

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



**Captación y Adiestramiento de  
Promotores de Salud.**

ANGEL PULIDO ARAGON

Guatemala, Marzo de 1977.

## INDICE

- 1.- Introducción
- 2.- Justificación
- 3.- Objetivos mediatos
- 4.- Objetivos inmediatos
- 5.- Monografía
- 6.- Desarrollo del programa, captación y adiestramiento de promotores.
  - 6.1.- Requisitos y captación del futuro promotor.
  - 6.2.- Recursos humanos.
  - 6.3.- Recursos materiales.
  - 6.4.- Funciones específicas de cada uno de los miembros de salud dentro del programa.
  - 6.5.- Obligaciones del promotor de salud durante su adiestramiento.
  - 6.6.- Obligaciones del promotor de salud luego de su adiestramiento.
  - 6.7.- Funciones del promotor de salud rural.
  - 6.8.- Funciones de prevención.
  - 6.9.- Funciones de recuperación.
  - 6.10.- Lista de medicinas que puede hacer uso el promotor rural.

- 6.11.- Lista de enfermedades en las cuales el promotor rural puede dar tratamiento completo, siempre que no sea grave.
  - 6.12.- Equipo mínimo que debe usar el promotor de salud rural.
  - 6.13.- Planificación del cursillo.
  - 6.14.- Programa de actividades dentro d e l cursillo.
  - 6.15.- Plan de acción.
  - 6.16.- Metodología.
  - 6.17.- Evaluación.
- 
- 7.- Resultados objetivos luego de 5 meses de trabajo.
  - 8.- Recomendaciones.
  - 9.- Conclusiones.
  - 10.- Bibliografía.

## INTRODUCCION

Desde su origen la humanidad ha padecido de distintas enfermedades que ella misma ha logrado controlar o extinguir debido al interés de procurar la conservación de la salud; otras aparecerán y seguirán poniendo en juego nuestro avance técnico y científico para poder detenerla. Sin embargo, hay algo que se ha tratado de olvidar: "las enfermedades sociales", producto de su estructura, las que la van minando poco a poco, al grado de despertar en algunos individuos el interés de curarlas.

La sociedad se conmueve ante la noticia de el secuestro o asesinato de una criatura, pero permanece criminalmente indiferente ante el asesinato en masa que se comete con tantos miles de niños, que mueren todos los años por falta de recursos, agonizando entre los estertores del dolor, y cuyos ojos inocentes permanecen viendo al cielo, como pidiendo perdón para el egoísmo humano.

Conocer las causas reales de morbilidad de nuestra población, así como los factores condicionantes de las mismas, presenta un panorama dramático en las comunidades rurales y con justa razón, acarrea la mal llamada salud de comunidad, pues permanece a base de diagnóstico y tratamiento de una enfermedad determinada pudiéndose curar temporalmente.

El estudio de la morbilidad resulta de gran importancia siempre, ya que es uno de los mejores indicadores del nivel de salud de que disponen

los técnicos en planificación sanitaria y al mismo tiempo, un buen indicador de las evaluaciones de los programas tendientes a modificarlos.

El análisis de la morbilidad puede hacerse desde aspectos muy distintos, con el propósito de conocer mejor los daños que afectan a la comunidad y establecer con mayor precisión los distintos factores que influyen en la morbilidad y defunciones la manera como éstas se asocian para producirlas y las diversas interrelaciones que existen entre ellas.

Vemos que en países desarrollados han demostrado, casi en términos absolutos, poder garantizar el derecho a la vida hasta la edad adulta y aún la longevidad a todo ser humano; no así en los países subdesarrollados de salud, principalmente por estar aisladas y dispersas, por la ausencia de vías de comunicación y, sobre todo, la insuficiencia económica para poner al alcance de todos un mínimo equipo de salud y personal profesional (médico, enfermeras, auxiliares de enfermería, etc.)

La morbilidad en las poblaciones rurales, en su mayoría, es debido a causas prevenibles, por lo que con un programa de desarrollo socio económico, con servicios de saneamiento ambiental, educativo y servicio mínimo de asistencia médica podría resolverse el problema en un gran porcentaje.

Las poblaciones de las áreas rurales en el pasado y en la actualidad, en menor grado, tienen que acudir a personas de su misma comunidad (brujo, curanderos, comadronas, etc.) para satisfacer sus necesidades más urgentes de salud. Esta situación en años pasados condujo a que se creara la necesidad

de tener personas con conocimientos en tecnología médica y sanitaria moderna en cada una de las comunidades, siendo estas personas de la misma comunidad, denominándose de varias formas: ayudantes de médicos, promotores de salud, personal sanitario, técnicos de salud, etc.

Como antecedente histórico tenemos los siguientes ejemplos de algunos países en desarrollo y de sus planes de desarrollo de asistencia sanitaria.

#### EL SISTEMA DE PRESTACION DE ASISTENCIA SANITARIA EN LA REPUBLICA POPULAR DE CHINA:

Todo el mundo reconoce que antes de 1949 la salud de gran parte del pueblo chino era muy precaria. La pobreza general, la falta de saneamiento, las guerras continuas y las frecuentes enfermedades contribuían enormemente al elevado porcentaje de morbilidad existente.

En China la medicina preventiva era escasa, y los proyectos existentes eran realizados con fondos extranjeros, mientras tanto, la malnutrición, las enfermedades infecto contagiosas epidémicas y endémicas seguían minando la población general.

Desde el decenio de 1930 a 1940 se hicieron esfuerzos para formar personal sanitario; sin embargo, estos continuaban siendo costeados en su mayoría por la colaboración extranjera.

La medicina existente en aquel entonces en el país estaba a cargo de los vendedores ambulantes de píldoras, hasta personas con conocimientos profundos de medicina moderna.

La problemática sanitaria China se agravaba con las inundaciones y las sequías repetidas, haciendo que la mayor parte de la gente viviese en una deplorable condición, cundiendo la sensación de impotencia y desesperación.

Con la revolución cultural de China se realizaron cambios y se iniciaron proyectos de desarrollo de salud, los cuales eran dirigidos a las zonas rurales, en donde se empezó a adiestrar campesinos para la realización de actividades de saneamiento ambiental, medicina preventiva, etc. Estos miembros que luego recibieron el nombre de "Médicos descalzos", eran elegidos por los demás miembros de su comunidad, realizando en su comunidad, luego de su adiestramiento: primeros auxilios, servicio de higiene en el trabajo, educación sanitaria, medicina preventiva.

