo indirecto más o menos cada dos meses; vienen a la clínica en donde ellos consultan sus problemas y él les explica ciertas novedades de la terapéutica o les da consejos. Se aprovecha además para que ellos consigan las medicinas que habrán de utilizar en la aldea. El Dr. les presta libros con alguna jerga médica (Ej: Enciclopedia Médica Moderna). Además les presta diccionarios médicos.

#### DE QUIEN DEPENDEN:

Son básicamente independientes. Ellos cobran por sus servicios, Ad-Libitum, a veces se les abastece de medicina. Ej. Hostacilina, (a precio de costo), esto es cuando el Dr. envía a comprar su medicina para uso de su clínica, y compra alguna para los promotores. Al principio por servir de intérpretes y ayudar al Dr. se les daba alguna remuneración.

Básicamente son agricultores y de eso dependen, en segundo lugar son promotores.

### Relaciones con otros grupos

No.

### PROGRAMA DE PROMOTORES EN SALUD RURAL DE LOS MUNICIPIOS DE CHIMALTENANGO Y SAN ANDRÉS ITZAPA

Este programa se inició en 1974 con un cursillo de un mes de duración del 30 de septiembre al 29 de octubre de ese año. Contando con la colaboración de la División de Adiestramiento de Promotores en Salud Rural y la colaboración económica de UNICEF. Fueron entrenados 25 promotores de salud, para servirlos municipios de San Andrés Itzapa y la cabecera de Chimaltenango. Este programa fue creado sobre las bases de Conocimientos sobre Medicina General, pero no para dar curación sino solamente para servir en el renglón de prevención, se expone que están preparados para dar una mínima atención médico-sanitaria, y además que funcionan como vigilantes epidemiológicos. Durante el cursillo recibieron charlas sobre Higiene en general y buenos hábitos, Saneamiento ambiental (agua potable, protección de manantiales, uso de letrinas, disposición de excretas, etc.) Conceptos de enfermedades y agentes causantes, así como uso de medicamentos y vías de aplicación. Inmunidad (vacunas). Higiene materno-infantil, Control de embarazo, "Signos de peligro de embarazo", menopausia, aborto. Diarreas, Desnutrición, Enfermedades de piel, Infecto-contagiosas, parasitarias, heridas, Quemaduras, fracturas, Intoxicación alcohólica, mordedura de serpiente,

tes, hemorragias, etc. Educación para la salud (relaciones humanas, referencia de casos, Coordinar actividades con la comadrona empírica, cooperación con el Comité de Salud, elaboración de informes, como hacer entrevistas, charlas, etc). Este programa contó con la participación de la enfermera jefe de Area como coordinadora y responsable del curso y el Sub-Director del Centro de Salud como supervisor y coordinador del programa.

Antecedentes: Ninguno.

Filosofía: El programa fue creado, con el fin de proporcionar a los habitantes de San Andrés Itzapa y Chimaltenango, una mínima atención, ya que muchas veces por la distancia y malas vías de comunicación, e incluso por desconocimiento, no hacen uso de los recursos que proporcionan los Centros de Salud Tipo "A" en Chimaltenango y Tipo "C" en San Andrés Itzapa.

### OBJETIVOS

- A. General: Preparar a un grupo de personas líderes de su comunidad para que a través de ellas, se alcance la promoción de la salud y prevención de enfermedades de los habitantes de las áreas rurales, de los municipios de San Andrés Itzapa y Chimaltenango.
- B. Específicos:
  1. Lograr que los promotores en salud rural, alcancen una proyección más efectiva hacia su comunidad.
  2. Orientar a los promotores en salud,

a detectar las necesidades de salud de la comunidad, para que puedan referir los casos al Centro de Salud.

3. Lograr la participación de la comunidad en los programas del centro, a través de la enseñanza impartida por los promotores.

#### ORGANIZACION DEL PROGRAMA

##### A: CRITERIOS DE SELECCION

1. Mayoría de edad
2. Escolaridad Mínima (se tomó como límite 3er. año elemental).
3. Que estuvieran dispuestos a trabajar sin honorarios .
4. Ser alfabeto.
5. Ser bilingue (castellano y dialecto del lugar).
6. Tener características de líder.
7. Ser aceptado por su familia y su comunidad.
8. Tener entusiasmo por el trabajo y deseos de ayudar al mejoramiento de su comunidad.
9. No tener vicios de alcohol ni otras drogas.
10. Estar dispuesto a servir a su comunidad sin recibir ningún salario ni sueldo de ninguna entidad privada ni estatal.

