

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

EVALUACION DEL PROYECTO "CASA DE SALUD RURAL  
DE LA ALDEA EL JICARO DEL 7/NOVIEMBRE/1980  
AL 30/JUNIO/1983. Y LA PROPUESTA DE UNA  
ALTERNATIVA DE FUNCIONAMIENTO"

TESIS

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

Por

CARLOS JOSE MALDONADO LOPEZ

En el Acto de su Investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

# PLAN DE TESIS

|   | Pág. |
|---|------|
| I. INTRODUCCION .....   | 1    |
| II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA .....  | 3    |
| III. OBJETIVOS .....  | 7    |
| IV. JUSTIFICACION .....   | 9    |
| V. ANTECEDENTES .....   | 11   |
| VI. REVISION BIBLIOGRAFICA .....  | 31   |
| VII. MATERIAL, METODOLOGIA Y RECURSOS .....   | 33   |
| VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS .....  | 35   |
| IX. DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS .....   | 47   |
| X. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS ....  | 51   |
| XI. CONCLUSIONES .....  | 57   |
| XII. RECOMENDACIONES .....  | 59   |
| XIII. DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO .....   | 61   |
| XIV. PROPUESTA DE UNA ALTERNATIVA DE FUNCIONA-<br>MIENTO .....                        | 71   |
| XV. RESUMEN .....   | 81   |
| XVI. ANEXOS   |      |
| Anexo 1:  |      |
| Cuestionario al Auxiliar de Casa de Salud<br>Rural sobre actividades realizadas ..... | 83   |
| Anexo 2.  |      |
| Cuestionario a la Comunidad sobre funciona-<br>miento de la Casa de Salud Rural ..... | 85   |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....  | 87   |

## I. INTRODUCCION

El proyecto "Casas de Salud Rural" es un mecanismo adecuado que permitirá llevar al Area Rural mediante la estrategia de Atención Primaria de Salud, conocimientos básicos sobre medidas preventivas, sin olvidar el aspecto curativo que se presente por demanda espontánea y que esté al alcance de los conocimientos del auxiliar de Casa de Salud Rural.

Los objetivos de la investigación son: evaluar el proyecto Casa de Salud Rural de la aldea El Jícaro, en base a los objetivos propuestos, así como las actividades desarrolladas por el auxiliar de Casa de Salud para cumplir con las mismas; efectuar un diagnóstico de salud de la aldea El Jícaro y en base a esto dar una propuesta de funcionamiento de la Casa de Salud Rural de El Jícaro; analizar las actividades realizadas por el auxiliar de Casa de Salud, mediante cuestionario (ver anexo 1); analizar criterio propio de la comunidad de El Jícaro sobre funcionamiento de la Casa de Salud, mediante cuestionario (ver anexo 2); analizar cual ha sido la supervisión que ha tenido el auxiliar de Casa de Salud; evaluar diagnóstico de pacientes referidos al Centro de Salud de San Jerónimo; evaluar ingreso per-capita y grado de escolaridad de los habitantes de la aldea El Jícaro y su relación con los problemas de salud.

El trabajo de investigación se desarrolló de la siguiente manera: visitas a la comunidad para pasar cuestionario, en el cual se efectúan preguntas relacionadas con el funcionamiento de la Casa de Salud, qué mejoras les ha traído y si quisieran ser ellos los encargados de la misma, se preguntó sobre ingreso per-capita y grado de escolaridad. Visitas a la Casa de Salud Rural para pasar cuestionario al auxiliar, preguntando sobre las actividades desarrolladas, así como por qué fue escogido para laborar en dicha Casa de Salud. También se

recabaron los datos necesarios para hacer el diagnóstico de salud de la aldea. Visitas al Centro de Salud de San Jerónimo para recabar datos relacionados con los pacientes referidos, al Registro Civil de San Jerónimo para recabar los datos de nacimientos y defunciones, al Departamento de Estadística de la Dirección General de Servicios de Salud, para recabar datos estadísticos utilizados en la investigación.

El tiempo de realización fue el siguiente: 2 semanas dedicadas a efectuar encuesta al auxiliar de Casa de Salud, encuesta a la comunidad, recabar datos en Casa de Salud Rural de El Jícaro, Centro de Salud de San Jerónimo, Registro Civil de San Jerónimo, Dirección General de Servicios de Salud y, efectuar el Diagnóstico de Salud de la aldea para la propuesta de funcionamiento, y otras 2 semanas dedicadas a la elaboración de la propuesta de funcionamiento e informe final.

## II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

La Casa de Salud Rural de la aldea El Jícaro tiene más o menos 3 años de estar funcionando; sin embargo - por diferentes causas como han sido: falta de educación continúa del auxiliar de Casa de Salud Rural, poca supervisión y no haberse efectuado un análisis a fondo de las funciones y actividades que se están realizando en la misma, como son las actividades preventivas, consulta espontánea, mejoras en la comunidad y el impacto que ha tenido el funcionamiento de esta unidad de salud en la aldea; no se tiene una situación real acerca de como se han desarrollado las actividades anteriormente mencionadas.

Como es sabido, en Guatemala, que es un país en vía de desarrollo, en la atención en salud que se presta a la población del Area Rural nos presenta las siguientes características(6); el 98.8% son localidades menores de 2,000 habitantes, de la población total el 61% de los habitantes residen en el Area Rural. Si omitimos las aldeas de la Capital el porcentaje sube al 77%. 1.4 millones de habitantes o sea el 20% de la población puede considerarse como de difícil acceso a dichos servicios por hallarse a una distancia de 2 horas de un servicio de salud.

Para 1,982 se tenía una población de 7,800,000 habitantes, encontrándose una tasa bruta de Natalidad Nacional del orden de 38.2 y una tasa de Mortalidad de 9.7 (76,981 defunciones), Mortalidad fetal 11.9 x 1000 nacidos vivos (n.v.) Mortalidad neonatal 10.1 x 1000 n.v., Mortalidad tardía 50.0 x 1000 n.v., Mortalidad infantil 60.1 x 1000 n. v. (4).

En relación al número de hijos tenidos el guatemalteco presenta comportamiento a tener numerosa familia, donde las mujeres de 50 años y más el 75% de ellas

registraron más de su quinto hijo tenido. Siendo esta cifra alarmante desde los 25 años de edad donde un 32% de las mujeres que dieron a luz registraron su quinto o más hijos tenidos ese año. (4)

Por otra parte el 78% de partos son atendidos en el domicilio (4)

En lo referente al Area de Baja Verapaz, se encontraron los siguientes datos: cuenta con una población de 136,905 habitantes(°), en el año de 1982 (°°) hubo 6,130 nacimientos, 1,637 defunciones. Las 10 primeras causas de morbilidad fueron las siguientes:

| DIAGNOSTICO   | TOTAL DE CASOS |
|---|----------------|
| 1. Paludismo .....                                      | 1709           |
| 2. I.R.S. ....  | 1099           |
| 3. Deficiencias Nutricionales .....                     | 1062           |
| 4. Enfermedades Crónicas de Amígdalas y Adenoides ..... | 596            |
| 5. Otras formas de Disentería .....                     | 595            |
| 6. Enfermedades del Ojo y sus Anexos .....              | 549            |
| 7. Bronquitis, Enfisema y Asma .....                    | 546            |
| 8. Enfermedades del Aparato Gastrointestinal            | 525            |
| 9. Enfermedades del Oído y Apófisis Mastoidea           | 477            |
| 10. Neumonía .....                                      | 392            |

Tomando en cuenta los factores mencionados anteriormente, se considera importante evaluar el funcionamiento de la Casa de Salud Rural de la aldea El Jícaro del Municipio de San Jerónimo del Departamento -

(°) Datos recabados en la Jefatura de Area de Salud de Salamá, Baja Verapaz.

(°°) Datos recabados en la Sección de Estadística de la Dirección General de Servicios de Salud. Guatemala.

de Baja Verapaz, efectuando un análisis de lo realizado por el auxiliar de Casa de Salud Rural (desde el 7/Noviembre/1980 fecha en que empezó a funcionar, al 30/Junio/1983) en cuanto a las actividades que le fueron programadas para cumplir con los objetivos del proyecto que son (5):

1. Proporcionar atención primaria de salud al 73% (112,961 habitantes) de la población rural dispersa que no tiene fácil acceso al sistema formal de salud establecido por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
2. Fomentar la participación comunitaria en la atención y solución de los problemas de salud de la población, especialmente rural.
3. Disminuir la Morbi-mortalidad general en la población rural dispersa del Departamento.
4. Establecer un nivel informal de atención a la salud, dirigida a la comunidad rural y unido al sistema formal y oficial, orientado y supervisado por este último.
5. Impartir educación sanitaria a la población rural.

### III. OBJETIVOS

#### A. GENERAL

Evaluar el proyecto Casa de Salud Rural de la aldea El Jícaro en base a los objetivos propuestos, así como las actividades desarrolladas por el auxiliar de Casa de Salud para cumplir con las mismas.

#### B. ESPECIFICOS

1. Efectuar un diagnóstico de salud de la aldea El Jícaro, y en base a esto dar una propuesta de funcionamiento de la Casa de Salud Rural.
2. Analizar las actividades realizadas por el auxiliar de Casa de Salud mediante cuestionario (ver anexo 1).
3. Analizar criterio propio de la comunidad El Jícaro sobre funcionamiento de la Casa de Salud Rural, mediante cuestionario (ver anexo 2).
4. Analizar cuál ha sido la supervisión que ha tenido el auxiliar de Casa de Salud Rural.
5. Evaluar diagnósticos de referencia de pacientes enviados al Centro de Salud de San Jerónimo.

#### IV. JUSTIFICACION

Considerando importante evaluar lo realizado en la comunidad de El Jícaro por este proyecto en base a los objetivos mencionados, pues las actividades que ha desarrollado el auxiliar de Casa de Salud rural nos permitirá ver si es o no funcional; además mediante un diagnóstico de salud de la aldea El Jícaro, se propondrá cuáles serían los aspectos más importantes que deberían desarrollarse para mejorar el nivel de salubridad de la comunidad.

Haciendo este análisis podemos tener parámetros que nos permitan considerar la posibilidad de crear proyectos similares en otras áreas rurales del país, que presenten la misma problemática salubritaria para la solución de las mismas.

La creación de este tipo de unidades mínimas de salud en Baja Verapaz, puede ser un medio que permita cumplir con el lema de la O.P.S. "Educación y Salud para Todos en el año 2,000" (2) y, lograr mayor cobertura en el área rural mediante la estrategia de Atención Primaria de Salud que es definida por la O.M.S. como: "ES UN MEDIO PRACTICO PARA PONER AL ALCANCE DE TODOS LOS INDIVIDUOS Y FAMILIAS DE LAS COMUNIDADES, LA ASISTENCIA DE SALUD INDISPENSABLE EN FORMA QUE RESULTE ACEPTABLE Y PROPORCIONADA A SUS RECURSOS Y CON SU PLENA PARTICIPACION" (1)

## V. ANTECEDENTES

En lo relacionado a la situación de salud del área de Baja Verapaz, si bien existe alguna capacidad instalada, la misma resulta insuficiente y fue seriamente afectada por los sismos de 1976, habiéndose descuidado el campo de la medicina social directamente relacionada con la prevención de la enfermedad y el saneamiento ambiental con la participación de la población, lo que queda demostrado por la falta de programas de educación salubritaria que dé lugar al mejoramiento de las condiciones de vida a nivel familiar (nutrición, cuidado del niño, higiene, etc.) (9).

En base a esa realidad, la sub-comisión 2: Desarrollo social, Organización Comunal y Capacitación, planteó la necesidad de proporcionar en el campo de la salud la más alta prioridad a la medicina preventiva y, para el efecto, en Septiembre de 1979, el Dr. Zoel Leonardo, Jefe de Área de Salud Departamental diseñó el proyecto "Casas de Salud Rural" y que fue aprobado para su ejecución por la Comisión de Coordinación Ejecutiva, con el apoyo de UNICEF y COGAAT (5).

La sub-comisión No. 2, contó con la asesoría del Dr. Francisco Echegaray, Jefe del programa de Desarrollo Rural-Urbano de la OEA para Baja Verapaz.

Antes de establecer el curso "Proyecto establecimiento de Casas de Salud" para el 9 de Junio de 1980, un mes antes de su realización se iniciaron actividades para organizarlo, siendo 2 sesiones ordinarias y 2 extraordinarias de la sub-comisión No. 2; siendo en la última sesión extraordinaria donde se nombraron las diferentes sub-comisiones para la realización de las actividades pre-curso y durante el curso.

