

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"DESEMPEÑO DEL PROMOTOR EN SALUD
RURAL EN LA COMUNIDAD"



OSVIN URIEL VELAZQUEZ LOPEZ

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE GENERAL

CONTENIDO	Pàg
I. INTRODUCCION.....	1
II. DEFINICION DEL PROBLEMA.....	2
III. JUSTIFICACION.....	3
IV. OBJETIVOS.....	4
V. MARCO TEORICO.....	5
VI. MATERIAL Y METODO.....	22
VII. PRESENTACION Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	27
* A nivel de la población comunitaria	
Cuadros y gráficas correspondientes a la comunidad	
Resumen de la información contenida en cuadros correspondiente a la comunidad	
Presentación de cuadros y gráficas correspondientes a los promotores	
* A nivel de promotores rurales en salud	
Resumen de la información presentada en cuadros correspondientes al grupo de promotores	
Análisis general	
VIII. CONCLUSIONES.....	87
IX. RECOMENDACIONES.....	88
X. RESUMEN.....	90
XI. BIBLIOGRAFIA.....	92
XII. ANEXOS.....	93

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de esta investigación, surgió producto de la necesidad de conocer el trabajo que realiza el promotor en Salud Rural en relación a la comunidad donde se desempeña.

Existen experiencias que demuestran la diversidad de factores que determinan el éxito o fracaso del trabajo desarrollado por el promotor en salud rural y que entre otras obedecen al sistema socio-económico del país, la falta de recursos materiales (equipo y dotación de botiquines) para realizar su labor, el poco apoyo recibido por parte de las instituciones públicas y privadas, así como al apoyo recibido por parte de la comunidad donde se desarrolla.

Este último aspecto, constituye el eje orientador de esta investigación, haciendo énfasis en conocer y determinar la forma de relación existente entre la comunidad y el promotor y el apoyo que ésta le brinda para el adecuado desarrollo de sus funciones, lo que como consecuencia afecta tanto la labor del promotor, como los beneficios que la comunidad puede obtener.

Así mismo se pretende además, investigar el nivel de desempeño del promotor en Salud Rural, en la comunidad "Las Camelias", localizada en el municipio de Patzún del Departamento de Chimaltenango, a través de la identificación de los conocimientos básicos; determinación de las tareas y actividades que el promotor realiza de manera conjunta con la comunidad; descripción de las características o cualidades que hacen que el promotor sea aceptado o rechazado, relacionando el desempeño realizado, en contraste con el desempeño esperado.

La unidad de análisis estuvo conformada por el grupo de promotores rurales en salud que desarrollan sus funciones en la comunidad y por la comunidad misma.

La investigación fue desarrollada con el apoyo de la comunidad, de los promotores, y del personal que labora en el centro de salud de la comunidad "Las Camelias", contando además con el apoyo del departamento de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala y de las autoridades de la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud ASECSA.

II. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El Promotor en Salud Rural, es un agente comunitario con presencia en varias comunidades del país. La formación de promotores en Guatemala, nace con el impulso de la Salud comunitaria en la década de los sesenta y toma auge mediante la estrategia de Atención Primaria de Salud de Alma Ata 1, 987. La formación de promotores en Guatemala, da inicio gracias al apoyo de la Iglesia católica y otras instancias no gubernamentales, posteriormente toma este importante papel (trabajo), el Ministerio de Salud Pública, orientando su acción en función de menguar la gran necesidad de asistencia sanitaria en el país e impulsar al mismo tiempo por medio de este recurso humano, la estrategia de Atención Primaria de Salud.

Muchas de las intenciones en el adiestramiento de promotores, inicialmente estaban encaminadas a formar un sujeto de cambio, con una acción multidisciplinaria en la comunidad. Entre otras actividades el Promotor en Salud Rural debe orientar su acción hacia el cumplimiento de la promoción, prevención, curación y recuperación a un nivel que su orientación se lo permita, mediante recursos indispensables, contando con el apoyo comunitario.

Por diversas fuentes de información como la de algunos técnicos en salud rural del Ministerio de Salud, y algunas experiencias del Ejercicio Profesional supervisado Rural de medicina, se evidencian algunas limitantes que condicionan el hecho de que el Promotor en Salud Rural deje de cumplir su trabajo en la comunidad, como agente de cambio con acciones multidisciplinarias y se dedique primordialmente a la medicina curativa.

Las situaciones que condicionan el trabajo del promotor son diversas e involucran el apoyo obtenido por la comunidad donde se desempeña, ya que regularmente trabaja a nivel de voluntariado. En muchas comunidades el Promotor en Salud Rural no tiene el apoyo necesario, ni a nivel de la comunidad, mucho menos de las instituciones involucradas a quienes les corresponde mantener la motivación del Promotor en Salud Rural y velar por que tenga lo indispensable para la realización efectiva de su trabajo. Por parte de las instancias que los capacitan existe poca retroalimentación de sus conocimientos y falta de supervisión y evaluación adecuada a sus actividades comunitarias.

En consideración a lo anterior, se consideró importante evaluar a través de esta la situación del Promotor en Salud Rural, teniendo como objetivo primordial el análisis del desempeño y la aceptación o rechazo que la comunidad tiene del Promotor en Salud Rural en la comunidad "Las Camelias", del municipio de Patzún, del departamento de Chimaltenango.

III. JUSTIFICACIÓN

Las comunidades urbano-marginadas, y especialmente las rurales localizadas en áreas geográficas distantes, sufren el abandono de las autoridades de salud, a consecuencia de las políticas de salud no congruentes con las necesidades sentidas en la población.

Es una triste realidad el hecho de que nuestro país, posea deficiente infraestructura básica en salud, a nivel de toda América Latina.

Uno de los eslabones de salud, no calificado, lo constituyen los promotores de salud rural a nivel de voluntariado, quienes realizan un trabajo de vital importancia, en muchas comunidades, siendo el único recurso humano con que cuenta la comunidad para aliviar sus males. Pero en muchas comunidades este recurso se vuelve una carga, más que un alivio, perdiendo su orientación fundamental de actuar como educadores y ejecutores de actividades comunitarias orientadas a la promoción de la salud y prevención de enfermedades, convirtiéndose en curanderos que lucran por brindar la mínima atención a sus pacientes e incluso se niegan muchas veces a prestar sus servicios cuando le son requeridos.

Hasta ahora existe poca documentación sobre el trabajo realizado por el Promotor en Salud Rural, y se sabe también que por diversidad de problemas que tiene que enfrentar, está dejando de cumplir con actividades esperadas. Estas limitaciones incluyen falta de apoyo comunitario, falta de apoyo institucional y poco acceso a contar con los instrumentos mínimos para realizar una labor eficiente.

Las razones antes descritas, se constituyeron en suficientemente válidas para el abordamiento y desarrollo de esta investigación, pretendiendo descubrir por medio de encuestas, el desempeño del promotor frente a los problemas de su comunidad y la aceptación que tiene dentro de las mismas.

IV. OBJETIVO GENERAL

1. Analizar el desempeño y aceptación del Promotor en Salud Rural en la comunidad "Las Camelias", del municipio de Patzún, del departamento de Chimaltenango.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar conocimientos básicos del Promotor en Salud Rural para el desempeño de las actividades normadas.
2. Determinar tareas y actividades que el Promotor en Salud Rural realiza con la comunidad.
3. Describir características o cualidades que hacen que el Promotor en Salud Rural sea aceptado o rechazado por la comunidad.
4. Relacionar el desempeño realizado y esperado del promotor.

V. MARCO TEÓRICO

En el mundo entero se empezó a hablar de atención Primaria en Salud en el año de 1,975. Durante la Asamblea de Salud Mundial realizada en Octubre 23 del mismo año, se conceptualizó a la atención primaria en salud como: "Todas las medidas fáciles y efectivas que están al alcance de la gente que sufre y siente dolor, para mejorar la vida de cada persona, la familia y de cada comunidad", y en la conferencia internacional llevada a cabo en ALMA ATA sobre APS el día 12 de septiembre de 1,978, se declara que la APS es la Asistencia Sanitaria Esencial basada en Métodos y Tecnologías Prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de responsabilidad y autodeterminación.

La conferencia reitera firmemente que la salud, "entendida como el estado de completo bienestar físico-mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades", es un derecho humano fundamental y que el logro del más alto grado de salud, se constituye en un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector salud. Uno de los principios implicados en la estrategia de A.P.S., indica que el enfoque multisectorial, basado en los requisitos de una buena salud, no pueden realizarse por el sector salud aisladamente, lo que implica mejoras en la disposición de agua potable, medio ambiente, alimentación suficiente y nivel económico mínimo. Todos esos factores, son algunos de los que afectan el estado de salud de la población. Los gobiernos son principalmente los que tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que solo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas; orientadas a atender los principales problemas de salud de la comunidad y la prestación de servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver dichos problemas. La inclusión de todos los sectores y campos de actividad del desarrollo nacional-comunitario, particularmente del sector Agrícola, Zootecnista, Alimentación, Industria, Educación, Vivienda, Obras Públicas, Comunicaciones y Otros; exige esfuerzos coordinados de todos los sectores. Cabe decir que el pueblo tiene derecho y deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de la atención en salud, es decir, el control de la salud la tendrán ellos mismos, siendo indispensable además, la participación activa de la comunidad en la formulación de políticas, estrategias y planes de acción nacionales, fundados a partir de la observación de la realidad concreta existente en las comunidades, es decir, a través del conocimiento científico.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), dice que un Programa de Atención Primaria en Salud es: "Un medio práctico para poner al alcance de todos los individuos y familias de las comunidades la existencia de salud indispensable,

que responda en forma aceptable y proporcionada a sus recursos, con plena participación". Pero la atención primaria en Salud, es mucho más que una simple extensión de los servicios básicos de salud; la implementación de la estrategia de APS supone una reestructuración global del sistema de salud. No basta con la instalación de una serie de puestos de salud y la formación de una Red de Promotores Rurales, cuya capacidad de respuesta es mínima ante la carencia de recursos. Exige una planificación racional a partir de las bases y principalmente del abordamiento de sus necesidades, es decir de abajo hacia arriba; una gestión de medios disponibles, sistemas de coordinación entre niveles e instituciones de Cooperación Nacionales o Internacionales, evaluación continua de los logros alcanzados y el replanteamiento de objetivos y estrategias.

La Atención Primaria en Salud, forma parte del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, así como también del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad, en relación al Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de Asistencia Sanitaria. Por lo tanto, la APS constituye de esta manera: para los gobiernos, organizaciones Internacionales y de la Comunidad Mundial entera, la estrategia para cumplir la meta propuesta durante la conferencia en ALMA ATA, orientada a obtener en el año 2,000, un nivel de salud para todos que les permita llevar una vida social y económicamente productiva conforme a un espíritu de justicia social.

La APS, no es una medicina de segunda categoría, ni "una solución pobre para los pobres", es un nivel concreto de un sistema integrado que permite una respuesta más adecuada a una serie de problemas, siempre que cuente con el apoyo de los demás estratos. Cada nivel tiene sus competencias y sus límites, aplicando las medidas oportunas y concibiendo así la medicina rural, dejará de ser un "castigo" para el personal de salud y aumentará la confianza de las comunidades hacia ella.

Se ha hablado mucho en todo el mundo sobre la APS, pero se ha visto muchos programas que empiezan con entusiasmo y muchas promesas, que desaparecen luego, dejando a la comunidad desanimada y sin los servicios necesarios, mucho menos el desarrollo de una vida mejor. Algunos de los Programas de APS que han tenido éxito hacen énfasis en aspectos como:

- Empezar con un pequeño sector de la comunidad local
- Formular el plan junto con la comunidad. El plan está en proceso, no lo traen hecho.
- La salud empieza en la medida que se va mejorando lo económico y lo social.

- Asegurar el análisis de la realidad con conclusiones locales, a través de reuniones locales, y el desarrollo de la creatividad. Cada programa debe respetar la realidad local (descentralización).
- Que haya estabilidad en el personal del Programa, que el rol de los profesionales en el programa sea como servidor, como recurso y no como jefe.

Un sistema de salud debe concebirse como una pirámide en cuya base se encuentra la comunidad (donde toma cuerpo la APS) y desde allí, ascendientemente, se sitúan los diferentes niveles de atención, hasta los servicios especializados en el vértice superior.

La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países subdesarrollados, es política social y económicamente inaceptable y por lo tanto motivo de preocupación común para todos los países. Para Bossert, el tema clave es la voluntad política. A su lado es necesaria la reelaboración del plan de estudios, tanto de la Facultad de Medicina, como de la Escuela de Enfermería (demasiado orientados en Guatemala hacia la medicina hospitalaria), y una redistribución de recursos entre las áreas urbanas y rurales y entre los diferentes niveles de atención; la promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de vida y alcanzar la paz mundial.

La formación del Promotor en Salud Rural:

"Se le llama Promotor en Salud Rural o Agente de salud a una persona que no ha recibido una educación técnica en salud; sino algunas capacitaciones en diversos aspectos de la misma. Muchas veces no ha terminado su primaria y en otras ocasiones como sucede a menudo en zonas indígenas incluso puede ser analfabeta"¹

Surgimiento del Promotor en el mundo subdesarrollado:

En muchos países subdesarrollados se ha requerido la participación activa de las comunidades en la solución de problemas de salud. Se ha utilizado personal voluntario, a consecuencia de no poder utilizar personal altamente calificado, ya sea por su alto costo o por carecer del mismo (OMS).

El Ministerio de Salud Pública y el surgimiento del Promotor en Salud Rural: En Guatemala, en el año 1,960 el MSPAS, consideró necesario orientar al personal de salud para capacitar personal de la comunidad que fuera aceptado con mayor facilidad por los suyos, y a la vez solventar buena parte de la escasez de asistencia médica. En el año 1,963, en el departamento de Chimaltenango, la

¹ Werner, David. "DONDE NO HAY DOCTOR". Editorial Pax. México 1975.

Clínica Behrhorst conjuntamente con la misión Maryknol (en Jacaltenango, Huehuetenango) empezaron la capacitación de Promotores de Salud.

En 1,971 la División de Adiestramiento de la Dirección General de Servicios de Salud, hoy División de formación de Recursos Humanos, forma un convenio con UNICEF, para un proyecto-piloto que incluía la preparación de equipos "adiestradores", el "adiestramiento" y la "supervisión" de Promotores de Salud llevándose a cabo los primarios cursos en el año 1,972.

Después del terremoto del 4 de febrero de 1,976, UNICEF proporcionó fondos al Ministerio de Salud Pública para el "adiestramiento de Promotores de Salud en áreas de desastre"⁽²⁾.

Otra institución local (organización no gubernamental), que apoya la formación de promotores en salud rural, es la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud ASECSA: En noviembre de 1,975 se llevó a cabo un encuentro entre programas privados de salud que trabajan en Centroamérica, México y Panamá. El propósito de este encuentro fue reflexionar sobre el trabajo en la atención primaria de salud, intercambio de experiencias, y toma de decisiones para consolidar la instancia que permitiera y facilitara estos propósitos, fue así como se constituyó el COMITÉ REGIONAL DE PROMOTORES DE SALUD COMUNITARIA, y a partir del terremoto de febrero de 1,976 se decidió que fuera en Guatemala donde se estableciera el esfuerzo de coordinación de estas entidades privadas voluntarias, ahora más conocidas como Organizaciones no Gubernamentales (ONG'S). Es a finales de 1,977 y principios de 1,978 cuando se definió el nombre de la coordinación de programas de salud: Asociación de Servicios Comunitarios de salud (ASECSA), haciendo énfasis en que ASECSA encaminara sus esfuerzos principalmente hacia el apoyo y coordinación de los programas socios, (la mayoría eran programas de servicio social del sistema católico), en el acompañamiento a los promotores de salud, ya que éstos conforman el recurso humano indispensable y principal como parte del qué hacer de la atención primaria de salud en las comunidades de base.

Actualmente tanto el Ministerio de Salud Pública como ASECSA, son las dos instituciones más grandes que han logrado consolidar y sistematizar la

² Pérez. S. Alba. "PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN EL DEPARTAMENTO DE EL QUICHÉ Y CHICHICASTENANGO". Tesis Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala, 1990.

formación de Promotores de Salud Rural como eslabón de la atención primaria en Salud.

El Promotor Rural de Salud dentro de la Estrategia de la Atención Primaria en Salud:

De ninguna manera es viable separar al Promotor Rural de Salud de la Atención Primaria de Salud y viceversa, ya que ambos están indisolublemente ligados. La organización Mundial de la Salud considera que un PRS puede conocer mejor los problemas y necesidades de la gente, pudiendo explicar las cosas en un lenguaje sencillo que todo mundo entienda.

En la Conferencia Internacional de Camerún (OMS, Dic. 86) se señala que cierto número de proyectos ha demostrado, que los PSR pueden ejercer cambios mayores en la mortalidad y otros indicadores, llegando a responder a la necesidad primordial de satisfacer por otros medios la situación actual. Sin embargo, por causas socioculturales y problemas de gestión, no han llegado a contribuir en todo lo que son capaces, principalmente en los programas institucionales de cada país subdesarrollado.

Coyagi, va más lejos al afirmar que "los PRS son personas adiestradas para realizar tareas para las que los médicos no están debidamente preparados"³.

Para Wemer y Morley, "una desprofesionalización parcial de la medicina puede contribuir a una mayor difusión de la información y educación; a una disminución en el costo de los programas (tan importante en la calidad de la atención, en países donde los servicios son exclusivamente curativos), evitando largas colas que provocan atención despersonalizada y apresurada, con la posibilidad de dejar pasar por alto ciertos problemas importantes, incitando además la auto-prescripción ya que algunos preferían ir directamente a las farmacias en vez de esperar su turno"⁴.

"Los promotores no podrán mejorar en ningún modo la situación sanitaria de las comunidades a menos que sean cuidadosamente escogidos y que reciban de los profesionales de salud y la institución que los forma, el apoyo y la

³ Ministerio de Salud Pública. "SITUACIÓN ACTUAL DEL PROMOTOR DE SALUD". División de Recursos Humanos, Departamento de Investigación. Guatemala 1,987.

⁴ Galindo López, Raúl Ignacio. "PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD, BOCA DEL MONTE GUATEMALA". Tesis. USAC. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala 1,990.

supervisión necesarios, sin lo cual su acción será más perjudicial que beneficiosa (Skeet)⁵.

Lo cierto es que la participación se limita a capacitar promotores y trabajar con ellos en actividades propias de las instituciones que los forman y rara vez intervienen en lo que se estipula como política del Ministerio. Como políticas propuestas en el Plan Nacional de Salud (1,986-1,990), se puede observar que la meta global es lograr una cobertura total de los servicios de salud de la mejor calidad posible en toda la población, con énfasis en las áreas rurales y urbano-marginales. Para el cumplimiento de la política enunciada, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia social ha puesto en Práctica dos estrategias importantes y prioritarias para alcanzar la meta: "Salud para todos en el año 2,000" sienta estas:

- a) Atención Primaria de Salud (APS)
- b) Participación comunitaria.

De tal manera que es imprescindible contar con la participación activa de la comunidad, pero es evidente que desde el proceso de selección del promotor la comunidad tiene poca o casi ninguna participación, pues aunque intervengan algunas personas de la comunidad, por lo regular son líderes como: Alcalde Auxiliar, Promotores no capacitados, Presidentes de los Comités, etc., todos los cuales presentan una vida económica y social distinta que los separa de los demás comunitarios, estos últimos, por lo regular más pobres que ellos. Por lo anteriormente dicho es obvio que se hace caso omiso de lo que el artículo 98 de la Constitución de la República de Guatemala dice: "Las comunidades tiene el derecho y el deber de participar en la planificación, ejecución y control de los programas de salud".

