

"ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (A.P.S.), EN
ÁREAS RURALES A NIVEL DE COOPERATIVAS"

AUGUSTO ALFONSO CONTRERAS ARGUETA

INDICE

I.	Título	1
II.	Introducción	2
III.	Antecedentes	4
IV.	Objetivos que se propone la investigación	5
	a. Generales	5
	b. Específicos	6
V.	Hipótesis	7
VI.	Material	8
VII.	Recursos:	9
	a. Humanos	9
	b. Físicos	10
	c. Financieros	11
VIII.	Tiempo	12
IX.	Método	13
X.	Marco Conceptual	14
XI.	Actividades del Proyecto	17
XII.	Información Adicional	20
XIII.	Protocolos No. 1, 2, 3 y 4	21
XIV.	Anexos 1, 2, 3 y 4	34
XV.	Presentación de resultados del "Plan Piloto"	49
XVI.	Análisis e Interpretación de Datos	61
XVII.	Conclusiones	63
XVIII.	Recomendaciones	65
XIX.	Bibliografía	66

II. INTRODUCCION

La tesis tratará de demostrar la efectividad de Proyectos integrales en la implementación de "PROGRAMAS DE DESARROLLO", con el fin de que en un breve plazo lograr estimular los mecanismos de desarrollo en comunidades rurales, incorporándolas a áreas productivas de nuestro país.

Este estudio, se desarrollará en la República de Guatemala, la cual tiene una extensión territorial de 108,889 Kms.² (excluyendo a Belice) y está situada entre las Repúblicas de México al noroeste y Honduras y El Salvador al suroeste, con los océanos Atlántico y al norte y Pacífico al sur; la Cordillera de Los Andes cruza al país de noroeste a suroeste, dividiéndolo en tres regiones, la Central (el Altiplano), la norte y la sur. La población total del país es de aproximadamente de 7 millones (1,977), del cual aproximadamente el 44o/o son de raza indígena y el resto de 56o/o son una mezcla de indígena y españoles (ladinos).

Estas dos poblaciones, indígena y ladina, son cultural, social, educacional, económica, etc.; diferentes por lo que en realidad son dos Guatemalas, con sus problemas distintos.

El "ESTUDIO PILOTO" de la presente investigación, se verificará en el sector de IXCAN, localizado al norte de los departamentos del Quiché y Huehuetenango, el cual es uno de los cinco sectores de la Franja Transversal del Norte (F.T.N.) teniendo una extensión de 2,021.50 Kms.², con una población aproximada de 20,000 habitantes, de los cuales la mayor parte están organizados en forma "Cooperativa". Guatemala, siendo un país en vías de desarrollo, no escapa a la problemática de los países del tercer mundo, pudiéndose mencionar la alta desnutrición, el analfabetismo, bajo nivel económico, infraestructura deficiente, etc., características socio-económicas, que se hacen más evidentes en las áreas rurales, a las cuales en su mayoría se ha brindado una "Atención Primaria de Salud" deficiente, adoleciendo completamente de políticas, proyectos y programas eficaces, para solucionar integralmente esta problemática.

En vista de esta realidad, nace la idea de efectuar un estudio con el fin de encontrar métodos y mecanismos adecuados para implementar un PROGRAMA en base al diagnóstico. (Encuestas a realizar). Dada la complejidad del problema, hubo que iniciar el estudio en una AREA PILOTO, donde se encuentran grupos humanos misceláneos (Cooperativistas y no cooperativistas), radicados en la zona de IXCAN los cuales conforman 28 Cooperativas de tipo Agrícola y Servicios Varios, fue en esta región donde se principió el "PROYECTO DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN AREAS RURALES A NIVEL DE COOPERATIVAS", cuyo "PLAN PILOTO" se inició en la Cooperativa Agrícola y Servicios Varios "Valle de Candelaria", R.L. situada en IXCAN chiquito, Municipio de Chajul, Departamento del Quiché. Al completar el presente proyecto en el área mencionada se hará el estudio respectivo, para implementar el "PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN AREAS RURALES A NIVEL DE COOPERATIVAS" para el área de IXCAN.

Con la experiencia ganada y los resultados obtenidos, en base a una evaluación objetiva, respecto al éxito o al fracaso de este estudio, de tener éxito el presente "PROYECTO EXPERIMENTAL", se implantará en el resto del país, siempre en el campo del cooperativismo, ajustándose adecuadamente a la tecnología de cada área de acuerdo a los postulados de "ATENCION PRIMARIA DE SALUD".

III. ANTECEDENTES

Al revisar literatura nacional al respecto, nos podemos dar cuenta que hay deficiencia, ya que de los 400 estudios de revisión de literatura efectuados por el doctor Muñoz, sólo cubren parcialmente algunos aspectos multidisciplinarios del problema. En el extranjero si hay estudios al respecto, de los cuales en América se han realizado en Nicaragua, Venezuela y Colombia, existen otros estudios verificados en el continente africano.

En Guatemala, se han hecho estudios que conllevan a conocer un diagnóstico de salud, sin llegar por lo menos a implementar un "Plan Piloto" para encontrar en la práctica una o varias soluciones con el fin de poder ejecutar un Programa de "Atención Primaria de Salud".

Desde el punto de vista nacional, contamos con el informe del Estudio I de "Revisión e intración de la información existente y de las necesidades de información del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social", efectuado por el Dr. José Antonio Muñoz e internacionalmente se cuenta con el libro de "Atención Primaria de Salud" Alma-Ata 1978 efectuado por la O.M.S. y UNICEF.

IV. OBJETIVOS QUE SE PROPONE LA INVESTIGACIÓN

GENERALES

1. Realizar los estudios pertinentes para conocer los problemas de A.P.S. del área a estudiar.
2. Efectuar el Proyecto de "A.P.S.", en las cooperativas de Ixcán, con el fin de crear, el programa de "A.P.S.", para las cooperativas de esa región.
3. Encontrar métodos de investigación para proyectos de "A.P.S." en áreas rurales usando tecnología apropiada.
4. Implementar "PROGRAMAS EDUCATIVOS", con el fin de incentivar a la comunidad, para lograr su propio "AUTODESARROLLO y elevar su nivel SOCIO-ECONOMICO.
5. Difundir y aplicar los conceptos, técnicas etc., de "A.P.S." y proyectos afines, tanto en las autoridades como en la población.
6. Llevar a cabo los programas de "A.P.S.", en base al diagnóstico realizado, primordialmente en las cooperativas rurales de Guatemala.
7. Implementar programas educativos de la población, basados en los hallazgos de los estudios realizados, para ser usados en la mejor solución de los problemas de A.P.S. que afecten las comunidades estudiadas.
8. Implementar programas específicos de "A.P.S." y otros afines para asistir al desarrollo socio-económico, de salud, de estas comunidades.
9. Coordinar diferentes sectores públicos, semi-privados y privados, directa o indirectamente relacionados con los problemas de "A.P.S." y otros afines.
10. Capacitar personal local voluntario en las diferentes actividades de "A.P.S." y otras actividades relacionadas con la salud del individuo y comunidad que son educacionales, agrícolas y culturales.

ESPECIFICOS:

1. Efectuar un diagnóstico de salud, en cada área de estudio, en base a componentes básicos y parametros de "A.P.S."
2. Capacitar personal local de cada comunidad (cooperativas) en las actividades de "A.P.S." y otras afines
3. Implementar el Proyecto en cada área de estudio, acompañándolo con actividades afines de desarrollo integral comunitario.
4. Poner en marcha las actividades de "A.P.S.", utilizando personal local entrenado, asistido, con personal técnico.
5. Asegurar con el proyecto de "A.P.S." que el personal local asumirá progresivamente la responsabilidad y la continuidad de Programa.

V. HIPOTESIS

1. Los servicios de salud no han llenado sus objetivos en el área rural?
2. La comunidad no participa adecuadamente en la planificación, programación, ejecución y evaluación de la prestación de servicios básicos de salud?
3. La capacitación de personal local voluntario en el área de salud, no es adecuada para solucionar la problemática de salud-enfermedad de cada comunidad?

VI. MATERIAL

POBLACION GUATEMALTECA A ESTUDIAR (Cooperativas y no Cooperativas)

VII. RECURSOS

A RECURSOS HUMANOS

- A.1 Personal Técnico-Administrativo
- A.2 Población estudiada y participante de cada comunidad (Cooperativistas y no cooperativistas)

A.1 PERSONAL TECNICO-ADMINISTRATIVO

1. Consejo Directivo del "Proyecto"
 2. Coordinador del "Proyecto"
 3. Técnico en Salud Rural (T.S.R.) de San Luis Ixcán
 4. Personal Técnico-Administrativo de:
 - 4.1 La Coordinadora Nacional de Cooperativas (CONACO)
 - 4.2 Instituto Nacional de Cooperativas (INACOP)
 - 4.3 Cruz Roja Guatemalteca (CRG)
 - 4.4 Fuerza Aérea Guatemalteca (FAG)
 - 4.5 Federación Guatemalteca de Cooperativas de Consumo (FEDECCON).
 - 4.6 Dirección General de Servicios Pecuarios (DIGESEPE)
 - 4.7 Banco Nacional de Desarrollo Agrícola (BANDESA)
 5. Promotoras de alimentos de las fábricas Malher e Incaparina
 6. Adiestradora de alimentos, del Instituto Técnico de Capacitación y Productividad (INTECAP).
 7. Ondontólogos, médicos de Sanidad Militar.
- *C.R.G. participó inicialmente en el PLAN PILOTO, facilitándole personal voluntario.

A.2 POBLACION ESTUDIADA Y PARTICIPANTE DE CADA COMUNIDAD (COOPERATIVISTAS Y NO COOPERATIVISTAS)

1. Miembros de cada comunidad estudiada
2. Comité local del "Proyecto en A.P.S." Plan Piloto
3. Promotores locales del "Proyecto" en A.P.S. (Plan piloto)

4. Junta Directiva de cada cooperativa (Plan Piloto)
5. Autoridades civiles y militares de cada comunidad (Plan Piloto)

B. RECURSOS FISICOS:

1. CENSO DE POBLACION: Ver protocolo No. 1
2. ENCUESTA DOMICILIARIA DE SANEAMIENTO BASICO: Ver protocolo No. 2
3. ENCUESTA COMUNITARIA DE SANEAMIENTO BASICO. Ver protocolo No. 3
4. ENCUESTA CLINICA DEL ESTADO NUTRICIONAL. Ver protocolo No. 4
5. LABORATORIO. Ver protocolo No. 5.
6. MAPAS Y CENSOS. Ver anexo No. 1.
7. Películas sobre "DESARROLLO COMUNAL" y "COOPERATIVISMO".
8. Curso de Primeros Auxilios Audiovisual "Multimedia".
9. MATERIAL Y EQUIPO: Suministrado por el INACOP, COORDINADORA, FAG, FEDECOON, SANIDAD MILITAR, FABRICA MALHER, INCAPARINA, INTECAP, BANDESA, CRG, DIGESEPE, COOPERATIVA "VALLE DE CANDELARIA", R.L., MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, CASAS FARMACEUTICAS Y PERSONAS PRIVADAS.
10. INSTALACIONES UTILIZADAS:
 - a. Area urbana: INACOP, FEDECOON, CONACO y HANGAR No. 13.
 - b. Area Rural: Cooperativas (local) del área de IXCAN, en el Plan Piloto la Cooperativa Valle de Candelaria, R.L. puestos de salud y escuelas rurales.
11. TRANSPORTE:
 - a. Terrestre: INACOP y particular
 - b. Aéreo: FAG
12. BIBLIOGRAFIA REVISADA (que se enumera al final de la tesis)

C. RECURSOS FINANCIEROS:

C.1 FINANCIAMIENTO DE RECURSOS HUMANOS:

El salario del personal técnico-administrativo que se menciona, es pagado por las instituciones que se encuentran patrocinando y cooperando con el Proyecto.