En la ciudad de Shangai en la actualidad las causas principales de defunción son el cáncer, accidentes cerebrovasculares y cardiopatías, panorama que con anterioridad era ocupado por la malnutrición, enfermedades infecciosas, etc. Aunque Shangai no es la representación de toda China, los cambios registrados son un exponente de los cambios que se están produciendo en la situación sanitaria del país.

#### EL SISTEMA DE MEDICINA AYURVEDICO EN LA INDIA Y EL PROYECTO DE JAMKHED:

En la India al igual que en otros países, la medicina en su inicio ha sido sucesivamente magia,

religión y ciencia, en su mayoría producto de tradiciones populares y otras en busca de las causas y orígenes de las enfermedades. De este modo, en ningún sitio ha faltado totalmente la asistencia sanitaria, pero esta puede ser ineficaz y aun peligrosa por carecer de las bases y conocimientos científicos.

De el año 600 a. de J.C. al 700 de nuestra era, la medicina ayurvédica se desarrolló favorablemente por el ambiente existente en aquel entonces. Esta medicina ayurvédica cubría aspectos tales como medicina curativa y medicina preventiva, incluyendo en ambas el aspecto psicosomático.

El sistema de medicina ayurvédico ha satisfecho las necesidades primarias de algunas de las zonas rurales; sin embargo, el resto de la población total continúa sin cambios, razón por la cual algunos estados y provincias abrieron colegios para la formación de médicos ayurvédicos diplomados. En otros Estados se integró el sistema ayurvédico con la medicina moderna y como ejemplo de ello tenemos el proyecto rural de Jamkhed, donde se cubrió un total de 40,000 personas distribuidas en 30 poblados.

El proyecto pensaba abarcar el personal existente y utilizar el médico indio tradicional, capacitándolo y adiestrándolo con conocimientos científicos modernos, así mismo adiestrar personas de las colectividades las cuales eran elegidas por los miembros de la misma comunidad. Las ventajas obtenidas al utilizar miembros de la misma colectividad es que estas personas no necesitan viviendas especiales, ni medidas de protección ni alicientes especiales, siendo sus servicios de bajo costo.

Los resultados obtenidos del programa en un poblado de 1700 habitantes es "que las gentes viven en las mismas casas que antes, labrando la tierra y sus ingresos no han cambiado mucho, pero no van a arroyos o ríos en busca de agua, sino que la sacan de pozos higiénicos. La leche sigue escaseando, pero las madres no tienen inconvenientes en dar alimentos sólidos, incluso a niños de 8 meses, cosa que antes era inadmisibile y considerada peligrosa. Las madres no dejan de dar alimentos y agua a los niños que tengan fiebre o diarrea". (Copiado textualmente del libro LA SALUD POR EL PUEBLO de Krneth W. Neweel 1975 Pág. 93).

El proyecto rural de Jamkhed está basado en el aprovechamiento de los recursos existentes en la colectividad, para dar solución a los problemas de salud.

#### GRUPOS SANITARIOS RURALES DE NIGER, DEPARTAMENTO DE MARADI:

Desde hace algunos años en la república de Níger se viene empleando a voluntarios para la asistencia sanitaria de las zonas rurales. Esto es debido a que el medio ambiente es altamente insano, la asistencia médica profesional escasa y agregado a ello la pobreza, la malnutrición, etc.

Se iniciaron proyectos experimentales de capacitación de sanitarios rurales, para proporcionar tratamiento, fomentar la higiene en poblados alejados de los servicios de salud, lográndose de este modo cubrir las necesidades primordiales y realizar actividades de extensión sanitaria.

"En la mayor parte de los poblados a los pocos meses de funcionar el grupo sanitario rural disminuye el número de casos de conjuntivitis y se curan las heridas y las infecciones de la piel. En muchos casos se observa también que el lugar está más limpio. La mejora de la asistencia sanitaria en el poblado es tal, que son raras las colectividades que se niegan a organizar su propio grupo sanitario". (Copiado textualmente del libro La Salud Por el Pueblo. De Keneth W. Neweel. Páginas 153-154).

Actualmente en Níger se cuenta con un total de 780 sanitarios rurales en 362 poblados.

#### PROGRAMAS DE DESARROLLO RURAL EN GUATEMALA:

Desde el año de 1960 en Guatemala, se empezó a utilizar personal paramédico para la atención de la salud, y al igual que otros países en su inicio estos programas de desarrollo fueron iniciados por organizaciones privadas o extranjeras.

En 1964, en el departamento de Chimaltenango, la clínica de Behrhorst conjuntamente con la Misión de Maryknoll en Jacaltenango, empezaron la capacitación de promotores de salud. Hay que recalcar que este programa surgió no sólo por la escasez de asistencia médica, sino porque se creyó que una persona de la misma comunidad sería aceptada con mayor facilidad por los integrantes de la misma comunidad y porque económicamente resultaba más barato.

El Gobierno de Guatemala en 1971 inició conjuntamente con organizaciones internacionales el adiestramiento de promotores de salud en el Petén,

buscando sistemas innovadores para dar servicios de salud a todos.

El proyecto de desarrollo de Chimaltenango, para cubrir las necesidades de la colectividad, las cuales estaban descuidadas desde el punto de vista de salud, se empezó con la captación del personal responsable, los cuales procedían de los Departamentos de Chimaltenango, Sololá, Quiché y Sacatepéquez habiendo en la actualidad más de 40 promotores, los cuales desarrollan en dichos lugares los conocimientos adquiridos durante su adiestramiento. Cabe agregar, que por el sistema que se lleva en dicho programa de adiestramiento de promotores, estos continúan luego de su graduación recibiendo adiestramiento (curso, pláticas y prácticas en el hospital).

Como ejemplo de dicho programa, hoy día la comunidad de San Jacinto es bastante saludable, la malnutrición casi ha desaparecido, se tiene una nueva vitalidad, despertada por las proteínas, el dinero y la esperanza.

Los programas descritos anteriormente son más significativos de las distintas formas con que se puede resolver problemas sanitarios en distintos ambientes del mundo.

Pocas experiencias son tan satisfactorias como el éxito, pero hay distintas maneras de enjuiciar el éxito, y lo que puede serlo en ciertas condiciones a los ojos de una determinada persona, puede así mismo resultar un fracaso en otras circunstancias o para otras gentes. Los puntos de arranque son diferentes, los métodos distintos y los resultados variables, pero todos conllevan parte de éxito.