## Desarrollo del Curso (8)

El curso fue inaugurado el 9 de junio de 1980 en el Salón Municipal de Salamá por el Gobernador Departamental, con asistencia de miembros de la sub-comisión - de Coordinación Ejecutiva de la sub-comisión No. 2 y de los 42 seminaristas.

El curso se llevó a cabo del 9 de Junio de 1980 al 13 de Junio de 1980.

### Participantes:

Participaron miembros de 2 instituciones: por parte de Desarrollo de la Comunidad 3 Auxiliares de Enfermería y por Salud Pública, 9 Enfermeros, 5 Inspectores de Saneamiento Ambiental, 17 Técnicos de Salud Rural y 4 Auxiliares de Enfermería.

### Personal Docente:

1. Dr. Roderico Monzón Arroyo, Director del Instituto de Adiestramiento para Personal en Salud.
2. Lic. Idalma de Rodas, Directora del Programa de Educación Continúa de la Escuela Nacional de Enfermería.
3. Dr. Danilo Aldana Marroquín, Director del Programa de Investigación de Promotores Rurales de Salud de la División de Formación de Recursos Humanos.
4. Docentes Locales:
  - a. Ing. Jorge Félix Ramos
  - b. Dr. Zoel Leonardo Paredes
  - c. Lic. René Castro
  - d. Dr. Francisco Echeagaray
  - e. Prof. Guillermo Duarte

### Colaboradores:

Participaron los Jefes Departamentales o sus representantes y funcionarios de las dependencias públicas - que forman parte de la sub-comisión 2; Desarrollo social, Organización comunal y Capacitación y de la Comisión de Coordinación Ejecutiva.

### Metodología empleada y Materiales:

El curso se desarrolló a base de exposiciones, dinámicas de grupo y sesiones plenarias en las que hubo intercambio de experiencias, discusión de las propuestas de los grupos de trabajo y aprobación de la programación, normas de funcionamiento y roles a cumplir dentro de la ejecución del proyecto. El material usado fue:

1. 12 películas educativas con enfoque a la Atención Primaria de la Salud
2. 1 proyector de cine
3. 1 pantalla de cine
4. 1 retroproyector
5. Carteles
6. 1 pizarra y yeso
7. Documentos.

### Pre-test:

Fue aplicado con el objeto de investigar sobre:

- I. Aspectos del plan de Desarrollo Integral de Baja Verapaz
- II. Situación de Salud de Baja Verapaz
- III. Expectativas del curso, con un total de 15 preguntas.

Posterior al pre-test se dio inicio al curso.

Los objetivos del curso eran (7):

- Dar a conocer el proyecto de Casas de Salud al personal que dentro del sector salud trabaja en el Departamento de Baja Verapaz, como parte del programa de Atención Primaria de la Salud.
- Discutir el contenido del proyecto con el fin de actualizarlo de acuerdo a las experiencias de los participantes.
- Proponer una programación de acciones que lleven a la implementación del proyecto, así como normas de funcionamiento y roles a cumplir por el personal involucrado.

Dentro de la metodología seguida en el desarrollo del curso, dado sus objetivos y orientación, se desarrollaron 3 formas de acción: a) presentación de los aspectos generales y descriptivos del proyecto y su justificación, b) integración de grupos de trabajo para que a través de guías de discusión se pronunciaran en relación a lo expuesto, c) sesiones plenarias para la discusión de las propuestas de los grupos de trabajo y aprobación de la programación, normas de funcionamiento y roles a cumplir dentro de la ejecución del proyecto.

En lo referente al programa general se dividió en 5 unidades que fueron discutidas por los 4 grupos formados, siendo las siguientes:

1. El Plan de Desarrollo Integral de Baja Verapaz, El Programa Atención Primaria de la Salud y el Proyecto Casas de Salud.

Esta unidad que resulta introductoria, sirve para presentar a los participantes en el Plan de Desarrollo Integral de Baja Verapaz, las acciones llevadas a cabo desde inicios de 1978 y los documentos elaborados. Se presentó además un breve diagnóstico de la realidad de la salud en el Departamento y los lineamientos generales del curso, como son actividades contenidas en el Plan Operativo - 1980.

2. El Programa de Atención Primaria de la Salud  
Dentro de esta unidad se presentó y fue sometido a discusión de grupos de trabajo y a conclusiones de plenarias el marco conceptual del programa, el marco operativo, los objetivos y estrategias, así como los proyectos que integran el programa.
3. El Proyecto Casas de Salud  
El proyecto de establecimiento de Casas de Salud, constituye el tema central de esta unidad, dentro de la cual se presenta el proyecto en todos sus alcances. Esta unidad constituye lo más importante del curso y fue desarrollado en base a una presentación inicial, lectura del documento que contiene el proyecto y luego discusiones de grupo y plenarias en las que se aportaron conclusiones y recomendaciones en relación al proyecto en sí.
4. La Programación Para la Ejecución del Proyecto  
Con la metodología de grupos de trabajo y sesiones plenarias dentro de la unidad, se propuso una programación para la ejecución del proyecto tomando como base la que constaba en el documento, se prepararon las distribuciones de actividades, los reglamentos o especificaciones y responsabilidades de los distintos profesionales y técnicos que trabajarían en relación con las Casas de Salud.

5. Programa de Funcionamiento y Asignación de Actividades

Con la metodología de grupos de trabajo y sesiones plenarias, se identificaron las actividades básicas y se definieron las tareas que realizará el o la auxiliar de Casa de Salud.

En cuanto al financiamiento, UNICEF proporcionó los pasajes y viáticos de los participantes, dando un total de Q. 42.00 por participante, además, UNICEF y el Programa de Desarrollo Rural-Urbano de la OEA, financiaron los materiales, útiles y la impresión de diplomas otorgados por la asistencia al curso.

Después de finalizado el curso, se dieron conclusiones y recomendaciones, las cuales hicieron variar muy poco el contenido del documento A-1 del actualizado; de los cuales se tomará el actualizado y se compararán los cambios efectuados con respecto al documento A-1(5).

Hace ver que en el campo de la salud de Baja Verapaz las acciones más débiles son las referidas a:

- La educación sanitaria a nivel de familia y comunidad,
- La atención de la madre y el niño,
- La educación nutricional,
- La capacitación del personal tanto institucional como voluntario,
- La letrinización,
- El abastecimiento de agua potable,
- La participación comunal en la solución de sus problemas de salud,
- La limitada capacidad instalada de los servicios de salud, especialmente en el área rural, donde vive la mayoría de la población del Departamento.

El documento menciona que los servicios de salud son insuficientes, por lo cual estas Casas de Salud son

un medio para llevar en mejor forma el programa de Atención Primaria de la Salud, pues refiere que los Centros y Puestos de Salud se encuentran ubicados en localidades hacia las cuales se dificulta el acceso de la población de 584 localidades rurales, que representa el 73% de la población total de Baja Verapaz (el número de localidades y el porcentaje es modificación).

## II. Objetivos del Proyecto

1. Proporcionar atención primaria de salud al 73% (112,961 habitantes) de la población rural dispersa, que no tiene fácil acceso al sistema formal de salud establecido por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (varió el porcentaje, anteriormente decía 80%).
2. Fomentar la participación comunitaria en la atención y solución de los problemas de salud de la población, especialmente rural.
3. Disminuir la Morbi-mortalidad general en la población rural dispersa del Departamento.
4. Establecer un nivel informal de atención a la salud, dirigido a la comunidad rural y unido al sistema formal y oficial, orientado y supervisado por este último.
5. Impartir educación sanitaria a la población rural.

## III. Descripción del Proyecto

Las localidades en las cuales se ubicarán las casas deben presentar características que ofrezcan posibilidades para la nuclearización de la población y que, además posibilite el acceso a pobladores de localidades

vecinas. Las casas serán ubicadas exclusivamente en aquellas localidades que comprendan el tramo de menos de 1,000 habitantes y que no tengan fácil acceso a ningún establecimiento de salud que funcione en la actualidad y que beneficie a 1,000 habitantes en promedio.

## 2. El Terreno

El Comité (o los comités) de Desarrollo Integral de la localidad seleccionada, será el encargado de hacer las gestiones para que, a través de un acta, se done al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social un terreno con un área mínima de 225 m<sup>2</sup> (15 x 15) ubicado en un lugar adecuado para el funcionamiento de las casas.

## 3. Construcción de las Casas

La casa se ubicará dentro del terreno donado, de acuerdo a las características del mismo y el área constructiva no podrá ser menor a 36 m<sup>2</sup>. El diseño final de la casa será realizado por INTECAP en la aldea Mochan (Purulhá). (En el anterior dice: el diseño será el que apruebe la sub-comisión 2 de la Comisión de Coordinación Ejecutiva). Los materiales a utilizarse en la construcción serán block o ladrillo, hierro, cemento y madera y el recubrimiento del techo será de lámina o teja; el piso podrá ser de torta de cemento o de ladrillo de barro. Dentro del terreno en el que esté construida la casa y a una distancia no menor de 10 metros de la misma, se construirá una letrina y una ducha familiar.

## 4. El Equipo

Cada casa de Salud Rural, estará equipada con el equipo e instrumental suficiente y adecuado.

## 5. Responsable de la Atención de las Casas

Las Casas de Salud serán atendidas por un(a) auxiliar cuyas principales características de selección son: casado(a), de preferencia mujer, hija de comadrona o familiar cercana de ésta, que sepa leer y escribir, viva en la comunidad donde se ubicará la casa, de preferencia que hable la lengua predominante en su comunidad y el español, que esté entre los 18 y 40 años de edad. Como un incentivo económico el comité de Desarrollo Comunal y el Equipo Ejecutor Municipal del Municipio que corresponda, colectará mensualmente una cantidad de dinero según las posibilidades de cada comunidad, habiéndose calculado entre Q 20.00 y Q 30.00 el que se entregará a la o el Auxiliar de Casa de Salud Rural.

## 6. Adiestramiento de los Responsables de Casas de Salud

Los Auxiliares de Casas de Salud recibirán un curso de 12 días de duración sobre aspectos técnicos, administrativos, y educación sanitaria, en los cuales se complementarán la teoría con la práctica y un curso básico de obstetricia con 12 días de duración. El adiestramiento será proporcionado por DIGESS, dentro de la programación de actividades de capacitación que desarrolla la Sub-comisión No. 2

## 7. Suministro de Material y Medicamentos

Trimestralmente cada casa de salud rural recibirá a través de la jefatura de Area de Salud Departamental una dotación de material y medicamentos por parte del Ministerio de Salud y UNICEF (en el anterior no se menciona UNICEF).

## 8. Financiamiento

Las 100 casas de salud rural estarán regidas por -

el mismo sistema de los servicios de salud que funcionan en el Departamento a través de 3 sistemas:

- Sistemas de control, supervisión y evaluación;
- Sistemas de información; y
- Sistema de referencia de pacientes.

La supervisión y evaluación de los programas que se llevan a cabo en las casas de salud rural, estará a cargo del Técnico en Salud Rural, con apoyo del personal del puesto de salud del cual depende la casa. Adicionalmente se llevará a cabo una supervisión y evaluación a cargo del equipo de supervisión de la Jefatura de Distrito correspondiente y del personal de supervisión de la Jefatura de Area. El sistema de información y el de referencia de pacientes se realizará a través de formularios oficiales adaptados a la realidad de las casas de salud.

#### 9. Financiamiento

El financiamiento del proyecto será compartido por las comunidades interesadas, el Ministerio de Salud Pública y las instituciones y organismos Internacionales que apoyen el mismo.

#### 10. Período de Realización

El proyecto se ejecutará en 3 años a partir de Junio de 1980 y tendrá las siguientes etapas:

- Aprobación del proyecto y compromiso para su ejecución por parte del personal del área de salud.
- Selección de localidades.
- Promoción dentro de la población de la localidad seleccionada.

- Organización del comité responsable, representante de la comunidad.
- Selección y donación del terreno.
- Compromiso de la comunidad para aportar materiales y mano de obra para la construcción de la casa.
- Selección y capacitación de las personas responsables de la atención de la casa.
- Construcción de las casas.
- Equipamiento de las casas
- Inicio del funcionamiento de las Casas de Salud Rural.