#### TIPO DE ADIESTRAMIENTO

Los promotores de este programa se encuentran capacitados para participar en: organización de grupos, educación de grupos, programas de vacunación, letrización y saneamiento ambiental, control de agua potable, nutrición de embarazada y del niño hasta la edad pre-escolar, durante el entrenamiento se les enseñó bajo las bases del "Manual del Promotor de Salud" del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, conocen cómo evaluar Signos vitales, técnicas de administración parenteral y de vacunación, están preparados para dar una mínima atención médica, sanitaria, tienen conocimientos sobre prevención-cura de dolencias mínimas, actúan como vigilantes epidemiológicos. Solo tienen que dar una hora diaria de su tiempo para actividades de servicio.

#### FUNCIONES DE LOS PROMOTORES

Similares a las descritas.

#### SUPERVISION

Se efectúa una supervisión directa en las aldeas, a menudo, y supervisión indirecta en el Centro de Salud cada mes, aprovechando para dar clases de refrescamiento y otros conocimientos según necesidades, (esto sin programa escrito ni previo).

#### DE QUIEN DEPENDEN

Los promotores de este programa básicamente se sostienen de su propio trabajo, especialmente agricultura, además en segundo plano se menciona que a veces pueden cobrar por inyecciones u otras técnicas que efectúen en su trabajo como promotores, Q.0.10. En cuanto a su su-

pervisión, dependían hasta febrero de este año del médico supervisor de servicio de salud (UAMAS), quien hacía supervisión directa esporádicamente.

### RELACION CON OTROS GRUPOS

Son al mismo tiempo de ser promotores de salud, parte integrante de acción católica, cooperativa de cooperativas, y de un grupo de alfabetización, además colaboran o tienen relación con el Club 4-S de Chimaltenango.

### PROGRAMA DE PROMOTORES DE SALUD DE COMALAPA Y SUS ALDEAS

#### INTRODUCCION

Desde 1965 funciona en Chimaltenango el programa de Salud y Comunidad (PROSAC), mediante un convenio suscrito por la USAC, el MSPAS e INCAP. Los objetivos son de docencia, investigación y servicio que permiten que estudiantes EPS de las distintas Facultades realicen su práctica en un área de salud. Durante 1974, médicos de curso del post-grado elaboraron el proyecto BASES PARA LA IMPLEMENTACION DE UN NUEVO MODELO DE PRESTACIONES DE SERVICIOS EN LOS PROGRAMAS MATERNO INFANTILES, que contempla la incorporación de promotores de salud a un sistema de atención en salud para el área rural; así como el establecimiento de niveles de atención. Habiendo sido conocido y aprobado dicho proyecto por la Jefatura de Área de Salud, se decidió su implementación, escogiéndose el municipio de Comalapa para iniciarlo.

Para este programa se principió a trabajar desde varios meses antes de iniciar el primer cursillo que duró un mes y que fue impartido en un 95% en el lugar que ocupaba el puesto de Salud de la localidad, el resto fue impartido en el Centro de Salud de Chimaltenango.

grupo multiprofesional que hizo sus prácticas en los primeros meses del año 1975, fue quien se encargó de la selección de los promotores, para lo cual se llenaron los requisitos exigidos por el MSPAS y posteriormente se proyectaron algunas películas, así como se impartieron charlas informativas y se utilizó un test de conocimientos básicos generales para ser aprobado por los candidatos a Promotor de Salud. El cursillo fue impartido por los estudiantes del grupo multiprofesional que estuvo haciendo prácticas durante la segunda mitad del año 1975, así como por profesores supervisoras de PROSAC, médicos del Centro de Salud de Chimaltenango, personal de Saneamiento Ambiental y enfermera jefe de área.

El programa de promotores de salud de Comalapa, en realidad fue creado para que, el promotor sirva como un eslabón EL MAS IMPORTANTE en el primer nivel de atención, en la escala ascendente de prestación de servicios para el área rural y que consiste de cinco niveles bien definidos, en cada uno de los cuales va a laborar personal adiestrado para el respecto, así tenemos que:

ORGANIGRAMA

|            |   |   |
|------------|---|---|
| 1er. nivel | El Hogar  | Promotor de Salud comadrona empírica, comité comunal                        |
| 2do. nivel | Puesto de Salud   | TSR o Aux. de Enfermería. TSR= Municipio pequeño Aux. de Enf.=Aldea grande. |
| 3er. nivel | Centro de Salud tipo "C". (distrito)                      | EPS Medicina Equipo de Distrito   |
| 4o. nivel  | Centro de Salud tipo "A" con anexo Materno-Infantil. AREA | EQUIPO DE AREA (Consejo Técnico Consejo Consultivo)                         |
| 5o. nivel  | Hospital - escuela (especializado)                        | Director  |

Cada uno de estos cinco niveles tendrá funciones de:

- Administración
- Ejecución de programas
- Coordinación
- Supervisión
- Adiestramiento.