El Proyecto únicamente le paga al "Coordinador del Proyecto", la cantidad de Q.800.00 exactos mensualmente, por medio del INACOP.

El resto del personal técnico-administrativo, es asalariado en sus respectivas instituciones, como ya se mencionó, o bien cooperan en forma ad-honoren.

C.2 FINANCIAMIENTO DE RECURSOS FISICOS

La obtención y uso de material y equipo, locales utilizados, transporte, etc., corre a cargo de las instituciones patrocinadoras y que cooperan con el Proyecto, quien es el responsable de su coordinación, supervisión y administración

COMENTARIO:

En un breve plazo, se tiene planificado la presentación del presente Proyecto, a entidades nacionales y extranjeras, con el fin de obtener financiamiento propio.

VIII. TIEMPO

Indefinido, hasta lograr que cada Cooperativa sea la responsable del mejoramiento al máximo potencial de su bienestar social, cultural, económico, agrícola, de salud, etc.

IX. METODOS

Se utilizarán los métodos CIENTIFICOS, mundialmente conocidos como los mejores para cada estudio.

X. MARCO CONCEPTUAL

1. Basados en los conceptos definidos en la introducción del presente estudio en el cual se desea implementar una investigación de ATENCION PRIMARIA DE SALUD en la zona de IXCAN, iniciándose el Proyecto con un PLAN PILOTO en la Cooperativa "VALLE DE CANDELARIA. R.L." misma tarea que se verificará en todas las Cooperativas de IXCAN, complementándose así el Proyecto de A.P.S., en el área mencionada y luego se efectuará un estudio global de esta área, para obtener resultados que permitan implementar el PROGRAMA DE A.P.S., para las 28 Cooperativas de IXCAN, y finalmente se extenderá a todo el movimiento cooperativista del país, con una población estimada en 200 mil habitantes. Para iniciar el proyecto se sostuvieron pláticas con representantes de las instituciones que actualmente patrocinan el PROYECTO, para evaluar la problemática de SALUD RURAL, por lo que se decidió efectuar un "PROYECTO EXPERIMENTAL" de "A.P.S.", en el área rural a nivel de cooperativas, principiando la zona de IXCAN, cuyo plan Piloto fue la Cooperativa Valle de Candelaria, R.L. escogiéndose esta Cooperativa por ser la de población más antigua, donde se inició el desarrollo actual de IXCAN, además cuenta con una pista de aterrizaje, puesto de salud, amplio local de la Cooperativa y principalmente los pobladores son personas que practican fielmente la filosofía cooperativista, con buena voluntad, optimistas y trabajadores o sea files representantes del Cooperativista guatemalteco.

2. La metodología que se utilizó en el PLAN PILOTO, se continuará usando en el resto de cooperativas a estudiar, pero haciendo ver que del inciso 3.1 al 3.6, son actividades que ya se realizaron de una vez, y que a partir del inciso 3.7, son actividades que se tendrán que realizar siempre en cada cooperativa que se estudie, tal como se verificó con el PLAN PILOTO.

3. Los pasos seguidos en la preparación y ejecución del presente proyecto se esquematizan de la siguiente manera:

3.1 Formación e integración del Consejo Directivo del "PRO-

YECTO", para desarrollar su filosofía y programación multisectorial.

- 3.2 Se sostuvieron pláticas sobre la problemática de salud rural, con representantes de instituciones de DESARROLLO.
- 3.3 Aceptación de las instituciones patrocinadores, para la ejecución del "PROYECTO".
- 3.4 Participación de las mismas instituciones en la implementación de la FILOSOFIA, programación, control y supervisión del PROYECTO.
- 3.5 Nombramiento del Coordinador, del "PROYECTO".
- 3.6 Delimitación del Area, Plan Piloto a estudiar y actividades futuras.
- 3.7 Reunión del Consejo Directivo del Proyecto, con las autoridades locales y Junta Directiva de la Cooperativa y población local a estudiar (Plan Piloto), para informarles los objetivos del Proyecto, su filosofía, y que se espera de ellos, si lo aceptan o no. (Participación de la comunidad, población y autoridades).
- 3.8 Una vez obtenida la aceptación del "Proyecto", por parte de la comunidad y su compromiso de trabajar activamente para el éxito del mismo, se trasladará al área el Coordinador del Proyecto (Plan Piloto), con el fin de que preste el asesoramiento y coordinación del mismo.
- 3.9 Formación de un Comité local del "Proyecto", integrado por miembros de la Junta Directiva de la Cooperativa y autoridades locales de la comunidad (Alcaldes Auxiliares).
- 3.10 Selección y formación de un grupo de Promotores del

“Proyecto” que sepan leer y escribir, a quienes se les capacitará para la ejecución de los diferentes estudios a realizar.

3.11 Al llegar a esta etapa iniciar las investigaciones del “PROYECTO” y acompañarlas con actividades afines de desarrollo comunitario, primordialmente capacitación de personal en atención primaria de salud y “Áreas afines”.

3.12 Ejecución de encuestas y actividades comunitarias.

3.13 Verificación y tabulación de datos, análisis e interpretación de los mismos, conclusiones y recomendaciones, e implementación y seguimiento de “Programas” en base al estudio.

XI. ACTIVIDADES DE DESARROLLO COMUNITARIO DEL PROYECTO

1. ATENCION MEDICA
2. ATENCION ODONTOLOGICA
3. ASESORAMIENTO AGRICOLA Y DE MERCADEO
4. ASESORAMIENTO COOPERATIVO (Educación)
5. ASESORAMIENTO EN OBTENCION Y MANEJO DE CREDITO BANCARIO (Económico)
6. DEMOSTRADORAS DE ALIMENTOS MALHER E INCAPARINA (Educativo)
7. ADIESTRADORA DE ALIMENTOS, CURSO DE “HIGIENE NUTRICIONAL”
8. PROGRAMA DE LABORATORIO. (Tipificación Sanguinea, Ex. Heces, Alergia a Antibióticos, Peso-Talla)
9. PELICULAS DE DESARROLLO COMUNAL Y COOPERATIVO
10. PROGRAMAS DE CUNICULTURA Y AVICULTURA Y FORMACION DE HUERTOS FAMILIARES
11. CURSO DE PRIMEROS AUXILIS, MULTIMEDIO (Tipo)
12. CURSO DE ADMINISTRACION DE TERAPIA PARENTERAL (Hipodermia)
13. CURSO PARA FORMACION DE PROMOTORES DE SALUD
14. REUNIONES DE “MOTIVACION COOPERATIVA” CON EL COMITE LOCAL DEL PROYECTO, JUNTA DIRECTIVA DE LA COOPERATIVA Y POBLACION EN GENERAL
15. PRESTAMO BANCARIO (PLAN PILOTO) Para asistir al Desarrollo Agrícola
16. APROVISIONAMIENTO DE AGUA POTABLE PARA LA COOPERATIVA Y PUESTO DE SALUD (Plan Piloto)
17. CAMPAÑA DE ALFABETIZACION.

Es importante hacer mención de los resultados obtenidos en el PLAN PILOTO (Cooperativa Valle de Candelaria), con relación a las actividades de desarrollo comunitario del Proyecto:

1. ATENCION MEDICA: Se atendieron 610 pacientes, proporcionándoles su respectivo tratamiento.
2. ATENCION ODONTOLOGICA: Se efectuaron 1,087 extracciones con un total de 442 pacientes atendidos.
3. y 4. ASESORAMIENTO AGRICOLA Y COOPERATIVO: Se prestó asesoramiento con el fin de mejorar sus técnicas en el cultivo y comercialización del cardamomo y café, además se desarrollaron 3 panel-forum con respecto a la interpretación de la nueva Ley General de Cooperativas.
5. ASESORAMIENTO EN OBTENCION Y MANEJO DEL CREDITO BANCARIO: Se impartieron pláticas sobre la obtención y manejo de financiamiento para la comercialización de sus productos.
6. DEMOSTRADORAS DE ALIMENTOS MALHER E INCAPARINA: Se adiestró a la comunidad, respecto a nuevas técnicas alimenticias.
7. ADIESTRADORA DE ALIMENTOS, CURSO DE "HIGIENE NUTRICIONAL": Se impartieron 2 cursos a 40 mujeres de la comunidad.
8. PROGRAMA DE LABORATORIO: Se atendieron a 454 miembros de la comunidad.
9. PELICULAS DE DESARROLLO COMUNAL Y COOPERATIVO: Se exhibieron 12 películas.
10. PROGRAMAS DE CUNICULTURA Y AVICULTURA: Se transportaron 8 conejos, 2 machos y 6 hembras.
11. CURSO DE PRIMEROS AUXILIOS (Multimedia): Se impartió a 30 personas.
12. CURSO DE ADMINISTRACION DE TERAPIA PARENTE-

- RAL: Se impartió a 30 personas
13. CURSO PARA FORMACION DE PROMOTORES DE SALUD: Se impartió a 32 personas
 14. REUNIONES DE MOTIVACION COOPERATIVA CON EL COMITE RURAL DEL PROYECTO, JUNTA DIRECTIVA DE LA COOPERATIVA Y POBLACION EN GENERAL: El contenido de las reuniones se puede constatar en 7 actas.
 15. PRESTAMO BANCARIO: Se obtuvieron Q.15,000.00 del BANDESA para comercialización del café.
 16. AGUA POTABLE: Proyecto efectuado por la propia comunidad a un costo de Q.330.00
 17. CAMPAÑA DE ALFABETIZACION: Se encuentra actualmente en proceso de planificación.

Es importante hacer ver, con relación a los incisos 1, 2 y 8 que la población que acudió, pagó su servicio de la siguiente manera: atención médica: Q.0.25 por paciente, atención odontológica Q.0.25 por paciente y programa de laboratorio Q.1.50 para cooperativistas y Q.2.00 para los no cooperativistas.

COMENTARIO:

"Costos simbólicos" pero que ayudan a incentivar a la población para que abandone la idea del "paternalismo", tan fomentado en nuestro medio.