#### 11. Actividades a Realizar en las Casas de Salud Rural

- Educación en salud a los miembros de la comunidad;
- Atención de consulta a enfermos;
- Captación y control de embarazadas y puerperas;
- Vigilancia y control del desarrollo del niño sano;
- Inmunizaciones;
- Coordinación de las actividades con las comadronas y con los promotores rurales ubicados en las aldeas que se encuentren dentro del área de influencia, - bajo responsabilidad de las Casas de Salud Rural;
- Detección oportuna de la Malaria, Tuberculosis, - Cáncer del cervix y Diabetes, a través de toma de muestras para exámenes de laboratorio;
- Visitas domiciliarias;
- Entrega de alimentos del programa de alimentación complementaria;
- Atención de bienestar familiar y paternidad responsable;
- Terapéutica dirigida; y
- Vigilancia epidemiológica.

12. Instituciones que Participan y Apoyan el Proyecto

El proyecto está siendo ejecutado por salud como - institución (Area de Salud de Baja Verapaz) y cuenta - con el apoyo de la Gobernación Departamental, las Alcal - días Municipales y las instituciones que forman parte - de la comisión de Coordinación Ejecutiva del Plan de De - sarrollo Integral de B.V. Además participan activamen - te y directamente las comunidades en las cuales se cons - truyen Casas de Salud, participando algunas de ellas en - cursos de albañilería impartidos por INTECAP, sirviendo - como práctica la construcción de las Casas de Salud. El - apoyo internacional lo han aportado las siguientes agen - cías:

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNI - CEF) a través de la donación de:
  - Recursos financieros para capacitación;
  - Equipo de transporte;
  - Material de construcción;
  - Equipamiento de las Casas de Salud Rural; y
  - Material para docencia y educación sanitaria.
- Cooperación Guatemalteca-Alemana de Alimentos por Trabajo (COGAAT) a través de:
  - Cooperación técnica;
  - Transporte de materiales;
  - Herramientas;
  - Materiales; y
  - Alimentos por trabajo.

(en el anterior documento se menciona a la Organización de los Estados Americanos -OEA) a través de la Cooperación Técnica Permanente del Programa para la Integración Rural-Urbana).

Siete Requisitos Básicos Previa la Entrega de Mate - riales para Construcción y Autorización para el Inicio de la Construcción de Casas de Salud Rural.

1. Comité organizado;
2. Acta de donación del Terreno;
3. Acta de compromiso para transportar por sus pro - pios medios los materiales en aquellas localidades donde no llegan vehículos de 4 ruedas;
4. Acta de compromiso de mano de obra para principiar y terminar la obra (comité y nombramiento de los - trabajadores);
5. Acta de compromiso de apoyo para el funcionamiento de la Casa de Salud: a) mantenimiento (gas, esco - bas, limpiadores, jabón); b) incentivo para el au - xiliar de Casa de Salud Rural (una ayuda económica mensual de acuerdo a las posibilidades de la comu - nidad;)
6. Un albañil para que dirija la obra, contratado por la comunidad o la alcaldía respectiva; y
7. Proporcionar arena y piedrín, madera para el techo y muebles (1 mesa, 2 sillas, 2 bancas, 1 estante), y una silla para transportar pacientes.

DISTRIBUCION DE CSR POR MUNICIPIO Y EJECUCION PROGRAMADA POR AÑO

| No.        | MUNICIPIO          | 1981 | 1982 | 1983 | TOTAL POR MUNICIPIO |
|------------|--------------------|------|------|------|---------------------|
| 1          | Salamá             | -    | 9    | 9    | 18                  |
| 2          | San Jerónimo       | 1    | 5    | 4    | 10                  |
| 3          | San Miguel Chicaj  | -    | 6    | 7    | 13                  |
| 4          | Rabinal            | -    | 3    | 7    | 10                  |
| 5          | Santa Cruz el Chol | -    | 7    | 6    | 13                  |
| 6          | Granados           | -    | 7    | 6    | 13                  |
| 7          | Cubulco            | -    | 6    | 6    | 12                  |
| 8          | Purulha            | -    | 6    | 5    | 11                  |
| Sub-Total  |                    | 1    | 49   | 50   |                     |
| Acumulados |                    | 1    | 50   | 100  |                     |

(Este cuadro no aparece contemplado en el documento A-1)

La primera casa construida fue en la aldea El Jícaro, la cual se inauguró el 7/Noviembre/1980, fecha en que empezó a funcionar. Posteriormente han sido terminadas 13 casas más de salud, de las cuales 10 ya están en función (incluida la del Jícaro) y otras 5 están en proceso de construcción. Actualmente se han adiestrado 28 auxiliares de Casa de Salud que fueron seleccionados por el Técnico de Salud Rural, y los que ya están labo-  
rando lo hacen ad-honorem.

La meta propuesta por este proyecto de construir a 3 años plazo 100 Casas de Salud, no se ha podido cumplir por incumplimiento de varios de los requisitos menciona-  
dos anteriormente.

#### Costo de la Casa de Salud Rural

|                                       |             |
|---------------------------------------|-------------|
| 1. Monto del Material de Construcción | Q. 1,310.00 |
| 2. Monto del Equipamiento             | Q. 1,000.00 |
| TOTAL                                 | Q. 2,310.00 |

Desglosamiento de las Actividades a realizar en la Casa de Salud Rural.

1. Acción:
  - a) Educación Sanitaria al individuo, la familia, -  
la Comunidad y a los escolares:

#### A. Charlas:

- A.1 Higiene personal
- A.2 Higiene de la vivienda
- A.3 Higiene del medio ambiente
- A.4 Enfermedades prevenibles por el PAI
- A.5 Otras enfermedades:
  - A.5.1 Malaria
  - A.5.2 Ca. del cervix
  - A.5.3 Fiebre Tifoidea
  - A.5.4 Diarreas

- A.5.5 Infecciones respiratorias
- A.5.6 Parasitismo intestinal
- A.5.7 Parasitosis externa
- A.5.8 Conjuntivitis
- A.5.9 Desnutrición
- A.5.10 Enfermedad péptica
- A.5.11 Enfermedades venéreas
- A.5.12 Neuritis y Artritis
- A.5.13 Enfermedades micóticas

- A.6 Cuidado del recién nacido
- A.7 Cuidados pre y post-natales

#### B. Demostraciones como complemento a charlas

#### 2. Acción: Atención a Enfermos

##### A. Atención de Consulta Externa

- A.1 Toma S/V
- A.2 Medidas Antropométricas
- A.3 Examen Físico
- A.4 Recolección de muestras en los casos necesarios
- A.5 Dará tratamiento de acuerdo a Terapéutica Dirigida
- A.6 Diagnosticará de acuerdo a su capacitación y referirá a un nivel de atención inmediata superior a que  
llos casos que no son de su competencia.

#### 3. Acción: Captación y Control de Embarazadas y Puérperas

##### Tareas:

- A. Control pre-natal
  - A.1 Inscripción e interrogatorio
  - A.2 Tomar S/V
  - A.3 Medidas Antropométricas
  - A.4 Examen físico y obstétricos

- A.4.1 Medición de Altura Uterina
- A.4.2 Identificación de la posición
- A.4.3 Auscultación foco fetal.
- A.4.4 Diagnóstico
- A.4.5 Educación (charla) sobre cuidados durante el embarazo
- A.4.6 Tratamiento según terapéutica dirigida
- A.4.7 Referir los casos que lo ameriten
- A.4.8 Aplicación de Toxoides Tetánico

- B. Control Post-natal
- B.1 Interrogatorio
- B.2 Toma S/V
- B.3 Examen físico al niño y a la madre
- B.4 Tratamiento según terapéutica dirigida
- B.5 Referir casos que lo ameriten
- B.6 Charla: cuidado post-natal y del recién nacido.

- 4. Acción: Vigilancia y Control del Desarrollo del Niño Sano

Tareas:

- 1. Inscripción e Interrogatorio
- 2. Evaluación Nutricional
  - 2.1 S/V
  - 2.2 Medidas Antropométricas
- 2.3 Identificación de signos de atraso en el desarrollo y signos de desnutrición
- 3. Dar tratamiento según terapéutica dirigida
- 4. Referir los casos que lo ameriten
- 5. Administrar vacunas a los niños del programa según el PAI
- 6. Orientar a las madres.

- 5. Acción: Inmunizaciones

Tareas:

- 1. Promoción
- 2. Encuesta a niños susceptibles
- 3. Vacunación
- 4. Extender carnets de vacunación.
- 6. Acción: Coordinación de las Actividades de las Comadronas Tradicionales y del Promotor Rural de Salud.

Tareas:

- 1. Tener actualizado el dato de Comadronas y/o Promotores
- 2. Referencia de casos a Comadronas y/o Promotores
- 3. Reuniones con Comadronas y/o Promotores
- 4. Orientar a la Comadrona y/o Promotor la referencia de casos a nivel de atención superior.
- 5. Coordinar tratamiento a los casos que lo ameriten conforme Terapéutica Dirigida

- 7. Acción: Control Oportuno de Malaria

Tareas:

- 1. Control de criaderos de Zancudos
- 2. Toma de muestra de gota gruesa a todo paciente febril con historia de fiebre y escalofríos.
- 3. Envío de muestras al laboratorio
- 4. Localización de los casos con resultados positivo y administración del tratamiento.

- 7.1 Acción" Tuberculosis

Tarea:

- 1. Identificación de sintomáticos respiratorios

2. Toma de muestras de esputo a sintomáticos respiratorios conforme normas nacionales P.N.S.
3. Envío de muestras al laboratorio correspondiente
4. Localización de casos positivos y administración - de tratamiento supervisado según norma nacional - P.N.S.
5. Mantoux al grupo familiar (menores de 10 años) de los casos positivos
6. Referir los casos que lo ameriten.

#### 7.2 Acción" Cáncer del cervix

##### Tareas:

1. Papanicolau
2. Enviar frotos al laboratorio correspondiente
3. Localización y referencia de los casos positivos.

#### 7.3 Acción: Diabetes

##### Tareas:

1. Prueba de glucocinta a pacientes sospechosos
2. Referencia de los casos que lo ameriten.

#### 8. Acción" Visitas domiciliarias

##### Tareas:

1. Captación de embarazadas y puérperas
  2. Localización de pacientes con resultados de laboratorio positivos
  3. Localización de casos de alto riesgo
  4. Charlas de educación para la salud de la familia
9. Acción: Entrega de alimentos (alimentación complementaria)

##### Tareas:

1. Distribución de alimentos a beneficiarios del programa
  2. Demostración para la preparación de alimentos.
10. Acción: Orientación familiar

##### Tareas:

1. Charla sobre paternidad responsable
2. Charla sobre infertilidad y/o esterilidad
3. Charlas sobre los métodos de planificación familiar
4. Referencia de casos al nivel de atención correspondiente
5. Control de los métodos anticonceptivos a las usuarias, conforme terapéutica dirigida.

#### 11. Acción: Vigilancia Epidemiológica

##### Tareas:

1. Reportar aparición de brotes de enfermedades al nivel de atención superior
2. Notificación semanal de enfermedades transmisibles al nivel de atención superior
3. Informe mensual de morbilidad al nivel de atención superior.

#### 12. Acción: Terapéutica dirigida

##### Tareas:

1. Hacerse una terapéutica dirigida a la capacidad - del auxiliar de salud.

## VI. REVISION BIBLIOGRAFICA

Respecto a la investigación Casas de Salud Rural, no existen antecedentes de trabajos similares, únicamente se tomó bibliografía sobre lo que es Atención Primaria de la Salud, que según documentos mimeografiados fueron tomados como base.

Este proyecto como se puede ver en lo que antecede, está orientado hacia lo que es Atención Primaria de la Salud.

Por otra parte, las citas de definiciones que se parafrasean, se encuentran en el apartado referencias.

## VII. MATERIAL, METODOLOGIA Y RECURSOS

El material utilizado en el estudio fue: 80% de la población rural de la aldea El Jícaro, mayores de edad de sexo femenino y masculino que han asistido a la Casa de Salud por charlas, enfermedades, inyecciones, etc, y el Auxiliar de Casa de Salud, con el objeto de evaluar el impacto que ha tenido el funcionamiento de dicho proyecto en esta aldea.

### METODOLOGIA

El proceder de la presente investigación se basó - en los principios de la inducción-deducción; se ejecutó en una muestra aleatoria; y se utilizó la encuesta con la aplicación de cuestionario al Auxiliar (ver anexo 1) y cuestionario a la comunidad (ver anexo 2).