"La atención primaria de Salud no empieza ni termina con el Promotor en Salud Rural, sino que existe por el conjunto de acciones orientadas en la búsqueda del desarrollo socioeconómico nacional (SAMBA)⁶.

La gran inestabilidad política que caracteriza a los países latinoamericanos, provoca situaciones negativas en los procesos económico-sociales, que inciden negativamente en los indicadores de salud a nivel nacional, los cuales siguen siendo negativos para la población guatemalteca.

⁵ Guzmán Sanabria, Jaime Estuardo. "PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD, ALDEA EL MILAGRO ESCUINTLA". Tesis Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala 1,990.

⁶ López Santizo, Saul. "PROMOTOR DE SALUD RURAL UNA ALTERNATIVA PARA EL MEJORAMIENTO DEL CUIDADO DE SALUD EN LAS ÁREAS DE GUATEMALA". Tesis Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala 1,979.

El grupo de estudio de la OMS reunido en diciembre de 1,978, en Ginebra, indicaba que "Los programas de Promotores de Salud Rural pueden tener el mayor impacto en áreas en donde las enfermedades infecciosas o "enfermedades de la pobreza", son las mas relevantes"⁷.

Abel-Smith y Leisersen indican que "la planificación procederá de abajo hacia arriba y no de arriba hacia abajo; es decir que el personal del nivel central deberá asegurar la formación correcta, la información y el establecimiento de normas de decisión. La comunidad siendo el objeto de la decisión, debe ser también sujeto, es decir, "participar en ella"⁸.

"El hombre como sujeto de toda actividad económica de su comunidad y dotado de "libertad", tiene el derecho y la posibilidad de escoger entre los programas planteados por expertos que contribuyan al progreso económico y social de su comunidad, pues la salud solo empieza cuando se mejora la situación económica y social"⁹. El sujeto debe analizar detenidamente el impacto de estos proyectos o programas en el bienestar de sus familias y de su comunidad, ya que mientras las decisiones son tomadas de arriba hacia abajo, excluyendo a la comunidad, el hombre pasará a ser objeto de programas con acción paternalista, que al final de cuentas acabarán por destruir la ingeniosidad del hombre y la confianza de la comunidad hacia los programas de tales instituciones.

De esta manera se puede concluir que la planificación, la gestión (como aprovechamiento óptimo de los recursos disponibles), la fijación de objetivos y de bases evaluativas y la descentralización operativa de cara a la toma de decisiones van indisolublemente unidas.

El citado grupo de estudios de la OMS, reunidos en diciembre de 1,987 en Ginebra, afirma que "Cuando la administración central procede sola a la determinación de necesidades, el éxito del programa está obstaculizado".

⁷ Rodríguez Alcon, Demetrio. "ACEPTACIÓN COMUNITARIA DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA DE SALUD GUBERNAMENTAL Y DE UNA ORGANIZACIÓN NO GUBERNAMENTAL". Tesis Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala 1991.

⁸ Greenwood, Alan. "PROGRAMA DE PROMOTORES DE SALUD DEL DR. BEHRHORST. VECINO Y MUNDIALES". Guatemala, 1992.

⁹ Celfin, Julio. "MEDICINA DE LA COMUNIDAD". FEPAFEN. Kellog, 1978.

Para Werner, existe el riesgo de intentar alcanzar la meta de la salud para todos en el año 2,000, de modo uniforme, impersonal y exclusivamente controlado por las autoridades¹⁰

Por otra parte, la Conferencia Interregional de Camerún OMS, considera que "a veces las tareas se superponen unas a otras de tal forma que las funciones teóricas de los PSR no tienen nada que ver con el tiempo disponible. Este problema se observa con frecuencia entre los promotores "polivalentes". Además un PSR que ha abandonado su trabajo por ver crecer progresivamente sus funciones y verse desbordado, a veces se instala por su cuenta, incluso con fines lucrativos¹¹

¿Qué funciones puede realizar un PSR?

En cada realidad particular, debe asignarse a los PSR una o varias de las siguientes funciones:

1. Visitas a domicilio.
2. Saneamiento y agua potable.
3. Primeros Auxilios.
4. Tratamiento de afecciones simples y comunes.
5. Educación para la salud.
6. Nutrición y Vigilancia (encuestas).
7. Protección Materno Infantil (control prenatal, vacunaciones, etc.) y Planificación Familiar.
8. Control de enfermedades transmisibles.
9. Referencia de pacientes.
10. Conservación y elaboración de registros.
11. Ayudantes del personal de salud en actividades comunitarias.
12. Participación en reuniones de la aldea.
13. Formación continua.

Lo ideal es asignar pocas funciones al principio y posteriormente aumentarlas paulatinamente, según la experiencia avanzada, mediante la formación continua estructurada.

¹⁰ Enríquez Sosa, Raúl Rolando. "ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL PROMOTOR DE SALUD RURAL DEL MUNICIPIO DE SAN JUAN CHAMELCO, COBÁN A.V". Tesis Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala, 1991.

¹¹ Welman Jun, Jorge Armando. "MOTIVACIÓN MOSTRADA POR EL PROMOTOR EN SALUD RURAL EN DESARROLLAR SU TRABAJO, EN 12 ALDEAS DEL ÁREA IV, IXCAN EL QUICHÉ". Tesis Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala 1,992.

Criterios para determinar las tareas y funciones:

Recopilando las sugerencias apostadas por la OMS en las reuniones interregionales de Jamaica, Filipinas y Camerún, se pueden citar los siguientes:

1. Necesidades sentidas por la comunidad y prioridades de salud.
2. Competencia de los PSR (en relación con el contenido de la formación)
3. Características personales (sexo, grado de instrucción, edad).
4. Población cubierta y distancias a recorrer.
5. Existencia de otros agentes de desarrollo.
6. Existencia de servicios de salud en la zona, o de servicios públicos existentes.
7. Técnicas o recursos disponibles, así como el apoyo proporcionado por los responsables de salud y las comunidades.
8. Política nacional de salud.
9. Condiciones socioeconómicas y nivel de vida de la población.
10. Disponibilidad de tiempo, dedicación a tiempo pleno o parcial¹²

Cómo se lleva a cabo la elección?

A menudo, decir que la comunidad elige a los PSR, no significa nada si no sabemos cómo.

Cuando las Juntas o Comités locales se encargan de la selección, existe cierta tendencia a escoger a los hijos de personas prominentes de la aldea, o a los suyos propios.

Dado que muchas comunidades rurales no acostumbran a elegir sus autoridades de forma democrática, el Método de Asamblea General resulta en general inadecuado. Para empezar, las mujeres raramente asisten. Además, si una persona se propone o es propuesta por su vecino, raramente el resto de los asistentes le rechazarán o se mostrarán en desacuerdo.

Elegir el candidato ideal y evitar el desinterés y la pasividad de la comunidad hacia el PSR exigen una adecuada preparación de la misma.

La selección por la comunidad, plantea algunos problemas:

1. Elección de parientes cercanos a las autoridades o caciques locales.

¹² Werner, David. "APRENDIENDO A PROMOVER LA SALUD". Editorial Pax. México 1,978.

2. Personas muy jóvenes ("para que estudien" o que probablemente se casarán pronto).
3. Personas con excesivas responsabilidades.
4. PSR que tienen un grado de instrucción importante, a menudo dejan su puesto para buscar trabajos mejor remunerados.

De ahí la importancia de la preparación y del conocimiento previo de la comunidad¹³

Críterios para la Selección:

Los críterios deben adaptarse a cada situación o realidad concreta, siendo necesario citar algunos factores a tomar en cuenta a la hora de hacer la selección:

1. Edad, sexo y grado de instrucción.
2. Grado de aceptación por parte de la comunidad.
3. Experiencia previa en salud y en actividades de servicio a la población.
4. Disponibilidad para seguir la formación inicial y continua, para efectuar sus funciones.
5. Capacidad organizativa y para influir sobre la gente.
6. Accesibilidad a los grupos de riesgo (incluye el lugar de trabajo, los ambientes en los que se mueve cotidianamente, etc.)
7. Tiempo necesario de dedicación.
8. Posibilidad o no de que sean compensados por su trabajo.
9. Conocimiento de la lengua hablada por su comunidad y por el personal formador-supervisor

Límites de los Críterios:

Los críterios de selección pueden limitar mucho la posibilidad de encontrar candidatos. Entre los aspectos que pueden impedir que una persona válida se presente como candidato, se encuentran:

1. Grado de instrucción
2. Tiempo excesivo de formación fuera de casa
3. Lengua (internacional) en que se imparte el curso¹⁴.

¹³ Behrhorst, Carroll. "LA SALUD EN EL ALTIPLANO GUATEMALTECO". Foro Mundial de Salud. 1,984 Vol. 5

¹⁴ Batien W., Joseph. "LA FORMACIÓN DE UN AGENTE COMUNITARIO SALUD". Foro Mundial de salud. año 1,990. vol. II.

Dotación de equipo mínimo

En general, se puede dividir la educación en dos tipos fundamentales:

1. La educación institucional, oficial o tradicional, como a veces se le llama.
2. La educación popular.

La educación en otras palabras, puede dividirse también en educación tradicional, que es la educación dentro del sistema formal nacional y que regularmente la inicia el niño desde sus primeros años, y la educación popular que es la educación para adultos.

A continuación se describe la diferencia, entre educación para adultos y niños en la escuela:

Educación para el niño en la escuela

- Para él todo es desconocido
- Aprende por medio de los padres
- Es dependiente
- Tiene que aprender lo que el adulto le da
- Dispone de más tiempo
- Obedece al sistema escolar, al maestro
- Se distrae por jugar
- No tiene que saber por qué se le enseña
- Los factores del ambiente le afectan menos
- Están organizados por grupos

EDUCACIÓN PARA ADULTOS

- Tiene costumbres arraigadas
- No quiere admitir errores
- Aprende por que siente la necesidad de resolver sus problemas
- Tiene muchas experiencias
- Es independiente económicamente
- Tiene otros compromisos: trabajo, familia, (y se distrae por ellos)
- Es más liberal, y establece con sus compañeros una relación de iguales
- No presta atención a menos que sea algo que le puede servir, en este caso si se motiva
- Los factores ambientales lo afectan en mayor forma
- Están organizados por sus intereses y actividades afines
- Fuerte concepto de si mismo

Se hace la aclaración que no por decir que la educación del niño y del adulto se manifiesta en la forma diferente, necesariamente tenga que ser así. Al contrario, se tiene la convicción de que "el niño no es un individuo que esté en blanco, y por lo tanto merecen respeto, y pueden aprender a resolver sus problemas, motivarse para sus intereses, etc."¹⁵

El método de enseñanza, puede destruir o elevar la confianza de la gente en si misma y la fuerza de la comunidad; Werner y Bower en su libro **APRENDIENDO A PROMOVER LA SALUD**, mencionan: que "el método en que los instructores enseñamos a los promotores, es tan importante como lo que les enseñamos, pero la manera en que enseñamos depende en gran parte de como nos sentimos frente a nuestros alumnos, esta manera de sentirnos frente a ellos, está regida casi siempre por los objetivos y la filosofía de las instituciones que hacen educación en salud comunitaria especialmente en la formación de PSR".

El padre de la ciencia, Aristóteles, sabiamente dijo: ¿Cómo puedo enseñar, si no es a un amigo?

David Werner, continúa diciendo que "lo más importante de la manera en que se enseña es la atención, el respeto, y el interés mutuo que se dedica a los educandos, como si fueran amigos". Pero generalmente una persona enseña de la manera en que se le enseñó, al menos que algo alarmante o efectivo ocurra para cambiar su manera de ver y hacer las cosas. Esto también es cierto en el caso de los promotores, y también se aplica a los instructores de Promotores. La mayoría enseñamos como, **NOS ENSEÑARON EN LA ESCUELA**, por desgracia los propósitos y los métodos de las escuelas no siempre benefician a las personas más necesitadas, como veremos las escuelas tienden a premiar a los estudiantes más fuertes y a la vez dejan atrás a los débiles.

"La intención del aprendizaje "centrado en la gente" es justamente la contraria, ayuda a los débiles a hacerse fuertes e independientes. Por lo tanto, la educación en la salud de la comunidad, es apropiada en tanto que ayude a los pobres y a los débiles a ganar más control sobre su salud y su vida"¹⁶.

Muchos educadores, están de acuerdo en que el propósito principal de la educación debe ser "ayudar a las personas a adquirir los conocimientos,

¹⁵ ASECSA. "PROGRAMA DE FORMACIÓN DE PROMOTORES, DE SALUD RURAL". Proyecto de Apoyo y Seguimiento a Promotores de Salud Rural. Chimaltenango 1993.

¹⁶ Médicos sin fronteras, Suiza. "GUÍA DE CAPACITACIÓN, DE LOS PROMOTORES RURALES DE SALUD, ALDEA SAN ANDRÉS OSUNA, DEPTO. DE ESCUINTLA". Guatemala julio de 1990.

habilidades y conciencia necesarios para hacer frente a las necesidades de la vida"¹⁷.

¿Hacen ésto las escuelas a las que asiste la mayoría de niños o Promotores?

"El método de conferencia es la mejor manera de enseñar para transmitir los apuntes del maestro a los cuadernos de los alumnos sin que nunca pasen por sus mentes"¹⁸.

"Existen muchas instituciones que montan proyectos de formación de PSR con el método pedagógico que utilizan generalmente los esquemas médicos de enseñanza tradicional, que a veces fomenta la participación, pero en general se contempla al capacitado como un ente receptivo. La institución de Salud es la que decide lo que se va a aprender, cómo y en qué profundidad; la teoría de salud se imparte dogmáticamente, como algo acabado indiscutible que además, se contrapone en muchos lugares a la cultura y saber popular"¹⁹.

Es conveniente hacer una descripción de estas dos maneras de entender y realizar esta práctica educativa. Se sabe que la realidad no está en blanco y negro, esta explicación servirá para entender las dos posturas y sus tendencias.

¹⁷ Dispensario Bethania, Jocotán Chiquimula. "EL PERFIL DEL PROMOTOR DE SALUD RURAL". Guatemala, 1987.

¹⁸ Agudelo, Carlos A. "PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD CONCEPTOS Y CRITERIOS DE VALORIZACIÓN". Boletín Oficina. Saint Panamá, 1983 septiembre. Revista Nacional de Desarrollo Sanitario. Vol. 95 No.3

¹⁹ García, Herman. "SALUD, CONCIENCIA Y ORGANIZACIÓN". Editorial Pax. México 1985.

CONCEPCIÓN TRADICIONAL DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA FORMACIÓN INSTITUCIONAL DE LOS PROMOTORES:

La educación Tradicional (dominante):

En nuestra sociedad, así como existe desigualdad en la distribución de la riqueza, también existe desigualdad en la apropiación del saber. Solo unos cuantos tienen acceso a conocimientos, los cuales permiten a los demás sobreponerse.

Se llama Educación Dominante a la forma y contenidos de enseñanza, que buscan integrar armónicamente a los individuos en la sociedad actual y que éstos crean solo en la salida individual a sus problemas.

La sociedad es entendida como algo ya dado que no necesita cuestionarse. La educación Dominante contribuye a transformar al ser humano, -que desde niño es un ser inquieto y curioso-, en un ser indiferente poco crítico, con inhibición de su capacidad de observación de la realidad inmediata y resignado a las condiciones de la vida de la clase social en la que le ha tocado vivir. Con ésto pretende formar al tipo de hombre que la clase dominante necesita para seguirlo explotando enriqueciéndose.

Esta educación esta caracterizada por un espíritu formalista e individualista, y por una concepción verticalista con la autoridad y la disciplina, y es celosamente custodiada por los organismos burocráticos del estado²⁰.

La Educación para la Salud:

Tradicionalmente se concibe a la Educación para la Salud, como un instrumento técnico que permite el cambio de ideas, hábitos y costumbres de los individuos con respecto a la salud.

La mayoría de los mensajes no guardan relación con la realidad en la que vive el público que la recibe. En general, se instruye a la población para que lleve una "vida sana" en un medio en que no existen las condiciones mínimas para ello.

Se dan consejos sobre alimentación y dietas balanceadas a una población cuyos niveles de desempleo o subocupación son alarmantes o cuyo salario no cubre las necesidades mínimas de existencia, para solventar los gastos indispensables para cubrir la canasta básica.

²⁰ IBIDEM.

Se educa a la población, especialmente a las mujeres, para que disminuyan el número de hijos que desearían tener, afirmando que la familia pequeña vive mejor, sin que los resultados de las masivas campañas de planificación hayan traído como consecuencia mejores niveles de vida.

Se educa a los niños para que desde pequeños aprendan a vivir en condiciones adecuadas de higiene, en un medio en que la mayor parte de la población carece de servicios mínimos como el agua y el drenaje.

"Uno de los papeles que la educación en salud a cumplido y cumple, es ocultar la raíz de los problemas, justificar la sociedad de clases y reproducir la ideología dominante".²¹

EDUCACIÓN POPULAR PARA LA SALUD EN LA FORMACIÓN DE PROMOTORES.

La Educación Popular:

Comúnmente se maneja como educación popular a toda educación que se realiza con el pueblo (obreros, campesinos, artesanos), en cambio nosotros llamamos educación popular a la que además de realizarse con los sectores populares, responde a sus necesidades y va generando conciencia social, crítica frente a la realidad social.

La educación popular cumple con ciertas características esenciales, tanto en sus métodos de enseñanza, como en sus contenidos, que facilitan el desarrollo de ciertas capacidades en las clases populares, para que puedan llegar a ser sujetos de un proceso colectivo de transformación social.

"No existe la educación neutra políticamente hablando, ni siquiera en un plan técnico. Es una educación que ayuda, a que las cosas sigan como están, o es una educación comprometida con las mayorías que buscan el cambio de su situación. La educación que no cuestiona, ni reflexiona, reforzando la experiencia cotidiana, está implicando una opción para la conservación de las actuales estructuras de dominación, presentes en la organización y conciencia de los sectores populares. "La educación popular, también es política porque busca la socialización de los conocimientos"²².

²¹ IBIDEM.

²² IBIDEM.

Educación Popular para la salud:

La educación popular para la salud, parte de presupuestos totalmente diferentes a los de la educación en salud institucional y tradicional.

En la educación para la salud, se debe entender el problema de la salud y la enfermedad, no solo como un problema técnico que requiere únicamente de soluciones técnicas, sino como un problema político por lo que enfrentarlo implica rebasar el campo exclusivo de la salud.

La educación en salud ya no se ve como un remedio a la problemática de salud, sino como un apoyo fundamental al trabajo, un instrumento desalienante y transformador que ayuda a avanzar en un proyecto alternativo de sociedad.

Al hacer educación popular en salud, se debe contribuir a que la gente desarrolle la capacidad de examinar y analizar críticamente su situación, y que pueda darse cuenta de cuáles son las causas reales de la enfermedad.

"Con la socialización de conocimientos se contribuye además a restar poder a las élites poseedoras del saber"²³.

El método de educación popular de ninguna manera es excluyente del método científico ya que tiene como base la realidad de los problemas concretos de una comunidad y su gente.

"La educación popular no se limita, no se reduce a la mera preparación de cursos o talleres, a preparar temas y uno que otro material didáctico o a la aplicación de técnicas participativas. Hacer educación popular implica para cada uno de nosotros, entender con profundidad la problemática social que nos aqueja y aqueja a nuestros hermanos comunitarios, permite asumir nuevas actitudes en concordancia directa con nuestros propósitos, orientados a entender el valor exacto de estudiar sistemáticamente y de saber promover iniciativas útiles, prácticas y de forma democrática"²⁴.