Se tiene en mente que el programa pueda tener sistema de APOYO (establecimiento de sistemas estadísticos), tales como, formulario, carnet de salud, fichas y otros.

Suministros: Medicinas, vacunas, papelería, transporte, incaparina, etc.

Sistema de referencias: Se harán referencias de los casos hacia un nivel superior o inferior según el riesgo y las normas establecidas.

ANTECEDENTES:

Se tenía como antecedentes de este programa, el que fuera impartido a promotores de San Andrés Itzapa y Chimaltenango durante el año - - 1974, así como el antecedente de los grupos de promotores de la clínica Behrhorst, sin embargo, este programa fue ideado para dar una cobertura al grupo Materno-Infantil preferentemente y en realidad no se tomó ninguna pauta directriz de los programas antes mencionados.

OBJETIVO GENERAL

Capacitar personal para que brinde atención adecuada a las personas según las nuevas bases del modelo de prestaciones de servicio, especialmente en el área rural y al grupo Materno-Infantil.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Que los Promotores de Salud y las comadronas adquieran los conocimientos, habilidades y aptitudes necesarias para que por medio de la atención a nivel del hogar, contribuyan a disminuir los riesgos que corre el grupo Materno-Infantil.

2. Capacitar al promotor de salud para que preste una adecuada atención a la madre durante el embarazo, parto, post-parto y período interconcepcional; y al niño desde su nacimiento hasta los cinco años de edad, de acuerdo a las normas establecidas.
3. Que sea capaz de distinguir los "síntomas y signos de peligro" del embarazo, parto y post-parto y conducta a seguir ante tales situaciones.
4. Que adquiera conocimientos sobre problemas nutricionales en el grupo Materno-Infantil y conducta a seguir en tales casos.
5. Que sea capaz de aplicar las vacunas, para prevenir las enfermedades transmisibles.

### FILOSOFIA

Se desea crear una buena atención de salud especialmente al grupo Materno-Infantil en el primer nivel de atención, y que lo constituye el hogar, utilizando al Promotor de Salud para este fin.

La nueva filosofía en sí es: romper las paredes de los establecimientos y volcarse a la comunidad, llegando directamente al hogar a través de personal debidamente adiestrado, con participación de la población y buenos sistemas de información y apoyo, como una buena alternativa para alcanzar mayor cobertura.

### CRITERIOS DE SELECCION

Se efectuó una preselección por medio de las familias y comités de las aldeas, quienes preseleccionaron a sus candidatos, posteriormente el grupo multiprofesional seleccionó a los candidatos entre los escogidos por la comunidad; la selección se efectuó en base a los siguientes criterios:

1. Edad de 18-30 años
2. Haber aprobado 4to. año de primaria
3. Ser bilingüe (castellano y el dialecto del lugar)
4. Pertenecer a la aldea y tener características de líder.
5. Tener entusiasmo por el trabajo y deseos de ayudar al mejoramiento de su aldea
6. Haber demostrado buena conducta y buenas relaciones con las personas
7. Estar dispuesto a servir a su aldea sin recibir ningún salario.

Posteriormente al pasar esta selección, se les dió un cuestionario para ser llenado por ellos en donde se les preguntan entre otras cosas, datos generales, pensamiento que tenga sobre el programa, quiénes lo seleccionaron en su aldea, y si están de acuerdo las personas de la aldea en que él sea promotor, relaciones que ha tenido con autoridades de la aldea, a qué grupos ha pertenecido en su comunidad, de cuánto tiempo dispone para trabajar en el programa Materno-Infantil, así como cuánto tiempo libre tiene al día. Algún otro adiestramiento que tenga además del estudio de la escuela primaria. Características físicas del hogar que habita, número de personas que en ella habitan, disposición de excretas y basura, tenencia y crianza de animales, y preguntas de matemáticas, operaciones elementales.

### TIPO DE ADIESTRAMIENTO

Básicamente dirigido al grupo materno-infantil comprende: Salud oral, detección y control de mujeres en edad reproductiva, embarazo, parto (comadrona), puerperio, período interconcepcional, atención del recién nacido, lactante, y en general del niño menor de cinco años, estudio de las enfermedades que afectan al niño desde el nacimiento, control de desnutrición, además se les impartió conocimientos sobre primeros auxilios, dinámica de grupo, manejo de papelería, hojas de referencia de pacientes, vacunas, organización comunal. Al final del curso se les entregó un maletín conteniendo equipo y material necesario para atención de pacientes en la aldea.