El diseño de la investigación es el siguiente:

- Investigación bibliográfica
- Definición del objeto o material de estudio
- Elaboración del protocolo de tesis y de cuestionarios para obtención de datos
- Trabajo de campo
  - Obtención de datos para efectuar el Diagnóstico de salud de la aldea
  - Obtención de datos a través de los cuestionarios pasados al Auxiliar y a la comunidad
  - Registro de Archivo:
    - Centro de Salud de San Jerónimo
    - Casa de Salud del Jícaro
    - Registro Civil de San Jerónimo
    - Dirección General de Servicios de Salud
    - Jefatura de Area de Salud de Baja Verapaz
- Aplicación de los cuestionarios (ver anexos)
- Trabajo de Escritorio

- . Tabulación de datos
- . Presentación de resultados
- . Descripción de los resultados
- . Análisis y discusión de los resultados
- . Conclusiones y recomendaciones
- . Informe final (propuesta de funcionamiento)

#### RECURSOS

- Humanos  
Asesor y Revisor del trabajo de tesis, sustentante, Auxiliar de Casa de Salud Rural y personas de la comunidad.
- Físicos
  - Vehículo de 2 ruedas
  - Material de escritorio
  - Casa de Salud Rural del Jícaro
  - Centro de Salud de San Jerónimo
  - Oficina de Registro Civil
  - Dirección General de Servicios de Salud
  - Jefatura de Area de Salud de Baja Verapaz

#### TRATAMIENTO ESTADISTICO

Unicamente se trabajó con porcentajes, por los resultados encontrados.

#### - TIEMPO DEDICADO A LA INVESTIGACION

El tiempo empleado en la investigación fue de 4 semanas, distribuidas de la siguiente manera:

- dos semanas dedicadas a efectuar encuesta al auxiliar, encuesta a la comunidad y efectuar el diagnóstico de salud de la aldea para la propuesta de funcionamiento.
- dos semanas para hacer la propuesta de funcionamiento, el análisis de los resultados y presentación de los mismos.

#### VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS

Trabajo de campo realizado mediante cuestionarios pasados al Auxiliar y a la comunidad de la aldea El Jícaro del Municipio de San Jerónimo del Departamento de Baja Verapaz, del 15 al 20 de Agosto de 1983.

## VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS

### RESULTADOS DEL CUESTIONARIO PASADO AL AUXILIAR DE CASA DE SALUD RURAL

Pregunta No. 1

¿Qué horario tiene para atender a las personas en la Casa de Salud Rural?

R. LUNES a VIERNES 6 a 7 P.M. y SABADOS 8 a 12 A.M. y de 2 a 4 P.M.

Pregunta No. 2

¿Qué actividades ha realizado en la Casa de Salud Rural?

| ACTIVIDADES                            | No. PERSONAS | PORCENTAJE    |
|--|--------------|---------------|
| Inyecciones                            | 265          | 40.77         |
| Atención pacientes enfermos            | 258          | 39.69         |
| Vacunas puestas                        | 24           | 3.69          |
| Charlas                                | 23           | 3.54          |
| Hidratación Oral                       | 20           | 3.07          |
| Referencia de Pacientes                | 18           | 2.77          |
| Visitas Domiciliarias                  | 15           | 2.31          |
| Curaciones                             | 13           | 2.00          |
| Control Prenatal                       | 4            | 0.62          |
| Control pacientes terapéutica dirigida | 4            | 0.62          |
| Control niño sano                      | 3            | 0.46          |
| Promoción de vacunas                   | 3            | 0.46          |
| <b>TOTAL</b>                           | <b>650</b>   | <b>100.00</b> |

Pregunta No. 3: ¿Qué charlas ha dado?

CUADRO No. 2  
CHARLAS DADAS EN LA CASA DE SALUD RURAL

| CHARLAS                | No. VECES | PORCENTAJE |
|------------------------|-----------|------------|
| Higiene personal       | 2         | 33.33      |
| Higiene de la Vivienda | 1         | 16.67      |
| Planificación familiar | 1         | 16.67      |
| Paternidad Responsable | 1         | 16.67      |
| Diarrea                | 1         | 16.67      |
| TOTAL                  | 6         | 100.00     |

Pregunta No. 4:

¿Tiene programadas sus charlas, cuántas ha dado?

R. NO TIENE PROGRAMADAS LAS CHARLAS, HA DADO 6 CHARLAS

Pregunta No. 5:

¿Se le ha presentado algún problema para dar sus charlas?

R. NO LLEGA LA GENTE, NO HAY MATERIAL DIDACTICO PARA DAR LAS CHARLAS.

Pregunta No. 6:

¿Qué parámetros toma Ud, para referir pacientes al Centro de Salud de San Jerónimo?

R. FALTA DE MEDICAMENTOS, EMERGENCIAS AL HOSPITAL DE - SALAMA.

Pregunta No. 7:

¿Lo han supervisado por parte del Area de Salud de Baja Verapaz?

R. SI

Pregunta No. 8:

¿Quiénes lo han supervisado y cuántas veces?

CUADRO No. 3  
TIPO DE SUPERVISION Y No. DE VECES

| SUPERVISION DE:      | No. VECES | PORCENTAJE |
|----------------------|-----------|------------|
| Jefatura de Distrito | 7         | 63.64      |
| Técnico Salud Rural  | 4         | 36.36      |
| TOTAL                | 11        | 100.00     |

Pregunta No. 9:

¿Cómo ha solucinnado las necesidades de la Casa de Salud Rural?

R. CON AYUDA DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERONIMO.

Pregunta No. 10:

¿Ha coordinado actividades con comadronas y promotores?

R. NO

Pregunta No. 11:

¿Ha recibido algún re-adiestramiento?

R. NO

Pregunta No. 12:

¿Por qué fue escogido para este cargo?

R. ES COLABORADOR

RESULTADO DEL CUESTIONARIO PASADO A LA COMUNIDAD

Pregunta No. 13

¿Conoce Ud. la Casa de Salud Rural?

R. SI; No. Personas: 108; Porcentaje: 100%

Pregunta No. 14:

¿¿Por qué ha asistido a la Casa de Salud Rural?

CUADRO No. 4  
CAUSA DE ASISTENCIA A LA CASA DE SALUD RURAL

| CAUSA        | No. PERSONAS | PORCENTAJE    |
|--------------|--------------|---------------|
| Enfermedad   | 107          | 46.72         |
| Inyecciones  | 75           | 32.76         |
| Charlas      | 23           | 10.04         |
| Vacunación   | 19           | 8.30          |
| Curaciones   | 5            | 2.18          |
| <b>TOTAL</b> | <b>229</b>   | <b>100.00</b> |

NOTA: En este cuadro No. 4 aparecen 229 personas, esto se debe a que las 108 personas encuestadas, varias asistieron a la Casa de Salud Rural por una o varias de las causas mencionadas.

Pregunta No. 15:

¿Qué pláticas ha escuchado del Auxiliar de Casa de Salud Rural?

CUADRO No. 5

PLATICAS ESCUCHADAS DEL AUXILIAR DE CASA DE SALUD RURAL

| CHARLA                 | No. PERSONAS | PORCENTAJE    |
|------------------------|--------------|---------------|
| Higiene Personal       | 23           | 21.30         |
| Planificación familiar | 13           | 12.04         |
| Paternidad Responsable | 2            | 1.85          |
| Higiene de la vivienda | 1            | 0.92          |
| Ninguna Charla         | 85           | 78.70         |
| <b>TOTAL</b>           | <b>108</b>   | <b>100.00</b> |

NOTA: El total de personas que asistieron a charlas - fueron 23, pero de estas hubo varias que asistieron a una o más charlas.

Pregunta No. 16:

¿Puso en práctica lo que escuchó en las charlas?

R. SI; No. Personas: 23; Porcentaje: 100%

Pregunta No. 17:

¿Si su respuesta es NO, ¿por qué?

R. NO FUE RESPONDIDA.

Pregunta No. 18:

¿En qué cree que ha mejorado esta aldea con el funcionamiento de la Casa de Salud Rural?

CUADRO No. 6  
CAUSA DEL MEJORAMIENTO

| CAUSA  | No. DE PERSONAS | PORCENTAJE |
|--|-----------------|------------|
| Tienen a quien consultar en caso de enfermedad           | 108             | 82.44      |
| Han adquirido más conocimientos sobre medidas higiénicas | 23              | 17.56      |
| TOTAL  | 131             | 100.00     |

NOTA: Aparecen 131 personas, pero esto es debido a que hubieron varias personas que respondieron dos opciones.

Pregunta No. 19:

¿Cuándo usted necesita de la Casa de Salud Rural - lo han atendido?

R. SI; No. de PERSONAS" 108; PORCENTAJE: 100.00%

Pregunta No. 20:

¿Si su respuesta es NO, por qué?

R. NO FUE CONTESTADA.

Pregunta No. 21:

¿Quisiera ser Ud, la persona que atendiera la Casa de Salud Rural?

CUADRO No. 7  
QUISIERA SER LA PERSONA QUE ATENDIERA LA CASA DE SALUD RURAL

| RESPUESTA | No. DE PERSONAS | PORCENTAJE |
|-----------|-----------------|------------|
| NO        | 72              | 66.66      |
| SI        | 36              | 33.33      |
| TOTAL     | 108             | 100.00     |

Pregunta No. 22:

¿Si su respuesta es NO, ¿por qué?

CUADRO No. 8  
CAUSA DE POR QUE NO

| RESPUESTA                       | NO. DE PERSONAS | PORCENTAJE |
|---------------------------------|-----------------|------------|
| No pagan                        | 35              | 48.61      |
| No le gusta ese tipo de trabajo | 28              | 38.89      |
| Deja su trabajo                 | 9               | 12.50      |
| TOTAL                           | 72              | 100.00     |

Pregunta No. 23:

¿Qué ingreso económico tiene al mes?

CUADRO No. 9  
INGRESO ECONOMICO AL MES

| INGRESO  | No. DE PERSONAS | PORCENTAJE |
|----------|-----------------|------------|
| Ninguno  | 40              | 37.04      |
| Q. 45.00 | 35              | 32.41      |
| Q. 60.00 | 27              | 25.00      |
| Q. 75.00 | 4               | 3.70       |
| Q. 80.00 | 1               | 0.92       |
| Q. 90.00 | 1               | 0.92       |
| TOTAL    | 108             | 100.00     |

Pregunta No. 24:

¿Qué grado de escolaridad alcanzó?

CUADRO No. 10  
GRADO DE ESCOLARIDAD ALCANZADO

| GRADO ESCOLAR | No. PERSONAS | PORCENTAJE |
|---------------|--------------|------------|
| Ninguno       | 65           | 60.18      |
| 1 Primaria    | 3            | 2.78       |
| 2 Primaria    | 25           | 23.15      |
| 3 Primaria    | 15           | 13.89      |
| TOTAL         | 108          | 100.00     |

CUADRO No. 11  
DIAGNOSTICO DE REFERENCIA DEL AUXILIAR EN RELACION CON  
LOS DIAGNOSTICOS DE CERTEZA DEL MEDICO DEL CEN  
TRO DE SALUD DE SAN JERONIMO

| DIAGNOSTICO   | AUXILIAR |        | MEDICO |        |
|---|----------|--------|--------|--------|
|   | No.      | %      | No.    | %      |
| Infección Intestinal mal definida                             | 4        | 28.57  | 1      | 7.14   |
| Signos, Síntomas y Estados Morbosos mal Definidos             | 4        | 28.57  | 1      | 7.14   |
| Trastornos de la Mentrución                                   | 2        | 14.28  | 2      | 14.28  |
| Enf. del Aparato Respiratorio                                 | 1        | 7.14   | 1      | 7.14   |
| Deficiencias de la Nutrición                                  | 1        | 7.14   | 1      | 7.14   |
| Trastornos del Ojo y sus Anexos                               | 1        | 7.14   | 1      | 7.14   |
| Enf. de la Piel y Tejido Celular                              | 1        | 7.14   | 1      | 7.14   |
| Enf. del Aparato Gastrointes tinal                            | -        | ---    | 2      | 14.28  |
| Enf. del Aparato Urinario                                     | -        | ---    | 2      | 14.28  |
| Enf. Inflamatoria del Tejido Celular Pelviano y del Peritoneo | -        | ---    | 1      | 7.14   |
| Enf. del Sistema Osteomuscular y del Tejido Conjuntivo        | -        | ---    | 1      | 7.14   |
| TOTAL   | 14       | 100.00 | 14     | 100.00 |

## IX. DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS

### Pregunta No. 1:

El horario que rige en la Casa de Salud Rural es - de Lunes a Viernes de 6 P.M. a 7 P.M. y Sábados de 8 A. M. a 12 A.M. y de 2 a 4 P.M.