Siguiendo estos lineamientos es ineludible separar la participación de los educandos en el proceso de educación para la salud, de tal manera que se describirán las características de la metodología participativa.

- Respeta y valora el saber del sujeto
- Reconoce en el ser humano, la principal materia prima del proceso educativo
- Es Participativa
- Permite que el sujeto intervenga en la producción del nuevo saber, en un proceso colectivo, crítico, objetivo y no se reduce a que el sujeto pueda hacer preguntas
- Es Lúdica, admite la posibilidad de ir aprendiendo jugando, en un ambiente de alegría y confianza.
- Da acceso a personas que no saben leer y escribir
- Su planteamiento de técnicas y procedimientos (didáctica metodológica) permite que quienes no lean ni escriban puedan expresarse y aprender.
- Busca una conciencia crítica
- Busca que las personas "vean" su realidad, la ordenen y asuman una postura crítica de cambio hacia ellas
- Parte de la práctica pero nunca desecha la teoría
- Su propósito es esclarecer conceptos e ideas. Para ello parte de la experiencia de la gente y luego la ordena y reflexiona
- Buscar y evaluar la práctica
- No se olvida de que siempre deben mejorarse las acciones y por eso, evalúa con seguridad los resultados acerca de una definición sobre Metodología Participativa
- Es un conjunto de métodos y técnicas que permiten la participación de las personas para reflexionar en relación a un problema y de su realidad, el cual se ordena, se interpreta y se le propone una solución correcta"²⁵

²³ IBIDEM.

²⁴ IBIDEM.

²⁵ IBIDEM.

VI. MATERIAL Y MÉTODO

A. TIPO DE ESTUDIO:

El desarrollo de esta investigación se constituyó en un estudio de tipo descriptivo, orientado a conocer el papel del promotor rural en salud, sus principales acciones y el nivel de apoyo (aceptación o rechazo que posee por parte de la comunidad en donde realiza sus acciones), así como las instituciones que coadyuvan al desarrollo de su labor en el campo de la salud rural, a partir de realizar un proceso de observación, implementación de encuestas y contrastar la realidad obtenida, con los aportes que conforman el marco teórico.

B. SELECCIÓN DE SUJETOS DE ESTUDIO:

La población objeto de estudio de esta investigación, estuvo conformada por dos grupos a saber:

GRUPO A: Seis Promotores de Salud de la Comunidad "Las Camelias", del municipio de Patzún, del departamento de Chimaltenango.

GRUPO B: 300 familias de la comunidad "las Camelias", del municipio de Patzún, Chimaltenango. Tomando en cuenta que la comunidad es pequeña, se encuestó a una persona mayor de 18 años por familia, conformando un total de 300 personas objeto de investigación.

C. CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA AMBOS SUJETOS DE ESTUDIO

Los criterios para la selección de la muestra objeto de investigación incluyeron:

- Promotores de Salud Capacitados por el ministerio de Salud Pública y/o ONG'S.
- Que tuvieran más de 6 meses de residir y trabajar en la comunidad como promotores de salud
- Miembros de la comunidad, que residen y viven en la comunidad "Las Camelias", del municipio de Patzún del departamento de Chimaltenango.
- Hombres y mujeres mayores de 18 años.

D. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN PARA AMBOS SUJETOS DE ESTUDIO.

- No residir en la comunidad de estudio
- Promotores y vecinos que no desearon participar del estudio.
- Personas que tuvieran menos de 6 meses de residir en la comunidad.

LAS VARIABLES SIGUIENTES FUERON OBSERVADAS EN LOS DOS GRUPOS DE ESTUDIO RESPECTIVOS:

E. VARIABLES:

- Edad
- Religión
- Escolaridad
- Sexo
- Actividades
- Ingreso económico
- Remedios
- Enfermedad
- Experiencia como promotor

F. DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLE	DEF. CONCEPTUAL	DEF. OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento, a la fecha de la encuesta	Años cumplidos expresados verbalmente hasta la fecha de la encuesta	Ordinal	Mayores de 18 años
Religión	Conjunto de creencias de la divinidad	Fe normativa en un ser supremo profesada por el promotor y comunitarios encuestados, que pueden ser católicos, evangélicos, etc.	Nominal	<ul style="list-style-type: none">• Católicos• Evangélicos• Otros
Escolaridad	Grado de educación académica sistematizada	Nivel de educación cursada: Primaria, secundaria, superior, ninguna	Ordinal	<ul style="list-style-type: none">• Primaria completa• Primaria incompleta• Básicos completos• Otros• Ninguno
Sexo	Diferencia física y constitucional que distingue al hombre de la mujer	Diferencia observada durante la entrevista y contestada en la encuesta, masculino, femenino	Nominal	Masculino Femenino
Actividades	Conjunto de tareas que realiza un promotor de salud, de acuerdo al plan de trabajo del mismo	Temas definidos en el cuaderno de registro mensual del promotor ejecutados en el periodo establecido	Nominal	<ul style="list-style-type: none">• Charlas sobre el consumo de agua• Charlas sobre la disposición de basura• Charlas sobre la disposición de excretas• Charlas sobre higiene

Ingresos económicos	Cantidad recibida en quetzales por los servicios prestados al paciente	Cantidad devengada en quetzales por servicios prestados a la comunidad	Ordinal	ambiental: • Charlas sobre higiene personal • Charlas sobre vacunación • Todas • Ninguna a. Nada b. Menos de Q.1.00 c. De Q.1.00 a Q.4.00 d. De Q.5.00 a Q.9.00 e. De Q.10.00 a Q.14.00 f. De Q.15.00 a Q.19.00 g. Más de Q.20.00
Remedios	Substancias elaboradas o naturales utilizadas en el tratamiento de problemas o trastornos de la salud en el ser humano	Substancias elaboradas o naturales agrupadas por sus efectos, según aparato, órgano o tejido del cuerpo humano	Nominal	a. Antibióticos b. Medicina para los dolores y bajar la fiebre c. Medicina para la gastritis d. Medicina para los parásitos
Enfermedad	Daño o problema de la salud de los habitantes de una comunidad	Afección de uno o más aparatos del organismo humano	Nominal	a. Infecciones respiratorias b. Problemas gastrointestinales c. Carencia nutricional d. Problemas de la piel e. Infección contagiosas f. Cardíacas
Experiencia como promotor	Tiempo transcurrido desde el inicio de su desempeño hasta la fecha de la entrevista	Tiempo medido en años	Ordinal	a. Menos de un año b. De 2 a 4 años c. De 5 a 9 años d. De 10 a 14 años e. De 15 a 19 años f. Más de 20 años

G. RECURSOS

1. Materiales.

1.1 Económicos

- El costo total de la investigación realizada.
- Materiales y equipo de oficina

1.2 Físicos

- Puesto de salud de la comunidad "las Camelias", municipio de Patzún, del departamento de Chimaltenango.

2. Humanos

- Seis promotores en salud rural de la comunidad "las Camelias", del municipio de Patzún, del departamento de Chimaltenango.
- Habitantes: Jefes o encargados de las familias de la comunidad en estudio.
- Personal de salud del puesto de salud de la comunidad

H. PLAN PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

- La recolección de datos de la investigación, se obtuvo por medio de entrevista directa, dirigida por cuestionarios a los promotores y comunitarios de la aldea. (cuestionarios anexos).
- La elaboración de cuestionarios se basó en los objetivos planteados en esta investigación.
- Al concluir la recolección de datos, se procedió al ordenamiento y tabulación de los mismos.
- Los resultados obtenidos se presentaron en cuadros y gráficas correspondientes.
- Posteriormente se analizaron los resultados, derivándose las conclusiones y recomendaciones.

I. EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN: Las principales actividades para el desarrollo de esta investigación fueron:

- Inserción del investigador en la comunidad, lo que permitió el conocimiento de la misma, selección de la población objeto de investigación (promotores de salud y miembros que habitan en la comunidad "Las Camelias", del municipio de Patzún, del departamento de Chimaltenango); aplicación de los instrumentos necesarios para recopilar información (encuestas y entrevistas), durante los meses de junio y julio del presente año.
- El diseño y ejecución de esta investigación, fue desarrollado directamente por el

estudiante investigador, contando con el apoyo de los promotores en salud rural, la comunidad "Las Camelias" del municipio de Patzún, del departamento de Chimaltenango y del centro de salud existente, contando además con el apoyo de los profesionales de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala y del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

J. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos a través del trabajo de campo, se presentan en cuadros y gráficas estadísticas, de acuerdo a las principales frecuencias de ocurrencia y porcentajes correspondientes, para su respectiva discusión y análisis.

VII. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El desarrollo de esta investigación estuvo orientado al conocimiento del "Desempeño del Promotor en Salud Rural en la Comunidad "Las Camelias", localizada en el Municipio de Patzún del Departamento de Chimaltenango, realizando un análisis del desempeño y aceptación del mismo, por parte de la comunidad en donde desarrolla sus actividades en beneficio de la Promoción y mantenimiento de la salud; identificación de los conocimientos básicos que el Promotor en Salud Rural debe manejar, para el desempeño efectivo de sus funciones; determinación de tareas y actividades que el promotor realiza; descripción de las principales características o cualidades del promotor y por último el establecimiento de una relación directa entre el desempeño realizado por el promotor en contraste con lo esperado.

Las variables sometidas a proceso de comprobación, incluyeron Edad, religión, escolaridad, distribución por sexo, actividades principales, ingresos económicos, remedios aplicados por el promotor dentro de la comunidad, principales enfermedades observadas; experiencia como promotor.

Para realizar el trabajo de campo y medir las variables sometidas a análisis, fue necesario evaluar a la población de la comunidad y a los Promotores Rurales en Salud, obteniendo como principales hallazgos los siguientes:

A) A NIVEL DE LA POBLACIÓN COMUNITARIA.

La población estuvo conformada por 300 miembros de la comunidad "Las Camelias" del Municipio de Patzún del departamento de Chimaltenango, distribuidos de acuerdo al orden siguiente: 67% de sexo femenino, teniendo como principal actividad, el cuidado y mantenimiento del hogar. El 33% restante, correspondió al sexo masculino, teniendo como principal actividad económico-productiva, la agricultura (lo cual se puede observar en el cuadro No.1).

Respecto a la distribución de la población de acuerdo a estado civil, se observaron los siguientes rangos: el 93% son "casados" (conformando hogares integrados) y el 7% restante son solteros. (Ver cuadro No.2).

El 73% profesa la religión evangélica y el 23% restante la religión católica, el 4% restante ninguna. (Ver cuadro No.3).

Con respecto a la escolaridad el 23% corresponde a primaria completa, el 37% tiene primaria incompleta, el 3% básicos completos y el 37% ninguna. (Ver cuadro No.4).

Con respecto a la existencia de promotores en la comunidad, el 73% informó sobre la existencia de los mismos, y el 27% restante manifestó desconocimiento de la existencia de los promotores. (Ver cuadro No.5).

Las principales actividades realizadas por el Promotor en Salud Rural, incluyen: Charlas sobre consumo de agua, disposición de basura e higiene ambiental 3%, ninguna actividad 97%. (Ver cuadro No.6).

Las charlas que han beneficiado mayormente a la comunidad, 97% afirma que todas y el 3% restante indicó que ninguna. (ver cuadro No.7).

Participación del promotor al interior de la comunidad: 13% en vacunación, 87% restante ninguna actividad. (Ver cuadro No.8).

Al abordar lo relativo al apoyo que la comunidad brinda al Promotor en Salud Rural, se evidenció que un 97% no tienen mayor apoyo por parte de la misma, ya que éste se brinda principalmente en lo relativo a campañas de vacunación, lo que corresponde a un 3% (Ver cuadro No.9).

Con respecto a la existencia de comités dentro de la comunidad, se evidenció que el 80% de los comunitarios tiene conocimiento de la existencia de los mismos, en contraste al 20% que ignora la existencia de dichos comités. (Ver cuadro No.10).

En relación a la participación activa de los promotores en los diferentes comités que funcionan en la comunidad, el 10% afirma que los promotores participan en el comité de salud, y el 7% en el comité religioso. El 83% restante no tiene ningún conocimiento de la participación de los promotores. (Ver cuadro No.11).

Al abordar lo relativo a la realización de reuniones de promotores con la comunidad, se evidenció que el 100% no tiene ninguna reunión con los promotores. (Cuadro No.12).

Con relación al proceso de capacitación que los promotores poseen, se evidenció que en el 100% de los casos tienen referencia de que la capacitación del promotor se lleva a cabo en el Centro de Salud. (Ver cuadro No.13).

Al cuestionar si la comunidad tiene conocimiento de la realización de otro tipo de ocupación por parte del Promotor en Salud Rural, se obtuvo la siguiente información: El 73% tiene conocimiento de la realización de otra actividad, en contraste con el 27% que no desconoce. (Ver cuadro No.14).

En relación a cuáles actividades constituyen otra ocupación del promotor indicaron: El 77% tiene conocimiento que se dedican a actividades agrícolas, en contraste al 33% que no tiene conocimiento al respecto. (Ver cuadro No.15).

Respecto al tiempo que el promotor dedica para realizar actividades en favor de la comunidad y de la promoción de la salud rural, se observó que el 3.3% dedica dos días a la semana, el 63.3% dedica tres días a la semana y el 33.3% no tiene ningún conocimiento al respecto. (Ver cuadro No.16).

Con relación a las enfermedades más frecuentes en la comunidad, refirieron la incidencia de las siguientes patologías: Infecciones respiratorias agudas 67%, Problemas gastrointestinales 23%, carencia nutricional 5%, problemas de la piel 2%, infecto contagiosas 2%. (Ver cuadro No.17).

Las enfermedades más frecuentes que atiende el promotor son las siguientes: infecciones respiratorias 32%, problemas gastrointestinales 10%. Desconocen al respecto 58%. (Ver cuadro No.18).

Respecto a los medicamentos mayormente utilizados por el Promotor en Salud Rural, la comunidad indicó: uso de antibióticos 14%, medicina para dolores 6%, jarabe para la tos 12%, Otros 12%. El 56% restante desconoce la utilización de medicamentos utilizados por el promotor en la realización de su trabajo. (Ver cuadro No.19).

De acuerdo al criterio de la comunidad, con respecto a la remuneración económica del Promotor en Salud Rural, por los servicios prestados a la población, solamente en el 17% de los casos informaron que no cobra por la prestación de sus servicios. El 3% indicó que su remuneración oscila entre Q.15.00 y Q.19.00. El 80% restante indicó que no posee ninguna información al respecto. (Ver cuadro No.20).

Al evaluar el tipo de registros llevados a cabo por el promotor, se observó, que el 17% en cuaderno, el 66% utiliza otras formas y el 17% no lleva registros (Ver cuadro No.21).

Al evaluar la relación existente entre comunidad y promotor, indicaron lo siguiente: 13% consideran que tienen buena relación, el 87% restante la considera regular. (Ver cuadro No.22).

Con respecto a los instrumentos que el promotor utiliza para realizar su labor, la comunidad informó: el 6% ha observado el uso del termómetro, el 6% el uso de estetoscopio. El 88% desconoce el uso de algún instrumento. (Ver cuadro No.23).

Con respecto al apoyo que la comunidad brinda al Promotor en Salud Rural para realizar sus actividades y prestar sus servicios, la comunidad informó en el 100% de los casos que no existe ningún apoyo. (Ver cuadro No. 24).

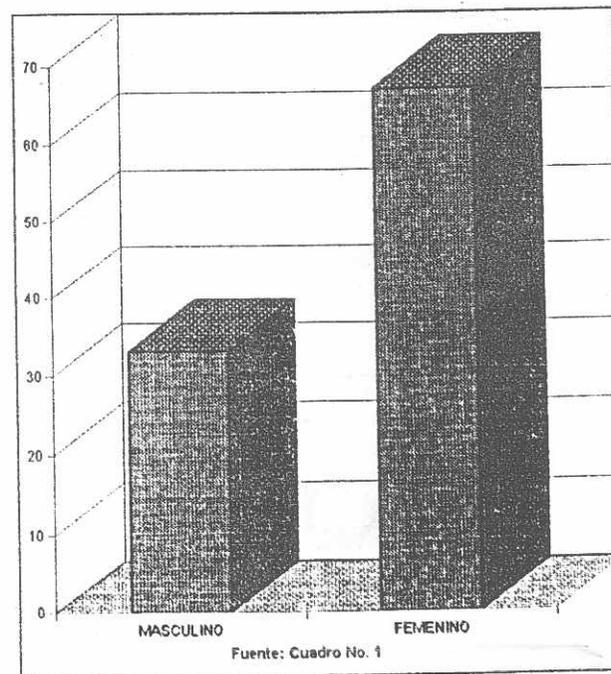
A continuación se presentan los cuadros y gráficas de la evaluación realizada con los habitantes de la comunidad "Las Camelias" del Municipio de Patzún, del departamento de Chimaltenango.

CUADRO No. 1
DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL DE ACUERDO A SEXO, EN LA COMUNIDAD
LAS "CAMELIAS", MUNICIPIO DE PATZÚN, DEL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO

SEXO	No.	%
MASCULINO	100	33
FEMENINO	200	67
TOTAL	300	100

Fuente: Encuesta realizada a jefes de familia o vecinos mayores de 18 años. Datos recabados en la comunidad.

Grafica No.1 Distribución poblacional de acuerdo a sexo, en la comunidad "LAS CAMELIAS", municipio de Patzún, Chimaltenango

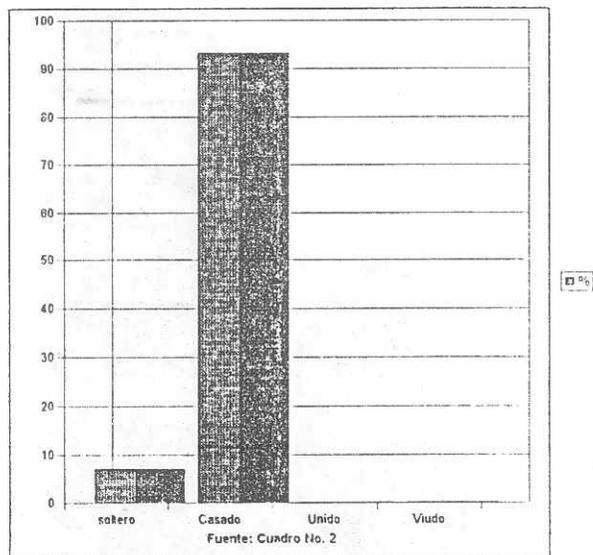


CUADRO No.2
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, DE ACUERDO A ESTADO CIVIL
COMUNIDAD "LAS CAMELIAS", MUNICIPIO DE PATZÚN, DEL DEPARTAMENTO DE
CHIMALTENANGO

ESTADO CIVIL	No.	%
Soltero	20	7
Casado	280	93
Unido	---	---
Viudo	---	---
Total	300	100

Fuente: Datos recabados en la comunidad, con jefes de familia o vecinos mayores de 18 años.