Hemos de reconocer que la situación ha mejorado en lo que va del siglo, pero hemos de tener claridad para saber a donde nos han llevado esas victorias. La mayoría de habitantes del mundo de las áreas rurales carecen de alimentos suficientes para su crecimiento y desarrollo normal; en muchos grupos de población uno de cada cuatro niños muere antes de cumplir un año, las enfermedades transmisibles, epidémicas y endémicas son realidad cotidiana, y un gran porcentaje de las mismas son vulnerables, o no lo son en absoluto, a las llamadas técnicas sanitarias que tan amenudo se citan como deslumbrante ejemplo del ingenio y del progreso técnico del hombre moderno.

No hay un indicador del desamparo general de las áreas rurales, e incluso esos fragmentos de realidad que llamamos estadísticas sanitarias son con excesiva frecuencia incompletos e inexactos.

Ya no cabe la duda de que los trabajadores primarios de sanidad pueden efectuar con eficacia y competencia suficiente y que no necesitan ser médicos o enfermeras del tipo conocido hasta ahora, poniendo de manifiesto la necesidad de que se examine las funciones del médico y las enfermeras a estos niveles. Cualquiera que sea la solución que se dé, no cabe la duda de que habrá que proceder a una reestructuración completa del sistema educativo de los servicios sanitarios y no a una simple modificación.

Cabe sacar como conclusión que en la mayoría de los países se puede conseguir que el desarrollo sanitario forme parte del desarrollo rural, si se procede con acierto. Este proceder sería por ejem-

plo, la evolución rápida de una organización del desarrollo basada en la aldea y sistema de asistencia primaria de salud destinada a la totalidad del país juntamente con el esfuerzo nacional paralelo, para integrar esa manifestación de tipo periférico en el ámbito nacional. Todavía no conocemos la solución óptima si es que existe, pero disponemos de medios de acción progresivos para llegar a una solución aceptable.

## JUSTIFICACION

Tomando en cuenta la alta incidencia de morbilidad y mortalidad existente en el Distrito de salud de San Raymundo y la escasez de personal especializado para detectar morbilidad, promocionar y desarrollar programas de salud y sabiendo que:

- a - La población del Municipio de San Raymundo es indígena en un 71.27%.
- b - El área rural cuenta con un 70% de la población total del Municipio.
- c - La población relativamente joven ya que el 46.04% tienen menos de 14 años y el 12.47% más de 45 años.
- d - En base al censo de 1973, el 35.56% de la población sabe leer y escribir, el 64.44% es analfabeto.
- e - En el área urbana el 33.03% poseen letrinas ins sanitarias y el 30.70% lo hacen al aire libre.
- f - En el área rural el 95% no posee letrinas disponiendo las excretas a flor de tierra.
- g - El agua que se suministra al Municipio de San Raymundo no es potable, ya que en ningún momento es purificada ni filtrada.
- h - El centro de salud con el personal médico

y paramédico, no se dá a vasto para cubrir sus obli  
gaciones y funciones para con todo el Distrito, ya  
que muchas poblaciones están dispersas y aisladas.

i - Las causas de mayor morbi-mortalidad son  
prevenibles en su mayoría.

j - La necesidad de contribuir al desarrollo  
de las colectividades dando oportunidad  
a un miembro de la misma para adquirir co  
nocimientos y habilidades técnicas en cu  
anto a problemas de salud.

Se dispone a realizar y desarrollar el presen  
te programa de promotores de salud, los que serán  
formados bajo la supervisión del personal médico y  
paramédico del Distrito, a través de pláticas y prác  
ticas dirigidas a resolver aspectos de salud en las  
comunidades rurales.

## OBJETIVOS MEDIATOS

3.1.- Contribuir a disminuir la morbi-mortalidad,  
elevando el nivel de salud y bienestar  
general de las comunidades rurales a través  
de la educación y promoción de la salud.

3.2.- Contribuir a aumentar y completar la in  
formación en las comunidades rurales respecto  
a los principios básicos para mejor desarrollo  
y progreso.

3.3.- Conocer y detectar las deficiencias de  
los recursos de que se dispone en una comuni  
dad a través de los promotores de salud.

3.4.- Colaborar con los miembros de las comu  
nidades rurales, para que dentro de sus reali  
dades mejoren sus sistemas de vida.

## OBJETIVOS INMEDIATOS

- 4.1.- Formación de promotores de salud rural capacitados para detectar problemas de salud dentro de sus comunidades.
- 4.2.- Hacer conciencia de la importancia del papel que tendrá que desempeñar el promotor dentro de sus respectivas comunidades.
- 4.3.- Que los miembros de sus comunidades conozcan las reglas más elementales de medicina en cuanto a higiene, salud y hábitos alimenticios se refiere.
- 4.4.- Que los promotores sean capaces de desarrollar destrezas y habilidades en cuanto a manipulación de alimentos, manejo de excretas, primeros auxilios y lograr que los miembros de las comunidades se conduzcan dentro de las normas de salud.
- 4.5.- Que la comunidad reconozcan en el promotor de salud rural un líder en cuanto a su condición en problemas de salud.

## MONOGRAFIA

San Raymundo del Departamento de Guatemala está situado a una distancia de 43 Kms., de la capital sobre vía totalmente asfaltada. Posee una extensión territorial de 114 Kms. cuadrados teniendo 83 habitantes por Km. cuadrado antes del terremoto del 4 de febrero de 1976.

Colinda al Norte con Granados y El Chol de Baja Verapaz; al Este con Chuarrancho y Chinautla; al Sur con San Pedro Sacatepéquez y Mixco; y al Oeste con San Juan Sacatepéquez.

Altitud: 14 G 45' 48'

Longitud: 90 G 35' 48'

Temperatura promedio: 20 grados centígrados.

Su clima es templado, presentando dos estaciones: Invierno y Verano. Invierno de Abril a Septiembre y Verano de Octubre a Marzo.

Cuenta en la actualidad con las siguientes aldeas: La Ciénaga; Llano de la Virgen; Pamocá; El Carrizal con el caserío San Martineros; Vuelta Grande con los caseríos Rajoni, Estancia Vieja, Panimaquín y los Ayapanes; Estancia de la Virgen y sus caseríos Soledad, Tezenes y Concepción; El Zarzal y aldea El Ciprés.

Según datos post-terremoto del 4 de febrero de 1976, la población de San Raymundo cuenta con un

total de habitantes de 13,893. Constituyendo la población indígena el 71.20% de la población total y el 28.73% la población ladina.

#### ASPECTO HISTORICO

San Raymundo es uno de los Municipios más antiguos del departamento de Guatemala. Fué fundado en el año 1558, comprendiendo en esa época al actual Municipio de San Pedro Sacatepéquez. El Municipio de Chuarrancho fué separado de San Raymundo por acuerdo gubernativo del año 1884.