### Pregunta No. 2:

En el cuadro se observa que la mayoría de actividades realizadas son funciones de atención directa al paciente (curativa), ya que nos da 83.23%, siendo el resto dividido en actividades de tipo preventivo.

### Pregunta No. 3:

Del total de charlas que tenía que dar (más o menos 25) sólo dió 5 (20%).

### Pregunta No. 4:

El número de charlas es un 20% del total y no han sido planificadas.

### Pregunta No. 5:

Hay poca participación de la gente y falta de material didáctico.

### Pregunta No. 6:

Los pacientes han sido referidos al Centro de Salud de San Jerónimo y al Hospital de Salamá.

### Pregunta No. 7:

En base a la respuesta dada por el Auxiliar, sí ha sido supervisado.

### Pregunta No. 8:

Durante el tiempo que tiene de estar funcionando la Casa de Salud Rural ha sido supervisado 7 veces por la Jefatura de Distrito y 4 veces por el Técnico en Salud Rural.

Pregunta No. 9:

La ayuda recibida ha sido a través del Centro de Salud de San Jerónimo.

Pregunta No. 10:

Esta actividad no ha sido cumplida.

Pregunta No. 11:

No ha recibido ningún readiestramiento

Pregunta No. 12:

Fue escogido para este puesto por ser colaborador.

Pregunta No. 13:

Las personas encuestadas conocen la Casa de Salud Rural.

Pregunta No. 14:

La mayor causa de asistencia a la Casa de Salud Rural fue de tipo curativo (81.66%) y poco preventivo (18.34%).

Pregunta No. 15:

De las 108 personas encuestadas únicamente 23 asistieron a charlas (21.30%) de ese total, 13 personas asistieron a 2 charlas (12.04%), 2 personas (1.85%) asistieron a 3 charlas y 1 persona asistió a 4 charlas (0.92%), quedando el 78.70% de las personas sin haber escuchado ninguna charla.

Pregunta No. 16:

Por la respuesta dada, las personas que asistieron a charlas pusieron en práctica lo escuchado.

Pregunta No. 17:

No fue respondida.

Pregunta No. 18:

Las 108 personas encuestadas contestaron tener a -

quien consultar en caso de enfermedad y de esas mismas personas, las que escucharon charlas, respondieron adquirir más conocimientos sobre medidas higiénicas.

Pregunta No. 19:

Las personas son atendidas en la Casa de Salud Rural.

Pregunta No. 20:

No fue contestada.

Pregunta No. 21:

Del total de personas encuestadas 72 (66.66%) contestó negativamente y de las 23 personas que asistieron a charlas únicamente 11 (47.82%) contestó afirmativamente.

Pregunta No. 22:

El aspecto económico fue el más importante, pues 39 personas (48.61%) contestaron no pagan, además un porcentaje elevado de las personas encuestadas contestó que no le gustaba ese tipo de trabajo (38.89%).

Pregunta No. 23:

Como se observa en el cuadro hay un 37.04% (40 personas) que no tienen ingreso alguno (dentro de este grupo están incluidas la mayoría de mujeres que fueron encuestadas), por otra parte la mayoría de personas tienen un ingreso entre 45 quetzales y 60 quetzales al mes, haciendo entre estos dos grupos el 57.41% del total.

Pregunta No. 24:

El cuadro nos demuestra que 65 personas (60.18%) no cursaron ningún grado de escolaridad, habiendo logrado llegar hasta segundo grado de primaria 25 personas (23.14%) y hasta tercero de primaria 15 personas (13.88%).

Cuadro No. 11

Como se ve en el cuadro, de 14 pacientes referidos

al Centro de Salud, 8 pacientes (57.14%) tuvieron diagnóstico similar al del médico y en el caso de 6 pacientes, el diagnóstico fue diferente (42.86%).

## X. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Como se observa el horario se adapta más a las necesidades del auxiliar que a la comunidad, pero esto - puede ser discutible, ya que por laborar ad-honorem en la Casa de Salud, familia que sostener, necesita dedicar parte de su tiempo al trabajo de agricultura, para poder agenciarse los medios económicos para su sostenimiento, a pesar que según el proyecto, debería tener un incentivo económico, el cual no se ha cumplido.

Las actividades llevadas a cabo, fueron más de tipo curativo, dedicando muy poco al aspecto preventivo, ya que si observamos en el cuadro No. 1, la mayor parte de las actividades está centrada en la atención de pacientes enfermos, actividad de la cual casi se cumplió el 100% de lo programado.

En la captación y control de embarazadas y puérperas, se observa que únicamente controló 4 embarazadas, lo cual en relación al número de nacimientos habidos - del 1/7/82 al 30/6/83 que fueron 48, se puede considerar bajo (8.33%). Por otra parte, no dió charlas que era una actividad de esta acción. Tampoco aplicó el Toxoi- de Tetánico por no tenerlo. En cuanto al control Post- natal no hubo ningún caso, considero que esto es debido a la falta de educación en salud que tienen de la importancia de este control.

En lo referente a control y vigilancia del desarrollo del niño sano, solo asistieron 3 niños, lo cual es una cobertura baja. Los niños vacunados fueron 24 y fue efectuado por personal del Centro de Salud de San Jerónimo, pues el auxiliar no sabe vacunar y tiene poco conocimiento sobre el PAI.

En inmunizaciones sólo efectuó tareas de promoción y encuesta a niños susceptibles.

No hubo coordinación con comadrona tradicional ni promotor en salud rural por motivos de liderazgo.

Dentro de lo que era control oportuno de Malaria, Tuberculosis, Cáncer del Cervix y Diabetes, únicamente cumplió la actividad de control a pacientes con Terapéutica Dirigida, ya que existen 2 casos de Tuberculosis diagnosticadas y 2 contactos, en cuanto a los otros 3 aspectos mencionados, según refirió el auxiliar, tiene poco conocimiento de esas enfermedades.

Las visitas domiciliarias fueron más que todo para ver pacientes enfermos y no para captación de embarazadas y puérperas, lo cual da una idea de la actitud que toma el auxiliar; más que todo, hacia la atención de pacientes enfermos.

La entrega de alimentos es una actividad que aún se lleva a cabo en el Centro de Salud, lo cual considero es una falta de coordinación entre la Jefatura de Distrito y el auxiliar, ya que el proyecto contempla que esta actividad debe llevarse a cabo en la Casa de Salud.

En orientación familiar dió una charla sobre paternidad responsable, no desarrollando las otras actividades que tenía programadas, lo cual puede ser falta de conocimiento de las mismas.

En vigilancia epidemiológica, no hubo ningún brote epidémico durante el estudio, pero en el mes de Julio de 1983 hubo un brote de diarrea, el cual reportó para que tomaran las medidas del caso.

Referente a la Terapéutica dirigida, no se ha efectuado un seguimiento para ver si maneja bien los medicamentos que se le dan que son muy pocos (Penicilina, Eritromicina, Suero oral, Espectorante, A.S.A., Complejo B y Tiamina entre los principales).

En el cuadro No. 2, vemos que de las charlas que tenía que dar para cumplir con la acción Educación Sanitaria al individuo, la familia, la comunidad y los escolares, eran 20 charlas diferentes (100%), de las cuales únicamente dió 3 (15%) lo que indica, que en este aspecto de tipo preventivo no cumplió con uno de los objetivos del programa de impartir educación sanitaria a la comunidad. Se observa que solo 23 personas asistieron a charlas (21.29%), de las 108 personas encuestadas, además de las charlas dadas únicamente dió 2 veces (33.33%) una misma charla lo cual es bajo en relación al tiempo de laborar en la Casa de Salud. Las charlas dadas fueron 6, siendo repetida la de higiene personal, por otra parte, no fueron programadas, lo que indica que estas fueron improvisadas.

La problemática encontrada en cuanto a las charlas fueron 2 factores: la falta de asistencia de la gente y la falta de material didáctico para dar la charla. Si relacionamos estos factores con la asistencia de la gente a las charlas, ésta fue decreciendo, lo cual indica que probablemente eran tediosas, ya que no existía un material adecuado para dar las mismas.

Los parámetros tomados para referir pacientes al hospital de Salamá son adecuados, no así los pacientes referidos al Centro de Salud, ya que la situación económica no es una razón valedera, pero puede ser tomada en cuenta.

El auxiliar ha sido supervisado como se observa en el cuadro No. 3, la mayor supervisión fue a cargo de la Jefatura de Distrito 7 veces (63.64%) y 4 veces a cargo del Técnico en Salud Rural (36.36%), no siendo supervisado por la Jefatura de Area. En relación al tiempo de estar funcionando la Casa de Salud, han sido muy pocas las supervisiones que ha tenido y, considero que éste es un factor importante, pues mientras más supervisión se le efectúe mayor oportunidad hay de darle orientación al auxiliar.

La ayuda que ha recibido es de tipo material (medicamentos) y orientación, considero que con esta actitud lo que se está haciendo es que tanto el auxiliar como la gente de la comunidad vean la Casa de Salud como un lugar al cual pueden acudir por enfermedad y donde se les dará los medicamentos para el alivio de su problema que le aqueja y no realmente el objetivo por el cual fue creada, que es proporcionar atención primaria de salud.

Únicamente recibió el adiestramiento y no hubo seguimiento del mismo para proporcionarle mayor fijación de los conocimientos adquiridos. Este es uno de los factores que influyen en el bajo rendimiento del auxiliar en cuanto a su desenvolvimiento en las actividades que le fueron programadas para cumplir con los objetivos del proyecto.

El auxiliar es colaborador, pero la falta de incentivo económico hace que dedique poco tiempo a la Casa de Salud.

El cuestionario pasado a la comunidad dió los siguientes resultados:

Todos los encuestados conocen la Casa de Salud.

Como vemos en el cuadro No. 4, el mayor porcentaje de consulta fue por enfermedad (46.72%), dejando un 18.34% para los aspectos preventivos, lo cual nos reafirma lo que la gente de la comunidad piensa de la Casa de Salud, considero que ésto es debido a la falta de concientización a la comunidad para que realmente le de el uso para el cual fue creada la Casa de Salud, ya que la ven más desde el aspecto curativo que preventivo, a lo cual debería ser a lo que se le diera más importancia.

Las charlas como vemos en el cuadro No. 5, en su mayoría están en relación con lo dicho por el auxiliar,

excepto la diarrea que no fue escuchada por ninguno de los encuestados. De las personas encuestadas únicamente 23 (21.30%) respondieron que sí pusieron en práctica lo escuchado. Llama la atención que de estas 23 personas solamente una persona escuchó 4 charlas. Esta situación debería hacer que hubiera más seguimiento del auxiliar y concientización a la comunidad para cumplir con este objetivo.

En el cuadro No. 6, las personas encuestadas le dieron más importancia al aspecto curativo (79.41%) y, únicamente los que asistieron a charlas agregaron el aspecto preventivo, o sea adquirir más conocimientos sobre medidas higiénicas.

Esto nos demuestra más la falta de concientización de la comunidad, para darle realmente el uso adecuado a la Casa de Salud.

La respuesta afirmativa a sí ha sido atendido en la Casa de Salud, hace ver que es necesaria en la comunidad.

Al evaluar el criterio que tenían para atender la Casa de Salud, como se ve en el cuadro No. 7, respondieron NO 72 personas (66.66%) y 36 personas (33.33%) respondieron que SI. Si estas respuestas las relacionamos con el cuadro No. 8 vemos que el aspecto al cual le dieron más importancia fue el referente al económico 35 personas (48.61%), también hubo un porcentaje elevado (38.89%) de personas que respondió que no le gustaba ese tipo de trabajo. Por las respuestas dadas, vemos que el factor económico es importante.

El cuadro No. 9. nos demuestra que la mayoría de personas tienen bajo ingreso per-cápita, el cual oscila entre Q. 45.00 y Q. 60.00 al mes (57.41%) encontrándose 40 personas (37.04%) que no tienen ningún ingreso. Si a ésto agregamos el bajo índice de escolaridad de la co

munidad, como se ve en el cuadro No. 10 donde la mayoría de personas no tienen ningún grado escolar (60.18% y apenas el 39.82%) han tenido estudio de los cuales - 23.15% han logrado cursar 2 años de primaria y 15 personas (13.89%) 3 años de primaria. Esto nos hace ver lo necesario de mejorar el servicio que presta la Casa de Salud, ya que esta situación imperante en los comunitarios incide en el estado salubritario de la comunidad.

Del total de diagnósticos de los pacientes referidos por el auxiliar (14 casos) hay 8 coincidentes -- (57.14%), lo cual nos da una pauta de que con mayor supervisión y orientación, puede desempeñar una mejor labor en favor de la comunidad.