Grafica No.2 Distribución de la población, de acuerdo a estado civil comunidad "LAS CAMELIAS", municipio de patzun chimaltenango

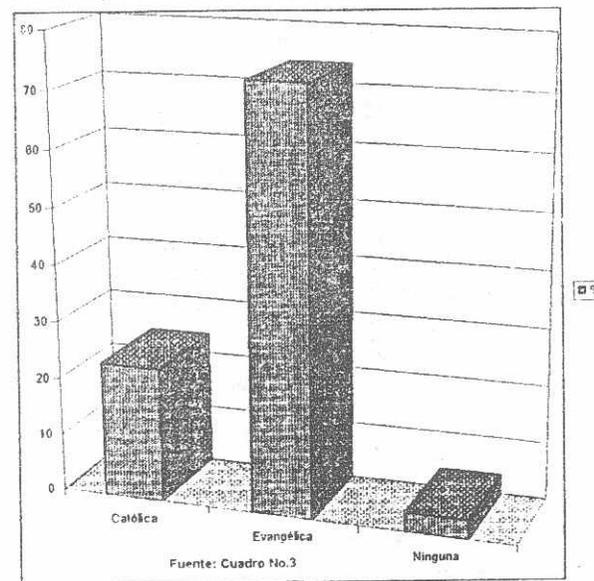


CUADRO No.3
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, DE ACUERDO A RELIGIÓN, EN LA COMUNIDAD LAS
"CAMELIAS", DEL MUNICIPIO DE PATZÚN, DEL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO.

Religión	No.	%
Católica	70	23.33
Evangélica	220	73.33
Ninguna	0.10	3.33
Total	300	100

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a jefes de familia o vecinos mayores de 18 años.

Grafica No.3 Distribución de la población, de acuerdo a religión, en la comunidad "LAS CAMELIAS", del municipio de Patzún, Chimaltenango

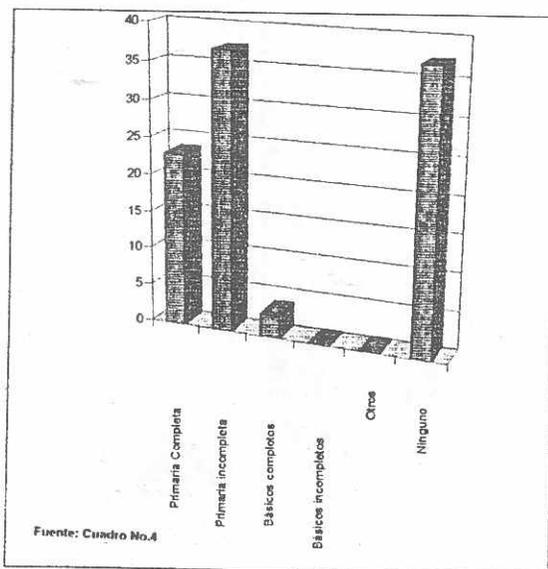


CUADRO No.4
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ACUERDO A GRADO DE ESCOLARIDAD, EN LA
COMUNIDAD LAS "CAMELIAS", DEL MUNICIPIO DE PATZÚN, DEL DEPARTAMENTO DE
CHIMALTENANGO.

ESCOLARIDAD	No.	%
Primaria Completa	70	23
Primaria incompleta	110	37
Básicos completos	10	3
Básicos incompletos	—	—
Otros	—	—
Ninguno	110	37
Total	300	100

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a jefes de familia o vecinos mayores de 18 años.

Grafica No. 4 Distribución de la población de acuerdo al grado de escolaridad, en la comunidad "LAS CAMELIAS", municipio de Patzún, Chimaltenango

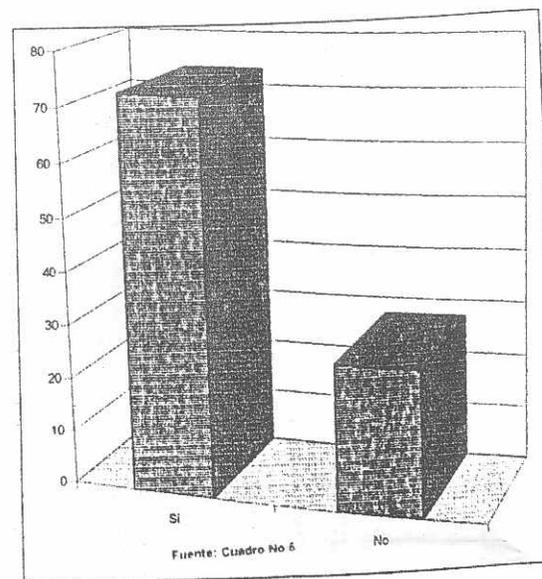


CUADRO No.5
EXISTENCIA DE PROMOTORES EN SALUD RURAL, EN LA COMUNIDAD LAS "CAMELIAS",
DEL MUNICIPIO DE PATZÚN, CHIMALTENANGO.

Existencia de promotores	No.	%
Si	220	73
No	80	27
Total	300	100

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a jefes de familia o vecinos mayores de 18 años.

Grafica No. 5 Existencia de promotores en salud rural, en la comunidad "LAS CAMELIAS", del municipio de Patzún, Chimaltenango

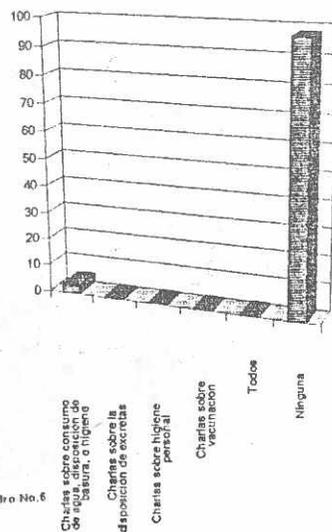


CUADRO No.6
ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL PROMOTOR EN SALUD RURAL, EN LA COMUNIDAD LAS "CAMELIAS", DEL MUNICIPIO DE PATZÚN, DEL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO.

ACTIVIDADES	No.	%
Charlas sobre consumo de agua, disposición de basura, e higiene ambiental.	10	3
Charlas sobre la disposición de excretas	---	---
Charlas sobre higiene personal	---	---
Charlas sobre vacunación	---	---
Todos	---	---
Ninguna	290	97
Total	300	100

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a jefes de familia o vecinos mayores de 18 años.

Grafica No 6 Actividades realizadas por el promotor en salud rural en la comunidad "LAS CAMELIAS" municipio de Patzun, Chimaltenango



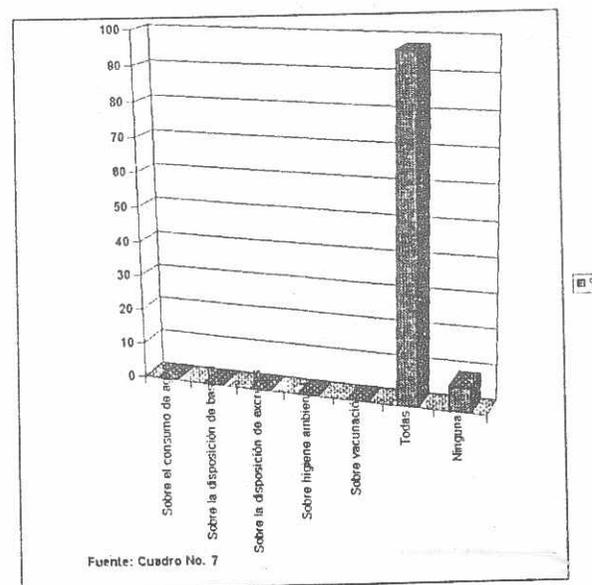
Fuente: Cuadro No. 6

CUADRO No.7
CHARLAS QUE HAN BENEFICIADO A LOS PROMOTORES EN SALUD RURAL, DURANTE EL PROCESO DE CAPACITACIÓN, EN LA COMUNIDAD LAS "CAMELIAS", DEL MUNICIPIO DE PATZÚN, DEL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO.

CHARLAS	No.	%
Sobre el consumo de agua	---	---
Sobre la disposición de basura	---	---
Sobre la disposición de excretas	---	---
Sobre higiene ambiental	---	---
Sobre vacunación	---	---
Todas	280	97
Ninguna	20	7
Total	300	100

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a jefes de familia o vecinos mayores de 18 años.

Grafica No7 Charlas que han beneficiado a los promotores en salud rural, durante el proceso de capacitación en la comunidad "LAS CAMELIAS" municipio de Patzun, Chimaltenango



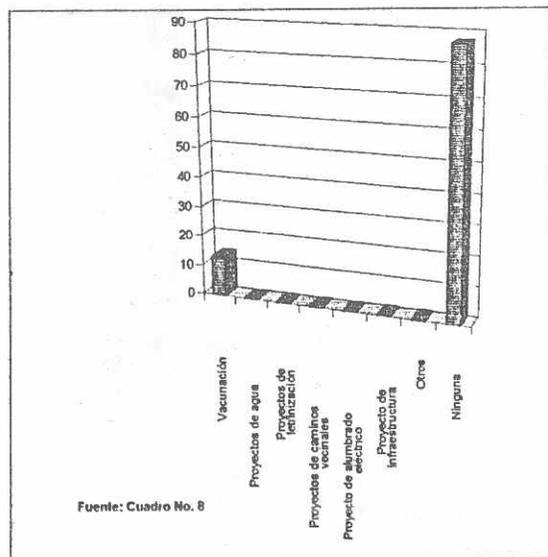
Fuente: Cuadro No. 7

CUADRO No.8
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE PROMOTORES EN SALUD RURAL, DE ACUERDO
A SU PARTICIPACIÓN EN LA COMUNIDAD LAS "CAMELIAS", DEL MUNICIPIO DE
PATZÚN, DEL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO.

PARTICIPACIÓN	No.	%
Vacunación	40	13
Proyectos de agua	---	---
Proyectos de letrización	---	---
Proyectos de caminos vecinales	---	---
Proyecto de alumbrado eléctrico	---	---
Proyecto de infraestructura	---	---
Otros	---	---
Ninguna	200	87
Total	300	100

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a jefes de familia o vecinos mayores de 18 años.

Grafica No.8 Distribución de la población de promotores en Salud Rural, de acuerdo a su participación en la comunidad "LAS CAMELIAS" municipio de Patzun, Chimaltenango

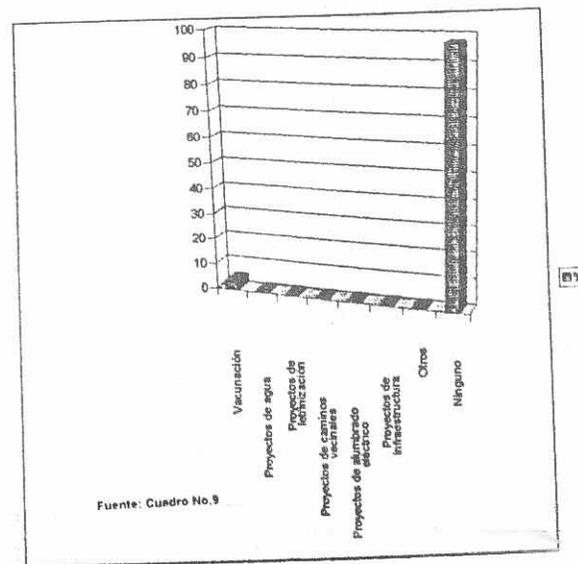


CUADRO No.9
PARTICIPACIÓN Y APOYO AL PROMOTOR EN SALUD, BRINDADO POR LA COMUNIDAD
LAS "CAMELIAS", DEL MUNICIPIO DE PATZÚN, DEL DEPARTAMENTO DE
CHIMALTENANGO.

ACTIVIDAD	No.	%
Vacunación	10	3
Proyectos de agua	---	---
Proyectos de letrización	---	---
Proyectos de caminos vecinales	---	---
Proyectos de alumbrado eléctrico	---	---
Proyectos de infraestructura	---	---
Otros	---	---
Ninguno	290	97
Total	300	100

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a jefes de familia o vecinos mayores de 18 años.

Grafica No.9 Participación y apoyo al promotor en salud brindado por la comunidad "LAS CAMELIAS" municipio de Patzun, Chimaltenango

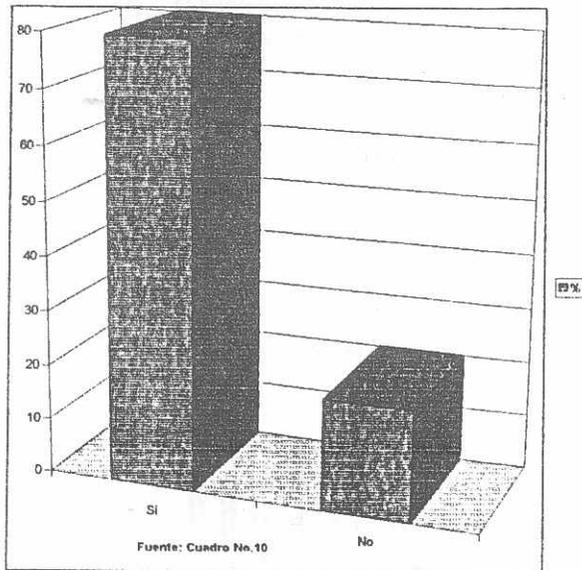


CUADRO No.10
EXISTENCIA DE COMITÉS EN LA COMUNIDAD LAS "CAMELIAS", DEL MUNICIPIO DE PATZÚN, DEL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO.

EXISTENCIA	No.	%
Si	240	80
No	60	20
Total	300	100

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a jefes de familia o vecinos mayores de 18 años.

Grafica No.10 Existencia de comités en la comunidad "LAS CAMELIAS" del municipio de Patzun, Chimaltenango

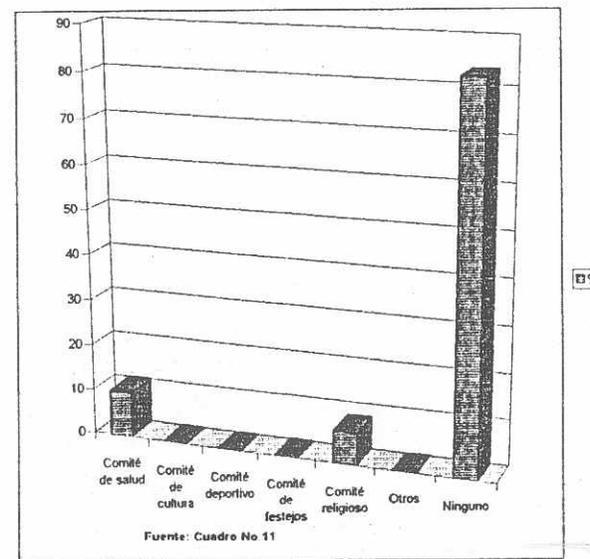


CUADRO No.11
PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LOS PROMOTORES EN SALUD RURAL, EN COMITÉS EXISTENTES EN LA COMUNIDAD LAS "CAMELIAS", DEL MUNICIPIO DE PATZÚN, DEL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO.

PARTICIPACIÓN EN	No.	%
Comité de salud	30	10
Comité de cultura	--	---
Comité deportivo	--	---
Comité de festejos	--	---
Comité religioso	20	7
Otros	--	---
Ninguno	250	83
Total	300	100

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a jefes de familia o vecinos mayores de 18 años.

Grafica No.11 Participación activa de los promotores en salud rural, en comités existentes en la comunidad "LAS CAMELIAS" comunidad de Patzun, Chimaltenango

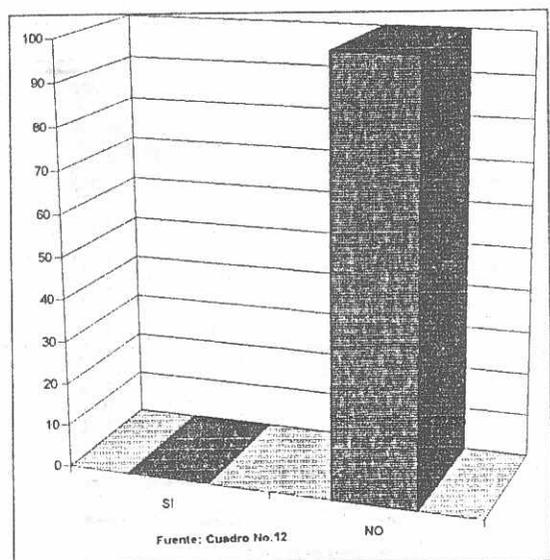


CUADRO No.12
REUNIONES COMUNITARIAS, VERSUS PROMOTORES EN SALUD RURAL, EN LA
COMUNIDAD LAS "CAMELIAS", DEL MUNICIPIO DE PATZÚN, DEL DEPARTAMENTO DE
CHIMALTENANGO.

REUNIONES	No.	%
SI	---	---
NO	300	100
Total	300	100

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a jefes de familia o vecinos mayores de 18 años.

Graficas No.12 Reuniones comunitarias, versus promotores en
Salud Rural, en la comunidad "LAS CAMELIAS" municipio de
Patzun, Chilmattenango

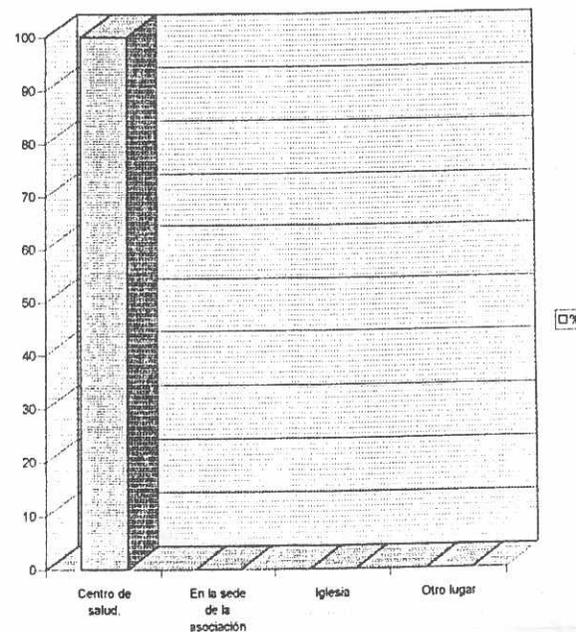


CUADRO No.13
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE PROMOTORES EN SALUD RURAL, DURANTE EL
PROCESO DE CAPACITACIÓN EN LA COMUNIDAD LAS "CAMELIAS", DEL MUNICIPIO DE
PATZÚN, DEL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO.

LUGAR DE CAPACITACIÓN	No.	%
Centro de salud.	80	100
En la sede de la asociación	---	---
Iglesia	---	---
Otro lugar	---	---
Total	80	100

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a jefes de familia o vecinos mayores de 18 años.

Cuadro No.13 Distribución de la población de Promotores de
Salud Rural

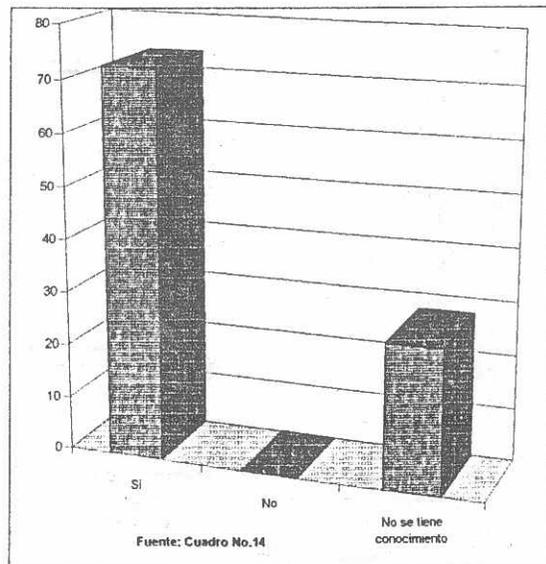


CUADRO No.14
 OCUPACIÓN ADICIONAL DE LOS PROMOTORES EN SALUD RURAL, EN LA COMUNIDAD
 LAS "CAMELIAS", DEL MUNICIPIO DE PATZÚN, DEL DEPARTAMENTO DE
 CHIMALTENANGO.