En 1839 San Raymundo fué adscrito a San Juan Sacatepéquez, pero por haberse separado de los Altos, para formar el sexto estado de la Federación, se emitió el decreto 43 al que se anexa una tabla general de los departamentos y distritos del Estado de Guatemala y entre los pueblos asignados al Departamento de Guatemala figura el Municipio de San Raymundo.

#### COSTUMBRES:

El plato favorito como parte de comidas típicas de la región es el Pinol, el cual se prepara a base de maíz tostado y molido, carne de res, marrano o chompipe. Esta comida es muy apetecida y generalmente se hace en celebraciones especiales. Otra comida típica lo constituyen los Chequenes (Zompopos de mayo), pero esta comida depende más que todo de la estación.

#### VESTUARIOS:

El traje típico de las mujeres lo constituye la enagua azul con rayas blancas a cuadros grandes con bordados morado de lustrina o sedalina. El guipil es de color rojo y amarillo a rayas.

En cuanto al traje de los varones, antiguamente usaban pantalón y camisa de color blanco con faja roja al cinto, saco azul o negro, caites y sombrero de petate.

#### RELIGION:

La religión que predomina en el Municipio de San Raymundo es la católica. Sin embargo en los últimos años hay que aceptar que los evangelistas han ganado gran cantidad de adeptos, no solo a nivel de la cabecera municipal sino en las aldeas y caseríos.

#### FIESTAS PATRONALES:

La fiesta titular del Municipio de San Raymundo se celebra del 20 al 27 de enero de cada año, celebrándose el día 27 el más importante, ya que se celebra la fiesta del patrón de San Raymundo.

#### ORGANIZACION MUNICIPAL:

Actualmente la honorable Corporación Municipal está integrada de la forma siguiente: Un alcalde municipal que a la vez cumple funciones de Juez

de Paz y Tránsito, un síndico, cinco concejales, un secretario, dos oficiales y un tesorero.

#### ECONOMIA:

En el Municipio se cultiva principalmente maiz maicillo y frijol. Existe crianza de ganado vacuno en pequeña escala, solamente para el consumo interno de carne y leche; ganado porcino en regular cantidad, pues existe algunas granjas dedicadas a engorde a nivel comercial. Existen varias granjas que producen grandes cantidades de aves y huevos que comercian con la capital y otras poblaciones. Además de estos productos se cuenta con artesanía, alfarería, fabricación de cohetes y canastos.

#### EDUCACION:

Todas las aldeas de este Municipio contaban con escuelas rurales mixtas. En la cabecera municipal funcionaba el Instituto de Educación Básica y una escuela Nacional Urbana Mixta. Sin embargo todos los edificios escolares, tanto urbanos como rurales quedaron en condiciones no funcionales o totalmente destruidos por el terremoto. Actualmente los Institutos y escuelas funcionan con un techo más o menos seguro.

#### ORGANIZACION SOCIAL:

En todas las aldeas existe un comité pro-mejoramiento. Tienen su propio alcalde auxiliar y sus comisionados militares, así como grupos pertenecientes a la acción católica los que son promovidos des

de la Parroquia de San Raymundo.

En la cabecera municipal se cuenta con los siguientes comités: Comité de Reconstrucción, Comité de Religiosos, Comité Pro-festividades, Comité de Padres de Familia de la Escuela Nacional y Urbana, Comité Social y Deportivo de San Raymundo.

#### CONDICION AMBIENTAL:

Pre-terremoto la casa formal hecha a base de ladrillos y cemento, contando con agua no potable (por tubería), luz eléctrica y drenajes. El resto de viviendas rústicas de tabla, láminas, nylon etc. no contando con agua potable ni luz.

En las aldeas y caseríos la vivienda predominante es el rancho de una sola pieza, que funciona como sala, comedor, cocina y dormitorio, con una sola puerta y sin ventanas, careciendo de servicio de agua potable y luz.

Post-terremoto, el medio ambiente se ponía más hostil ya que careciendo de agua potable, de inadecuada disposición de excretas se les agregaba la acumulación de toneladas de tierra consecuencia de la destrucción de casas por el terremoto. Como es lógico suponer todo ello va en perjuicio de la población, sobre todo de los niños menores de 5 años, donde los índices de morbi-mortalidad son elevados.

El Municipio de San Raymundo cuenta con un Centro de Salud tipo B, de construcción reciente, careciendo de agua potable al igual que el resto

de la población. Actualmente y por las consecuencias traídas por el terremoto, el centro de salud cuenta con el siguiente personal:

- Un médico graduado.
- Dos E.P.S.
- Una enfermera graduada.
- Un inspector de saneamiento.
- Tres auxiliares de enfermería.
- Una secretaria.
- Un conserje.

Lista de las personas seleccionadas por la comunidad para recibir el Curso de Adiestramiento de Promotores de Salud Rural, a desarrollar en el Distrito de Salud de San Raymundo, del 11 de Septiembre al 9 de Octubre de 1976.

Nombre	edad años	aldea
Sonia Consuelo Mansilla V.	19	El Ciprés
Matea Locón	29	Pamocá
Evalina Mansilla García	20	Llano de la Virgen
Alba Luz Pérez y Pérez	20	Vuelta Grande
Macario Chamaleé	23	El Carrizal
José Benedicto Tintí	21	La Ciénaga
Domingo Chamaleé	32	Los Guates
Victoria Martínez Sazo	19	Los Piríres
Ana Odilia Sazo	18	Pachún
Hermeregildo Tezen V.	25	Estancia Vieja
Miguel Citay	34	Concepción El Ciprés
Exzequiel Coc	18	Sacsuy

La selección de los mismos por la comunidad se hizo en base de los siguientes requisitos:

- a - Mayor de 18 años, sin interferir sexo.
- b - Que sepa leer y escribir.
- c - Que hable el español y el dialecto.
- d - Que viva en la comunidad.
- e - Que desee ayudar a su comunidad y busque su superación.

Para la captación de los citados miembros representativos de cada una de las colectividades se procedió a realizar visitas, a mantener pláticas con los distintos profesores de los distintos caseríos, pláticas con la colectividad explicándose la finalidad del programa y de los beneficios que se obtendría de ello.

#### RECURSOS HUMANOS:

Un médico, Jefe del Distrito de Salud.  
 Dos médicos E.P.S.  
 Una enfermera graduada.  
 Un inspector de Saneamiento ambiental.  
 Una trabajadora social.  
 Una secretaria.  
 Seis auxiliares de enfermería.  
 Un psicopedagogo.  
 Personalidades invitadas.