## XI. CONCLUSIONES

- El objetivo de proporcionar atención primaria en salud al 73% de la población rural no indica el tiempo en que esto se llevará a cabo.
- El objetivo de fomentar la participación comunitaria en la atención y solución de los problemas de salud de la población especialmente rural, no se ha logrado ya que es poca la participación de la comunidad, aparte de que no indica tiempo en que se logrará este objetivo.
- El objetivo de disminuir la Morbi-mortalidad general de la población rural dispersa es un objetivo que no se puede alcanzar mientras no se desarrollen los programas de acción preventiva.
- El objetivo de establecer un nivel informal de atención a la salud dirigido a la comunidad rural y unido al sistema formal y oficial, orientado y supervisado por este último, es un objetivo al cual se le ha dado cumplimiento en su mayor parte pero que es necesario implementar para darle mejor orientación al Auxiliar.
- El objetivo de impartir educación sanitaria a la población rural, ha sido poco promovido por el Auxiliar, lo cual incide en que la población adquiere poco conocimiento de lo que es educación sanitaria.
- La actitud del Auxiliar está más orientada hacia aspectos curativos que preventivos, lo cual es debido a la falta de una estrategia adecuada para el funcionamiento del mismo y además carecer de una concientización adecuada y una filosofía definida de trabajo que permita hacer uso de la Casa de Salud por parte de los comunitarios, para los objetivos que fue creada.

## XII. RECOMENDACIONES

1. Readecuar el rol de actividades a las necesidades de la comunidad.
2. Programar las charlas y proporcionar el material necesario para las mismas.
3. Dar re-adiestramiento al Auxiliar, haciendo énfasis en las situaciones que se detecten que no se están desarrollando en forma satisfactoria en base a las supervisiones.
4. Organización y participación en forma activa del personal de salud.
5. Coordinación y comunicación con el personal voluntario de la comunidad, ya que las mismas son personas importantes involucradas en el equipo de salud.
6. Considerar la propuesta de alternativa de funcionamiento como medio para mejorar el rendimiento del auxiliar en cuanto a las necesidades de salud de la comunidad.

### XIII DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO

La aldea El Jícaro, pertenece al Municipio de San Jerónimo, Departamento de Baja Verapaz. Según escritura(°) la aldea ya existía y posteriormente fue ubicada en la finca "San Miguel Pachalum" de la misma región, la cual fue dada en pertenencia a Pedro García, Pedro Alonzo y demás compañeros, siendo éstas personas milicianos, por lo cual les donaron el terreno.

#### División Geográfica

El Jícaro tiene una extensión de 53 caballerías, colindando al norte con la aldea los Cerritos (San Jerónimo), al este aldea Las Limas (San Jerónimo), al sur Morazán (El Progreso) y al oeste aldea La Providencia (El Progreso). Dista a 27 kms. de la cabecera departamental e igual distancia de la cabecera municipal. Sus vías de comunicación son veredas y carretera de terracería (antigua ruta Nacional No.1) de 9 kms. hasta el caserío La Cumbre Santa Elena, donde se comunica con asfalto.

La aldea cuenta con 4 caseríos: El cerrón, El Durazno, Los Encuentros y la Cumbre Santa Elena.

#### Hidrografía

El principal río lleva el nombre del lugar: río El Jícaro.

#### Accidentes Orográficos

Cuenta con las montañas La Laguna y El Granadillo.

#### Clima

El clima es cálido, el invierno comienza en abril y finaliza en Octubre. El verano comienza en noviembre y finaliza en marzo.

(°) Datos recabados de una Escritura de Vicente Zaens, Notario del Gobierno de la República de ese entonces (1900)

## Administración Pública

En esta región, la administración de la tierra es comunal, la cual es repartida por medio de una directiva que es la encargada de distribuir la tierra a las personas de ese lugar. Por otra parte cuentan con un comité de Autodefensa Civil, una Escuela Primaria que tiene los 6 grados de educación primaria, siendo impartida por dos Maestros de Educación Primaria.

## Economía

El Jícaro es eminentemente agrícola, sus principales productos son" maíz, frijol, café, yuca y yamé, además se dedican a la crianza de ganado porcino y reses.

## Raza

El 99% de los habitantes son ladinos(°)

## Lengua

La lengua predominante es el Español.

## Hábitos Alimenticios

Básicamente la alimentación es a base de frijol, - Chile, tortilla y café, de vez en cuando queso y mantequilla y sólo en ocasiones especiales matan pollos o reses. Los huevos que dan las gallinas generalmente los venden.

## Costumbres

Cuando una muchacha de esa región se fija en un muchacho que no es de esa región, la desheredan, mientras

(°) Datos proporcionados por el Señor Cástulo Rodríguez, Auxiliar de la Casa de Salud Rural de la aldea El Jícaro, San Jerónimo, B. V.

que si el muchacho de esa región se enamora de una muchacha de otra región, la reciben y no lo desheredan. - Además para pedir a la muchacha, hacen primero un pedido de palabra y al mes lo confirman y ponen plazo para el casamiento. Otras costumbres populares son el juego de futbol y el juego de naipes por las noches. En las noches forman tertulias para platicar leyendas tales como la del Cadejo, la Ciguanaba, etc.

## Festividades

8 de Diciembre la Virgen de Concepción, el 30 de Mayo Virgen María, las cuales celebran con misas, rezos y procesiones.

## Religión

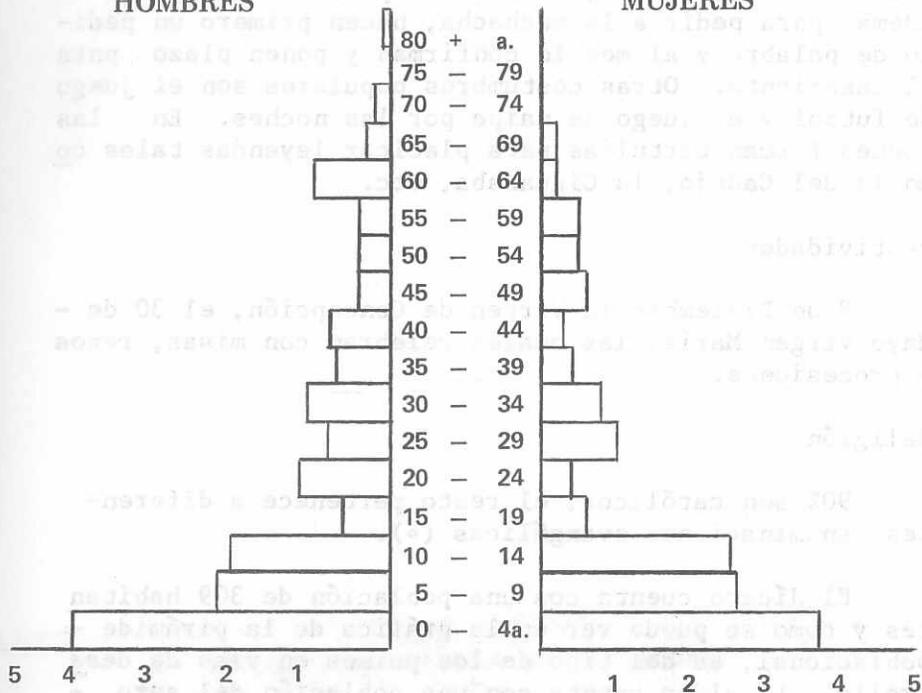
90% son católicos, el resto pertenece a diferentes denominaciones evangélicas (°).

El Jícaro cuenta con una población de 309 habitantes y como se puede ver en la gráfica de la pirámide poblacional, es del tipo de los países en vías de desarrollo. La aldea cuenta con una población del sexo masculino de 166 y del sexo femenino de 143, lo que nos da un índice de masculinidad de 1.16.

(°) Datos proporcionados por el Director de la Escuela Primaria del lugar. Prof. Walter Boteo.

HOMBRES

MUJERES



TOA

TOTAL POBLACION : 309 Habitantes

HOMBRES : 166

MUJERES : 143

GRAFICA.- PIRAMIDE POBLACIONAL

SITUACION DE SALUD DE LA ALDEA EL JICARO

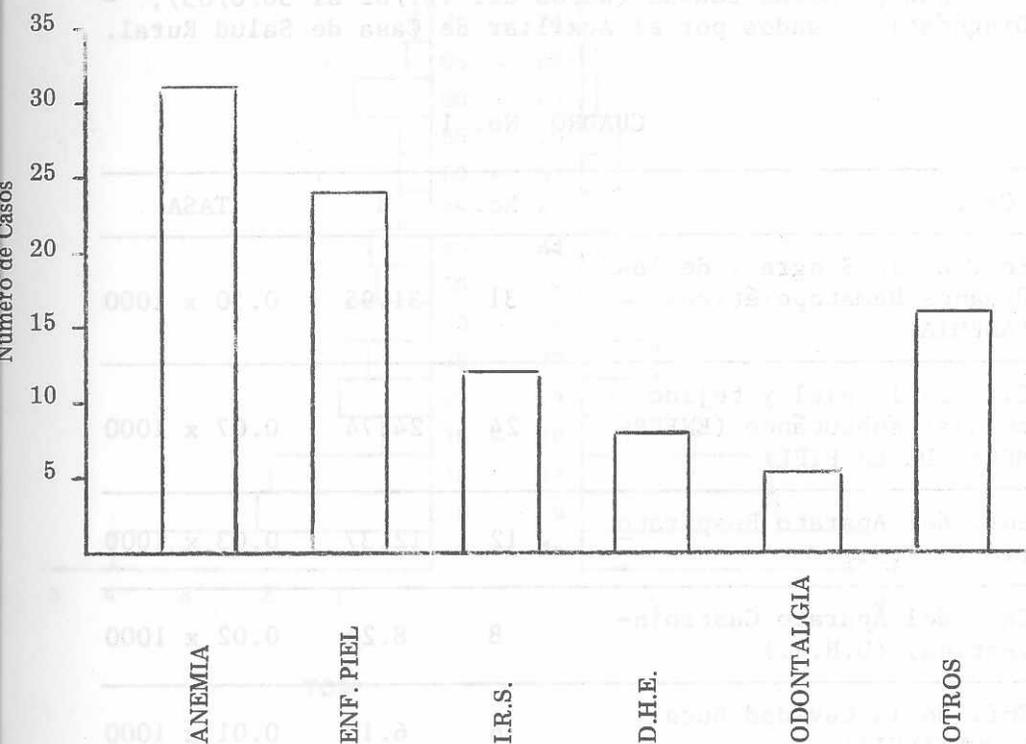
MORBILIDAD

Cinco primeras causas (datos del 1/7/82 al 30/6/83), Diagnósticos dados por el Auxiliar de Casa de Salud Rural.