### FUNCIONES DE LOS PROMOTORES

La actividad principal la constituye la "VISITA DOMICILIARIA", además debieron levantar un censo de la población del lugar que van a servir y un plano (mapa), del lugar con el fin de poder conocer con exactitud, el número de familias que tienen niños menores de cinco años de edad, número de casas en donde existen mujeres en edad reproductiva y en donde existen mujeres gestantes, lactando, además conocer en qué casas habitan comadronas empíricas, autorizadas o no, con las cuales se puedan coordinar esfuerzos para mantener el nivel de salud, casas en donde hayan niños menores de 5 años. Pueden dar charlas sobre temas por ellos conocidos a la gente de la aldea, o bien antes de campañas de vacunación o saneamiento ambiental.

### FUNCIONES DE:

#### a) PROMOCION:

Educación para la Salud

#### b) PREVENCION:

Inmunizaciones

#### c) ASISTENCIA:

- i) Captación precoz, evaluación y referencia de embarazo y período interconcepcional.
- ii) Control post-parto
- iii) Captación precoz del niño
- iv) Control de crecimiento y nutrición
- v) Atención de la morbilidad
- vi) Salud oral

Todas estas funciones las realizará según -- criterios de riesgo y normas establecidas en -- las bases para la implementación de un nuevo modelo de prestaciones de servicios en los programas Materno-Infantiles.

- vii) Trabajo con la comunidad
- viii) Participar en el desarrollo de otros -- programas.

En la casa del promotor se encontrará el fichero en las aldeas que no cuentan con Puestos de Salud.

El promotor colaborará en el Programa Materno-Infantil, así:

- a) Captación precoz y control del 100% de -- las embarazadas.

- b) Atención del 100% de la morbilidad obstétrica.
- c) Atención del 100% de partos en el nivel que brinde mayores garantías.
- d) Alimentación complementaria al 100% de las mujeres embarazadas y lactantes.

#### PROGRAMA INFANTIL

- a) Control del crecimiento y nutrición del 100% de los niños menores de 5 años.
- b) Control de la morbilidad según criterios de riesgo del 100% de los niños menores de cinco años.
- c) Inmunización del 100% de los niños susceptibles.
- d) Alimentación complementaria a los beneficiarios del programa.

En resumen, que adquieran conocimientos mínimos para que por medio de visitas a domicilio mediante interrogatorio sencillo, pueda detectar embarazo, embarazo de riesgo, etc. etc.

#### SUPERVISION

Este está condicionado por la falta de recursos materiales como vehículos para transporte, topografía del terreno y tiempo del año. El equipo multiprofesional que impartió el cursillo, hizo un esquema de supervisión para poder supervisar a cada promotor una vez por mes en sus aldeas y una vez por semana en el Puesto de Salud. Sin embargo, hubo de ser desechado por los factores condicionantes antes expuestos. En esencia, la supervisión de los promotores de salud será hecha por un T.S.R. o una enfermera auxiliar.

#### QUE QUIEN DEPENDEN

Administrativamente dependen del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Económicamente de ninguno, pues básicamente son agricultores. Como promotores laboran ad-honorem en su tiempo libre.

#### RELACIONES CON OTROS GRUPOS

Hasta el momento, ninguna.

#### ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

Es sin duda alguna importante el poder analizar estos cuatro programas de Promotores de Salud, se podría decir que en realidad son tres programas, ya que el grupo de promotores de salud del Doctor De León Valdez, no han sido formados pensando en realidad en un "programa de Promotores", por lo mismo consideraremos en este trabajo, todos los datos que podamos obtener de este grupo de promotores y tratar de analizarlos junto con los restantes tres programas.

1. Tanto el programa de promotores Behrhorst como el grupo de promotores del Dr. De León Valdez, pueden considerarse entre los más antiguos, y por ende es de notar que no tenían ningún antecedente de algún programa similar cuando iniciaron sus actividades, en cuanto a los dos grupos de promotores del Gobierno que iniciaron su adiestramiento en el año 1974 y 1975 respectivamente, se observa que aunque ya tenían el antecedente de los dos grupos Behrhost y del Dr. De León, prácticamente no utilizaron en su preparación, ninguna línea o patrón de estos programas.

2. En resumen, podemos decir que todas las filosofías expuestas por estos programas, expresan su deseo de servir a la población de las comunidades más apartadas de las áreas rurales, el medio en que actúan y la confirmación de la necesidad de utilizar personal y recursos de esa misma área rural, para el logro de sus objetivos.