#### RECURSOS MATERIALES:

LOCALES: Centro de Salud, Mercado Municipal, Escuela Nacional. Equipo audiovisual, gráficos, carteles.

INSTITUCIONALES: UNICEF, a través de su oficina de adiestramiento de Promotores, quien financiará el gasto de cada uno de los beneficiarios a razón de dos quetzales diarios, durante el tiempo que dure el curso (treinta días), así como el abastecimiento de cuadernos, lápices, lapiceros, guías de promotores, maletines y equipo para cada uno de los mismos.

#### FUNCIONES ESPECIFICAS DE CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE SALUD DENTRO DEL PROGRAMA:

##### MEDICO:

- a. Planificación
- b. Organización
- c. Supervisión del Programa en todas sus etapas.
- d. Disertante
- e. Solicitar recursos

##### MEDICOS E.P.S.:

- a. Participación
- b. Planificación
- c. Organización
- d. Supervisión
- e. Adiestramiento
- f. Disertante
- g. Solicita recursos
- h. Promoción

- ENFERMERA GRADUADA:
- a. Supervisión
  - b. Adiestramiento
  - c. Formación de dinámica de grupos.
  - d. Disertante

- INSPECTOR DE SANEAMIENTO AMBIENTAL:
- a. Promoción
  - b. Disertante

- TRABAJADORA SOCIAL:
- a. Promoción
  - b. Disertante
  - c. Dinámica de grupo

- AUXILIARES DE ENFERMERIA:
- a. Promoción
  - b. Supervisión

- PERSONALIDADES INVITADAS:
- a. Disertantes

OBLIGACIONES DEL PROMOTOR EN SALUD RURAL DURANTE SU ADIESTRAMIENTO:

- a. Asistir con regularidad a las clases teórico-prácticas y cumplir con el horario establecido.
- b. Tomar parte en todas las actividades de adiestramiento.
- c. Aprobar las evaluaciones periódicas y finales, tanto teóricas como prácticas.

OBLIGACIONES DEL PROMOTOR EN SALUD RURAL DESPUES DE SU ADIESTRAMIENTO:

- a. Haber aprobado su adiestramiento de Promotor en Salud rural.
- b. Tener el carnet autorizado por los servicios de salud.
- c. Renovar anualmente el permiso o carnet de trabajo.
- d. Aplicar en su trabajo diario las enseñanzas que se le dieron durante el adiestramiento.
- e. Dar pronta atención en su salud a las personas que lo soliciten, enviando a los servicios de salud, los casos que no pueda tratar.
- f. Asistir a las reuniones de Promotores en Salud Rural cuando sea citado.
- g. Mantener al día los informes de sus actividades.
- h. Aceptar la supervisión del personal de los servicios de salud y solicitarla cuando lo crea necesario.
- i. Cumplir con las funciones de promotor en salud rural.

NOTA:

El carnet o permiso extendido por los servicios de salud pueden ser suspendidos por las razones siguientes:

- a. Por padecer o ser portador de enfermedades transmisibles (contagiosas).
- b. Por tomar bebidas alcohólicas durante su trabajo.
- c. Por colaborar con la comadrona rural en la aplicación de inyecciones o tratamientos no indicados por el personal médico.
- d. Por dar tratamiento en enfermedades que des conoce.
- e. Por demostrar indiscreción, mala conducta y malas relaciones con la gente.
- f. Por la reincidencia en los puntos A,B,C,D, E, de las obligaciones del Promotor en Salud rural después de su adiestramiento.

#### FUNCIONES DEL PROMOTOR EN SALUD RURAL

- a - Tratar de influir en la gente para mejorar sus hábitos y costumbres para que se mantengan sanos.
- b - Dar buen ejemplo, mantenerse limpio, su vivienda higiénica y bien arreglada para que las personas de su comunidad lo copien y aprendan.
- c - Conocer e informar al público de los servicios de salud disponibles que hay en su comunidad para que los utilice.

- d - Dar pláticas, charlas, consejos sobre higiene, alimentación, prevención de accidentes y enfermedades.
- e - Formar comités para impulsar el mejoramiento de su comunidad.
- f - Servir de enlace entre su comunidad, otras instituciones como: Extensión Agrícola, Desarrollo de la comunidad, etc., y el Centro de salud.
- g - Mantener la armonía con el personal de los servicios de Salud, con autoridades y con el público en general.
- h - Informar a través de comités a grupos organizados de la importancia de las vacunas y de las principales enfermedades que pueden prevenir con ellas.
- i - Motivar el mejoramiento de las fuentes de agua.
- j - Informar a la comunidad sobre las enfermedades y accidentes más comunes y sobre la forma de prevenirlos, especialmente los accidentes y enfermedades más frecuentes de su localidad.
- k - Conocer el trabajo y trabajar en armonía con la comadrona rural.

## FUNCIONES DE PREVENCIÓN

- a - Conocer la población: número de habitantes, número de viviendas y condiciones de las mismas ~~y~~ los recursos de su comunidad.
- b - Conocer las principales causas de muerte y enfermedad de su comunidad.
- c - Organizar conjuntamente con el Inspector de Saneamiento programas de letrización y eliminación de basuras, eliminación de aguas estancadas (charcos, pantanos, etc.)
- d - Dar pláticas, charlas y consejos sobre higiene, alimentación, prevención de accidentes y enfermedades.
- e - Ayudar al Puesto de Salud o Centro de Salud en sus campañas de desparasitación, letrización, vacunación, etc.

## FUNCIONES DE RECUPERACIÓN:

- a - Reconocimiento oportuno de señales y molestias de enfermedades.
- b - Reconocer las enfermedades, dar la medicina y dar consejos iniciales en las enfermedades más simples y comunes, determinadas durante el adiestramiento.
- c - Poner inyecciones indicadas por personal médico (con receta).

- d- Referir al puesto o centro de salud o en su defecto, al hospital, los casos que desconoce
- e- Atender rápido a las personas que han sufrido accidente o solicitan atención por enfermedad
- f- Visitar a los enfermos y mandarlos al puesto, Centro u hospital en caso de que no mejoren.