XII. INFORMACION ADICIONAL

1. DURACION APROXIMADA DEL ESTUDIO: INDEFINIDO
Ver Cronograma de Actividades. (Anexo No. 2)
2. AREA DE TRABAJO: Zona de IXCAN, norte de los departamentos de el Quiché y Huehuetenango.
3. INSTITUCIONES RESPONSABLES:
 - 3.1 COORDINADORA NACIONAL DE COOPERATIVAS (CONACO)
 - 3.2 INSTITUTO NACIONAL DE COOPERATIVAS (INACOP)
 - 3.3 FUERZA AEREA GUATEMALTECA (FAG).
4. CONTENIDO BIBLIOGRAFICO IMPORTANTE
 - 4.1 A.P.S. (Ver Anexo No. 3)
 - 4.2 COOPERATIVISMO (Ver Anexo No. 4)

XIII. PROTOCOLO No. 1

- A. METOLOGIA (procedimiento)
- B. CENSO DE POBLACION

A. METOLOGIA (PROCEDIMIENTO)

1. Selección, adiestramiento y formación de los Promotores del Proyecto (Salud).
2. Se levantará un CENSO DE POBLACION a todo el universo de la Cooperativa.
3. EL CENSO DE POBLACION: Se recolectará información sobre:
 - Nombre de la comunidad
 - a. Sexo Masculino y femenino
 - b. Número de componentes de la familia (Ver metodo usado en patrón familiar)
 - c. Nombres
 - d. Edad: Dividido por grupos étereos en adultos (18.1) — adolescentes (12.1 — 18) escolares (6.1 — 12) pre-escolares (1.1 — 6) e infantes (0 — 1)
 - e. Estado fisiológico (lactantes, embarazada)
 - f. Ocupación
 - g. Alfabetismo SI — No Masculino - Femenino
 - h. Número de viviendas censadas
 - i. Número de cooperativistas y no cooperativistas por comunidad.
 - j. Diagrama de cada casa por comunidad (separada - unida)
 - k. Total de habitantes por comunidad
 - l. Indice habitacional

PATRON FAMILIAR:

Hombre y mujer que viven juntos (casados o no)

Un triángulo significa sexo masculino

Un triángulo lleno significa sexo masculino muerto

Un círculo significa sexo femenino

Un círculo lleno significa sexo femenino muerto

Un círculo alrededor de la familia, indica que todos viven en la misma casa.

El patrón o composición de la familia a censar, se hace de la manera siguiente: (En el cuadro de arriba y a la derecha del formulario).

PROCEDIMIENTO:

1. La información se obtendrá de los padres de la manera siguiente:
2. Comience preguntando por todos los datos del padre, haga en la casilla del patrón familiar un triángulo para el padre, póngale No. 1 y anote su nombre en la segunda columna del protocolo (formulario) y así continúe preguntando los demás datos, que aparecen en las otras columnas del formulario.
Se llenará el triángulo si el padre murió.
Siga preguntando los datos de la madre, haciendo un círculo en la casilla del patrón familiar y póngale el No. 2, llenándolo si está muerta y continúe preguntando todos los datos que aparecen.
3. Una el triángulo y el círculo de padre y madre con dos líneas paralelas.
4. Del centro de las dos líneas paralelas que unen al padre y a la madre haga una línea vertical hacia abajo (2 cm. de largo).
5. Trace una línea horizontal de unos 8 a 10 cms. de largo unida al extremo inferior de la línea vertical que hizo antes.
6. Continúe preguntando a los padres, que recuerden quién es o fue su primer hijo o hija, haga un triángulo o círculo respectivamente y llenelo si esta muerto, póngale el No. 3. Este primer descendiente (hombre o mujer) triángulo o círculo, debe estar

unido al extremo izquierdo de la línea horizontal por una línea vertical de 1 a 2 cm. Continúe preguntando por los demás datos del No. 3 que aparecen en las otras columnas del protocolo.

7. Así continúe preguntando quién es o fue el segundo hijo, póngale el No. 4 y pregunte todos sus datos, haga un triángulo o círculo para indicar sexo y llenélo si está muerto.
8. De éste modo continúe preguntando por el siguiente hijo, hasta obtener los datos de cada uno y de todos los hijos. A cada uno póngale el número correspondiente y llene los datos de la columna del protocolo.
9. Si uno de los hijos es casado(a) y viven en la misma casa con sus hijos, continúe el mismo proceso antes descrito, dándoles los números correspondientes, siguiendo la numeración después del último número de su familia.
10. Haga un círculo alrededor de todos aquellos miembros de la familia que viven y comen en la misma casa.
11. En la parte inferior derecha del protocolo del censo, haga el diagrama de la casa o casas de la familia, teniendo cuidado de indicar hacia qué punto cardinal (norte, sur, este y oeste) están orientadas las puertas y ventanas.
12. Obtenga el índice habitacional de la casa familiar; el índice habitacional indica el número de habitaciones por miembro de la familia. Por ejemplo: si la familia tiene 6 miembros, su casa debe tener 6 cuartos ($6-6 = 1$) es decir, un cuarto por cada miembro de la familia. En este caso el índice habitacional es de 1, pero si la familia tiene 6 miembros y la casa tiene 3 habitaciones su índice habitacional es de 0.5 es decir, tiene 1 habitación para cada 2 miembros de la familia.

METODO PARA OBTENER EL INDICE HABITACIONAL:

- A) Tome el número de habitaciones de la casa o casas como

numerador; en nuestro caso es 6 habitaciones.

- B) Tome el número de miembros de la familia como denominador, en nuestro caso es 6.

Tenemos $6/6 = 1$ índice habitacional

En este caso es de 1, lo que considera como mínimo aceptable.

Otro ejemplo; en caso de que el número de habitantes de la casa o casas sea menor que el número de miembros de la familia, agregue cero (0) el número de habitaciones y divídalo por el número de los miembros de la familia; así si la casa tiene 3 habitaciones agregándole el (0) se vuelve 3.0 que dividido entre 6 miembros de la familia nos da $3.0/6 = 0.5$.

En este ejemplo el índice habitacional es de 0.5 es decir, le corresponden una habitación por cada dos miembros de la familia. Otro ejemplo la casa tiene 12 habitaciones y la familia tiene 6 miembros, aquí el índice habitacional es de 2.0; quiere decir que corresponden 2 habitaciones para cada miembro de la familia.

El índice habitacional se obtiene dividiendo el número de habitaciones de la casa entre el número de individuos de la familia que habitan. Es decir, el dividendo será el número de habitaciones, el divisor será el número de miembros de la familia y el cociente de esta división será el índice habitacional. Ejemplo:

	Número de Habitaciones de la casa(s) (N ^o HC)	Número de Miembros en la familia (NMF)	Índice Habitacional (I.H.)
Eje. No. 1	12	6	$12 \div 6 = 2$
Eje. No. 2	6	6	$6 \div 6 = 1$
Eje. No. 3	3	6	$3.0 \div 6 = 0.5$
Eje. No. 4	3	12	$3.00 \div 12 = 0.25$

La fórmula matemática es:
$$\frac{N^{\circ}HC}{N^{\circ}MF} = I.H.$$

En los cuatro ejemplos dados, los índices habitacionales respectivamente son de 2, 1, 0.5 y 0.25, lo que quiere decir que en el ejemplo No. 1 hay una disponibilidad de DOS habitaciones por CADA miembro de la familia, en el Eje. 2 hay una habitación por miembro familiar y en el Eje. 3 hay una habitación por cada dos miembros de la familia y en el Eje. 4 hay UNA habitación por cada 4 miembros de la familia.

El IH está en relación directa con el statu quo de la familia; como se demuestra en el presente estudio.

IMPORTANCIA DEL INDICE HABITACIONAL:

La importancia del índice habitacional es que nos indica en una sola cifra las condiciones económicas, de salud, nutricionales, sociales, culturales, etc. de las familias. Por ejemplo: se acepta como mínimo requerimiento habitacional un índice habitacional de 1. Si obtenemos por ejemplo, para una familia un índice habitacional de 0.25, inmediatamente nos está diciendo, indicando que esta familia es pobre, hay hacinamiento (mucha gente durmiendo y viviendo apiñada), por lo tanto, más enferma, con niños mal nutridos, con alta posibilidad de alto grado de analfabetismo, bajo nivel cultural, social, educacional, etc. Si el índice habitacional de una familia es de 2 ó más, nos indica que ésta familia está por encima del mínimo aceptable por lo tanto, es una familia que vive, etc. en mejores condiciones de lo aceptable y que indudablemente es una familia que goza de mejor estado socio-cultural, económico, de salud, etc. que la otra familia con índice habitacional de 0.25. Entre más alto es el índice habitacional mejor serán las condiciones de la familia y viceversa.

Después de obtener el índice habitacional de cada familia, hay que tabularlos, y conocer en porcentajes cuantas familias de la comunidad hay en cada índice habitacional; ejemplo: La comunidad X tiene el 60o/o de familias con índice habitacional 0.25, el 25o/o de familias con índice habitacional de 0.5, el 10o/o de familias con índice habitacional de 1 y el 5o/o de familias con índice habitacional de 2.

Lugar _____ Fecha _____																																
ENCUESTA SOBRE SANEAMIENTO BASICO																																
Cooperativa: _____					Encuestador: _____					Forma: _____																						
DATOS SOBRE AGUA DE CONSUMO																																
Rid Distancia en Metros	Pozo	Si	No	Protegido	Si	No	Brocal	Si	No	Seco en Verano	Si	No	Salobriga	Si	No																	
	Pila Pública			Techada			Sucia			Abundante			DISTANCIA EN METROS																			
	Laguneta			Protegida			Sucia			Seva en Verano																						
	Chorro			Público			Privado			Suficiente																						
Recipientes para guardar agua, fogón combustible.	Cántaros		Limpios		Sucios		Fogón	Suelo	Leña		Si	No																				
	Botes							Alfo	Combustible	Carbon																						
	Cubetas									Propano																						
										Kerosina																						
DISPOSICION DE HECES	No	Letrina		Inodoro		No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No																
		Si	Si	No	Si												No															
	Al aire libre	Usada		Limpio		Disposición de aguas negras (suavías)	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No														
		Si	No	Si	No														Inada al patio	Usada por animales	Canalizada	Presencia de Charcos	Disposición de basuras	Trada al patio	Inada al barranco	Quemada	Enterrada	Para hacer abono	Para alimentar animales	Cratido de moscas	Para hacer abono	
		Protegida	Conectado																													
		Si	No	Si	No																											
		Distancia		Distancia																												
	DATOS SOBRE ANIMALES DOMESTICOS Y OTROS																															
	Animales	Cuantos	Vacu- na- dos	Acceso a la Casa	Donde Duermen		Donde comen		Que comen		Presencia de:																					
			Si	No	Si	No	Limpio	Sucio	Limpio	Sucio	Desper- dicios	Preparada	Si	No																		
Gatos																																
Perros																																
Aves																																
Cerdos																																
Ovejas																																
Cabras																																
Vacas																																
	Recipiente de ordeño																															
								Cantidad de leche				Producida																				
												Consumida																				

PROTOCOLO No. 3

- A. METODOLOGIA (PROCEDIMIENTOS)
- B. ENCUESTA COMUNITARIA DE SANEAMIENTO BASICO

A. METODOLOGIA (PROCEDIMIENTO)

1. La presente encuesta la realizarán los Promotores locales de salud ya entrenados.
2. Se efectuará al total de poblaciones o caseríos, que conforman la comunidad estudiada.
3. Se entrevistará a las autoridades civiles (alcaldes auxiliares) de cada población o caserío, y se visitaran los lugares, edificios públicos, etc. objetos de la encuesta.
4. Se supervisará por medio del Coordinador del Proyecto, la veracidad de la información recolectada por los promotores de salud.
5. Los datos recolectados serán tabulados y procesados estadísticamente según sea necesario y se contestaran afirmativa o negativamente.