3. Entre los objetivos y tipo de adiestramiento de los programas, podemos mencionar el hecho de que el grupo de promotores de Behrhorst fue adiestrado pensando en que el promotor debía más de poder dar atención desde el punto de vista de medicina básica general, pudiera efectuar mejoras en sus comunidades desde el punto de vista de agricultura, cuidado de suelos, nutrición y saneamiento ambiental, aunque se ha visto que la línea que se siguió en el adiestramiento fue diferente para ambos grupos de promotores, ya que los primeros fueron adiestrados pensando más en medicina básica curativa y el segundo grupo con mayor énfasis, en saneamiento ambiental. No fue sino hasta más tarde que logró conjugar los conocimientos de ambos grupos para obtener el resultado de que ambos grupos dominaran por igual todos los campos en que fueron adiestrados. El grupo de promotores de Dr. De León Valdez, siempre ha tenido su línea hacia la medicina curativa aunque han hecho algún énfasis en el programa nutricional y de saneamiento ambiental que existe en el área rural de Chimaltenango. El grupo de promotores del Ministerio creado en el año 1974, ha conseguido que sus promotores se conviertan en vigilantes epidemiológicos del área rural en que se desvuelven, el promotor en este grupo también fue adiestrado pensando en dar atención en medicina

básica curativa y en prevención y promoción de la salud. El grupo del promotor del Ministerio que fueron adiestrados en Comalapa, se concretizó más hacia el grupo Materno-Infantil, tomando en cuenta que es este el grupo que se ve más afectado por las tasas de morbimortalidad prevalentes en nuestro medio, especialmente el grupo de los niños menores de cinco años de edad; también se hizo énfasis en este grupo de promotores en los problemas de salud oral, nutrición y saneamiento ambiental y en un menor porcentaje en medicina básica curativa, la detección precoz de los problemas de morbilidad en el grupo materno-infantil es una base de este programa, por lo cual se hizo especial énfasis en que los promotores participantes deberían tener un conocimiento exacto del área en que laboraban y de la gente que en ella habitaba, especialmente del grupo afecto, por lo cual se procedió a adiestrarlos en Levantamiento de censo y plano del lugar en que habitaban y al que servirían. El objetivo básico en este programa, es la prevención y promoción de salud básicamente del grupo Materno-Infantil. Es de hacer notar que de los cuatro diferentes grupos de promotores que actualmente accionan en Chimaltenango, solamente el grupo del programa de Behrhorst se ha preocupado por impartir a sus promotores, conocimientos sobre agricultura y crianza de animales domésticos, creo que en el área rural esto es un factor que no se debe olvidar al pensar en adiestramiento de personal paramédico, tipo promotor de salud, ya que es él quien va a ser requerido en un momento dado no solamente para dar consejos o atención en salud de personas, sino será consultado para explicar u orientar a las personas del lugar sobre problemas que éstos puedan tener en cuanto a mejoras en el cultivo de sus suelos y mejoras en la crianza de animales. En cuanto al proble

ma nutricional todos los promotores que trabajan en el área de Chimaltenango han sido orientados y adiestrados para prevenir problemas de nutrición, aunque en realidad el enfoque que se ha seguido en este caso, ha sido diferente, es por ello que no todos pueden tener una idea exacta de lo que en realidad es el problema nutricional ni la manera de detectarlo con la mayor exactitud con miras a evitarlo.

4. Solamente los promotores de Behrhorst y los del Ministerio adiestrados en Comalapa, deben llevar un sistema de fichas para un mejor control de sus pacientes, esto es un elemento de suma importancia, pues con base en ello se puede hacer un estudio estadístico más fehaciente en un momento dado de la patología prevalente en el medio rural, cosa que hasta el momento solamente queda relegada a los puestos y centros de salud y otras instituciones más completas, y es bien sabido que no toda la gente que debería, visita estos lugares en busca de atención para sus problemas de salud.

5. Todos los diferentes programas han adiestrado a sus promotores en técnicas de administración parenteral, lo cual puede ser de mucha utilidad cuando se emprendan campañas de vacunación. En cuanto a lo anterior, es importante señalar el hecho de que no es necesario adiestrar a los promotores sobre aplicación de medicamentos por vía intra-venosa, ya que esto puede traer consigo más riesgos que beneficios tanto por la mala técnica empleada, como por las reacciones secundarias que se puedan obtener como producto de utilizar esta vía para administración de medicamentos.

6. Entre los criterios de selección que utilizaron en los diferentes programas, vemos que en los del Ministerio siempre se exigió una es-

colaridad mínima, el programa Behrhost que solo implica saber leer y escribir, todos los programas requieren que el promotor sea una persona reconocida por la comunidad, aceptada y que pueda ser un líder, deseoso de trabajar en mejorar su comunidad y que sea bilingüe (dialecto más español). Solo el programa de Comalapa pide un límite de edad máximo.