## LISTA DE ENFERMEDADES EN LAS CUALES EL PROMOTOR PUEDE DAR EL TRATAMIENTO COMPLETO, SIEMPRE QUE ESTAS NO SEAN GRAVES.

- a - Diarrea simple
- b - Diarrea con parásitos
- c - Ascaris
- d - Entorobius
- e - Paludismo. (continuar tratamiento médico)
- f - Sarampión
- g - Rubeola
- h - Varicela
- i - Tos ferina
- j - Parotiditis
- K - Tuberculosis (continuar tratamiento médico)
- l - Catarro
- m - Desnutrición de primer grado
- n - Dolores de cabeza, huesos, dientes, estómago, oído y músculos.
- ñ - Fiebre menor de 38° centígrado.
- o - Pañalitis, sarcoptiosis y prurito (comezón), barros, espinillas y abscesos.
- p - Epistaxis.

EN ACCIDENTES TALES COMO:

- a - Hemorragias
- b - Heridas
- c - Fracturas
- d - Asfixias
- e - Quemaduras
- f - Convulsiones o ataques
- g - Envenenamientos
- h - Mordeduras
- i - Cuerpos extraños

Al prestar los primeros auxilios, el Promotor en Salud Rural en los accidentes anteriormente mencionados, deberá dar el alivio inmediato que sea necesario y mandarlo lo más pronto posible al Puesto, Centro u Hospital para su atención.

Las demás enfermedades que no aparecen en esta hoja, deben remitirse sin demora al Puesto, Centro de Salud u Hospital.

EQUIPO MINIMO QUE DEBE USAR EL PROMOTOR EN SALUD RURAL:

- A = Maletín, conteniendo:
- Una bandeja de acero inoxidable
  - Un riñón de acero inoxidable
  - Una tijera recta
  - Una pinza de Kocher recta
  - Una espátula de acero inoxidable
  - Una lámpara flash
  - Dos jeringas de 2cc
  - Dos jeringas de 10cc
  - Dos docenas de agujas del número 24
  - Dos docenas de agujas del número 22
  - Un tubo de goma (torniquetes)
  - Un termómetro oral
  - Un termómetro rectal
  - Una jabonera
  - Tres toallas de tela
  - Un rollo de esparadrapo
  - Una caja de bajalenguas

PLAN DE ACCION

- a - Tiempo: Del 11 de septiembre al 9 de octubre de 1976.
- b - Lugar: Centro de Salud, Mercado Municipal, Escuela Nacional.
- c - Unidades:

- 1.- Inauguración
- 2.- Orientación sobre las finalidades del programa
- 3.- Concepto sobre Promotor en Salud Rural
- 4.- Salud y Enfermedad
- 5.- Definición de Medicina Preventiva y Curativa
- 6.- Factores socio-económicos que afectan la salud.
- 7.- Higiene
- 8.- Saneamiento ambiental
- 9.- Infección-Inflamación
- 10.- Diarrea
- 11.- Enfermedades de la piel
- 12.- Enfermedades carenciales
- 13.- Enfermedades infecto-contagiosas
- 14.- Enfermedades de las vías respiratorias
- 15.- Fiebre
- 16.- Enfermedades venéreas
- 17.- Higiene Materno Infantil
- 18.- Inmunidad
- 19.- Primeros auxilios
- 20.- Educación para la salud
- 21.- Signos vitales, hipodermia y curaciones
- 22.- Evaluación final
- 23.- Clausura

#### METODOLOGIA

Observación, entrevista, conferencia, exposiciones, demostraciones, proyecciones, dinámica de grupo.

#### EVALUACION

- a.- Cualitativas.
  - 1 - Conocimientos adquiridos
  - 2 - Habilidades y destrezas adquiridas.
- b.- Cuantitativas.
  - 1 - Número de asistentes
  - 2 - Interés por los temas
  - 3 - Preguntas

#### PROGRAMA DE ACTIVIDADES DEL CURSO:

Día: 11 de septiembre de 1976  
 Hora: 10.00 horas  
 Local: Centro de Salud.

- a.- Inauguración y bienvenida a los asistentes.
- b.- Orientación sobre la finalidad del programa
- c.- Concepto sobre Promotor de Salud Rural.

Las unidades del programa se llevaron a cabo de lunes a viernes, de las 8.00 horas a las 12.00 horas y de 14.00 horas a 17.00 horas.

#### Primera Unidad:

Día 13 de septiembre de 1976

- a - Concepto de salud
- b - Concepto de medicina preventiva
- c - Concepto de medicina curativa
- d - Factores Socio-Económicos que afectan la Salud.

- 1 - Alcoholismo
- 2 - Mal uso de los ingresos
- 3 - Familia numerosa
- 4 - Promiscuidad, hacinamiento.

- e - Película
- f - Dinámica de grupo.

Segunda Unidad: Higiene

Día 14 de septiembre de 1976

- a - Concepto de higiene
- b - Higiene personal

- 1 - Lavado de manos
- 2 - Baño
- 3 - Cepillado de dientes
- 4 - Sueño
- 5 - Trabajo
- 6 - Alimentación
- 7 - Vestuario
- 8 - Recreación

- c - Película
- d - Dinámica de grupo

Tercera Unidad: Saneamiento ambiental

Día 16 de septiembre de 1976

- a - Agua
- 1 - Concepto de agua potable.
  - 2 - Protección de manantiales
  - 3 - Construcción, protección y mantenimiento de pozo

- 4 - Uso de filtro de piedra o ebullición de agua
- 5 - Recolección de muestra de agua

- b - Saneamiento del suelo.

- 1 - Uso de letrinas
- 2 - Eliminación de estiercol

- c - Vivienda.

- 1 - Separación de ambientes, separar cocina de dormitorios, separar dormitorios de niños de dormitorios de adultos.
- 2 - Utilizar los corrales y gallineros.
- 3 - Manipulación de alimentos, limpieza y protección de utensilios de cocina.

- d - Control de Roedores.

- 1 - Limpieza del ambiente
- 2 - Utilización de insecticidas

Cuarta Unidad: Infección-inflamación

Día 17 de septiembre de 1976

- a - Definición de Infección-Inflamación
- b - Agentes causales de enfermedades

- 1 - Bacterias
- 2 - Parásitos
- 3 - Virus

c - Formas de transmisión de las enfermedades.