ENCUESTA COMUNITARIA DE SANEAMIENTO BASICO

Datos recolectados en Valle de Candelaria, No 1 y No. 2, San Carlos y Nueva Comunidad.

1. Aproveccionamiento de agua potable?
2. Eixste plaza o mercado?
3. Cuentan con rastro o lugar de destace?
4. Existen basureros públicos?
5. Existen escuelas funcionando?
6. Existe Puesto de Salud?
7. Existe destacamento militar?

8. Alumbrado eléctrico (público)?
9. Existe programa de erradicación de la malaria (SNEM)?
10. Existe algún programa de alfabetización a la comunidad en general?

PROTOCOLO No. 4

A. METODOLOGIA (PROCEDIMIENTO) B. ENCUESTA DE SIGNOS CLINICOS NUTRICIONALES Y OTROS DE IMPORTANCIA EN SALUD

A. METODOLOGIA (PROCEDIMIENTO)

1. Esta encuesta la realizará el Coordinador del Proyecto.
2. Se encuestarán porcentajes diferentes según el grupo etáreo del total de la población. Los grupos vulnerables son más afectados nutricionalmente.
3. El INCAP a demostrado que los infantes, por lo regular siempre están bien nutridos, pero las deficiencias nutricionales se excerban más a lo largo de la época pre-escolar, escolar, lactantes y embarazadas (grupos vulnerables), es por esta razón por la que los tamaños de las muestras a estudiar varían para cada grupo y así se escogieron los siguientes porcentajes:

Para infantes al 10o/o de su población total

Para pre-escolares al 50o/o de su población total

Para escolares al 25o/o de su población total

Para adolescentes masculinos al 10o/o de su población total

Para adolescentes femeninas al 10o/o de su población total no embarazada o lactante

Para adolescentes femeninas embarazadas o lactantes al 50o/o de su población total

Para adultos masculinos el 10o/o de su población total

Para adultos femeninos el 10o/o de su población total

Para adultos femeninas embarazadas o lactantes el 50o/o de su

población total

4. Se buscarán signos que están directamente o indirectamente relacionados con el estado nutricional y de salud.
5. Se elaborará una LISTA MAESTRA, en la cual también, se investiguen otros datos, como higiene, personal y de otras enfermedades prevalentes en el área.

MANERA DE PROCEDER:

- a. Se examinará al paciente de la cabeza para abajo.
- b. Se registrarán en la casilla que le corresponde al paciente, solamente los signos positivos con su número correspondiente en la lista maestra, que lo identifica.
- c. Al recolectar estos datos, se tabularán, agrupando los signos de acuerdo con deficiencias nutricionales, Ej.: deficiencia, proteínas-calorías, dif. vitamínicas, etc. y por grupo etareo para ver la mayor prevalencia de estas deficiencias.
- d. Al final, se puede obtener un perfil nutricional, de la población estudiada.

SIGNOS CLÍNICOS NUTRICIONALES (NOTAR SOLAMENTE LOS HALLAZGOS POSITIVOS)

No.	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
	OBSERVACIONES:

PROYECTO DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD COOPERATIVA
INACOP - COORDINADORA - FUERZA AEREA GUATEMALTECA

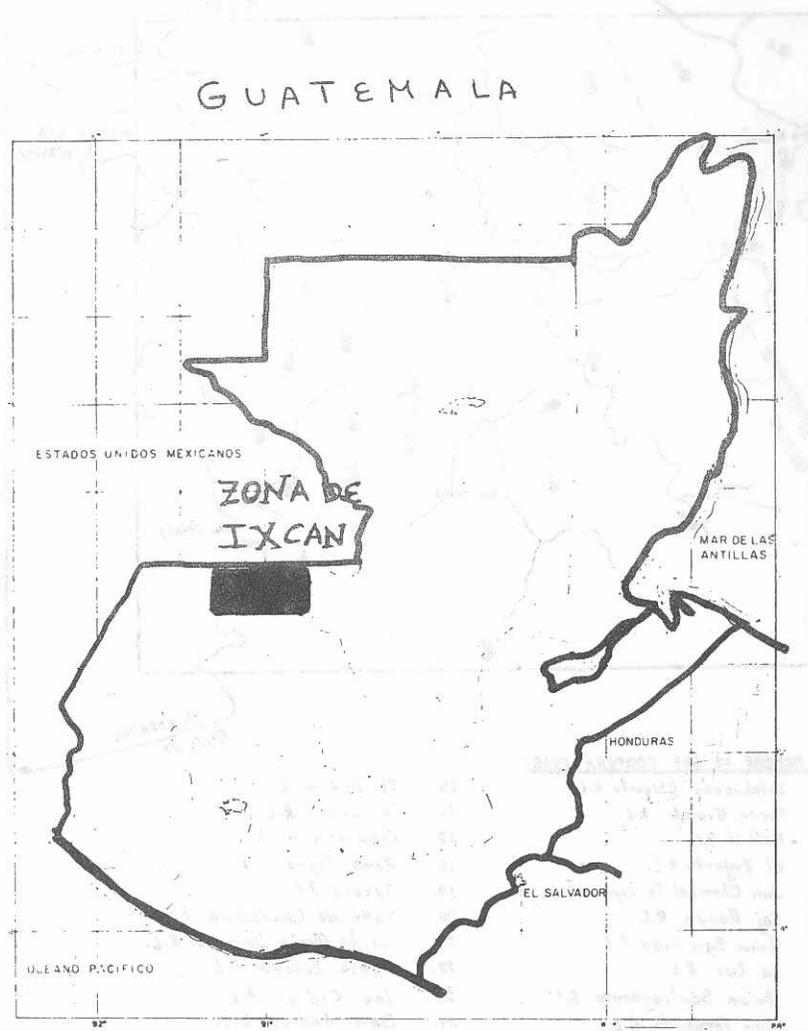
LISTA MAESTRA DE SIGNOS NUTRICIONALES Y OTROS IMPORTANTES

1. Pelo quebradizo, "con flor"
2. Pelo ralo y desprendible facilmente
3. Pelo decolorado, signo de bandera
4. Presencia de piojos
5. Cabellera sucia
6. Cara hinchada (luna llena)
7. Cara con manchas despigmentadas
8. Cara Pálida
9. Ojos, conjuntivas pálidas
10. Manchas de Bitot
11. Congestionamiento de las conjuntivas
12. Conjuntivitis purulenta
13. Circulación circunlimbar
14. Córnea opaca, sin brillo
15. Manchas opacas de la córnea
16. Descarga mucosa o acuosa de la nariz
17. Labios rajados
18. Rajaduras angulares de los labios
19. Encías sangrantes (presión suave)
20. Papilas interdigitales destruidas
21. Encías pálidas
22. Presencia de alimentos en encías
23. Dientes manchados
24. Caries visibles (No. caries visibles)
(No. cuantas)
25. Bordes dentarios gastados
26. Ausencia de dientes (cuántos)
27. Presencia de raigones dentarios
28. Mucosa bucal pálida
29. Lengua geográfica
30. Lengua pálida
31. Aftas bucales
32. Papilas hipertrofiadas
33. Papilas atrofiadas
34. Lengua magenta
35. Lengua hinchada
36. Amígdalas hipertrofiadas
37. Bocio endémico (Grados 1, 2, 3)
38. Hiperqueratosis folicular de los brazos en la cara externa
39. Músculos de los brazos flácidos, poco desarrollados
40. Brazos sucios (falta de higiene)
42. Descamación al rayado con la uña
43. Dedos de la mano en forma de banqueta
44. Dedos de la mano deformados (artritis reumática)
45. Uñas quebradizas
46. Manchas blancas en las uñas
47. Tórax "pecho de pájaro"
48. Rosario costal
49. Músculos torácicos poco desarrollados
50. Escoliosis
51. Torax sucio (higiene personal)
52. Hiperqueratosis folicular de los muslos
53. Manchas negras y descamación de las articulaciones del codo (Kwasorkor)
54. Protuberancia abdominal
55. Músculos de las extremidades inferiores poco desarrollados
56. Piel de las piernas, lisa, lustrosa (en cebolla)
57. Edema de las extremidades inferiores
58. Manchas negras y descamación a nivel de la ingle y cara posterior de la rodilla
59. Edema generalizado a todo el cuerpo
60. Apariencia esquelética general
61. Apático (niño)
62. Llorón, quejumbroso (niño)
63. Genu Varus
64. Genu Valgun

LISTA MAESTRA DE SIGNOS NUTRICIONALES Y OTROS IMPORTANTES

- | | |
|-------------------|-------------------|
| 01. Aparato (año) | 01. Aparato (año) |
| 02. Aparato (año) | 02. Aparato (año) |
| 03. Aparato (año) | 03. Aparato (año) |
| 04. Aparato (año) | 04. Aparato (año) |
| 05. Aparato (año) | 05. Aparato (año) |
| 06. Aparato (año) | 06. Aparato (año) |
| 07. Aparato (año) | 07. Aparato (año) |
| 08. Aparato (año) | 08. Aparato (año) |
| 09. Aparato (año) | 09. Aparato (año) |
| 10. Aparato (año) | 10. Aparato (año) |
| 11. Aparato (año) | 11. Aparato (año) |
| 12. Aparato (año) | 12. Aparato (año) |
| 13. Aparato (año) | 13. Aparato (año) |
| 14. Aparato (año) | 14. Aparato (año) |
| 15. Aparato (año) | 15. Aparato (año) |
| 16. Aparato (año) | 16. Aparato (año) |
| 17. Aparato (año) | 17. Aparato (año) |
| 18. Aparato (año) | 18. Aparato (año) |
| 19. Aparato (año) | 19. Aparato (año) |
| 20. Aparato (año) | 20. Aparato (año) |
| 21. Aparato (año) | 21. Aparato (año) |
| 22. Aparato (año) | 22. Aparato (año) |
| 23. Aparato (año) | 23. Aparato (año) |
| 24. Aparato (año) | 24. Aparato (año) |
| 25. Aparato (año) | 25. Aparato (año) |
| 26. Aparato (año) | 26. Aparato (año) |
| 27. Aparato (año) | 27. Aparato (año) |
| 28. Aparato (año) | 28. Aparato (año) |
| 29. Aparato (año) | 29. Aparato (año) |
| 30. Aparato (año) | 30. Aparato (año) |
| 31. Aparato (año) | 31. Aparato (año) |
| 32. Aparato (año) | 32. Aparato (año) |
| 33. Aparato (año) | 33. Aparato (año) |
| 34. Aparato (año) | 34. Aparato (año) |
| 35. Aparato (año) | 35. Aparato (año) |
| 36. Aparato (año) | 36. Aparato (año) |
| 37. Aparato (año) | 37. Aparato (año) |
| 38. Aparato (año) | 38. Aparato (año) |
| 39. Aparato (año) | 39. Aparato (año) |
| 40. Aparato (año) | 40. Aparato (año) |
| 41. Aparato (año) | 41. Aparato (año) |
| 42. Aparato (año) | 42. Aparato (año) |
| 43. Aparato (año) | 43. Aparato (año) |
| 44. Aparato (año) | 44. Aparato (año) |
| 45. Aparato (año) | 45. Aparato (año) |
| 46. Aparato (año) | 46. Aparato (año) |
| 47. Aparato (año) | 47. Aparato (año) |
| 48. Aparato (año) | 48. Aparato (año) |
| 49. Aparato (año) | 49. Aparato (año) |
| 50. Aparato (año) | 50. Aparato (año) |
| 51. Aparato (año) | 51. Aparato (año) |
| 52. Aparato (año) | 52. Aparato (año) |
| 53. Aparato (año) | 53. Aparato (año) |
| 54. Aparato (año) | 54. Aparato (año) |
| 55. Aparato (año) | 55. Aparato (año) |
| 56. Aparato (año) | 56. Aparato (año) |
| 57. Aparato (año) | 57. Aparato (año) |
| 58. Aparato (año) | 58. Aparato (año) |
| 59. Aparato (año) | 59. Aparato (año) |
| 60. Aparato (año) | 60. Aparato (año) |

XIV. ANEXO No. 1



ANEXO No. 2

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

Septiembre 1979 = Origen de la "IDEA", en base a la problemática de salud. rural.