CUADRO No. 1

| CAUSA   | No.       | %             | TASA       |
|---|-----------|---------------|------------|
| Enf. de la Sangre y de los Organos Hematopoyéticos (ANEMIA)         | 31        | 31.95         | 0.10 x 100 |
| Enf. de la piel y tejido celular subcutáneo (ENFERMEDAD DE LA PIEL) | 24        | 24.74         | 0.07 x 100 |
| Enf. del Aparato Respiratorio (I.R.S.)                              | 12        | 12.37         | 0.03 x 100 |
| Enf. del Aparato Gastrointestinal (D.H.E.)                          | 8         | 8.24          | 0.02 x 100 |
| Enf. de la Cavidad Bucal (ODONTALGIA)                               | 6         | 6.18          | 0.01 x 100 |
| Otras   | 16        | 16.49         | 0.05 x 100 |
| <b>TOTAL</b>  | <b>97</b> | <b>100.00</b> |            |

GRAFICA No. 1: 5 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD



GRAFICA

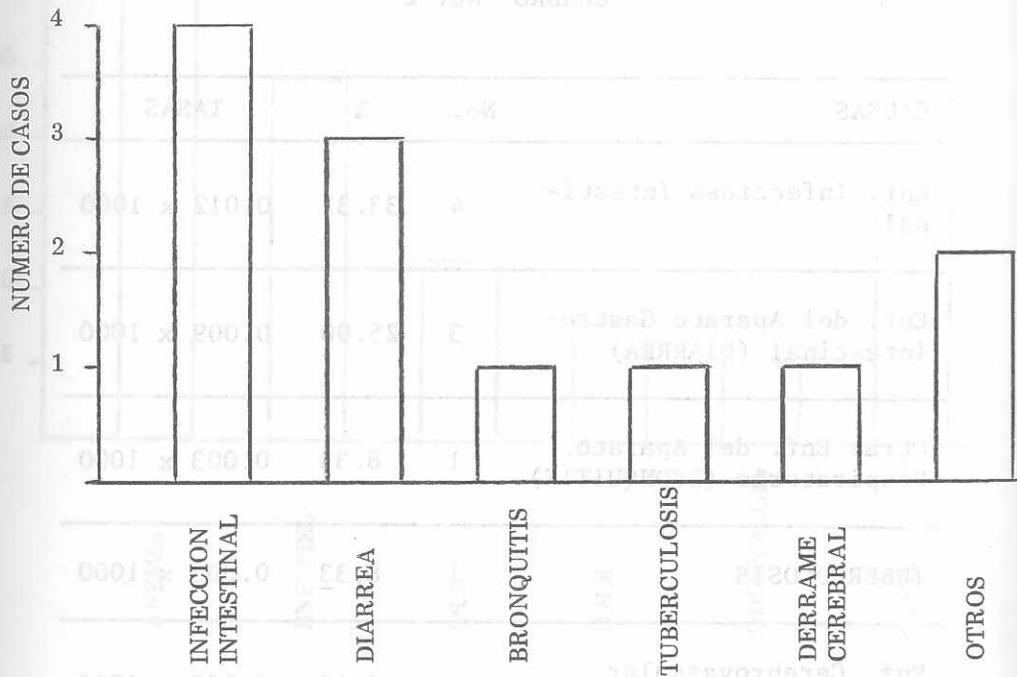
MORTALIDAD

Se tomaron los diagnósticos de las defunciones en Registro Civil acaecidas del 1/7/82 al 30/6/83, encontrándose las siguientes causas:

CUADRO No. 2

| CAUSAS   | No. | %       | TASAS        |
|--|-----|---------|--------------|
| Enf. Infecciosa Intestinal                       | 4   | 33.33   | 0.012 x 1000 |
| Enf. del Aparato Gastrointestinal (DIARREA)      | 3   | 25.00   | 0.009 x 1000 |
| Otras Enf. del Aparato Respiratorio (BRONQUITIS) | 1   | 8.33    | 0.003 x 1000 |
| TUBERCULOSIS                                     | 1   | 8.33    | 0.003 x 1000 |
| Enf. Cerebrovascular (DERRAME CEREBRAL)          | 1   | 8.33    | 0.003 x 1000 |
| O T R A S  | 2   | 16.66   | 0.006 x 1000 |
| T O T A L  | 12  | 1000.00 |              |

GRAFICA No. 2  
5 PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD



TASAS

|   |              |
|---|--------------|
| Tasa bruta de mortalidad general        | 38.83 x 1000 |
| Tasa de mortalidad infantil tardía      | 20.83 x 1000 |
| Tasa de mortalidad infantil             | 20.83 x 1000 |
| Tasa de mortalidad en menores de 5 años | 94.33 x 1000 |
| Tasa anual bruta de natalidad           | 15.52 x 1000 |
| No hubo mortalidad materna.             |              |

ATENCION DEL PARTO

Todos los partos ocurridos en el período en estudio fueron atendidos por comadrona en el domicilio (48 partos).

CONTROL DE EMBARAZADAS

Cuatro embarazadas fueron controladas por el Auxiliar de Casa de Salud, y el resto fueron controladas por la comadrona tradicional.

SANEAMIENTO BASICO

La población cuenta con agua potable (llenacantaro). De 55 familias, 22 tienen letrina (40%).

En cuanto a la condición de las viviendas, la mayoría tienen pared de madera y techo de paja. Solo hay 3 con techo de lámina de Zinc y 2 con techo de teja. La mayoría de las casas (62 casas) tienen piso de tierra y sólo hay 2 con piso de cemento. La mayoría cocinan en el suelo, cuentan con un cuarto para dormitorio y uno para cocina y comedor. Referente a la disposición de excretas utilizan el barranco, mientras se descompone para utilizarlo después como abono.

El Crecimiento vegetativo del 1/7/82 al 30/6/83 fue de 36.

La Densidad Poblacional es de 9 habitantes por km<sup>2</sup>

## RECURSOS

1. Humanos
  - 1.1 Auxiliar de Casa de Salud Rural
  - 1.2 Promotor en Salud
  - 1.3 Comadrona Tradicional
  - 1.4 Técnico en Salud Rural
  - 1.5 1 Médico
2. Materiales
  - 2.1 Casa de Salud Rural
  - 2.2 Camilla
  - 2.3 Estetoscopio
  - 2.4 Fetoscopio
  - 2.5 Refrigerador
  - 2.6 Equipo Médico-quirúrgico menor
3. Financieros:  
Medicamentos proporcionados por Jefatura de Area y Centro de Salud de San Jerónimo.

Además cuenta con las siguientes Instituciones laborando en esa Area:

- a) COGAAT; y
- b) Escuela Primaria del Ministerio de Educación Pública.

La escuela cuenta con 75 niños, que cursan los diferentes grados de la primaria, los cuales son impartidos por dos Maestros.

Los proyectos que han desarrollado conjuntamente - COGAAT y Salud Pública son: Introducción de agua potable y huertos comunales. Está en fase introductoria los proyectos Leche de Cabra y Estufas Lorena.

## XIV. PROPUESTA DE UNA ALTERNATIVA DE FUNCIONAMIENTO

### INTRODUCCION

Siendo imperativa la necesidad de aumentar los servicios de salud, para lograr la accesibilidad de la población rural a dichos servicios, y no se limite simplemente a satisfacer la demanda espontánea de acuerdo con el nuevo concepto de cobertura (2), es indispensable dar a la Casa de Salud Rural de la aldea El Jícaro, una proyección de acuerdo a las necesidades básicas de la población. Tomando en cuenta que al haber analizado el proyecto, las actividades programadas para cumplir con los objetivos del mismo son muy ambiciosas y no se adaptan a la capacidad del Auxiliar por el poco tiempo de adiestramiento y a las necesidades de la población.

En vista de esta situación considero importante efectuar una readecuación de las actividades del Auxiliar, para lograr cumplir con los objetivos del proyecto tomando en cuenta los datos recabados en la presente investigación (cuestionarios y diagnóstico de salud de la aldea).

### OBJETIVO GENERAL

A través de la atención primaria de salud, fomentar en la comunidad su participación en la solución de los principales problemas de salud de la misma.

### ORGANIZACION

#### A. Funcionamiento

El funcionamiento de la Casa de Salud Rural, debe estar a cargo de la persona adiestrada para la misma, así como contar con la colaboración del demás personal del distrito de salud (Médico, Enfermera Graduada, Au

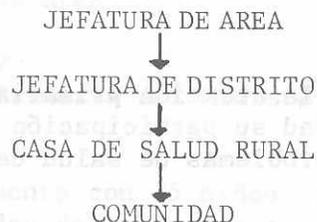
liar de Enfermería, Técnico en Salud Rural, Inspector - de Saneamiento Ambiental, etc.) para en esta forma desarrollar los programas que considero importantes para cumplir con los objetivos del proyecto.

#### B. Canales de Comunicación

Siendo necesario e imperativo tener un canal adecuado tanto para la referencia de pacientes como el orden jerárquico en que debe estar la Casa de Salud Rural, presento los siguientes esquemas.



#### NIVELES DE ATENCION



#### ORDEN JERARQUICO DE LA CASA DE SALUD RURAL

#### ACTIVIDADES A REALIZAR

- Objetivo:  
Proporcionar educación en salud al 100% de la población de la aldea El Jícaro, para mejorar los conocimientos sobre medidas higiénicas que redunden en beneficio de los mismos.

Actividad:  
Educación Sanitaria

Universo:  
La familia, comunidad y escolares.

Grupos:  
Escolares, embarazadas, grupos organizados de la comunidad, personas que acuden al servicio por demanda espontánea (grupos no mayor de 15 personas).

Meta:  
Proporcionar como mínimo 24 charlas al año (2 charlas por mes).

Charlas:  
1.1 Higiene personal; 1.2 Higiene de la vivienda; 1.3 Higiene del medio ambiente; 1.4 Parasitismo intestinal; 1.5 Desnutrición; 1.6 Diarrea; 1.7 Enfermedades respiratorias con énfasis en I.R.S.; 1.8 - Enfermedades prevenibles por el PAI; 1.9 Lactancia materna; 1.10 Hidratación oral; 1.11 Primeros Auxilios.

Norma:  
a. Dar una charla mensual a mujeres embarazadas  
b. Dar una charla bimensual a grupos escolares  
c. Dar una charla bimensual a grupos organizados y personas que acuden al servicio por demanda espontánea.

2. **Objetivo:**  
Prestar atención a morbilidad de acuerdo al adiestramiento recibido a las personas que acuden por demanda espontánea.

**Actividad:** Atención de Morbilidad  
**Universo:** Población que asiste al servicio.

**Tareas:**

- Tomar S/V
- Medidas Antropométricas
- Examen físico
- Toma de muestras en casos necesarios
- Referir casos de diagnóstico incierto
- Dar tratamiento según terapéutica dirigida
- Seguimiento de pacientes

**Normas:**

- Ver cuatro pacientes por hora
- Dedicar 12 horas semanales para atención de morbilidad.

3. **Objetivo:**  
Captar el 80% de mujeres embarazadas y puérperas.

**Actividad:** Detección embarazadas y puérperas

**Estrategia:** Demanda espontánea y visitas domiciliarias

**Universo:** 5% de la población femenina con posibles embarazos

**Cobertura:** Cubrir el 80% de la población.

**Tareas:**

- Tomar S/V
- Medidas Antropométricas
- Examen físico y obstétrico
- Charlas sobre cuidados durante el embarazo
- Aplicación de Toxoide Tetánico

**Normas:**

- Captación de mujeres de 15 a 44 años de edad.
- Referir el 100% de mujeres captadas, al Centro de Salud para que tengan como mínimo una consulta por médico.
- Trabajar en forma coordinada con la comadrona para la atención del parto de las pacientes sin riesgo.
- Referir pacientes de alto riesgo.

4. **Objetivo:**

Immunizar al 100% de niños menores de 2 años

**Actividad:** Vacunar con DPT-Polio, BCG y antisarampionosa

**Universo:** Niños menores de 2 años

**Tareas:**

- Captación de los niños
- Programación de fechas de vacunación
- Extender carnets de vacunación
- Aplicación de la vacuna
- Promoción
- Solicitar colaboración de Maestros y Comadronas

**Normas:**

- aplicar 3 dosis de DPT y Polio a niños menores de 1 año con intervalo de 3 meses.
- poner una dosis única de Antisarampionosa a los 9 meses de edad.

5. **Objetivo:**

Disminuir la Morbi-Mortalidad de enfermedades Gastrointestinales.

**Actividad:** Saneamiento Básico

**Universo:** Viviendas sin letrina (60%) 33 viviendas

Tareas:

- a. Letrinizar el 100% de las viviendas (33) sin -  
letrina
- b. Efectuar mejoras en el 25% de las viviendas
- c. Velar por el buen funcionamiento de la fuente -  
de agua.

Normas:

- a. Velar por el buen funcionamiento de las letrinas
- b. Tomar muestra bimensual del agua y enviarla a donde  
de corresponde para su análisis.

6. Objetivo:

Disminuir la Desnutrición de la población infantil.

Actividad: Distribución de alimentos C.A.R.E.

Universo: población de niños susceptibles menores  
de 4 años captados en el programa.

Cobertura: 100% de niños susceptibles captados en  
el programa.

Estrategia: Charlas, distribución y demostración so  
bre el uso adecuado de los productos -  
C.A.R.E.

Norma:

- a. Dar una ración mensual ya establecida por cada  
niño captado.
- b. Efectuar demostraciones del uso de los produc-  
tos.
- c. Pesarse y medir a los niños del programa cada mes.

7. Objetivo:

Organizar a la comunidad para que la misma participe  
en la solución de sus problemas en una forma di  
recta y efectiva.

Actividad: Organización y participación de la comunidad.

Universo: Personas mayores de 18 años  
Meta: Formar un comité de Salud con un mínimo  
de 7 personas  
Estrategia: Concientizar a la comunidad a través -  
de charlas y reuniones mensuales.

Tareas:

- a. Reunirse con el Auxiliar de Casa de Salud Rural  
mensualmente, para discutir problemas de salud  
que puedan ser resueltos por ellos.