OCUPACIÓN	No.	%
Si	220	73
No	—	—
No se tiene conocimiento	80	27
Total	300	100

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a jefes de familia o vecinos mayores de 18 años.

Grafica No.14 Ocupación adicional de los promotores en salud rural, en la comunidad "LAS CAMELIAS" municipio de Patzun, Chimaltenango

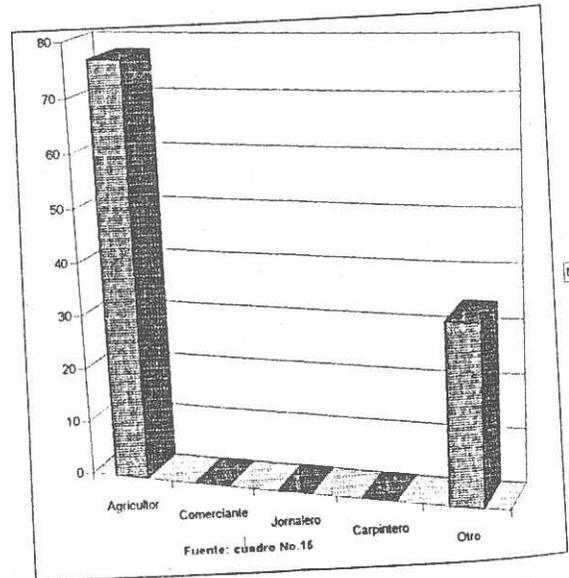


CUADRO No.15
 OCUPACIÓN ADICIONAL DEL PROMOTOR EN SALUD RURAL EN LA COMUNIDAD LAS
 "CAMELIAS", DEL MUNICIPIO DE PATZÚN, DEL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO.

OCUPACIÓN	No.	%
Agricultor	219	77
Comerciante	—	—
Tornalero	—	—
Carpintero	—	—
Otro	1	33
Total	220	100

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a jefes de familia o vecinos mayores de 18 años.

Grafica No.15 Ocupación adicional del promotor en salud rural en la comunidad "LAS CAMELIAS" municipio de Patzun, Chimaltenango

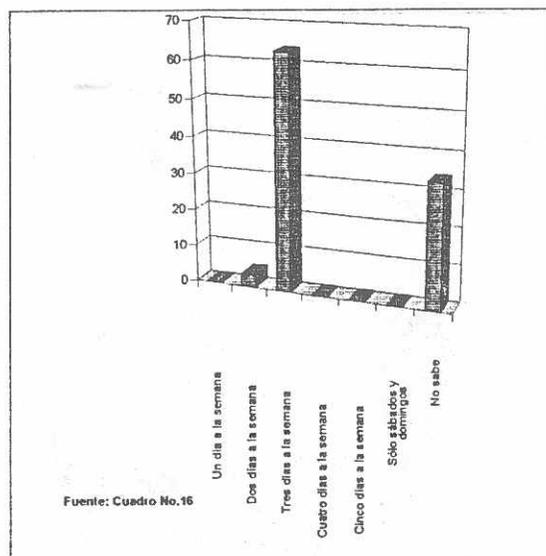


CUADRO No.16
 TIEMPO DE TRABAJO QUE DEDICA EL PROMOTOR RURAL EN SALUD,
 EN LA COMUNIDAD "LAS CAMELIAS" DEL MUNICIPIO DE PATZÚN, DEL
 DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO

TIEMPO	No.	%
Un día a la semana	---	---
Dos días a la semana	10	3.3
Tres días a la semana	190	63.3
Cuatro días a la semana	---	---
Cinco días a la semana	---	---
Sólo sábados y domingos	---	---
No sabe	100	33.3
Total	300	100

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a jefes de familia o vecinos mayores de 18 años.

Grafica No. 16 Tiempo de trabajo que dedica el Promotor Rural en Salud, en la comunidad "LAS CAMELIAS" del municipio de Patzún, Chimaltenango

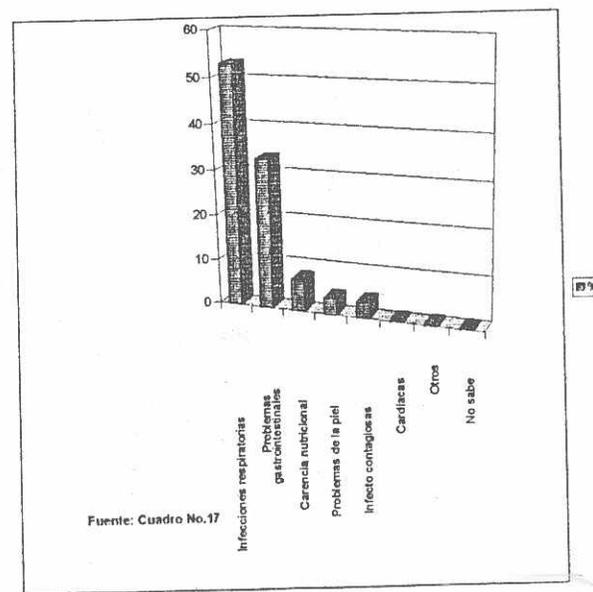


CUADRO No.17
 ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES EN LA COMUNIDAD "LAS CAMELIAS", DEL
 MUNICIPIO DE PATZÚN, DEL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO.

PATOLOGIA	No.	%
Infecciones respiratorias	180	53
Problemas gastrointestinales	100	33
Carencia nutricional	20	7.0
Problemas de la piel	10	3.5
Infecto contagiosas	10	3.5
Cardiacas	---	---
Otros	---	---
No sabe	---	---
Total	300	100

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a jefes de familia o vecinos mayores de 18 años.

Grafica No.17 Enfermedades mas frecuentes en la comunidad "LAS CAMELIAS" del municipio de Patzún, Chimaltenango

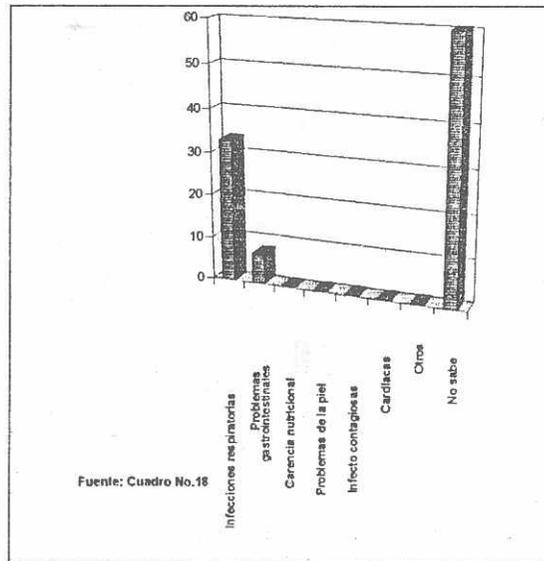


CUADRO No.18
ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES QUE TRATA EL PROMOTOR RURAL EN LA
COMUNIDAD "LAS CAMELIAS", DEL MUNICIPIO DE PATZÚN, DEL DEPARTAMENTO DE
CHIMALTENANGO.

ENFERMEDADES	No.	%
Infecciones respiratorias	100	33
Problemas gastrointestinales	20	7
Carencia nutricional	---	---
Problemas de la piel	---	---
Infecto contagiosas	---	---
Cardiacas	---	---
Otros	---	---
No sabe	180	60
Total	300	100

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a jefes de familia o vecinos mayores de 18 años.

Grafica No.18 Enfermedades mas frecuentes que trata el promotor rural en la comunidad "LAS CAMELIAS" municipio de Patzun, Chimaltenango

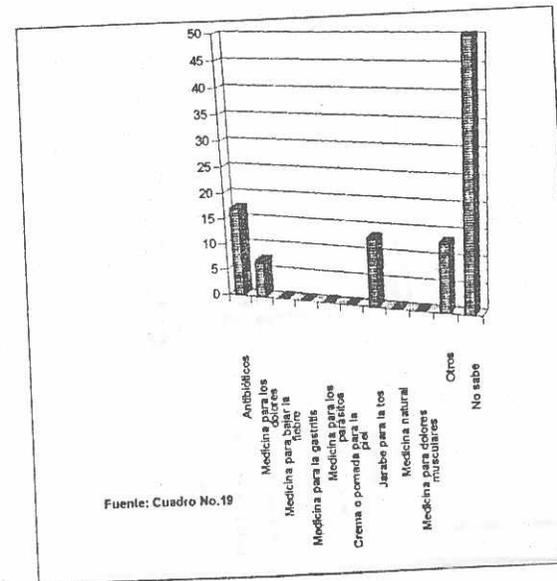


CUADRO No.19
MEDICAMENTOS MÁS UTILIZADOS POR EL PROMOTOR EN SALUD RURAL, EN LA
COMUNIDAD "LAS CAMELIAS", DEL MUNICIPIO DE PATZÚN, DEL DEPARTAMENTO DE
CHIMALTENANGO.

Medicamentos	No.	%
Antibióticos	50	17
Medicina para los dolores	20	7
Medicina para bajar la fiebre	---	---
Medicina para la gastritis	---	---
Medicina para los parásitos	---	---
Crema o pomada para la piel	40	13
Jarabe para la tos	---	---
Medicina natural	---	---
Medicina para dolores musculares	---	---
Otros	40	13
No sabe	150	50
Total	300	100

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a jefes de familia o vecinos mayores de 18 años.

Grafica No.19 Medicamentos mas utilizados por el Promotor en Salud Rural en la comunidad "LAS CAMELIAS" municipio de Patzun, Chimaltenango

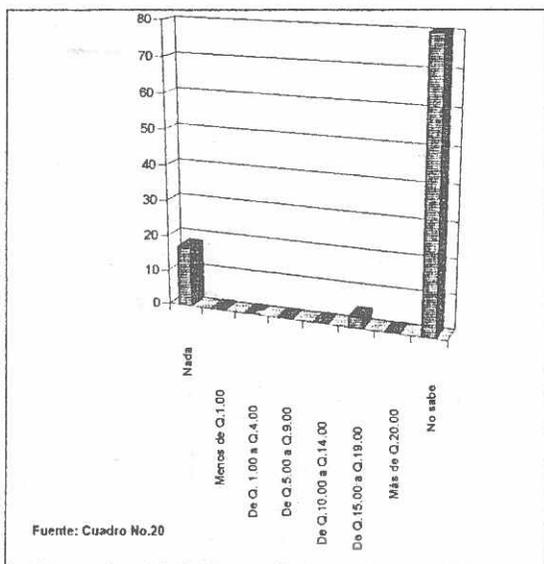


CUADRO No.20
REMUNERACIÓN DEL PROMOTOR EN SALUD RURAL, POR SERVICIOS PRESTADOS EN LA COMUNIDAD "LAS CAMELIAS", DEL MUNICIPIO DE PATZÚN, DEL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO.

REMUNERACIÓN	No.	%
Nada	50	17
Menos de Q. 1.00	---	---
De Q. 1.00 a Q.4.00	---	---
De Q. 5.00 a Q.9.00	---	---
De Q.10.00 a Q.14.00	---	---
De Q.15.00 a Q.19.00	10	3
Más de Q.20.00	---	---
No sabe	240	80
Total	300	100

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a jefes de familia o vecinos mayores de 18 años.

Grafica No.20 Remuneración del Promotor de Salud Rural por servicios prestados en la comunidad "LAS CAMELIAS" municipio de Patzun, Chimaltenango

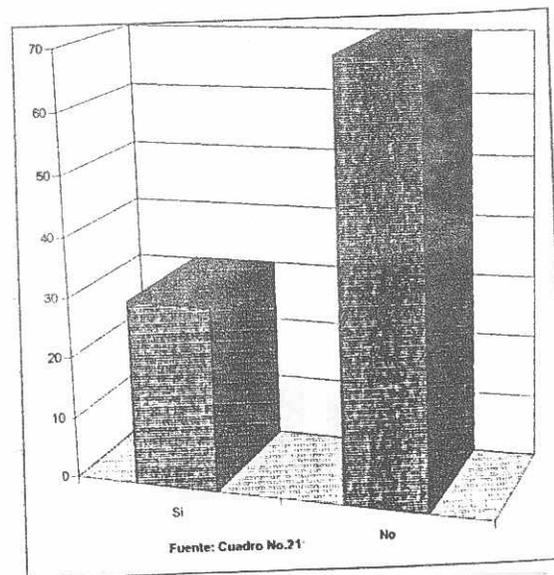


CUADRO No.21
EVIDENCIA DE CAPACITACIÓN DE PROMOTORES EN SALUD RURAL, EN LA COMUNIDAD "LAS CAMELIAS", DEL MUNICIPIO DE PATZÚN, DEL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO.

CAPACITACIÓN	No.	%
Si	90	30
No	210	70
Total	300	100

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a jefes de familia o vecinos mayores de 18 años.

Grafica No.21 Evidencia de capacitación de promotores en Salud Rural, en la comunidad "LAS CAMELIAS" del municipio, Chimaltenango

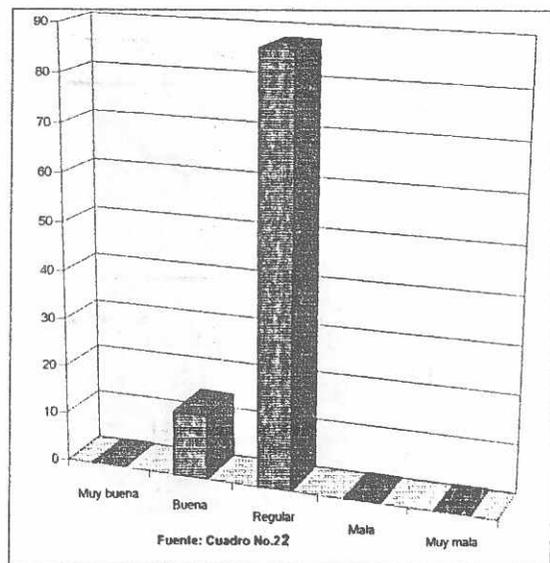


CUADRO No.22
RELACIÓN DEL PROMOTOR EN SALUD RURAL, CON LA COMUNIDAD "LAS CAMELIAS",
DEL MUNICIPIO DE PATZÚN, DEL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO.

TIPO DE RELACIÓN	No.	%
Muy buena	---	---
Buena	40	13
Regular	260	87
Mala	---	---
Muy mala	---	---
Total	300	100

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a jefes de familia o vecinos mayores de 18 años.

Grafica No.22 Relación del Promotor de Salud Rural, con la comunidad "LAS CAMELIAS" municipio de Patzun, Chimaltenango

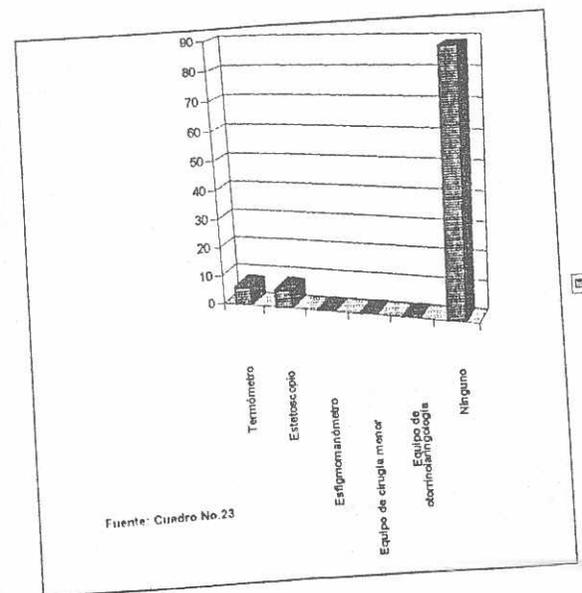


CUADRO No.23
INSTRUMENTOS UTILIZADOS POR EL PROMOTOR EN SALUD RURAL, EN LA
COMUNIDAD "LAS CAMELIAS", DEL MUNICIPIO DE PATZÚN, DEL DEPARTAMENTO DE
CHIMALTENANGO.

INSTRUMENTOS	No.	%
Termómetro	20	6
Estetoscopio	20	6
Esfigmomanómetro	---	---
Equipo de cirugía menor	---	---
Equipo de otorrinolaringología	280	88
Ninguno	320	100

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a jefes de familia o vecinos mayores de 18 años.

Grafica No.23 Instrumentos utilizados por el Promotor en Salud Rural, en la comunidad "LAS CAMELIAS" municipio de Patzun, Chimaltenango



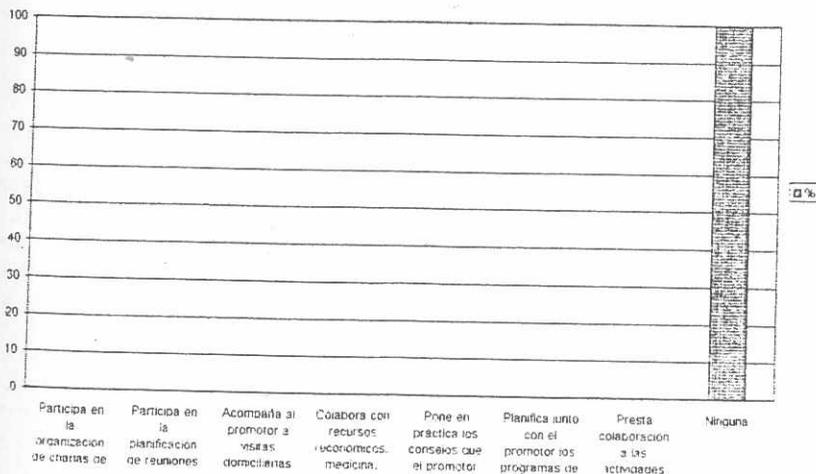
RESUMEN DE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN CUADROS, CORRESPONDIENTE A LA COMUNIDAD:

CUADRO No.24
APOYO BRINDADO AL PROMOTOR EN SALUD RURAL, EN LA COMUNIDAD "LAS CAMELIAS", DEL MUNICIPIO DE PATZUN, DEL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO.

TIPO DE APOYO	No.	%
Participa en la organización de charlas de salud	---	---
Participa en la planificación de reuniones de salud	---	---
Acompaña al promotor a visitas domiciliarias	---	---
Colabora con recursos (económicos, medicina, Etc.)	---	---
Pone en práctica los consejos que el promotor recibe en charlas y visitas domiciliarias	---	---
Planifica junto con el promotor los programas de salud	---	---
Presta colaboración a las actividades personales o familiares del promotor (siembra y cosecha de maíz, construcción de vivienda, provisiones, Etc.)	---	---
Ninguna	300	100
Total	300	100

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a jefes de familia o vecinos mayores de 18 años.