Octubre 1979 = Contacto con personas especializadas en salud pública.

Noviembre 1979 = Formación e integración del Consejo Directivo del Proyecto. Elevación de protocolos a usar en las diferentes encuestas.

Diciembre 1979 = Creación de la filosofía del Proyecto y la ejecución de la programación y control del mismo.

Enero 1980 = Aceptación de las instituciones responsables para la ejecución del Proyecto y de limitación del área donde se iniciará el "PLAN PILOTO".

Febrero 1980 = Reunión del Consejo Directivo con la Junta Directiva y autoridades civiles de la Cooperativa Valle de Candelaria, R.L. Además formación y adiestramiento de los promotores del Proyecto.

Abril 1980 = Ejecución del Censo de población del PLAN PILOTO.

Marzo 1980 = Reuniones de Planificación y trabajo del Consejo Directivo y nombramiento del Coordinador del Proyecto.

Mayo 1980 = Traslado del Coordinador del Proyecto a la Cooperativa, donde se realiza el PLAN PILOTO, formación del Comité local del Proyecto, reorganización del grupo de promotores, por muestreo se chequeo, la veracidad en los resultados del Censo de Población, adiestramiento de los promotores para la ejecución de la Encuesta sobre saneamiento básico, se inició la tabulación del censo de pobla-

ción, ejecución de la encuesta sobre saneamiento básico, se efectuaron dos reuniones con el comité local (ACTAS No. 1 y 2) en las cuales se les informó ampliamente de los objetivos del Proyecto y las actividades a verificarse durante el mes de junio, se dió atención y tratamiento médico a la población enferma, 200 pacientes.

Junio 1980 — Se terminó de tabular el Censo de población, el Coordinador del Proyecto efectuó la encuesta de signos clínicos nutricionales en porcentajes por grupo etareo, se verificaron las actividades del Proyecto consistiendo en: ATENCION MEDICA: Se les proporcionó atención y tratamiento médico a 300 pacientes. PROGRAMAS ODONTOLOGICO: Se le proporcionó tratamiento dental a 442 pacientes; habiéndose efectuado 1,087 extracciones, ASESORAMIENTO AGRICOLA Y COOPERATIVO, se brindó orientación agrícola y cooperativa, PELICULAS DE DESARROLLO COMUNAL Y COOPERATIVO: Se presentaron en forma de cine-forum, CURSO DE HIGIENE NUTRICIONAL: Dedicado a las mujeres de cada comunidad, habiendo asistido un total de 80 personas, PROGRAMA DE LABORATORIO: Se efectuaron tipificaciones sanguíneas, de heces y prueba de sensibilidad a la penicilina, atendiéndose 454 pacientes, y se les midió peso y talla, PROGRAMA DE CUNICULTURA: Se transportaron 8 conejos, 6 hembras y 2 machos, a los cooperativistas del Valle de Candelaria quienes ya hicieron su respectiva conejera y está pendiente la elaboración del reglamento para la distribución de las crias, entre los cooperativistas logrando así el fomento de esta especie, para que en un futuro sirva de alimento. CURSO DE ADMINISTRACION PARENTERAL: Se capacitó personal, primordialmente a los promotores del Proyecto, contándose con la presencia de 30 personas, tuvieron 3 reuniones con el Comité local del Proyecto (ACTAS No. 3, 4 y 5).

Julio 1980 = Se tabularon las encuestas de saneamiento básico, signos clínicos nutricionales, se ejecutó y tabuló la encuesta de saneamiento básico de cada comunidad, se tuvieron 2 reuniones con el Comité local del Proyecto (ACTAS No. 5 y 7), se trabajó en el programa de agua potable y electrificación del puesto de salud, destacamento militar y cooperativo local, dentro de las actividades podemos mencionar: ATENCION MEDICA,

se atendieron 200 pacientes, CURSO DE HIGIENE NUTRICIONAL, dedicado a las mujeres de la comunidad contándose con la presencia de 80 personas, CURSO DE PRIMEROS AUXILIOS: dedicado a los promotores del Proyecto contándose con la asistencia de 30 personas.

Agosto 1980 = Lugar: Ciudad de Guatemala y visitas de coordinación a las cooperativas de IXCAN.

- a. Presentación del censo y encuestas al Plan Piloto al Consejo Directivo para su estudio y evaluación.
- b. Ejecución del Protocolo del estudio.
- c. Complementación del Proyecto (parte teórica)
- d. Cooperación con la Junta Directiva de la Cooperativa Valle de Candelaria, para la solicitud del préstamo bancario.
- e. Visita de coordinación al destacamento militar de "Playa Grande"
- f. Visitas para coordinación e implementación de actividades con las entidades que participan y colaboran con el Proyecto.
- g. Solicitud de prórroga por un mes para presentación teórica de la investigación.

Septiembre 1980 = Lugar: Ciudad de Guatemala visitas de coordinación a las cooperativas de IXCAN.

- a. Preparación del Proyecto (Plan Piloto)
- b. Presentación del Proyecto a entidades nacionales y extranjeras para su estudio (Solicitud de financiamiento).
- c. Coordinar e implementar actividades en base a los resulta-

ción, ejecución de la encuesta sobre saneamiento básico, se efectuaron dos reuniones con el comité local (ACTAS No. 1 y 2) en las cuales se les informó ampliamente de los objetivos del Proyecto y las actividades a verificarse durante el mes de junio, se dió atención y tratamiento médico a la población enferma, 200 pacientes.

Junio 1980 = Se terminó de tabular el Censo de población, el Coordinador del Proyecto efectuó la encuesta de signos clínicos nutricionales en porcentajes por grupo etareo, se verificaron las actividades del Proyecto consistiendo en: ATENCION MEDICA: Se les proporcionó atención y tratamiento médico a 300 pacientes. PROGRAMAS ODONTOLOGICO: Se le proporcionó tratamiento dental a 442 pacientes; habiéndose efectuado 1,087 extracciones, ASESORAMIENTO AGRICOLA Y COOPERATIVO, se brindó orientación agrícola y cooperativa, PELICULAS DE DESARROLLO COMUNAL Y COOPERATIVO: Se presentaron en forma de cine-forum, CURSO DE HIGIENE NUTRICIONAL: Dedicado a las mujeres de cada comunidad, habiendo asistido un total de 80 personas, PROGRAMA DE LABORATORIO: Se efectuaron tipificaciones sanguíneas, de heces y prueba de sensibilidad a la penicilina, atendándose 454 pacientes, y se les midió peso y talla, PROGRAMA DE CUNICULTURA: Se transportaron 8 conejos, 6 hembras y 2 machos, a los cooperativistas del Valle de Candelaria quienes ya hicieron su respectiva conejera y está pendiente la elaboración del reglamento para la distribución de las crias, entre los cooperativistas logrando así el fomento de esta especie, para que en un futuro sirva de alimento. CURSO DE ADMINISTRACION PARENTERAL: Se capacitó personal, primordialmente a los promotores del Proyecto, contándose con la presencia de 30 personas, tuvieron 3 reuniones con el Comité local del Proyecto (ACTAS No. 3, 4 y 5).

Julio 1980 = Se tabularon las encuestas de saneamiento básico, signos clínicos nutricionales, se ejecutó y tabuló la encuesta de saneamiento básico de cada comunidad, se tuvieron 2 reuniones con el Comité local del Proyecto (ACTAS No. 5 y 7), se trabajó en el programa de agua potable y electrificación del puesto de salud, destacamento militar y cooperativo local, dentro de las actividades podemos mencionar: ATENCION MEDICA,

se atendieron 200 pacientes, CURSO DE HIGIENE NUTRICIONAL, dedicado a las mujeres de la comunidad contándose con la presencia de 80 personas, CURSO DE PRIMEROS AUXILIOS: dedicado a los promotores del Proyecto contándose con la asistencia de 30 personas.

Agosto 1980 = Lugar: Ciudad de Guatemala y visitas de coordinación a las cooperativas de IXCAN.

- a. Presentación del censo y encuestas al Plan Piloto al Consejo Directivo para su estudio y evaluación.
- b. Ejecución del Protocolo del estudio.
- c. Complementación del Proyecto (parte teórica)
- d. Cooperación con la Junta Directiva de la Cooperativa Valle de Candelaria, para la solicitud del préstamo bancario.
- e. Visita de coordinación al destacamento militar de "Plaza Grande"
- f. Visitas para coordinación e implementación de actividades con las entidades que participan y colaboran con el Proyecto.
- g. Solicitud de prórroga por un mes para presentación teórica de la investigación.

Septiembre 1980 = Lugar: Ciudad de Guatemala visitas de coordinación a las cooperativas de IXCAN.

- a. Preparación del Proyecto (Plan Piloto)
- b. Presentación del Proyecto a entidades nacionales y extranjeras para su estudio (Solicitud de financiamiento).
- c. Coordinar e implementar actividades en base a los resulta-

dos del Plan Piloto.

- d. Continuar el "Proyecto" e implementar actividades afines y el estudio del Plan Piloto, en 5 cooperativas más a lo largo del presente año.
- e. Visitas de coordinación para las actividades del Proyecto, con las entidades que participan en el mismo.

Octubre 1980 = Lugar: Cooperativas Mayaland y Mónaco.

Noviembre 1980 = Lugar: Cooperativas Kaibil-Balám y Resurrección.

Diciembre 1980 = Lugar: Cooperativas Xalbal y ciudad Guatemala.

Enero 1981 = Lugar: San Juan y Santiago IXCAN.