- 1 - Como se transmite la enfermedad
- 2 - Concepto de vector
- 3 - La mosca
- 4 - Chinche picuda (Chagas)
- 5 - Zancudo
- 6 - Cucaracha
- 7 - Perro

d - Aplicación de medicamentos:

- 1 - Vía Parenteral  
Inyección intramuscular  
Inyección intravenosa  
Inyección subcutánea

Técnica de asepsia

- 2 - Por vía oral
- 3 - Por vía rectal
- 4 - Por vía local

Pomadas, gotas, etc.

e - Película

f - Dinámica de grupo

Quinta Unidad: Diarrea

Día 18 de septiembre de 1976

a - Diarrea

- 1 - Definición
- 2 - Causas

- 3 - Prevención
- 4 - Signos y Síntomas
- 5 - Deshidratación
- 6 - Principios sobre hidratación oral
- 7 - Tratamiento

b - Película

c - Dinámica de grupo

Sexta Unidad: Enfermedades de la piel

a - Enfermedades de la piel

- 1 - Sarcoptiosis
- 2 - Grano
- 3 - Micosis
- 4 - Furunculosis
- 5 - Abscesos
- 6 - Pañalitis

b - Localización de la misma.

c - Molestias que ocasionan.

- 1 - Picazón
- 2 - Ardor
- 3 - Dolor
- 4 - Fiebre
- 5 - Supuración.

d - Causas de la enfermedad

- 1 - Malos hábitos higiénicos
- 2 - Reacción al comer algún alimento
- 3 - Reacción a la administración de un medicamento.

- e - Película
- f - Dinámica de grupo.

Septima Unidad: Enfermedades Carenciales.

a - Desnutrición Protéico Calórica.

- 1 - Causas
- 2 - Prevención
- 3 - Signos de Desnutrición Protéico Calórica.
- 4 - Manejo de la desnutrición Protéico Calórica.
- 5 - Diferentes grados de desnutrición P r o -  
téico Calórica.

- b - Avitaminosis
- c - Anémia
- d - Película
- e - Dinámica de grupo.

Octava Unidad: Enfermedades Infecto-contagiosas.

- a - Sarampión
- b - Tos ferina
- c - Varicela
- d - Parotiditis

- 1 - Definición
- 2 - Signos
- 3 - Síntomas
- 4 - Diagnóstico
- 5 - Tratamiento
- 6 - Profilaxis

Novena Unidad: Enfermedades Infecto-contagiosas

Día 23 de septiembre de 1976

- a - Poliomiелitis
- b - Difteria
- c - Tétanos

- 1 - Definición
- 2 - Signos
- 3 - Síntomas
- 4 - Diagnóstico
- 5 - Tratamiento
- 6 - Profilaxis

- d - Película
- e - Dinámica de grupo.

Décima Unidad: Enfermedades infecto-contagiosas

Día 24 de septiembre de 1976

- a - Fiebre Tifoidea
- b - Tuberculosis

- 1 - Definición
- 2 - Signos
- 3 - Síntomas
- 4 - Diagnóstico
- 5 - Tratamiento
- 6 - Profilaxis

- c - Película
- d - Dinámica de grupo.

Día 25 de septiembre.

Evaluación. Preguntas directas.

Décimo Primera Unidad: Problemas Respiratorios.

Día 27 de septiembre de 1976

a - Problemas Respiratorios

- 1 - Definición
- 2 - Causas más comunes
- 3 - Prevención
- 4 - Tratamiento

b - Película

c - Dinámica de grupo.

Décimo segunda Unidad: Fiebre

Día 28 de septiembre de 1976

a - Fiebre

- 1 - Definición
- 2 - Causas
- 3 - Cuidados
- 4 - Convulsiones febriles
- 5 - Métodos y medicamentos antipiréticos.
- 6 - Consumo indebido de antibióticos.

b - Película

c - Dinámica de grupo.

Décimo Tercera Unidad: Enfermedades Venéreas

Día 29 de septiembre de 1976

a - Gonorrea

b - Sífilis

c - Chancro blando

Apéndice

d - Tricomoniiasis

e - Moniliiasis

1 - Definición

2 - Signos

3 - Síntomas

4 - Diagnóstico

5 - Tratamiento

6 - Profilaxis

f - Película

g - Dinámica de grupo.

Decimo Cuarta Unidad: Higiene Materno-Infantil

Día 30 de septiembre de 1976

a - Cuidado pre-natal

b - Signos y síntomas en el parto y embarazo.

c - Puerperio

d - Niño sano y enfermo

e - Funciones de la comadrona

f - Menopausia

g - Aborto

h - Película

i - Dinámica de grupo.

Décimo Quinta Unidad: Inmunidad

Día 1ro. de Octubre de 1976

a - Conceptos generales

- 1 - Qué son las vacunas?
- 2 - Para qué sirven?

- b - Diferentes clases de vacunas
- c - Edad en que se aplican
- d - Complicaciones
- e - Importancia de la vacunación
- f - Película
- g - Dinámica de grupo.

Día 2 de octubre de 1976

Evaluación. Preguntas directas.

Décimo Sexta Unidad: Primeros auxilios

Día 4 de octubre de 1976

- a - Prevención de accidentes
- b - Heridas, diferentes tipos
- c - Manejo de heridas
- d - Manejo de hemorragia
- e - Quemaduras de primero, segundo y tercer grado.
- f - Manejo de las quemaduras
- g - Fracturas
  - 1 - Simple
  - 2 - Compuesta
  - 3 - Complicada
  - 4 - Expuesta.
- h - Vendaje e inmovilización de una fractura.
- i - Intoxicación.

- 1 - Sustancias químicas
- 2 - Alimentos
- 3 - Alcohólica

- j - Asfixia por inmersión
- k - Principios de respiración sistida
- l - Mordedura de serpiente

- 1 - Tratamiento

- m - Película.
- n - Dinámica de grupo.

Décimo Séptima Unidad: Educación para la Salud.

Día 5 de octubre de 1976

- a - Entrevista (como hacerla)
- b - Relaciones humanas
- c - El promotor de salud rural como agente de cambio
- d - Referencia de casos al puesto o centro de salud
- e - Cooperación con los equipos de salud
- f - Adquisición de medicamentos
- g - Elaboración de informes
- h - Manejo de papelería
- i - Funciones del personal adiestrado
- j - Película
- k = Dinámica de grupo.

Décimo Octava Unidad: Signos vitales, hipodermia.

Día 6, 7 y 8 de octubre de 1976

- a - Signos vitales
  - 1 - Temperatura
  - 2 - Pulso
  - 3 - Presión arterial
  - 4 - Respiraciones

5 - Frecuencia de Corazón

b - Hipodermia.

1 - Teórico-práctico.

Décimo Novena Unidad:

Día 9 de octubre de 1976

Evaluación final y clausura

1 - Sistema de Test-escrito.

Vigésima Unidad: Supervisión

Se supervisará dos veces por mes a cada uno de los Promotores formados, durante seis meses consecutivos, contando para ello con los miembros que integran el equipo de Salud del Distrito.