Grafica No.24 Apoyo brindado al Promotor en Salud Rural, en la comunidad "LAS CAMELIAS" del municipio de Patzun, Chimaltenango



Fuente: Cuadro No.24

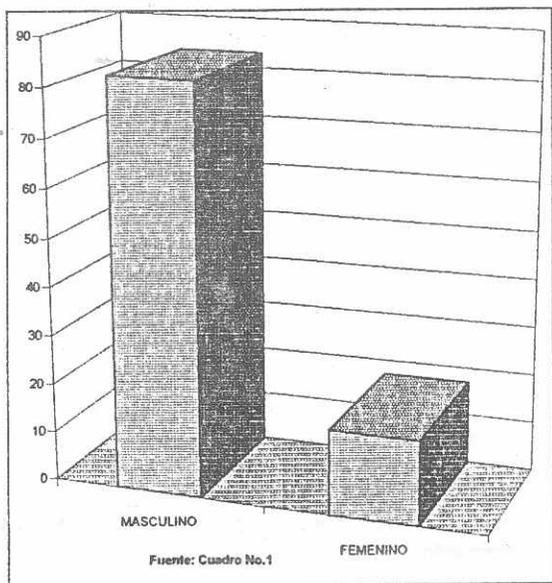
La información presentada anteriormente, muestra que la población estuvo conformada en mayor porcentaje por el sexo femenino; siendo su principal actividad productiva el cuidado y mantenimiento del hogar; la representación del sexo masculino se da en menor porcentaje y su principal actividad corresponde al trabajo agrícola. De esta población el mayor porcentaje son casados y profesan mayormente la religión evangélica, aunque en menor grado se práctica la religión católica. La mayoría cuenta con escolaridad primaria completa, muy pocos poseen ciclo básico y existe un buen porcentaje de analfabetos. La mayor parte de la comunidad conoce la existencia de promotores y consideran que las principales actividades se orientan a charlas sobre consumo de agua, disposición de basura e higiene ambiental. Con relación al nivel de participación de promotores de salud rural en la comunidad, se observa un bajo porcentaje en Vacunación, lo cual según opinión de la comunidad es la única actividad donde el promotor participa. El apoyo de la comunidad hacia el promotor es poco significativo y se orienta principalmente a campañas de vacunación. La comunidad en la mayoría de casos, indica no tener conocimiento de la participación del Promotor en Salud Rural en comités que funcionan al interior de la misma; sin embargo un porcentaje poco significativo informó de la participación del promotor en los comités de salud y religioso. En opinión de la comunidad, los promotores no organizan ninguna actividad con la misma; y como medio de subsistencia, a parte de su labor de promoción se dedican a la realización de actividades agrícolas. Según refirieron, el tiempo dedicado a las actividades de promoción en salud en el mayor de los casos es de tres días o dos días a la semana. Las enfermedades más frecuentes en la comunidad son Infecciones respiratorias agudas, problemas gastrointestinales, carencia nutricional, y en menor porcentaje problemas de la piel y enfermedades infecto contagiosas. Los medicamentos mayormente utilizados por el promotor para enfrentar dichas enfermedades son antibióticos, analgésicos, y jarabe para la tos. En cuanto al costo de los servicios prestados por el promotor, la comunidad indicó que en la mayoría de los casos el servicio es gratuito, sin embargo un porcentaje poco significativo, informó que la remuneración oscila entre Q.15.00 y Q.19.00. La relación existente entre promotores y comunidad, se tipifica en la mayoría de casos como regular; un porcentaje poco significativo indicó que es buena. En la mayoría de casos encuestados, se indicó que no existe evidencia de la capacitación de los promotores, y un porcentaje poco significativo afirmó lo contrario. La comunidad refirió que para realizar sus acciones el promotor utiliza, termómetro y estetoscopio. Sin embargo en la mayoría de casos encuestados la respuesta se orientó al desconocimiento del uso de instrumentos. El apoyo que la comunidad brinda al promotor para la realización de sus actividades es practicamente nulo.

CUADRO No. 1
ESTADÍSTICA POR SEXO DE LOS PROMOTORES EN SALUD RURAL DE LA
COMUNIDAD "LAS CAMELIAS", DEL MUNICIPIO DE PATZÚN, DEL DEPARTAMENTO DE
CHIMALTENANGO.

SEXO	No.	%
Masculino	5	83
Femenino	1	17
Total	6	100

Fuente: Datos recabados en la comunidad, Encuesta realizada a los Promotores de Salud Rural

Grafica No.1 Estadística por sexo de los Promotores en Salud Rural de la Comunidad "LAS CAMELIAS" municipio de Patzun, Chimaltenango

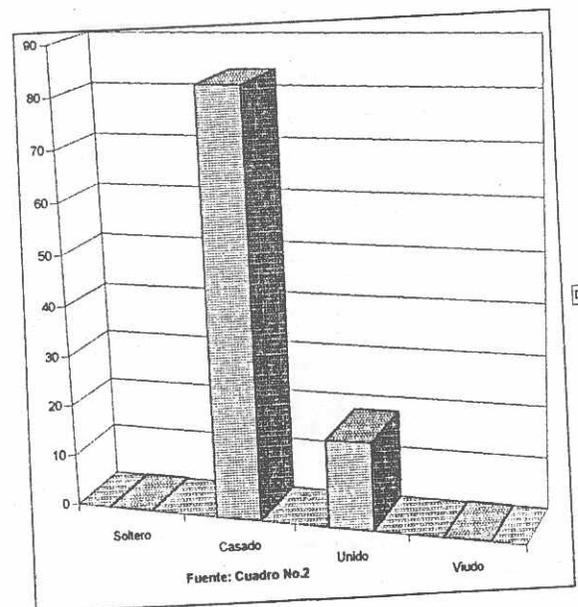


CUADRO No.2
ESTADÍSTICA POR ESTADO CIVIL DEL PROMOTOR EN SALUD RURAL DE LA
COMUNIDAD "LAS CAMELIAS", DEL MUNICIPIO DE PATZÚN, DEL DEPARTAMENTO DE
CHIMALTENANGO.

ESTADO CIVIL	No.	%
Soltero	5	83
Casado	1	17
Unido	—	—
Viudo	6	100

Fuente: Datos recabados en la comunidad, Encuesta realizada a los Promotores de Salud Rural

Grafica No.2 Estadística por estado civil del promotor en salud rural de la comunidad "LAS CAMELIAS" municipio de Patzun, Chimaltenango

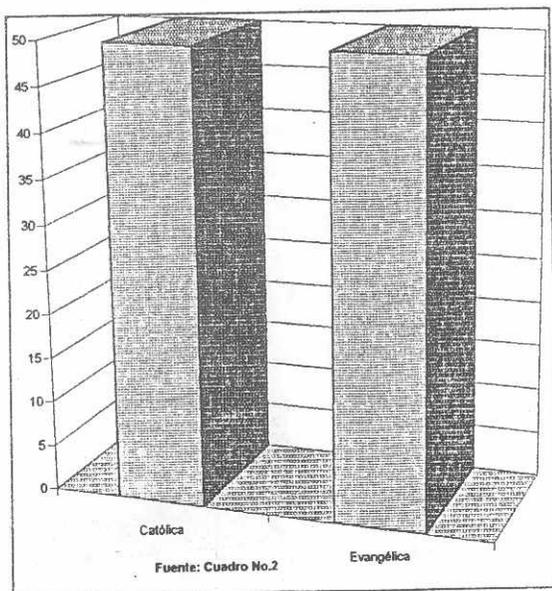


CUADRO No.3
ESTADÍSTICA POR RELIGIÓN, DEL PROMOTOR EN SALUD RURAL DE LA COMUNIDAD
"LAS CAMELIAS", DEL MUNICIPIO DE PATZÚN, DEL DEPARTAMENTO DE
CHIMALTENANGO.

RELIGIÓN	No.	%
Católica	3	50
Evangélica	3	50
Total	6	100

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a los Promotores de Salud Rural

Grafica No.3 Estadística por religión, del Promotor de Salud Rural
de la Comunidad "LAS CAMELIAS" municipio de Patzún,
Chimaltenango

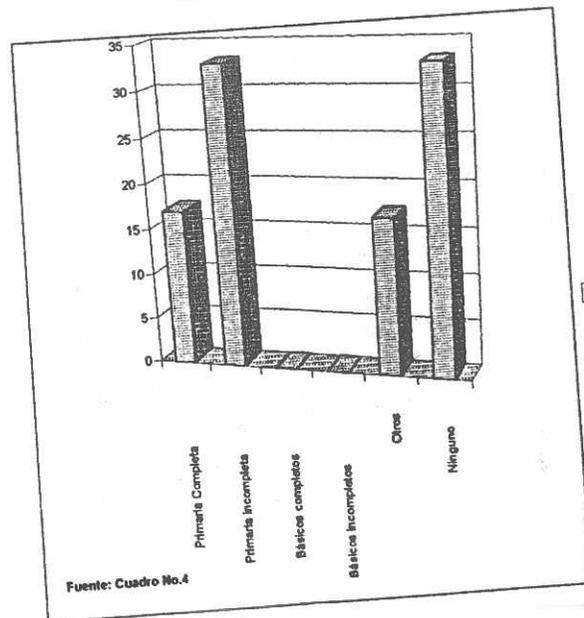


CUADRO No.4
DISTRIBUCIÓN DE LOS PROMOTORES EN SALUD RURAL DE ACUERDO A GRADO DE
ESCOLARIDAD, EN LA COMUNIDAD LAS "CAMELIAS", DEL MUNICIPIO DE PATZÚN, DEL
DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO.

ESCOLARIDAD	No.	%
Primaria Completa	1	17
Primaria incompleta	2	33
Básicos completos	---	---
Básicos incompletos	1	17
Otros	2	33
Ninguno	6	100
Total		

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a los Promotores de Salud Rural

Grafica No.4 Distribución de los Promotores en Salud Rural de
acuerdo a grado de escolaridad en la comunidad "LAS CAMELIAS"
municipio de Patzún, Chimaltenango

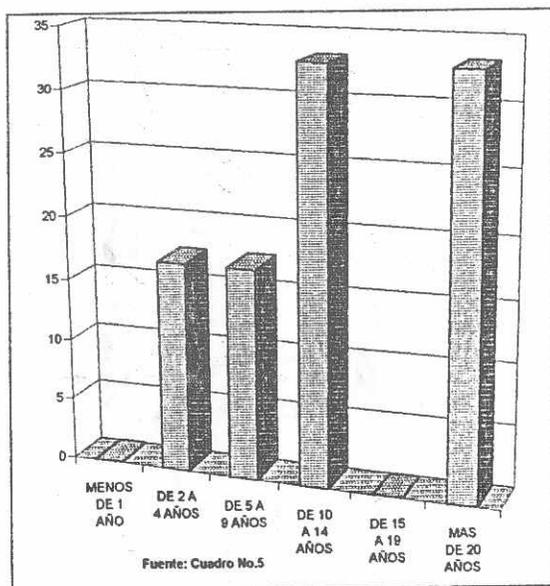


CUADRO No. 5
TIEMPO DE EJERCER COMO PROMOTOR EN SALUD RURAL, EN LA COMUNIDAD "LAS CAMELIAS" DEL MUNICIPIO DE PATZÚN, DEL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO

TIEMPO DE EJERCER COMO PROMOTOR EN SALUD RURAL	No.	%
Menos de 1 año	—	—
De 2 a 4 años	1	17
De 5 a 9 años	1	17
De 10 a 14 años	2	33
De 15 a 19 años	—	—
Más de 20 años	2	33
Total	6	100

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a los Promotores de Salud Rural

Grafica No.5 Tiempo de ejercer como Promotor en Salud Rural, en la comunidad "LAS CAMELIAS" municipio de Patzun, Chimaltenango

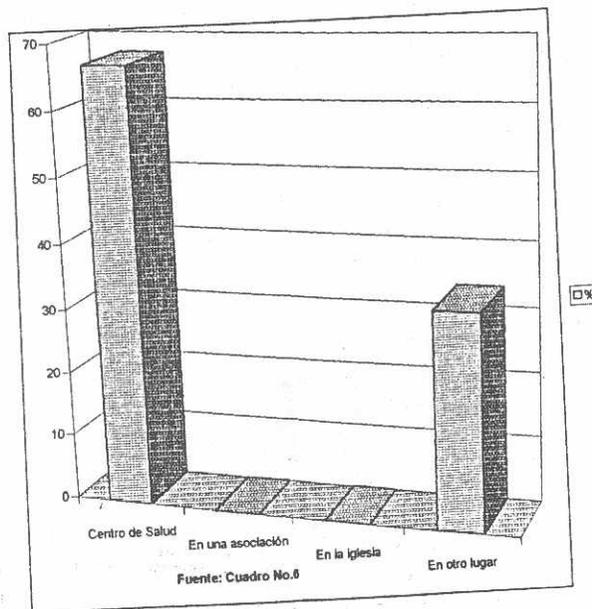


CUADRO No. 6
LUGAR DE CAPACITACIÓN PARA LOS PROMOTORES EN SALUD RURAL DE LA COMUNIDAD "LAS CAMELIAS", DEL MUNICIPIO DE PATZÚN, DEL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO

LUGAR DE CAPACITACIÓN	No.	%
Centro de Salud	4	67
En una asociación	—	—
En la Iglesia	—	—
En otro lugar	2	33
Total	6	100

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a los Promotores de Salud Rural

Grafica No.6 Lugar de Capacitación para los Promotores en Salud de la comunidad "LAS CAMELIAS" municipio de Patzun, Chimaltenango

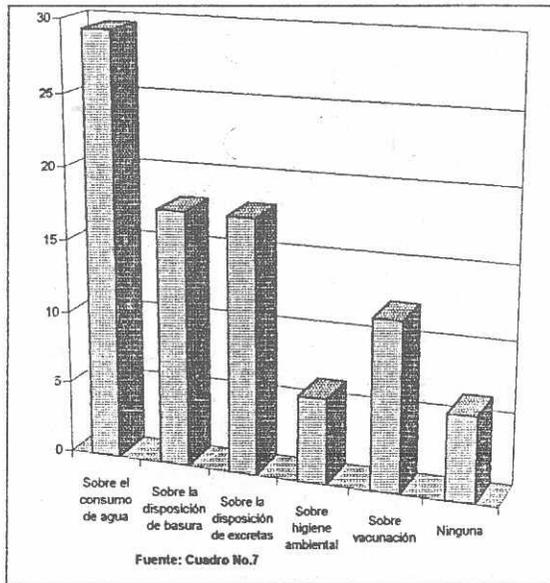


CUADRO No.7
ACTIVIDADES EN CUANTO A CHARLAS REALIZADAS POR LOS PROMOTORES EN
SALUD RURAL DE LA ALDEA "LAS CAMELIAS", DEL MUNICIPIO DE PATZÚN, DEL
DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO

CHARLAS	No.	%
Sobre el consumo de agua	5	29.4
Sobre la disposición de basura	3	17.6
Sobre la disposición de excretas	3	17.6
Sobre higiene ambiental	1	5.9
Sobre vacunación	2	11.8
Ninguna	1	5.9
Total	15	100

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a los Promotores de Salud Rural

Grafica No.7 Actividades en cuanto a charlas realizadas por los Promotores en Salud Rural en la Comunidad "LAS CAMELIAS" municipio de Patzún, Chimaltenango

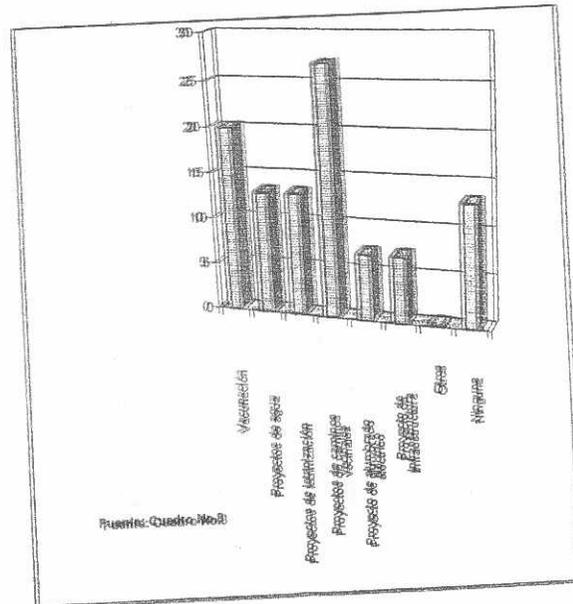


CUADRO No.8
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE PROMOTORES EN SALUD RURAL, DE ACUERDO
A SU PARTICIPACIÓN EN LA COMUNIDAD "LAS CAMELIAS", DEL MUNICIPIO DE
PATZÚN, DEL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO.

PARTICIPACIÓN	No.	%
Vacunación	3	20
Proyectos de agua	2	13
Proyectos de letrificación	2	13
Proyectos de caminos vecinales	4	27
Proyecto de alumbrado eléctrico	1	7
Proyecto de infraestructura	1	7
Otros	2	13
Ninguna	1	7
TOTAL	15	100

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a los Promotores de Salud Rural

Grafica No.8 Distribución de Promotores en Salud Rural, de acuerdo a su participación en la comunidad "LAS CAMELIAS" municipio de Patzún, Chimaltenango

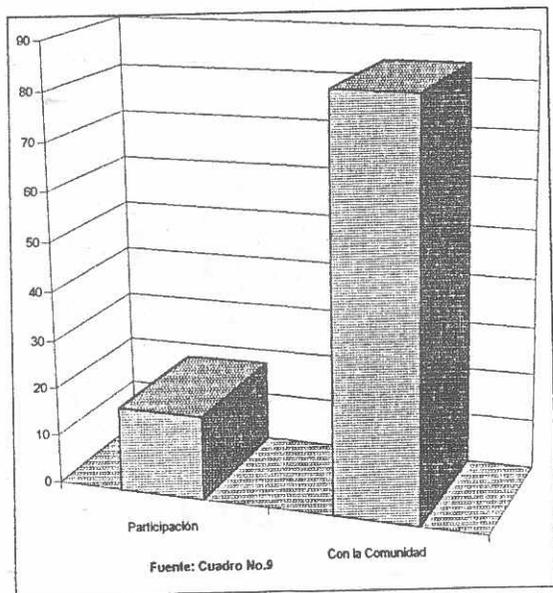


CUADRO No. 9
PARTICIPACIÓN EN CHARLAS Y PROYECTOS DE LOS PROMOTORES DE SALUD RURAL
Y LA COMUNIDAD "LAS CAMELIAS", EN EL MUNICIPIO DE PATZÚN, DEL
DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO

PARTICIPACIÓN	No.	%
Participación de los promotores	1	17
Participación de la comunidad	5	83
Total	6	100

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a los Promotores de Salud Rural

Grafica No. 9 Participación en charlas y proyectos de los promotores de salud rural y la comunidad "LAS CAMELIAS" municipio de Patzún, Chimaltenango

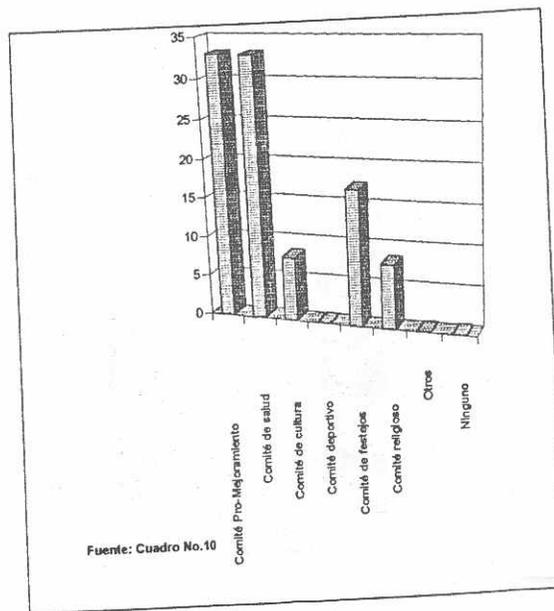


CUADRO No.10
PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LOS PROMOTORES EN SALUD RURAL, EN COMITÉS
EXISTENTES EN LA COMUNIDAD "LAS CAMELIAS", DEL MUNICIPIO DE PATZÚN, DEL
DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO.