PROCEDIMIENTO DE EJECUCION DEL PROYECTO PARA ESTAS 7 COOPERATIVAS:

1. Se trabajará de acuerdo al "Marco Conceptual"
2. El tiempo de permanencia será de 10 a 12 días en cada Cooperativa.
3. Los censos y encuestas, se recojerán y tabularán posteriormente.
4. Durante el mes de diciembre, se aprovechará la segunda quincena, para la coordinación de actividades afines al Proyecto.
5. Mensualmente, como ya es costumbre, se rendirán informes al Consejo Directivo y entidades patrocinadoras del Proyecto.

Febrero 1981 = Lugar: Guatemala, ciudad

- a. Recolección de censos y encuestas verificadas en las 7 Cooperativas arriba mencionadas.
- b. Reorganización del Proyecto y políticas para el futuro (año 1981).
- c. Coordinación de actividades afines al Proyecto, para el año 1981.

Marzo 1981 a Enero 1981: Lugar: Resto de Cooperativas de IXCAN, total 20.

- A. Se trabajará de acuerdo al "Marco Conceptual" del PROYECTO.
- B. Continuidad y seguimiento del Proyecto en las restantes 20 Cooperativas.
- C. Implementación de actividades afines al Proyecto.
- D. Ejecución de Programa en base al diagnóstico.

Febrero y Marzo 1982: Lugar: Guatemala, Ciudad.

1. Elaboración del Proyecto global de las 28 Cooperativas de IXCAN.
2. Elaboración del Estudio para la ejecución del PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD (A.P.S.), en AREAS RURALES A NIVEL DE COOPERATIVAS PARA LA ZONA DE IXCAN.

ANEXO No. 3

ATENCION PRIMARIA DE SALUD

La atención primaria de salud es fundamentalmente asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la

comunidad, por medios que les sean aceptables, con su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar. La atención primaria, a la vez que constituye el núcleo del sistema nacional de salud, forma parte del conjunto del desarrollo económico y social de la comunidad.

La atención primaria de salud se orienta hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad y presta los correspondientes servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y de fomento de la salud. Como esos servicios reflejan las condiciones económicas y los valores sociales del país y de sus comunidades y son una emanación de esas condiciones y esos valores, variarán lógicamente según los diversos países y comunidades, pero han de comprender como mínimo: la promoción de una nutrición adecuada y de un abastecimiento suficiente de agua potable; el saneamiento básico; la salud de la madre y el niño, incluida la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y lucha correspondiente; y el tratamiento apropiado para las enfermedades y los traumatismos comunes.

Para que la atención primaria de salud sea, lo más rápidamente posible, accesible a todos los miembros de la comunidad, es indispensable que la comunidad y los individuos contribuyan con su máximo esfuerzo a su propio desarrollo sanitario. Para que esto sea así, la comunidad ha de participar plenamente en la planificación, la organización y la administración de la atención primaria de salud. Esa participación se consigue principalmente mediante una adecuada labor de educación que permita a las comunidades enfrentarse, en la forma más conveniente, con sus verdaderos problemas de salud. Así estarán mejor situadas para adoptar decisiones racionales acerca de la atención primaria de salud y para conseguir de los demás niveles del sistema nacional de salud el apoyo que realmente sea necesario. Esos niveles superiores se deben organizar y fortalecer para que puedan apoyar la atención primaria de salud mediante conocimientos técnicos, formación de personal, orientación y supervisión, ayuda logística, suministros, información, financiación y sistemas e insti-

tuciones de envío de enfermos o de consulta de problemas pendientes de solución.

Todo da a entender que, para alcanzar su máxima eficacia, la atención primaria de salud habrá de emplear medios que la comunidad acepte y comprenda y que el personal sanitario pueda aplicar dentro de las posibilidades económicas de la comunidad y del país. Ese personal sanitario de la comunidad, incluidas, cuando así proceda, las personas que practican la medicina tradicional, dará el máximo rendimiento si reside en la misma comunidad a la que ha de atender y ha recibido una formación social y técnica adecuada a las necesidades de salud expresadas por esa comunidad.

Como la atención primaria de salud forma parte al mismo tiempo del sistema nacional de salud y del conjunto del desarrollo económico y social, sin el cual estaría condenada al fracaso, se habrá de coordinar, en el plano nacional, con los demás niveles del sistema de salud así como con los demás sectores que contribuyan a la estrategia para el desarrollo total del país.

ANEXO No. 4

PREGUNTAS SOBRE LA HISTORIA DEL COOPERATIVISMO MUNDIAL Y NACIONAL

1. ¿CUAL FUE EL ORIGEN DEL MOVIMIENTO COOPERATIVO MUNDIAL?

El surgimiento de todo movimiento social en el mundo tiene larga historia y notable desarrollo; tratar de enumerar en forma cronológica y detallada esos aspectos, situaciones políticas y sociales que dieron forma al cooperativismo, conduciría a llenar muchas cuartillas y a analizar las distintas doctrinas que, constituyen en cierto modo los polvorientos tomos de la historia universal. Tomando en consideración que a lo largo de los siglos el cooperativismo ha evolucionado, de una orientación eminentemente religiosa a una organización formalizada al servicio de necesidades económicas del pueblo.

2. ¿CUAL HA SIDO LA EVOLUCION DEL MOVIMIENTO COOPERATIVO HASTA NUESTROS DIAS?

Las podríamos dividir de la siguiente manera:

- 1ra. Necesidades que son propias del hombre.
- 2da. Manifestaciones primarias del Cooperativismo.
- 3ra. Segunda etapa del cooperativismo.
- 4ta. Era moderna de la Cooperación.

3. ¿DENTRO DE LAS NECESIDADES INNATAS DEL HOMBRE QUE PODRIA MENCIONAR?

Básicamente desde los primeros días de la humanidad, el hombre tomó conciencia de que "no podía vivir en el aislamiento, para sobrevivir necesitaba compartir sus esfuerzos, inquietudes y trabajo". Es por esto que el antropólogo Ashley Montagu sostiene que el hombre, probablemente, le deba más al efecto del principio de la cooperación que a cualquier otro, en su evolución biológica y social. No solo esto; sino que, sin la función del "principio de la cooperación", de la sociabilidad y de la ayuda mutua, el progreso de la vida orgánica, el mejoramiento del organismo y el fortalecimiento de las especies resultaría totalmente incomprensible.

4. ¿CUALES FUERON LAS MANIFESTACIONES PRIMARIAS DEL COOPERATIVISMO?

La primera manifestación cooperativa se produce en una de las más antiguas organizaciones o actividades; siendo "el campesinado" y nacen por lógica consecuencia y necesidad, en los Alpes, Inglaterra, el Eriván, Egipto, Babilonia, Grecia, Imperio Romano y la China, hasta la era cristiana. Posteriormente se constituyen las comunidades de agricultores, originándose de tal forma:

ZADRUGA: en Se4via, MIR; en Yugoslavia, explotación de tierras en común, ARTEL: en Rusia cooperativas de producción agrícola, luego, desde que nació la Revolución Islámica hasta la Revolución Industrial surgieron las GUILDAS semejantes a los modernos gremios obreros y las primeras sociedades por acciones y de seguros mutuos contra incendio.

En América existieron: CALPULLI: entrega de lotes de tie-

ra en usufructo a las familias.

POSITOS O ALHONDIGAS: almacenes en los que depositaban los excedentes de la cosecha para las épocas de escasez. Cooperativas de distribución.

AYLLU: régimen social y económico de los Incas.

5. RESPECTO A LA SEGUNDA ETAPA DEL COOPERATIVISMO, ¿QUE NOS PUEDE DECIR?

Respecto a la segunda etapa del Cooperativismo, es importante hacer mención a las diferentes corrientes intelectuales, pero que todas tenían un punto de unión, siendo la Cooperación, pudiéndose mencionar a los UTOPISTAS, como Platón: La República, Tomás Moro: La Utopía, Tomás Campanella: La Ciudad del Sol, Francisco Bacon: La Nueva Atlántida.

En Inglaterra tenemos Plockboy y Bellers, quien habla de la "supresión del lucro y la explotación del hombre por el hombre", 1654.

Robert Owen (1800), quien es considerado el padre de la cooperación, cuida al obrero igual que a la máquina.

William King (1850), quien concibe "ventas a plazos, socios limitados." No hay excedentes. Conceptos opuestos a Rochdale.

En Francia existieron: Charles Fourier (1772), quien habla de los Falanterios y almacenes comunales.

Enrique Sain-Simón (1760), que expuso, la tesis de "jerarquizar la humanidad" "a cada cual según su capacidad y cada capacidad según sus obras".

Felipe Buchez (1790), quien habla de cooperativas artesanales y obreras.

Louis Blanc (1811) quien habló de cooperativas industria-

les y de producción.

6. DE LA ERA MODERNA DE LA COOPERACION, ¿QUE NOS PUEDE DECIR?

Como punto medular podemos mencionar a los "realizadores de la doctrina", quienes fueron los primeros pioneros de Rochdale y la creación del primer almacén Cooperativo "Sociedad Igualada de Pineros de Rochdale". Inicia sus actividades el 24 de octubre de 1844. Se le otorga la personería jurídica a la sociedad el 21 de diciembre de 1844. El almacén funcionaba en el callejón del Sapo.

Y sus principios fueron los siguientes:

- A. Admisión ilimitada y voluntaria de afiliados.
- B. Administración democrática
- C. Bonificaciones especiales a las compras efectuadas
- D. Limitación del interés al capital pagado
- E. Venta al contado
- F. Neutralidad política y religiosa
- G. Educación cívica e información

7. ¿CUAL ES LA HISTORIA DEL MOVIMIENTO COOPERATIVO DE GUATEMALA?

Si podemos dividirla, de la siguiente manera:

- 1ra. ETAPA HISTORICA.
- 2da. ETAPA INICIAL
- 3ra. ETAPA DE CONSOLIDACION O FORMACION
- 4ta. ETAPA DE INTEGRACION (EPOCA ACTUAL)

8. RESPECTO A ESTAS ETAPAS ¿QUE NOS PODRIA DECIR?

Bueno, la primera manifestación de Cooperativismo, se efectuó en la ETAPA HISTORICA; todos sabemos de la grandesa de la "Civilización Maya", fue ahí donde podemos notar las primeras manifestaciones de la Cooperación, ejemplo de ello, su historia, sus templos, sus ciudades, etc.

Respecto a la ETAPA INICIAL, podemos decir que en la actual Guatemala, el movimiento cooperativo se inició el 20 de enero de 1903, en el momento en que fue emitido el Decreto No. 630 llamado como la Ley de las Sociedades Cooperativas, posteriormente ya en la ETAPA que le hemos llamado de CONSOLIDACION O FORMACION, ya que se ha considerado por muchas personas, como el verdadero inicio del movimiento cooperativo, en sus actividades, en el año de 1945, dándose precisamente con el mismo inicio de operaciones, la creación del Departamento de Fomento Cooperativo (Decreto No. 146) y la promulgación de la "Ley de Cooperativas (Decreto No. 643), emitida el 13 de julio de 1949. Actualmente ya derogado. Durante esta fase el cooperativismo guatemalteco, es cuando principia a dar sus primeros pasos él mismo, creándose las primeras Cooperativas de Ahorro y Crédito, Consumo y Agrícolas, contándose con la participación decidida de muchos líderes cooperativistas ya olvidados, que ofrendaron su esfuerzo y trabajo, en pro del movimiento Cooperativo.