RECURSOS

a. Humanos

- Auxiliar de Casa de Salud Rural
- Médico de Distrito
- Enfermera Graduada
- Auxiliar de Enfermería
- Técnico en Salud Rural
- Inspector de Saneamiento Ambiental
- Comunidad

b. Materiales

- Casa de Salud Rural
- Camilla
- Estetoscopio
- Fetoscopio
- Equipo médico-quirúrgico menor, etc.

c. Financieros:

1. Municipal:

Solicitar de la Autoridad municipal a la cual per-  
tenece la Casa de Salud Rural, una ayuda económica  
mensual para el auxiliar de la misma en base a lo  
días que labore, haciendo énfasis en lo important  
de la labor que está desarrollando en pro de la c  
munidad.

2. Comunidad:

Organizar a la comunidad por parte del Técnico en Salud Rural, Jefe de Distrito y/o Jefe de Area, para que las personas de la comunidad colaboren con una ayuda económica mínima (Q. 0.50) por familia en forma mensual como ayuda para el auxiliar de Casa de Salud Rural.

3. Ministerio de Salud Pública:

Que la jefatura de Distrito le proporcione al auxiliar productos C.A.R.E. en forma semanal.

4. COGAAT:

Solicitar alimentos por trabajo para el auxiliar.

SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL

La supervisión, actividad importante ya que a través de ella se puede educar, guiar y orientar al auxiliar, dándole la oportunidad de desarrollar sus funciones y actividades de la manera más adecuada de acuerdo a su nivel educativo y el adiestramiento recibido.

Considero que el auxiliar, debe ser supervisado como mínimo 2 veces al mes por el Técnico en Salud Rural y una vez al mes por el Jefe de Distrito, además de contar con la colaboración del resto de personal de salud del Distrito, ya que todos deben estar involucrados en el proyecto. También es importante supervisar a la comunidad, para ver el impacto que han tenido los programas, para el mejoramiento de sus principales problemas de salud.

La evaluación es una parte importante, ya que es a través de la misma que se va a hacer un análisis real sobre las metas que se están logrando en la Casa de Salud Rural a través de la evaluación de las actividades

realizadas por el auxiliar para que continúen tal como se están desarrollando, modificarlas o implementarlas, además medir impacto en la población a plazo de un semestre, evaluando los siguientes indicadores (tasas):

- a. Morbilidad;
- b. Mortalidad infantil tardía;
- c. Mortalidad infantil; y
- d. Mortalidad en menores de 5 años.

Como se puede ver mediante los indicadores mencionados se puede tener un panorama del funcionamiento que pueda desarrollar el proyecto en la comunidad y, darnos parámetros para mejorar su funcionamiento al tener estos datos.

IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA

Como se observó en el esquema del orden jerárquico de la Casa de Salud Rural, esto nos permitirá definir responsabilidades, atribuciones y funciones en cada uno de los canales, para un mejor funcionamiento de la misma. Como se observa la participación de la comunidad se debe concretar a través de la expresión de sus necesidades y aspiraciones, por otra parte dentro de la comunidad debe haber un comité de salud formado por personas de la misma comunidad, para que participen en una forma activa juntamente con el auxiliar, para la solución de aquellos problemas de salud que tengan prioridad en la población. Para lograr esto es necesario hacer concientización tanto de los comunitarios como del comité que se forme y al auxiliar, para en esta forma hacer un uso adecuado de la Casa de Salud, para cumplir con los objetivos que se pretende alcanzar (ver antecedentes). Esta concientización debe estar a cargo del personal de salud involucrado en el proyecto.

SEGUIMIENTO AL AUXILIAR DE CASA DE SALUD RURAL

Considero importante efectuar un readiestramiento

al auxiliar, en vista de que desde que fue adiestrado, no ha tenido ningún otro, por lo cual propongo lo siguiente:

1. Efectuar readiestramiento en forma semestral, para que las actividades y funciones las desarrolle en mejor forma.
2. Implementar nuevas actividades a desarrollar que redunden en beneficio de la comunidad.

#### COMENTARIO

Todo lo anteriormente expuesto considero que son las acciones básicas para que las funciones y actividades a desarrollar por el auxiliar se cumplan de la mejor manera posible, para lo cual debe haber una comunicación directa entre los canales propuestos y los aspectos que considero son importantes tales como: Supervisión, económicos y recursos, para en esta forma cumplir los objetivos del proyecto.

#### XV. RESUMEN

Se investigó las actividades realizadas por el Auxiliar, así como opinión de la comunidad sobre funcionamiento de la Casa de Salud. Por medio de cuestionarios se determinó que la mayor cobertura fue la demanda espontánea (83.23%) y, muy poco el aspecto preventivo (16.77%). Las personas que asistieron a charlas, respondieron adquirir más conocimientos sobre medidas higiénicas. De las charlas asignadas el Auxiliar sólo cubrió el 20%, asistiendo únicamente una persona a 4 charlas.

La causa más importante de referencia fue la hospitalaria. De los 14 pacientes referidos al Centro de Salud, el 57.41% tiene similar diagnóstico al dado por el médico.

De las 108 personas encuestadas, el 66.66% no desean atender la Casa de Salud y de estos, el 48.61% respondió por falta de incentivo económico.

Según el diagnóstico de salud, la aldea está ubicada a 27 km. de la Cabecera Departamental e igual distancia de la Cabecera Municipal. Su economía es básicamente agrícola; tiene un índice de masculinidad de 1.16. Las primeras 5 causas de morbilidad y mortalidad son prevenibles; la población padece de un nivel muy bajo de salud, según se desprende de los indicadores encontrados. Las embarazadas son controladas por la comadrona y atendidas a domicilio. La comunidad cuenta con agua potable (llenacantaros), de 55 familias, el 40% tiene letrina, la mayoría de viviendas son de pared de madera, techo de paja y piso de tierra, con un cuarto para dormitorio y otro para comedor y cocina.

La densidad poblacional es de 9 habitantes por km<sup>2</sup>, cuenta con una escuela y la Casa de Salud.

En base a lo investigado se da una propuesta de funcionamiento en la cual se proponen actividades básicas que debe desarrollar el Auxiliar, proponiendo estrategias y metas para las mismas, así como mecanismos para proporcionar incentivos al Auxiliar para que desarrolle sus funciones en forma satisfactoria.

ANEXO 1

CUESTIONARIO AL AUXILIAR DE CASA DE SALUD RURAL SOBRE ACTIVIDADES REALIZADAS

1. ¿Qué horario tiene para atender a las personas en la Casa de Salud Rural?

\_\_\_\_\_

2. ¿Qué actividades ha realizado en la Casa de Salud Rural?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. ¿Qué charlas ha dado?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. ¿Tiene programadas las charlas, cuántas ha dado?

SI \_\_\_ NO \_\_\_ NUMERO \_\_\_\_\_

5. ¿Se le ha presentado algún problema para dar las charlas?

a. Falta de tiempo \_\_\_\_\_ b. No llega la gente \_\_\_\_\_  
c. No hay material didáctico para darla \_\_\_\_\_

6. ¿Qué parámetros toma Ud., para referir pacientes al Centro de Salud de San Jerónimo?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. ¿Lo han supervisado por parte del Area de Salud de Baja Verapaz?  
SI \_\_\_ NO \_\_\_
8. ¿Quiénes lo han supervisado y cuántas veces?  
a. Técnico en salud Rural \_\_\_ : No. de veces \_\_\_  
b. Jefatura de Distrito \_\_\_ : No. de veces \_\_\_  
c. Jefatura de Area \_\_\_ : No. de veces \_\_\_
9. ¿Cómo ha solucionado las necesidades de la Casa de Salud Rural?  
a. Con ayuda de la comunidad \_\_\_  
b. Con ayuda del Centro de Salud de San Jerónimo \_\_\_  
c. No tiene ayuda \_\_\_
10. ¿Ha coordinado actividades con los promotores y co-  
madronas?  
SI \_\_\_ NO \_\_\_
11. ¿Cuáles han sido?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. ¿Ha recibido algún readiestramiento?  
SI \_\_\_ NO \_\_\_
13. ¿Por qué fue Ud. escogido para este cargo?  
a. Es colaborador \_\_\_  
b. No había otra persona que quisiera ocuparlo \_\_\_

ANEXO No. 2

CUESTIONARIO A LA COMUNIDAD SOBRE FUNCIONAMIENTO DE LA CASA DE SALUD

1. ¿Conoce Ud. la Casa de Salud Rural SI \_\_\_ NO \_\_\_
2. ¿Por qué ha asistido a la Casa de Salud Rural?  
a. Por enfermedad \_\_\_ b. Para escuchar charlas  
c. Para Vacunación \_\_\_ c. Otro (especifique) \_\_\_
3. ¿Qué pláticas ha escuchado del Auxiliar de Casa -  
de Salud Rural?  
a. Higiene Personal b. Higiene de la Vivien-  
da  
c. Otras(especifique) \_\_\_\_\_
4. ¿Puso en práctica lo que escuchó en las Charlas?  
SI \_\_\_ NO \_\_\_
5. Si su respuesta es NO ¿Por qué?  
a. No entendió la charla b. No puso atención  
c. No le agrada la persona que da la charla.
6. ¿En qué cree que ha mejorado esta aldea con el f  
cionamiento de la Casa de Salud Rural?  
a. Tienen a quien consultar en caso de enfermeda  
b. Han adquirido más conocimiento sobre medidas  
giénicas  
c. Ha habido más letrenización  
d. Otros (especifique) \_\_\_\_\_
7. ¿Cuando Ud. necesita de la Casa de Salud Rural,  
han atendido? SI \_\_\_ NO \_\_\_
8. Si su respuesta es NO, ¿por qué?  
a. Estaba Cerrada  
b. No se les atendió porque no les dan Medicina

9. ¿Quisiera ser Ud. la persona que atendiera la Casa de Salud Rural? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
10. Si su respuesta es NO ¿por qué?
  - a. No pagan;
  - b. Deja su trabajo;
  - c. No le gusta ese tipo de trabajo
11. ¿Qué ingreso económico tiene Ud. al mes? \_\_\_\_\_
12. ¿Qué grado de Escolaridad alcanzó? \_\_\_\_\_

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. *Atención Primaria de Salud*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata. U.R.S.S. 6-12 Septiembre, 1978. Informe Conjunto del Director General de la Organización Mundial de la Salud y del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Ginebra, OMS, 1978. 55 p. (p.8)
2. Día Mundial de la Salud, 1981; salud para todos en el año 2000. *Crónica de la OMS* 1981; 35(3):84-
3. Extensión de Cobertura de los servicios de salud con la estrategia de atención primaria y participación de la comunidad. *Bol Of Sanit Panam* 1977, Dic; 83(6):477-503.
4. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Memoria anual de actividades realizadas en el año 1982*. 1983. 119 p. (pp. 1,2,1)
5. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Proyecto Casas de Salud Rural*. Salamá, Baja Verapaz, Jefatura de Area de Salud, 1982. 5p. (mimeografiado).
6. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Plan nacional de salud 1978-1982* 1978, vol. I:(pp.9-11).
7. Guatemala. Baja Verapaz. Plan de Desarrollo Integral. Programa general Curso: establecimiento de "casas de salud" Salamá, 1980. 28 p.
8. Guatemala. Plan de Desarrollo Integral de Baja Verapaz. Informe final, curso "proyecto establecimiento de casas de salud". 1980. 6p.

9. Guatemala. Secretaría General del Consejo Nacional de Planificación Económica. Plan de Desarrollo Integral del Departamento de Baja Verapaz: *Plan operativo 1980*. Salamá, Baja Verapaz, 1979. - 44 p. (pp. 14,15,16).

*no Bo*  
*Angel del*

Universidad de San Carlos de Guatemala  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
OPCA -- UNIDAD DE DOCUMENTACION

CONFORME:

*[Signature]*  
Dr. Ramón B. Ovalle Soto.  
ASESOR.

Dr. Ramón B. Ovalle Soto  
MEDICO Y CIRUJANO  
(1910-1940)

SATISFECHO:

*[Signature]*  
Dr. Eddardo Tejada  
REVISOR.

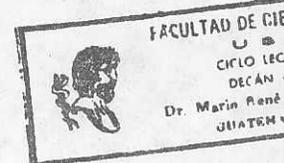
APROBADO:

DIRECTOR DEL CICS

IMPRIMASE

*[Signature]*  
Dr. Mario René Morera  
DECANO  
FACULTAD DE CIENCIAS  
U S A C .

Guatemala, 10 de abril



Los conceptos expresados en este trabajo son responsabilidad únicamente del Autor. (Reglamento de Tesis, Artículo 44).