Al finalizar el período de seis meses, tiempo que durará la supervisión, se hará un nuevo readiestramiento, para reforzar los puntos que se consideren menos cimentados, según resultados de las evaluaciones de supervisión.

## RESULTADOS DE CINCO MESES DE TRABAJO DE LOS PROMOTORES RURALES DE SALUD.

Ante todo se aclara que lo que se expondrá a continuación es la supervisión realizada por el Dr. Edwin Lara, Jefe del Distrito de San Raymundo.

"Realmente la captación y el adiestramiento de los promotores de salud fué una experiencia grande. En su inicio se tenía pensado que en cada comunidad hubiese un promotor de salud y que por medio de ellos se tuviera comunicación directa con ella, y la vez, realizar los programas de salud a tales niveles. Sin embargo, solo se adiestró a un total de 9 miembros de los 12 que habían sido seleccionados por la comunidad.

A la fecha, se ha estado visitando a los promotores y sus comunidades cada 15 días, dedicándoles más o menos dos horas realizándose en tal tiempo, pláticas para resolver los problemas de comunicación con su comunidad, dudas que tenían, así como recalcar los conocimientos y técnicas adquiridas durante su adiestramiento.

Mensualmente al Centro de Salud de San Raymundo han sido remitidos los informes de trabajos de los promotores, los cuales aproximadamente atienden a un total de 50 a 70 personas cada uno para curaciones e igual número para hipodermia. El promedio de pacientes referidos al Puesto o Centro de Salud por consultas varias es de 5 a 8, incluyendo en ello consultas prenatales. En siete oportunidades los promotores agruparon a sus comunidades y pidieron a los Puestos y Centros de Salud que se le fue-

se a dar pláticas varias.

Sin embargo, algunos promotores y para ser más exacto, dos, han tenido mucho problema en cuanto a su identificación con la comunidad y bajaron su rendimiento, pero gracias a las visitas quincenales se le ha podido ayudar moralmente. Otro promotor que por descuido, falta de técnica o mal material hipodérmico, empezó a crear problemas de infecciones frecuentes en el lugar de la administración parenteral (IM).

Por la forma que se están desarrollando los promotores de salud considero necesario que se deban continuar con las supervisiones periódicas a los mismos, así como continuar en cada una de estas visitas a ayudar moralmente y técnicamente a los promotores para una mejor realización como tal y que el proyecto continúa avante".

## RECOMENDACIONES

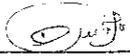
- 1.- Mejorar el nivel de salud de la población con un programa elaborado en base a las características locales.
- 2.- Contribuir a la eficacia de los puestos de Salud, mejorando la organización y coordinación de los mismos.
- 3.- Construir mejores vías de comunicación de los diferentes poblados a la cabecera municipal.
- 4.- Disminuir la morbi-mortalidad por causas vulnerables a la tecnología médica disponible.
- 5.- Reforzar los programas actuales de captación y adiestramiento de promotores, técnicos, etc.
- 6.- Estrecha vigilancia en el funcionamiento de los mismos.
- 7.- Concientizar a cada uno de los nuevos promotores en su realización como tal.
- 8.- Empezar campañas reales de educación con respecto al uso de letrinas y disposición de aguas negras por medio de los promotores.
- 9.- Solicitar a donde corresponda, el estudio y la introducción de agua potable a nivel urbano y de aldea.
- 10.- Aprovechar al promotor como medio de cultura general.

## CONCLUSIONES

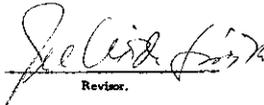
- 1.- Guatemala es un país joven, subdesarrollado, donde el personal médico y paramédico es insuficiente y mal distribuido.
- 2.- La mala distribución de los recursos humanos de salud es un síntoma de la mala distribución de los recursos en los diferentes económicos y sociales.
- 3.- Los recursos humanos están centralizados en áreas urbanas.
- 4.- El área rural debe ser reforzada con personal paramédico, ya que en su mayoría, las enfermedades que afectan estas áreas son prevenibles.
- 5.- El medio es altamente insano, ya que se carecen de agua potable, adecuada disposición de excretas, buenas viviendas y otros.
- 6.- La educación en aspectos de higiene y salud es mínima en áreas rurales.
- 7.- El promotor de Salud debe transformar el estado apático urbano-rural, como medio de difusión en cuanto a técnicas y conocimientos.
- 8.- El promotor de salud dentro de las condiciones actuales, será la esperanza para las áreas abandonadas.

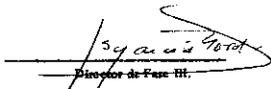
## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Dr. Edwin Lara. Diagnóstico de Salud del Municipio de San Raymundo. Guatemala. Primera Edición 1976.
- 2.- Dr. Leopoldo Morales Diaz. Nivel de Salud y Características de la Natalidad en el Municipio de San Raymundo. Tesis 1975. Universidad de San Carlos de Guatemala.
- 3.- Dr. José Luis Pérez Solís. Programa de Atención Materno Infantil de San Raymundo. Tesis 1976. Universidad de San Carlos de Guatemala.
- 4.- Universidad de San Carlos de Guatemala. El Subdesarrollo de la Salud o la Salud del Subdesarrollado. Documento 75-7.
- 5.- Lic. Indira de Beausset. Estudio comparativo de los sistemas de adiestramiento y utilización de promotores de salud en Guatemala. Centro De Estudios Superiores en Nutrición y Ciencias de Alimentos (CESNA) 1973.
- 6.- Keneth W. Newell. La Salud por el Pueblo. Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1975.
- 7.- Ferrara-Acebal-Paganini. Medicina de la Comunidad. Editorial Inter-Médica. Buenos Aires, Argentina. 1972.
- 8.- Maurice King. Servicio Médico en la Comunidad Editorial Pax. México D.F., Primera Edición - 1972.
- 9.- Javier Serria Amigat. Antonio Fuente Jovilla. Educación para la Salud. Editorial Guadalupe. Buenos Aires, Argentina. 1972.

BR.   
ANGEL PULIDO ARAGON

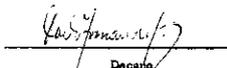
  
Asesor.  
DR/ CARLOS A. WALDHEIM C.

  
Revisor.  
DR. JULIO DE LEON

  
Director de Fase III.  
DR. JULIO DE LEON

  
Secretario General  
DR. MARIANG GBERRERO

Vo. Bo.

  
Decano  
DR. Carlos Soto