Y por último la etapa de "INTEGRACION", época actual que se inicia en el año de 1963, cuando en la ciudad capital se reúnen 5 agricultores representando como delegados a un mismo número de cooperativas con el único deseo de fundar una Federación que representara sus intereses y pudieran ser ellos los dueños de su propio destino, esta Federación que nacía en ese momento se denominó Federación Nacional de Cooperativas de Ahorro y Crédito (FENACOAC) desde esa fecha hasta nuestros días existen 9 Federaciones más, pudiéndose mencionar dentro de la rama Agrícola a las siguientes: FE-COMERQ, FEDECOAG, FECOAR, FEDECOCAGUA y FEDECOVERA, dentro del consumo FEDECCON, Artesanía a ARTEXCO, Pesca a FEDEPESCA y de vivienda FENACОВI; de las cuales 7 Federaciones se encuentran integradas y representadas en la Confederación Guatemalteca de Federaciones Cooperativas (CONFECOP), también es importante mencionar que por la parte Gubernamental existe "El Instituto Nacional de Cooperativas (INACOP)" y la nueva Ley General de Cooperativas Decreto No. 82-70.

"QUE LA COOPERACION SIEMPRE ESTE PRESENTE EN NUESTRA MENTE"

XV. PRESENTACION DE RESULTADOS DEL PLAN PILOTO DEL PROYECTO DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN AREAS RURALES A NIVEL DE COOPERATIVAS

- A. CENSO DE POBLACION
- B. ENCUESTA DOMICILIARIA DE SANEAMIENTO BASICO
- C. ENCUESTA COMUNITARIA DE SANEAMIENTO BASICO

NOTA IMPORTANTE:

En relación a la encuesta de Signos Clínicos Nutricionales y otros de importancia en Salud, está planificado implementar esta encuesta a lo largo del estudio, en las próximas comunidades cooperativas.

MUNICIPIO		COMUNIDAD		CENSO DE POBLACION		ENCUESTA DOMICILIARIA DE SANEAMIENTO BASICO		ENCUESTA COMUNITARIA DE SANEAMIENTO BASICO	
NO.	NOMBRE	NO.	NOMBRE	POBLACION	ENCUESTA	POBLACION	ENCUESTA	POBLACION	ENCUESTA
1	Sanarate	1	Sanarate	100	100	100	100	100	100
2	Sanarate	2	Sanarate	100	100	100	100	100	100
3	Sanarate	3	Sanarate	100	100	100	100	100	100
4	Sanarate	4	Sanarate	100	100	100	100	100	100
5	Sanarate	5	Sanarate	100	100	100	100	100	100
6	Sanarate	6	Sanarate	100	100	100	100	100	100
7	Sanarate	7	Sanarate	100	100	100	100	100	100
8	Sanarate	8	Sanarate	100	100	100	100	100	100
9	Sanarate	9	Sanarate	100	100	100	100	100	100
10	Sanarate	10	Sanarate	100	100	100	100	100	100

CUADRO No. 3
 CENSO DE POBLACION DE SAN LUIS IXCAN
 SAN CARLOS

31-5-80

GRUPO ETAREO																		
SEXO		Total	ADULTOS					ADOLESCENTES				ESCO-LARES		PRE-ESC.		INFANTES		Total
♂	♀	♂♀	♂	♀	L	E	♂	♀	L	E	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂♀	
158	155	313	61	43	13	5	24	15	1	1	29	28	39	40	6	8	313	
50.48	49.52	100 o/o	19.49	13.74	4.15	1.60	7.67	4.79	0.32	0.32	9.26	8.95	12.46	12.78	1.92	2.55	100 o/o	
ALFABETISMO					Número de Viviendas		Número de Cooperativas		Diagrama de la Casa		Indice Habitacional							
SI		NO		Total														
♂	♀	♂	♀	♂♀	Censadas		Inscritas		Separa-das		Unidas		1) 0 - 0.25 = 30 2) 0.26 - 0.50 = 16 3) 0.51 - 0.75 = 4) 0.76 - 0.99 = 5) 1.00 - --- = 3 Total 49					
37	9	122	148	313	49		45		21		28							
11.82	1.92	38.98	47.28	100 o/o	14.28		37.50		42.86		57.14							

GRUPO ETAREO																					
SEXO		Total	ADULTOS					ADOLESCENTES				ESCO-LARES		PRE-ESC.		INFAN-TES		Total			
♂	♀	♂♀	♂	♀	L	E	♂	♀	L	E	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂♀				
370	353	723	153	91	21	16	46	56	9	3	56	7.75	1.24	0.41	7.75	6.78	14.52	12.77	1.66	2.49	99.99
51.18	48.82	100 o/o	21.16	12.59	2.90	2.21	6.36	7.75	1.24	0.41	7.75	7.75	1.24	0.41	7.75	6.78	14.52	12.77	1.66	2.49	99.99
ANALFABETISMO					NUMERO DE VIVIENDAS		NUMERO DE CO-OPERATIVAS		DIAGRAMA DE LA CASA		Indice Habitacional										
SI		NO		Total																	
♂	♀	♂	♀	♂♀	Censadas		Inscritas		Sepa-radas		Unidas		1) 0 - 0.25 = 68 2) 0.26 - 0.50 = 45 3) 0.51 - 0.75 = 2 4) 0.76 - 0.99 = -- 5) 1.00 - --- = 1 Total 116								
85	35	285	318	723	116		20 Jefes de Familia		37		79										
11.76	4.84	39.42	43.98	100 o/o	34.22		16.66		31.89		68.10										

CUADRO No. 4
 CENSO DE POBLACION DE SAN LUIS IXCAN
 LA NUEVA COMUNIDAD

31-5-80

CUADRO No. 9

SAN LUIS IXCAN																									
Lugar: La Nueva Comunidad										Fecha: 31-5-80															
ENCUESTA SOBRE SANEAMIENTO BASICO																									
Cooperativa: Valle de Candelaria R.L.					Encuestador:					Forma: Viviendas 116															
DATOS SOBRE AGUA DE CONSUMO																									
Promedio 76 Mts. Río Diamantes en Metros 17	Pozo	Si 99	No	Protegido	Si	No 99	Brocal	Si	No	Seco en Verano	Si	No 99	Salobriga	Si	No 99	Promedio 100 Mts. EN METROS 60 Mts.	DISTANCIA EN METROS	Si	No						
	Pila Pública	---	---	Techada	---	---	Sucia	---	---	Abundante	---	---	---	---	---					---	---	---	---		
	Laguneta	---	---	Protegida	---	---	Sucia	---	---	Seca en Verano	---	---	---	---	---					---	---	---	---	---	
	Chorro	---	---	Público	---	---	Privado	---	---	Suficiente	---	---	---	---	---					---	---	---	---	---	
Recipientes para guardar agua, fogón combustible.	Cántaros	74		Limpios	46		Sucios	29		Fogón	Suelo	20		Combustible usado	Leña	Si 118	No	DISTANCIA EN METROS	Si	No					
	Botes	17		10		7		Alto	Kerosina		116	---	---		Leña	---	---				---	---	---	---	
	Cubetas	25		14		11		Disposición de basuras			Tirada al patio	Si 116	No 116		Tirada al barranco	Si 116	No 116				Carbón	---	---	---	---
	Usada		Limpio		---		---				Quemada	Si 116	No 116		Enterada	Si 116	No 116				Propano	---	---	---	---
DISPOSICION DE HECES	Al aire libre	Si 115	No	Letrina	Si	No	Inodoro	Si	No	Disposición de basuras	Tirada al patio	Si 113	No 113	Usada por animales	Si 113	No 113	Canalizada	Si 113	No 113	Presencia de Charcos	Si 113	No 113			
		Usada	Si	No	Limpio	Si	No	Protegida	Si		No	Tirada al patio	Si 116	No 116	Tirada al barranco	Si 116	No 116	Quemada	Si 116	No 116	Enterada	Si 116	No 116		
	Protegida	Si	No	Conectado	Si	No	Protegida	Si	No		Para hacer abono	Si 116	No 116	Para alimentar animales	Si 116	No 116	Criadero de moscas	Si 116	No 116	Para hacer abono	Si 116	No 116			
	Distancia 20 Mts.	---	---	Distancia	---	---	Distancia	---	---		Para hacer abono	---	---	Para hacer abono	---	---	Criadero de moscas	---	---	Para hacer abono	---	---			

DATOS SOBRE ANIMALES DOMESTICOS Y OTROS

Animales	Cuántos	Vacunados		Acceso a la Casa		Donde Duermen		Donde comen		Que comen		Presencia de:			
		Si	No	Si	No	Limpio	Sucio	Limpio	Sucio	Desperdicios	Preparada	No 99	106	106	
Gatos	80	---	80	80	---	---	80	---	80	80	---	---	---	---	---
Perros	213	---	213	213	---	---	213	---	213	213	---	---	---	---	---
Aves	2,787	---	2,787	2,787	---	---	2,787	---	2,787	2,787	---	---	---	---	---
Cerdos	72	---	72	72	---	---	72	---	72	72	---	---	---	---	---
Ovejas	13	---	13	13	---	---	13	---	13	13	---	---	---	---	---
Cabras	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Vacas	526	526	---	---	526	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	30 Ollas	Recipiente de ordeño		66 Vacas	---	---	---	---	Cantidad de leche 106 Lt.	Consumida	---	---	En el hogar	---	---

CUADRO No. 10

San Luis Ixcán																									
Lugar: San Luis Ixcán										Fecha: 31-5-80															
ENCUESTA SOBRE SANEAMIENTO BASICO																									
Cooperativa: Valle de Candelaria R.L.					Encuestador:					Forma: Viviendas 339															
DATOS SOBRE AGUA DE CONSUMO																									
Promedio 76 Mts. Río Diamantes en Metros 17	Pozo	Si 188	No 157	Protegido	Si	No 188	Brocal	Si	No 188	Seco en Verano	Si	No 186	Salobriga	Si	No 188	Promedio 100 Mts. EN METROS 60 Mts.	DISTANCIA EN METROS	Si	No						
	Pila Pública	---	---	Techada	---	---	Sucia	---	---	Abundante	---	---	---	---	---					---	---	---	---		
	Laguneta	1	338	Protegida	---	1	Sucia	---	1	Seca en Verano	1	---	---	---	---					---	---	---	---		
	Chorro	59	279	Público	27	32	Privado	32	27	Suficiente	58	1	---	---	---					---	---	---	---		
Recipientes para guardar agua, fogón combustible.	Cántaros	247		Limpios	164		Sucios	83		Fogón	Suelo	107		Combustible usado	Leña	Si 339	No	DISTANCIA EN METROS	Si	No					
	Botes	25		17		8		Alto	Kerosina		116	---	---		Leña	---	---				---	---	---	---	
	Cubetas	732		68.00		72.00		Disposición de basuras			Tirada al patio	Si 325	No 332		Tirada al barranco	Si 332	No 332				Carbón	---	---	---	---
	Usada		Limpio		---		---				Quemada	Si 332	No 332		Enterada	Si 332	No 332				Propano	---	---	---	---
DISPOSICION DE HECES	Al aire libre	Si 115	No	Letrina	Si	No	Inodoro	Si	No	Disposición de basuras	Tirada al patio	Si 116	No 116	Usada por animales	Si 116	No 116	Canalizada	Si 116	No 116	Presencia de Charcos	Si 116	No 116			
		Usada	Si	No	Limpio	Si	No	Protegida	Si		No	Tirada al patio	Si 116	No 116	Tirada al barranco	Si 116	No 116	Quemada	Si 116	No 116	Enterada	Si 116	No 116		
	Protegida	Si	No	Conectado	Si	No	Protegida	Si	No		Para hacer abono	Si 116	No 116	Para alimentar animales	Si 116	No 116	Criadero de moscas	Si 116	No 116	Para hacer abono	Si 116	No 116			
	Distancia 20 Mts.	---	---	Distancia	---	---	Distancia	---	---		Para hacer abono	---	---	Para hacer abono	---	---	Criadero de moscas	---	---	Para hacer abono	---	---			