COMITES	No.	%
Comité Pro-Mejoramiento	4	33
Comité de salud	4	33
Comité de cultura	1	8
Comité deportivo	--	17
Comité de festejos	2	8
Comité religioso	1	--
Otros	--	--
Ninguno	--	100
Total	12	

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a los Promotores de Salud Rural

Grafica No.10 Participación activa de los Promotores en Salud Rural, en Comites existentes en la comunidad "LAS CAMELIAS" municipio de Patzún, Chimaltenango

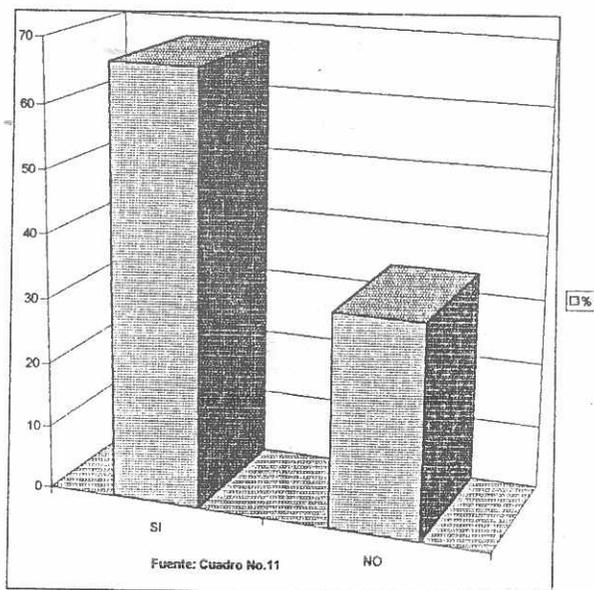


CUADRO No.11
REUNIONES DE PROMOTORES EN SALUD RURAL, EN LA COMUNIDAD LAS
"CAMELIAS", DEL MUNICIPIO DE PATZÚN, DEL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO.

REUNIONES	No.	%
Si	4	67
No	2	33
Total	6	100

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a los Promotores de Salud Rural

Grafica No.11 Reuniones del Promotores de Salud Rural, en la
comunidad "LAS CAMELIAS", del municipio de Patzun,
Chimaltenango

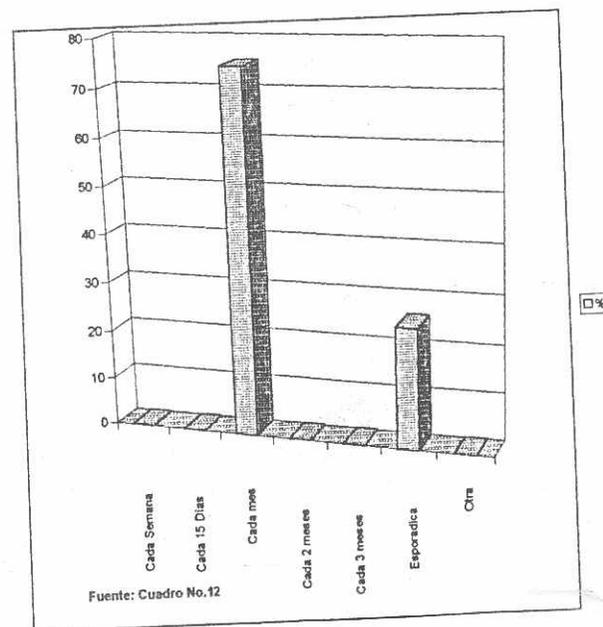


CUADRO No.12
INTERVALO DE REUNIONES DEL PROMOTOR EN SALUD RURAL CON LA
COMUNIDAD "LAS CAMELIAS" DEL MUNICIPIO DE PATZÚN, DEL
DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO

TIEMPO	No.	%
Cada Semana	---	---
Cada 15 Dias	---	75
Cada mes	---	---
Cada 2 meses	---	---
Cada 3 meses	---	25
Esporádica	1	---
Otra	---	100
Total	4	---

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a los Promotores de Salud Rural

Grafica No.12 Intervalo del Promotor Rual con la comunidad "LAS
CAMELIAS" municipio de Patzun, Chimaltenango

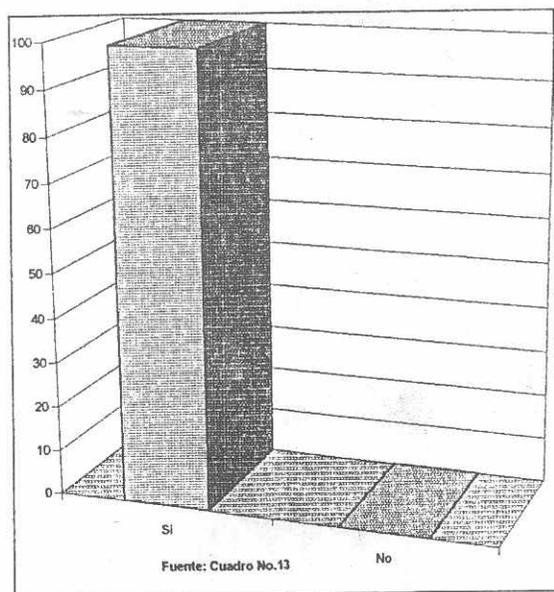


CUADRO No.13
 OCUPACIÓN ADICIONAL DE LOS PROMOTORES EN SALUD RURAL, EN LA COMUNIDAD
 LAS "CAMELIAS", DEL MUNICIPIO DE PATZÚN, DEL DEPARTAMENTO DE
 CHIMALTENANGO.

OCUPACIÓN	Nb.	%
Si	6	100
No	—	—
Total	6	100

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a los Promotores de Salud Rural

Grafica No.13 Ocupación de los Promotores en Salud Rural, en la
 comunidad "LAS CAMELIAS" municipio de Patzun, Chimaltenango

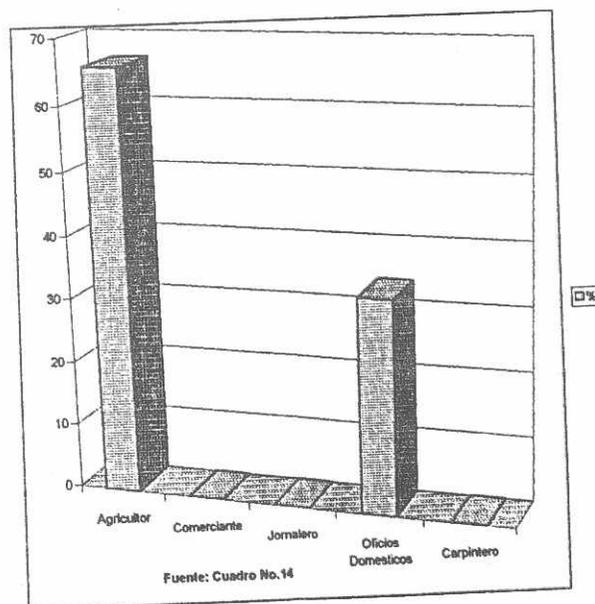


CUADRO No.14
 OCUPACIÓN ADICIONAL DEL PROMOTOR EN SALUD RURAL EN LA COMUNIDAD LAS
 "CAMELIAS", DEL MUNICIPIO DE PATZÚN, CHIMALTENANGO.

OCUPACIÓN	No.	%
Agricultor	4	68
Comerciante	—	—
Jornalero	—	—
Oficios Domésticos	2	33
Carpintero	—	—
Total	6	100

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a los Promotores de Salud Rural

Grafica No.14 Ocupación adicional del Promotor en Salud Rural en
 la comunidad "LAS CAMELIAS" municipio de Patzun,
 Chimaltenango

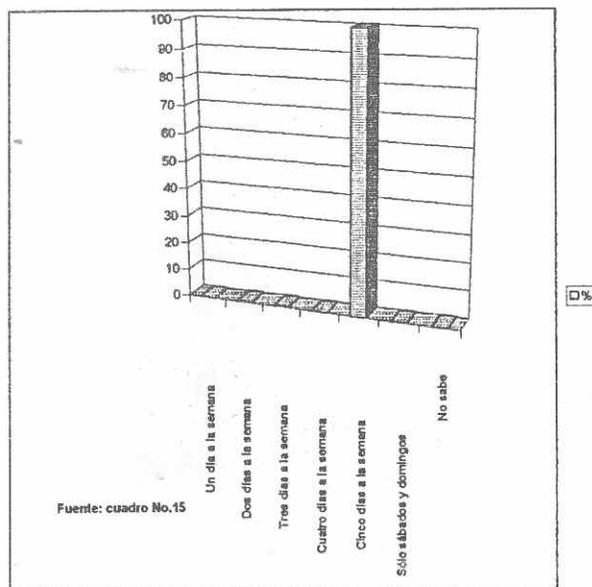


CUADRO No.15
 TIEMPO DE TRABAJO QUE DEDICA EL PROMOTOR EN SALUD RURAL,
 EN LA COMUNIDAD "LAS CAMELIAS", DEL MUNICIPIO DE PATZÚN, DEL
 DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO

TIEMPO	No.	%
Un día a la semana	---	---
Dos días a la semana	---	---
Tres días a la semana	---	---
Cuatro días a la semana	---	---
Cinco días a la semana	6	100
Sólo sábados y domingos	---	---
No sabe	---	---
Total	6	100

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a los Promotores de Salud Rural.

Grafica No.15 Tiempo de trabajo que dedica el Promotor Rural en Salud, en la comunidad "LAS CAMELIAS" del municipio de Patzun, Chimaltenango



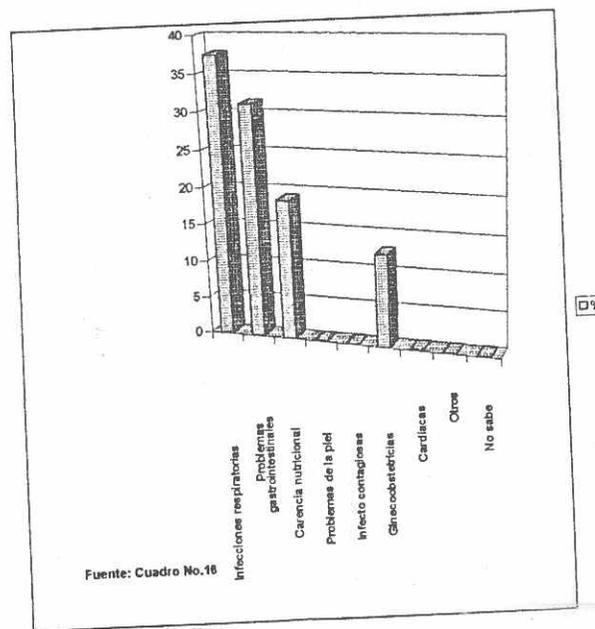
Fuente: cuadro No.15

CUADRO No.16
 PRINCIPAL PATOLOGÍA DE LA COMUNIDAD "LAS CAMELIAS", DEL MUNICIPIO DE
 PATZÚN, DEL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO.

PATOLOGIA	No.	%
Infecciones respiratorias	6	37.50
Problemas gastrointestinales	5	31.25
Carencia nutricional	3	18.75
Problemas de la piel	---	---
Infecto contagiosas	2	12.5
Gineco-obstetras	---	---
Cardíacas	---	---
Otros	---	---
No sabe	---	---
Total	6	100

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a los Promotores de Salud Rural.

Grafica No.16 Enfermedades más frecuentes en la comunidad "LAS CAMELIAS", del municipio de Patzun, Chimaltenango



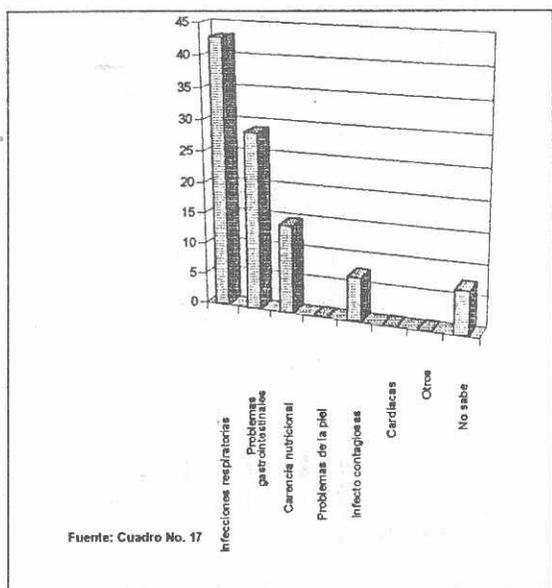
Fuente: Cuadro No.16

CUADRO No.17
ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES QUE TRATA EL PROMOTOR EN SALUD RURAL EN LA COMUNIDAD "LAS CAMELIAS", DEL MUNICIPIO DE PATZÚN, DEL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO.

ENFERMEDADES	No.	%
Infecciones respiratorias	6	42.86
Problemas gastrointestinales	4	28.57
Carencia nutricional	2	14.29
Problemas de la piel	---	---
Infecto contagiosas	1	7.14
Cardiacas	---	---
Otros	---	---
No sabe	1	7.14
Total	14	100

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a los Promotores de Salud Rural.

Grafica No.17 Enfermedades mas frecuentes que trata el Promotor de Salud Rural en la comunidad "LAS CAMELIAS" municipio de Patzun, Chimaltenango

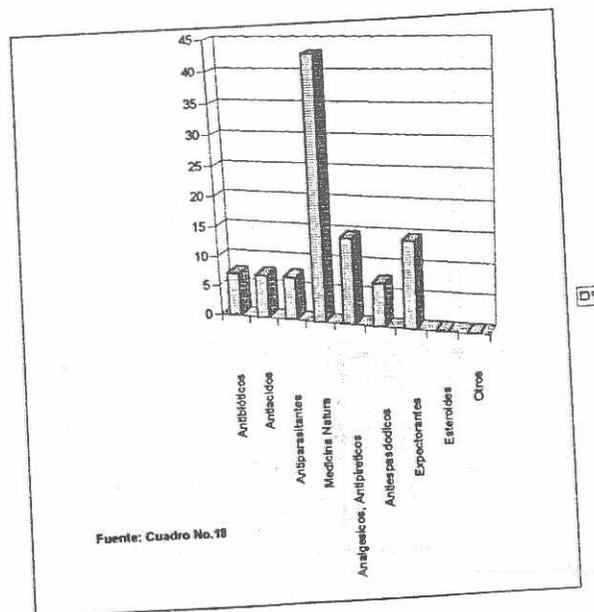


CUADRO No.18
MEDICAMENTOS MÁS UTILIZADOS POR EL PROMOTOR EN SALUD RURAL, EN LA COMUNIDAD "LAS CAMELIAS", DEL MUNICIPIO DE PATZÚN, DEL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO.

Medicamentos	No.	%
Antibióticos	1	7.14
Antiácidos	1	7.14
Antiparasitarios	1	7.14
Medicina Natural	6	42.86
Analgésicos, Antipiréticos	2	14.29
Antiespasmódicos	1	7.14
Expectorantes	2	14.29
Esteroides	---	---
Otros	---	---
Total	14	100

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a los Promotores de Salud Rural.

Grafica No.18 Medicamentos mas utilizados por el Promotor en Salud Rural, en la comunidad "LAS CAMELIAS" municipio de Patzun, Chimaltenango

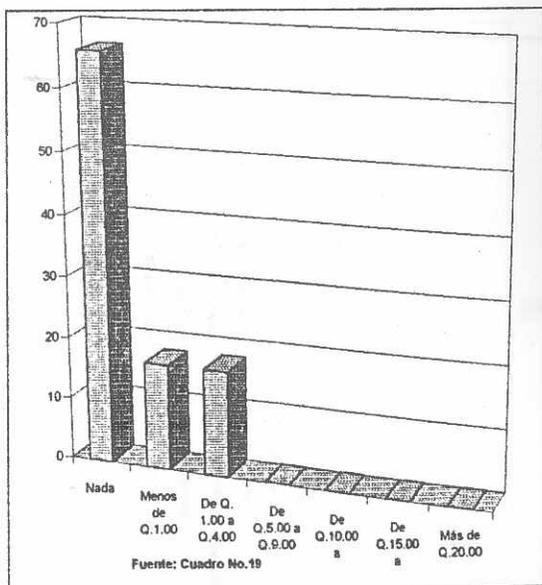


CUADRO No.19
REMUNERACIÓN DEL PROMOTOR EN SALUD RURAL POR SERVICIOS PRESTADOS EN LA COMUNIDAD "LAS CAMELIAS", DEL MUNICIPIO DE PATZÚN, DEL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO.

REMUNERACIÓN	No.	%
Nada	4	66
Menos de Q. 1.00	1	17
De Q. 1.00 a Q. 4.00	1	17
De Q. 5.00 a Q. 9.00	---	---
De Q. 10.00 a Q. 14.00	---	---
De Q. 15.00 a Q. 19.00	---	---
Más de Q. 20.00	---	---
Total	6	100

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a los Promotores de Salud Rural.

Grafica No.19 Remuneración del Promotor en Salud Rural por servicios prestados en la comunidad "LAS CAMELIAS" municipio de Patzun, Chimaltenango

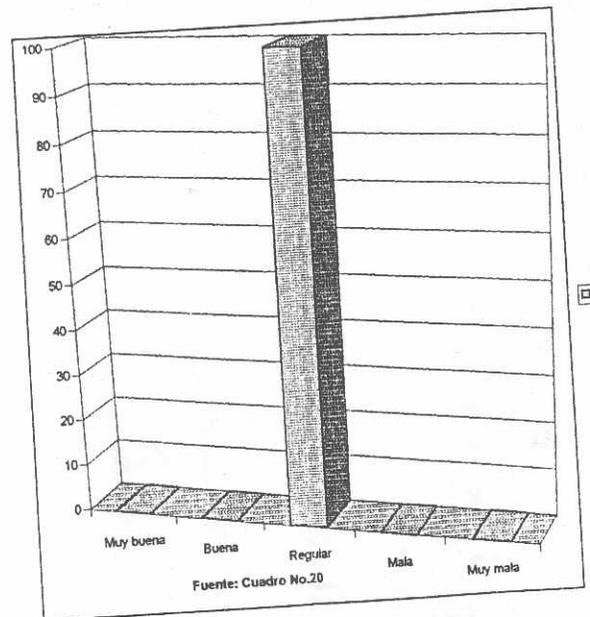


CUADRO No.20
RELACIÓN DEL PROMOTOR EN SALUD RURAL, CON LA COMUNIDAD "LAS CAMELIAS", DEL MUNICIPIO DE PATZÚN, DEL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO.

TIPO DE RELACIÓN	No.	%
Muy buena	---	---
Buena	8	100
Regular	---	---
Mala	---	---
Muy mala	8	100
Total	---	---

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a los Promotores de Salud Rural.

Grafica No. 20 Relación del Promotor en Salud Rural, con la comunidad "LAS CAMELIAS" municipio de Patzun, Chimaltenango

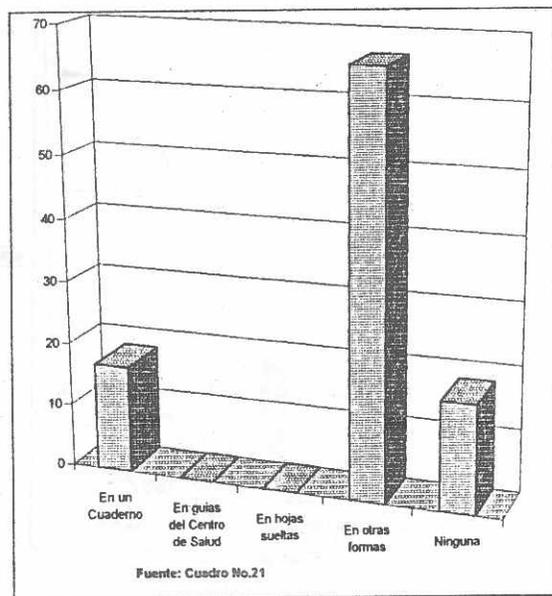


CUADRO No. 21
TIPO DE REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES DEL PROMOTOR EN SALUD RURAL EN LA
COMUNIDAD "LAS CAMELIAS" DEL MUNICIPIO DE PATZÚN, DEL DEPARTAMENTO DE
CHIMALTENANGO

REGISTRO EN	No.	%
Cuaderno	1	17
En guías del centro de Salud	---	---
Hojas sueltas	---	---
Otras formas	4	68
Ninguna	1	17
Total	6	100

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a los Promotores de Salud Rural.