7. En cuanto a la supervisión en realidad al momento, solamente los promotores del programa Behrhorst están siendo supervisados en forma sistemática, tanto indirecta como directamente, al grado de depender de esa supervisión para la obtención de sus medicamentos. Los programas del Ministerio por diferentes motivos, como falta de recursos económicos y materiales, no han tenido una supervisión aceptable, especialmente del tipo directo. Lo mismo puede decirse del grupo de promotores del Dr. De León Valdez.

8. Vemos que tanto los promotores del programa Behrhorst como los del Dr. De León Valdez, cobran por servicios prestados y que aunque los adiestrados por el Ministerio en 1974 no estaban autorizados a cobrar, según criterios de selección, sí cobran un precio mínimo por tareas, tales como inyectar o hacer una curación. Esto es un factor digno de analizar, ya que, al momento, el Ministerio no ha autorizado a sus grupos de promotores a cobrar por servicios o técnicas aplicadas, y por otro lado están los grupos privados que sí lo hacen. Se sabe que el promotor en cada labor que efectúe como tal, tendrá que invertir tiempo, esfuerzo, energía, responsabilidad; además su trabajo como agricultor, sastre, etc., implica otra inversión

similar. Por lo anterior, se podría justificar el hecho de que cobraran por su labor o bien que fueran asalariados, sin embargo existiría el riesgo de que a la larga pudiera esto fomentar hábitos de lucro en el promotor, con lo cual se estaría desvirtuando su labor como agente de cambio en su comunidad, en lo que a promoción de la salud y prevención de enfermedades se refiere. Sería deseable que se hiciera un estudio a este propósito, especialmente si se piensa en integrar o coordinar actividades entre los grupos de promotores que laboran en Chimaltenango.

9. Es importante considerar al promotor, como un recurso humano de gran valor con el que actualmente se puede contar, para llevar y promover salud en las áreas más apartadas del medio rural, por lo que se debe dar el impulso y apoyo necesario a los programas para formación de promotores de salud, siempre y cuando se les dé la atención y el apoyo necesario.

10. Es difícil evaluar el impacto que estos programas han tenido en Chimaltenango, debido a la presencia de factores que inciden en el nivel de salud en el Departamento.

11. Es de hacer notar que aunque los programas del Ministerio tienen un buen estudio de plan de adiestramiento-supervisión etc. para promotores de salud, no se han apoyado suficientemente, lo cual trae como consecuencia, que se dé la impresión de que se han quedado solo en teoría, pues por ejemplo, en cuanto a la supervisión de promotores, no se ha efectuado como era de esperarse, por "falta de recursos"; y esto a la larga no permitirá que se logre aumentar las coberturas propuestas, pues si en estos programas del Ministerio o en los

programas privados no existe una infraestructura adecuada, o bien si los objetivos no están bien definidos, no es de esperarse que estos programas funcionen en forma eficiente.

12. Es deseable que las pláticas y seminarios que ya se han efectuado para lograr unificar los diferentes programas de promotores del área, se continúen con el fin de evitar duplicación de esfuerzos.

13. En realidad, aunque el Ministerio ha definido claramente sus cinco niveles de atención, en la práctica vemos que el segundo nivel se encuentra prácticamente cortado, o sea inexistente, por lo cual el promotor de salud pierde su apoyo más inmediato, y lógico, según el plan ministerial, por lo que se ve obligado al momento, a interactuar directamente con el tercer nivel; se debe entonces implementar los puestos de salud a nivel de aldeas, pues aunque existen TSR y enfermera auxiliar, aún no tienen un lugar fijo para sus labores en la aldea.

14. La hipótesis planteada al principio, fue confirmada pues, aunque han habido pláticas iniciales a nivel directivo, con el fin de provocar una integración en el futuro de los programas de promotores, esto no ha cristalizado aún.

### CONCLUSIONES

1. No existe una coordinación entre los diferentes programas de promotores de salud del área de Chimaltenango.
2. Por falta de adecuados sistemas de apoyo e implementación, no se ha conseguido dar el impulso necesario a los programas de promotores de salud del Ministerio.
3. Es difícil evaluar el impacto que han tenido estos programas en el área de Chimaltenango, por los diferentes factores que inciden en el nivel de salud del Departamento.
4. A pesar de ser Chimaltenango un departamento que posee bastante recurso humano para la conservación de la salud, EPS, NUT, TSMI, Odontología, etc., las tasas de morbimortalidad han decrecido muy poco en relación a lo que cabría esperar.
5. Los sistemas de adiestramiento de promotores de salud han sido hechos con diferentes objetivos aunque persiguiendo el mismo fin, o sea llevar salud a las áreas rurales.