DATOS SOBRE ANIMALES DOMESTICOS Y OTROS

Animales	Cuántos	Vacunados		Acceso a la Casa		Donde Duermen		Donde comen		Que comen		Presencia de:			
		Si	No	Si	No	Limpio	Sucio	Limpio	Sucio	Desperdicios	Preparada	No 99	106	106	
Gatos	232	---	232	232	---	---	232	---	232	232	---	---	---	---	---
Perros	652	---	652	652	---	---	652	---	652	652	---	---	---	---	---
Aves	7,688	---	7,688	7,688	---	---	7,688	---	7,688	7,688	---	---	---	---	---
Cerdos	216	---	216	216	---	---	216	---	216	216	---	---	---	---	---
Ovejas	39	---	39	39	---	---	39	---	39	39	---	---	---	---	---
Cabras	40	---	40	40	---	---	40	---	40	40	---	---	---	---	---
Vacas	964	964	---	---	964	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	65 Ollas	Recipiente de ordeño		119 Vacas	---	---	---	---	Cantidad de leche 190 Lt.	Consumida	---	---	En el hogar	---	---

CUADRO No. 11
"ENCUESTA COMUNITARIA DE
SANEAMIENTO BASICO"

1. Aproveccionamiento de agua potable?	SI	NO	SI	NO
2. Existe plaza o mercado?	SI	NO	NO	NO
3. Cuentan con rastro o lugar de destace fijo?		NO	NO	NO SI
4. Existen basureros públicos?		NO	NO	NO NO
5. Existen escuelas en funcionamiento?	SI	SI	NO	SI
6. Existe puesto de salud?	SI	NO	NO	NO
7. Existe destacamento militar?	SI	NO	NO	NO
8. Alumbrado eléctrico (público)?		NO	NO	NO
9. Existe programa de erradicación de la malaria (SNEM)?	SI	SI	SI	SI
10. Existen programas de alfabetización para la comunidad?		NO	NO	NO

Valle de Candelaria No. 1 SI

Valle de Candelaria No. 2 SI

San Carlos SI

La Nueva Comunidad SI

XVI. ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

1. El Censo de Población, muestra los hallazgos referentes a sexo, grupos etareos, grado de alfabetismo, número de viviendas, número de cooperativistas, diagrama de la casa, índice habitacional, todo con sus respectivos porcentajes.
2. El Censo demuestra la pirámide típica de población de países en vías de desarrollo, en la cual la población dependiente es la mayor.
3. Los resultados de las "embarazadas", para que fueran exactos se debieron de haber complementado con el respectivo examen clínico, en relación a los resultados de las "lactantes" si son exactos.
4. Al haber estudiado a las "lactantes", se encontraron niños lactantes de 1 a 3 años.
5. El grado de analfabetismo está de acuerdo con el resto del área rural guatemalteca.
6. Respecto al Diagrama de la Casa, la mayoría la tienen unida.
7. El Índice Habitacional, en terminos generales es alarmante, ya que el 98o/o esta por debajo de 1.
8. Respecto a la encuesta domiciliaria de Saneamiento Básico, podemos darnos cuenta que la mayoría de la población utilizan pozos sin protección y funcionan durante todo el año.
9. Con respecto, a los recipientes para guardar agua, la mayoría están limpios.
10. La disposición de heces, la mayoría lo hace al aire libre, contando con muy pocas letrinas.
11. La disposición de aguas negras, la mayoría la tira al patio, carecen de sistema de drenajes.

12. La mayoría presentan presencia de charcos, no obstante en el tiempo del estudio no se presentaron casos de malaria.
13. La mayoría tiran sus desechos al patio, lo cual redundo en criaderos de moscas.
14. Todos los animales tienen libre acceso a la casa.
15. La producción de leche es baja, en relación al número de vacas.
16. En relación a la encuesta comunitaria de saneamiento básico, podemos darnos cuenta que la mayoría de poblaciones no tienen lugares de destace, basureros públicos, alumbrado eléctrico y programas adecuados de alfabetización.

XVII. CONCLUSIONES

1. En el Censo de Población, la población dependiente es la mayor. De acuerdo a los patrones de países en vías de desarrollo.
2. El grado de analfabetismo en la población de San Luis Ixcán es ALTO, representándose numericamente en un 84.09o/o.
3. Son más alfabetos los hombres que las mujeres.
4. El número de habitantes cooperativistas es bajo, con relación al número de población total.
5. El índice habitacional abajo de 1, es de 98.3o/o y de 1 en adelante es de 1.7o/o.
6. La mayoría de la población de San Luis Ixcán, se aprovisiona de agua de consumo, por medio de pozo, sin protección.
7. La mayoría de la población utiliza cantaros, para guardar el agua.
8. Utilizan en su mayor parte el fogón ALTO, y los combustibles más usados son la leña y la kerosina.
9. Respecto a la disposición de heces, el 89o/o de la población, lo hacen al "aire libre".
10. Dentro de los animales los que más abundan son las aves.
11. Del total de 964 vacas, únicamente ordeñan diariamente 119 vacas, las cuales producen 190 litros de leche, que la utilizan para consumo dentro del hogar.
12. La mayoría de poblaciones no tienen plaza o mercado.
13. En ninguna población existe basurero público.

14. Ninguna población cuenta con alumbrado eléctrico, ni existen programas de alfabetización a la comunidad.

15. En el lapso de tiempo trabajado en el Plan Piloto, la prevalencia de enfermedades fue en su mayoría de tipo gastro-intestinal y respiratorias.

16. Además en ese lapso (3 meses) no se observaron casos de malaria.

XVIII. RECOMENDACIONES

1. CONTINUAR EL ESTUDIO PARA CUBRIR TODA EL AREA, CON EL FIN DE CONOCER EL PROBLEMA GLOBAL Y EN PARTICULAR PARA CADA UNA DE LAS COMUNIDADES.

2. AL TENER RESULTADOS DE CADA ESTUDIO, IMPLEMENTAR PROGRAMAS AD-HOC, PARA TODA EL AREA Y PARA CADA UNA DE LAS COMUNIDADES EN PARTICULAR.

3. UTILIZAR EL PRESENTE PROYECTO COMO UNA GUIA PARA ESTUDIOS SIMILARES EN AREAS RURALES.

4. TODAS LAS INSTITUCIONES ENCARGADAS DE DESARROLLO INTEGRAL, QUE COORDINEN SUS ACTIVIDADES A NIVEL DEL AREA RURAL.

5. DADA LA MAGNITUD DEL PROYECTO BUSCAR FUENTES DE FINANCIAMIENTO, Y DARLE AL MISMO, UN ENFOQUE TECNICO Y ADMINISTRATIVO FORMAL.

XIX. BIBLIOGRAFIA

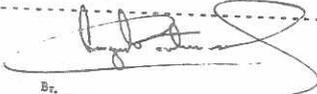
1. Informe sobre las condiciones de salud de Guatemala, presentado al Primer Seminario de Atención Primaria de Salud, celebrado en San Isidro del General - Costa Rica, Centro América.
Dr. José Antonio Muñoz
Dr. Eduardo Luis Urfasun.
T.S. Blanca Rosa de Richardsón
31 de marzo 1979.
 2. Atención Primaria de Salud
Alma-Ata 1978 OMS - UNICEF.
 3. Revista de la Fuerza Aérea Guatemalteca FAG, 1979
 4. Revista de la Cooperativa Médico Estudiantil No. 9, 1980.
 5. Noticias Enfermería Ligar de Sociedades de la Cruz Roja.
No. 33 - Diciembre 1979.
 6. Entrevista por la "TGW" a Augusto Contreras Argueta, el 22 de febrero de 1980 sobre la "Historia del Cooperativismo Mundial y Nacional".
- * Organización Panamericana de la Salud.
Servicios Comunitarios de Salud y Participación de la Comunidad. Piscosianes Técnicas XXII Reunión del Consejo Directivo OPS. Washington, D.C. 1974. (Publicación Científica No. 289)
 - * Universidad de Costa Rica. Medicina Comunitaria, Programa de Ciencias de Salud 1975 - 300 p.
 - * López Vidal, E. Atención a la Salud de la Población Rural Dispersa.
Revista Iberoamérica de Seguridad Social 7 (5). 1968
 - * Cedad Foundation Friederick Ebert. Teoría y Práctica de la Medicina Comunitario en Centro América. 1974 112 p.

- * Análisis del Sector Salud; Guatemala. Presentado por la Agencia de los Estados Unidos en Guatemala para el Desarrollo Internacional a Guatemala. Guatemala, 1977 - I Vol. y 16 Anexos.
- * Hall, T. La Formación y Utilización del Personal Paramédico. Educación Médica y Salud 1 (1) Julio - Septiembre 1967.

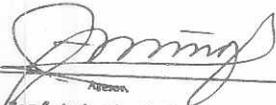
NOTA:

Este documento será firmado por las Autoridades de la Facultad después de haber llenado los siguientes requisitos:

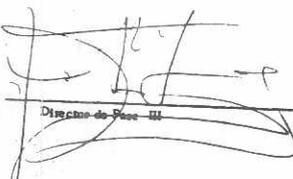
- a) Tener aprobado el protocolo de tesis por la Oficina de Control Académico;
- b) Visto Bueno del Asesor y Revisor; al estar concluido su trabajo de tesis;
- c) Firma respectiva del Director de Fase III; al estar concluido el trabajo de tesis;
- d) Poner los nombres completos a máquina. El interesado deberá poner su nombre como aparece en su Cédula de Vecindad.



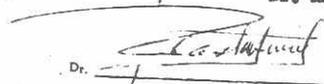
Dr. _____
Augusto Alfonse Contreras Argueta

Dr. 
Asesor.
Dr. José Antonio Muñoz Martínez

Dr. 
Revisor.
Dr. Gonzalo Vargas Mantecón

Dr. 
Director de Fase III

Dr. 
Secretario
Dr. Raúl A. Castillo R.

Vo. Bo. 
Decano.
Dr. Rolando Castillo Mentalvo