### RECOMENDACIONES

1. El adiestramiento de promotores hacia los grupos de población que denotan las más altas tasas de morbimortalidad en nuestro medio, como lo es el grupo M.I.
2. Los programas de promotores de salud deben complementarse adiestrando a los participantes en conocimientos de extensión-agrícola, veterinaria, crianza de animales, estadísticas de salud, salud oral, censos poblacionales, etc.
3. Estos programas deben de formar parte de la política de salud del país.
4. Se deben estandarizar en lo posible los sistemas de adiestramiento de promotores.
5. Debe darse el apoyo necesario a los programas de promotores de salud estatales.
6. Deben agotarse esfuerzos para lograr la integración de los programas de promotores de Chimaltenango, estatales y privados.
7. Implementación por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de puestos de salud a nivel de aldea, pues con esto se dará un paso más para poder establecer la infraestructura necesaria, (niveles de atención) en la forma deseada.

LISTA DE PROMOTORES DE SALUD POR MUNICIPIO Y ALDEA.

A. San Martín Jilotepeque

- |                   |                           |
|-------------------|---------------------------|
| 1. Barrio La Joya | Felix Balán Hernández (M) |
| 2. Chijolón       | Vitalino Cusanero (V)     |
| 3. Las Lomas      | Felix Camey Calan (V)     |
| 4. Las Venturas   | Angel María Oreno (V)     |
| 5. Finca Canajal  | Tomás Canil Castro (V)    |
| 6. Varituc        | José Hernández Coc (M)    |

B. Chimaltenango

- |                |                       |
|----------------|-----------------------|
| 1. Sumpango    | Carlos Xoquic Coy (M) |
| 2. Bola de Oro | José Luis Tubác (M)   |
| 3. San Jacinto | Lázaro Sequen (V)     |
| 4. Pacoc       | José Tránsito Mux (V) |
| 5. Tonijuyu    | Lucillo Andres (V)    |

C. Parramos

- |                             |                     |
|-----------------------------|---------------------|
| 1. Pueblo Nuevo<br>San Luis | Fabián Martínez (V) |
|-----------------------------|---------------------|

D. Yepocapa

- |              |                        |
|--------------|------------------------|
| 1. San Pedro | Justo Sucuy Xinico (M) |
|--------------|------------------------|

E. Zaragosa

- |                  |                         |
|------------------|-------------------------|
| 1. Rincón Grande | Pedro Peren Quechoj (V) |
|------------------|-------------------------|

A. Patzicia

- |               |                             |
|---------------|-----------------------------|
| 1. Canoa Alta | Isidoro Xicay Ajuchan (V)   |
| 2. Patzicia   | Antonio Ajcibinac Per (M)   |
| 3. El Caman   | Valerino Ajcibinac Sis. (M) |

B. Patzún

1. Patzún
2. Chipiacui
3. Chunimachucaj

Juan Matzul Batz (M)  
Emilio Xmilo Xicay(M)  
José Lorenzo Xiquita(V)

C. Acatenango

1. San Antonio  
Nejapa

Isabel May Xeron (M)

D. Comalapa

1. Xiquin Sinahi
2. Comalapa
3. Pamanus
4. Patzaj
5. Simajuleu
6. Comalapa

Paulino Calicio  
Tuctuc (M)  
Santiago Tuctuc (M)  
Caferino González(M)  
Esteban Chali (M)  
Fco. Curuchich (V)  
Pedro Simón Gomez(M)

A. Tecpán

1. Patacabaj
2. Caquizajay
3. Chimazat
4. Pacorral
5. Xecoxol
6. Panabajal

Fidel Sacbaja C.(M)  
Elisa Guitz Cuxic(M)  
Miguel Nicolás (M)  
Cesar A.Tucubal (V)  
Romulo Quiata (V)  
Pedro Chan Calel(V)

B. Poaquil

1. Paley
2. Panimacac
3. San José

Martín Luc Oxi (V)  
Lorenzo Sajbochol(V)  
Pedro Chacach (M)

C. Apolonia

1. Choacacay

Petronilo Xicay (V)

QUIENES SON LOS PROMOTORES DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, SAN ANDRES ITZAPA Y CHIMALTENANGO.

Eduardo Tuyuc  
Jerónimo Otzoy  
Manuel de Jesús Tubac  
Vicente Subuyuc  
Antonio Yancos  
Manuel Quelex Tubac  
Victor Manuel Guzmán  
Neftalí Callejas  
Aurelio Junex  
Felix Isabel Tubac  
María Ortencia Guevara  
Felipa Pablo  
Atilano Atz  
Tranquilino Martínez  
Salvador Pérez  
Isidro Abaj  
Blas A.Alvarado  
José Luis Camey  
Felipe Cana  
Marcos A.Chopen

Aldea Buena Vista  
Cerro Alto  
Bola de Oro  
Chimalt-Zona 3  
Cerro Alto  
Bola de Oro  
Cajagualten  
Calderas  
Sn.Antonio Las Minas  
Pacoc  
Fc. Alameda  
Chimalt.Col.Sn.Pablo  
Tonajuyu  
Chimalt.Col.Sn.Rafaél  
  
Chimalt.Zona-4  
Chimalt.Zona-3  
  
Tonajuyu  
Chimalt.Zona-4

QUIENES SON LOS PROMOTORES DR. DE LEON VALDEZ

No existe lista elaborada de los promotores de salud. Actualmente hay doce (12).

Eulalia Car  
Virginia Siquinajay  
Juventino Sitavi  
Augusto C.Tubac  
Lucio Pérez  
Lisandro Xuya  
Cristobalina Pichiya

San Martín  
San Andrés Itzapa  
Comalapa  
Xiquin Sinahi  
Paraxaj  
Tecpán  
Patzicia

## BIBLIOGRAFIA

1. Bases para la implementación de un nuevo modelo de prestación de servicios en los programas Materno-Infantil. Proyecto elaborado por médicos del curso de post-gradado en salud pública, con énfasis en nutrición y Materno-Infantil 1974.
2. Estudio comparativo de los sistemas de adiestramiento y utilización de promotores de salud en Guatemala. Indira de Beausset, tesis-1973.
3. Guía del promotor de Salud Rural, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1972.
4. Guía del Promotor de Salud Rural, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1973.
5. Toma de temperatura. Folleto, Seminario Metodología de Adiestramiento de Auxiliares en Salud. Mayo 1976.
6. Primer encuentro regional de programas paramédicos. Folleto Nov-75.
7. Promotores-Hogar en Salud del Programa Materno-Infantil de Comalapa. Sub-Programa Odontológico. Tesis. Conde Aguirre Aracely Nov-75.
8. Programa de Promotores-Clínica Belhrhorst -- Chimaltenango. Folleto
9. Cuestionario para promotores-Reporte preliminar Folleto. Clínica Behrhost. 1975
10. Anteproyecto para la integración de los servicios de los promotores de salud de la Clínica Behrhost y el MSPAS. Clínica-Behrhost.

### D. Sololá

1. Xajaxac Balbino Tuy Cumes (V)

#### A. Sacatepequez

1. San Miguel, Dueñas José Ma. Ramos (M)

2. San Mateo, Milpas Altas Gregorio López (M)

3. El Rejón, Sumpango Ascención Solis (V)

B. Quiché Juan José Reyes (M)

11. Programa para el curso de Promotores de salud Rural. MSPAS
12. Reglamento del promotor de salud rural. - Requisitos para poder ser Promotor de Salud Rural - MSPAS.
13. Programa de promotores de salud rural de los Municipios de Chimaltenango y San Andrés Itzapa. 1974
14. Programa de Promotores de Salud Rural de San Juan Comalapa-Chimaltenango. 1975
15. Resumen diagnóstico de salud. Academia de Ciencias Físicas y Naturales. Folleto
16. Programa Médico. El Novillero. Folleto.
17. Programa de salud Centro Ministerial Social, Los Amtes, Izabal.
18. Programa Médico de Santiago Atitlán. Project Concern.
19. Promotores de Salud Rural, Departamento de Huehuetenango.
20. Programa para el adiestramiento de Promotor de Salud Rural. Escuela de Formación Integral. El Salvador.
21. "Programa CREHO" Iglesia Episcopal de El Salvador, Sub-Programa Médico.
22. Programa de Salud Rural. Asociación de Instituciones Evangélicas de Honduras. - Folleto.

23. Save the children fund en Honduras. Folleto.
24. Proyecto de Medicina-Universidad de Wisconsin, Nicaragua. Folleto
25. Resumen del programa de Salud en Río Coco, Nicaragua. Folleto.

Br. KENNETH LEONEL VELASQUEZ CERON

DR. HUMBERTO AGUILAR STAACKMANN  
Asesor.

DR. CLEMENTINO CASTILLO S.  
Revisor.

DR. CARLOS A. WALDHEIM CORDON  
Director de Fase III. (En funciones)

DR. MARIANO GUERRERO ROJAS  
Secretario General.

Vo. Bo.

DR. CARLOS ARMANDO SOTO G.  
Decano.