Gráfica No.21 Tipo de registro de las actividades del Promotor en
Salud Rural en la comunidad "LAS CAMELIAS" municipio de Patzún,
Chimaltenango

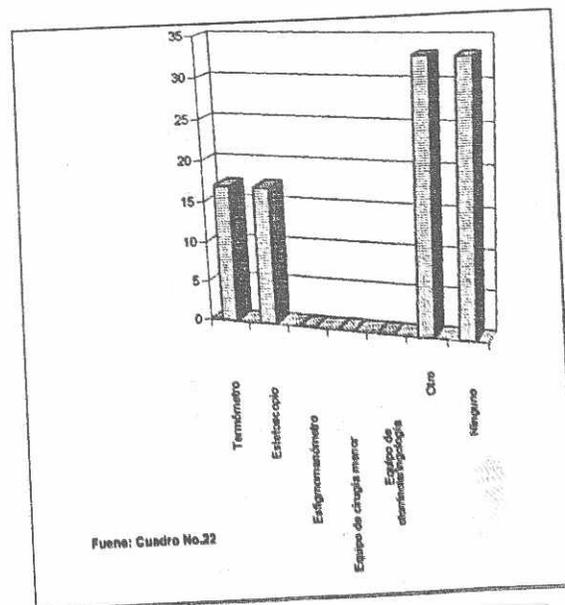


CUADRO No.22
INSTRUMENTOS UTILIZADOS POR EL PROMOTOR EN SALUD RURAL, EN LA
COMUNIDAD "LAS CAMELIAS", DEL MUNICIPIO DE PATZÚN, DEL DEPARTAMENTO DE
CHIMALTENANGO.

INSTRUMENTOS	No.	%
Termómetro	1	17
Estetoscopio	1	17
Esfigmomanómetro	---	---
Equipo de cirugía menor	---	---
Equipo de otorrinolaringología	2	33
Otro	2	33
Ninguno	0	0
Total	6	100

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a los Promotores de Salud Rural.

Gráfica No.22 Instrumentos utilizados por el Promotor en Salud
Rural, en la comunidad "LAS CAMELIAS" municipio de Patzún,
Chimaltenango

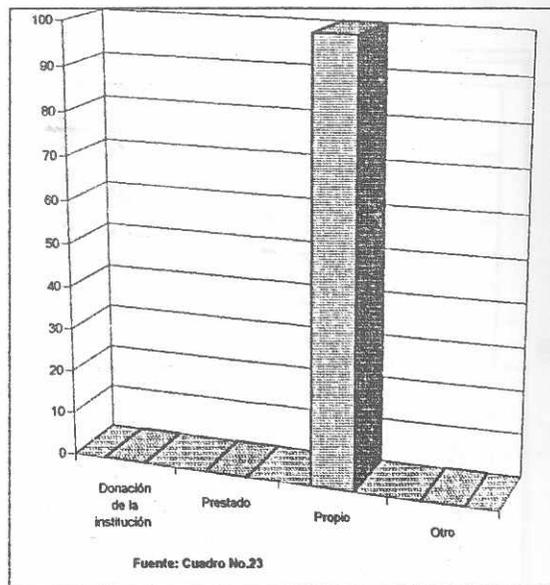


CUADRO No.23
 PERTENENCIA DEL EQUIPO QUE UTILIZA EL PROMOTOR EN SALUD RURAL PARA DAR
 SERVICIO EN LA COMUNIDAD "LAS CAMELIAS" DEL MUNICIPIO DE PATZÚN, DEL
 DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO

PERTENENCIA DEL EQUIPO	No.	%
Donación de la institución	---	---
Prestado	---	---
Propio	6	100
Otro	---	---
Total	6	100

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a los Promotores de Salud Rural.

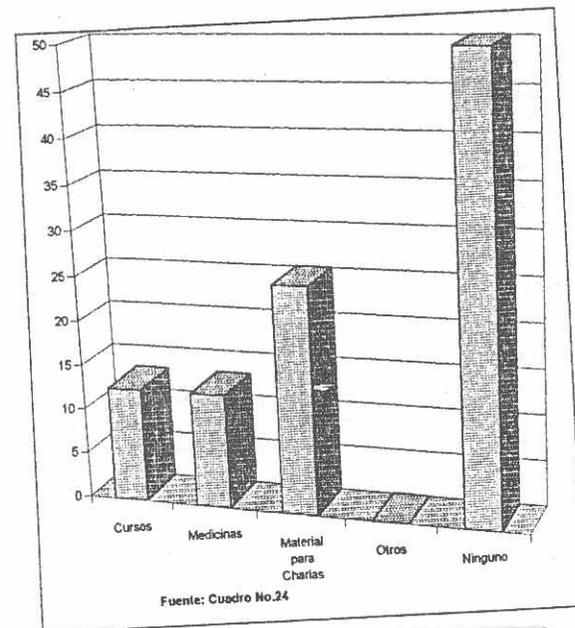
Grafica No.23 Pertenencia del equipo que utiliza el Promotor en
 Salud Rural para dar servicio a la comunidad "LAS CAMELIAS"
 municipio de Patzún, Chimaltenango



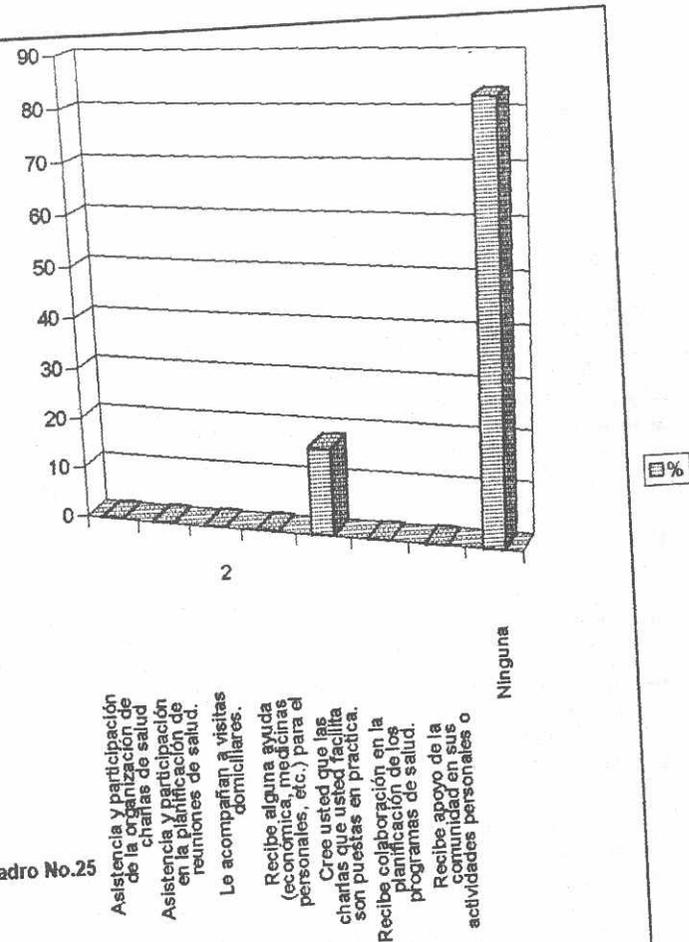
CUADRO No.24
 APOYO QUE RECIBE EL PROMOTOR EN SALUD RURAL DE PARTE DEL
 PUESTO DE SALUD EN LA COMUNIDAD "LAS CAMELIAS", DEL MUNICIPIO
 DE PATZÚN, DEL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO.

APOYO DE	No.	%
Cursos	1	12.5
Medicinas	1	12.5
Material para Charlas	2	25
Otros	---	---
Ninguno	4	50
TOTAL	8	100

Grafica No.24 Apoyo que recibe el Promotor en Salud Rural por el
 puesto de Salud



Grafica No. 25 Apoyo brindado al Promotor en Salud Rural, en la comunidad "LAS CAMELIAS" del municipio de Patzún, Chimaltenango



Fuente: Cuadro No.25

Fuente: Datos recabados de la población. Encuesta realizada a los Promotores de Salud Rural.

B) A NIVEL DE LOS PROMOTORES RURALES EN SALUD.

La población de promotores sometida a proceso de investigación estuvo conformada en mayor medida por el sexo masculino, con un 83% y el 17% restante corresponde al sexo femenino. (Ver cuadro No.1).

Respecto a la distribución de la población de acuerdo a estado civil, se observó: Que el 83% son casados y el 17% restante se encuentran unidos. (Ver cuadro No.2).

La distribución de la población de acuerdo a religión corresponde: 50% de religión evangélica y el 50% restante profesa la religión católica (Ver cuadro No.3).

La principal distribución de la población de acuerdo a nivel de escolaridad, corresponde a los siguientes criterios: 17% con escolaridad primaria, 33% primaria incompleta, 17% algún nivel de alfabetización 33% analfabetos. (Ver cuadro No.4)

Con respecto al tiempo de ejercer la labor de Promotor en Salud Rural, se encontraron los siguientes rangos: 17% de 2 a 4 años, 17% de 5 a 9; 33% de 10 a 14 años; 33% de 20 años o más. (Ver cuadro No.5).

Al abordar lo relativo a lugares donde los promotores se capacitan, se encontraron los siguientes: el 67% en el centro de salud; el 33% en otro lugar. (Ver cuadro No. 6).

Respecto a la realización de charlas orientadas al área de salud preventiva, se obtuvo la siguiente información: 33% sobre consumo de agua, disposición de basura 20%, disposición de excretas 20%, higiene ambiental 7%, vacunación 13%, ninguna 6%. (Ver cuadro No. 7).

Con respecto a la participación de los promotores en acciones orientadas al desarrollo de la comunidad en aspectos que benefician la salud preventiva, se observaron los siguientes: Campañas de Vacunación 20%, proyectos de agua 13%, proyectos de letrización 13%, proyectos de caminos vecinales 27%, proyecto de alumbrado eléctrico 7%, proyecto de infraestructura 7%, ninguna 13%. (Ver cuadro No.8).

Al evaluar la participación tanto de la comunidad como de los promotores en charlas de beneficio colectivo y proyectos de salud rural, los promotores indicaron lo siguiente: Participación de los promotores 17%, participación de la comunidad 83%. (Ver cuadro No.9.)

En relación a la participación activa del Promotor en Salud Rural, como apoyo directo a las acciones realizadas por los diferentes comités existentes en la comunidad, se obtuvieron los siguientes resultados: Comité mejoramiento 33%, comité de salud 33%, comité de cultura 8%, comité de festejos 17%, comité religioso 8% (Ver cuadro No.10).

Con relación a las reuniones realizadas por promotores en salud rural, en la comunidad, se observó que el 67% si han realizado reuniones, según refieren ellos mismos, en contraste con un 33% que indicó lo contrario. (Ver cuadro No.11).

Dichas reuniones se han realizado en intervalos de tiempo, de acuerdo a la siguiente distribución: cada mes 75%, esporádicamente 25%. (Ver cuadro No.12).

Con respecto al cuestionamiento que se le hace a los promotores sociales sobre otro tipo de ocupación adicional al trabajo de promoción en salud rural, se obtuvieron los siguientes resultados: El 100% realiza actividades adicionales (Ver cuadro No.13).

La distribución de las diferentes ocupaciones que realizan los promotores en salud rural, como medio de subsistencia incluyen: Agricultura 66%. Oficios domésticos 34%. (Ver cuadro No.14).

Al evaluar el tiempo de trabajo que dedica el Promotor en Salud Rural en la comunidad, el 100% dedica cinco días a la semana. (Ver cuadro No.15).

Las principales afecciones patológicas de mayor incidencia en la comunidad "Las Camelias", de acuerdo a la información dada por los promotores en salud rural, fueron: Infecciones respiratorias 37%, problemas gastrointestinales 31%, carencia nutricional 19%, gineco-obstetras 12%. (Ver cuadro No.16).

Las enfermedades más frecuentes que atiende el Promotor en Salud Rural son las siguientes: infecciones respiratorias 43%, problemas gastrointestinales 28%, carencia nutricional 14%, enfermedades infecto contagiosas 7%, otro tipo de enfermedades 8% (Ver cuadro No.17).

Con relación a los medicamentos utilizados por el promotor para la realización de su trabajo se observó: Uso de antibióticos 7%, antiácidos 7%, antiparasitarios 7%, medicina natural 43%, analgésicos 7% antipiréticos 7%, antiespasmódicos 7%, expectorantes 15%. (Ver cuadro No.18).

De acuerdo a la opinión que los promotores externaron con respecto a la remuneración económica que reciben de la comunidad, por servicios prestados en la promoción de la salud, se observó lo siguiente: Servicios gratuitos 66%, menos de Q.1.00 17%, de Q.1.00 a Q.4.00 17%. (Ver cuadro No.19).

Con respecto a la evaluación realizada para conocer el nivel de relación que se establece entre promotor y comunidad, se obtuvo la siguiente información: Regular en el 100% de los casos evaluados. (Ver cuadro No.20).

Respecto a la forma en que el promotor lleva registros del trabajo realizado, se obtuvo la siguiente información: 17% en un cuaderno, 66% otras formas, 17% ningún registro. (Ver cuadro No. 21).

Los instrumentos utilizados por el promotor para realizar su labor, indican: Termómetro 17%, estetoscopio 17%, Otro 33%, ninguno 33%. (Ver cuadro No.22).

La pertenencia del equipo e instrumentos indispensables para realizar actividades en beneficio de la salud, se constató en la forma siguiente: En el 100% de los casos pertenecen al promotor. (Ver cuadro No.23).

Con respecto al apoyo material que -en opinión del promotor- obtienen por parte del centro de salud de la comunidad, para realizar su trabajo, se observó lo siguiente: capacitación 12%, medicinas 12%, material de apoyo para la realización de charlas orientadas a la prevención de la salud 25%, ningún apoyo 50%. (Ver cuadro No. 24).

En relación al desarrollo de las actividades que realiza el Promotor en Salud Rural y el apoyo que recibe por parte de la comunidad, se indicó lo siguiente: aplicabilidad práctica 17%, ningún apoyo 83%. (Ver cuadro No.25).

A continuación se presentan los cuadros y gráficas correspondientes, a la evaluación realizada al grupo de promotores en salud rural.

RESUMEN DE LA INFORMACIÓN PRESENTADA EN CUADROS: CORRESPONDIENTE AL GRUPO DE PROMOTORES.

La información presentada a través de cuadros y gráficas, que contiene el vaciado de la información obtenida a través del trabajo de campo (recopilada por medio de encuestas dirigidas a promotores en salud rural), refleja como principales características en el grupo de promotores en salud rural, que el mayor porcentaje corresponde al sexo masculino, siendo casados, en su mayoría, profesando las religiones evangélica y católica en igualdad de porcentajes. En la mayoría de casos poseen escolaridad primaria incompleta, y en menor proporción han culminado la primaria completa. La experiencia en el trabajo de promoción en salud rural oscila entre los 10 y 20 años o más. En la mayoría de casos son capacitados por el Centro de Salud, atendiendo a las políticas del sector público, a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Las principales actividades del promotor se orientan a la realización de charlas en salud preventiva, abordando temas como higiene personal, consumo de agua, disposición de basura, disposición de excretas, higiene ambiental y vacunación. La participación de los promotores en acciones orientadas al desarrollo de la comunidad en aspectos que benefician la salud preventiva, incluyen Campañas de Vacunación, proyectos de agua, proyectos de letrización proyectos de caminos vecinales, alumbrado eléctrico, proyectos de infraestructura.

La mayor participación del Promotor en Salud Rural, como apoyo directo a las acciones realizadas por los diferentes comités, se orientan principalmente a la labor realizada por el comité mejoramiento de la comunidad, comité de salud y en menor porcentaje comité de cultura, de festejos, y religioso. Las reuniones que se llevan a cabo directamente con la comunidad se realizan en mayor porcentaje una vez al mes. Las actividades ocupacionales de los promotores como medio de subsistencia, adicional al trabajo de promoción, se orientan principalmente a la Agricultura y en menor proporción a la realización de oficios domésticos. El tiempo dedicado a la tarea de promoción en salud corresponde a cinco días durante la semana; siendo los principales problemas a atender: infecciones respiratorias, problemas gastrointestinales, carencia nutricional, problemas gineco-obstetras y en menor proporción enfermedades infecto-contagiosas; los principales medicamentos de uso común incluyen antibióticos, antiácidos, antiparasitantes, analgésicos, antipiréticos, antiespasmódicos, expectorantes y en mayor proporción la medicina natural. Los servicios en la mayoría de casos son gratuitos, sin embargo, en menor porcentaje obtienen menos de Q.1.00 y en menor proporción aún, de Q.1.00 a Q.4.00. Consideran que la relación existente entre el promotor y la comunidad es regular. Para el registro de la información obtenida el promotor utiliza en cuaderno y en menor proporción no lleva ningún registro. Para realizar su trabajo, en algunos casos utiliza instrumentos de su propiedad: Termómetro y estetoscopio, y en la mayoría de casos no utiliza ninguno. El apoyo material que reciben por parte del

puesto de salud, es poco significativo, consiste en: capacitación, medicinas, material de apoyo para la realización de charlas orientadas a la prevención de la salud. En la mayoría de los casos reciben poco apoyo por parte de la comunidad, y éste se orienta principalmente hacia la participación en la organización de charlas y puesta en práctica de los conocimientos adquiridos.

ANÁLISIS GENERAL:

Al analizar los datos vertidos por el grupo de promotores y por la comunidad misma y contrastarlos con el referente empírico, que conforma parte del marco teórico en esta investigación, se observa lo siguiente:

La promoción en salud representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad y para que ésta se desarrolle en forma eficiente, es necesario conjuntar la participación de todos los sectores involucrados, partiendo de las necesidades sentidas por la comunidad y los principales problemas que les aquejan, de manera que ellos se involucren directamente en la orientación de los programas implementados para contrarrestar los problemas de salud, siendo necesario involucrar al sector estatal, a través de apoyo profesional, técnico, y material, en todas y cada una de las actividades programadas en beneficio de la comunidad. Sin embargo, de acuerdo a los datos presentados con anterioridad, no hay participación directa de la comunidad, lo que se evidencia a partir del poco conocimiento que poseen en relación a los promotores, de lo que se infiere que las estrategias utilizadas por el promotor para su inserción en la comunidad, no son las más adecuadas.

El trabajo de promoción en salud rural, se constituye en un elemento valioso y es el primer paso para consolidar el Sistema Nacional de Asistencia Sanitaria, sin embargo en la comunidad "Las Camelias", del Municipio de Patzún, del departamento de Chimaltenango, esto no se visualiza de forma positiva, debido a que el grupo de promotores en salud rural, no cuentan con estrategias adecuadas para su inserción en la comunidad, obteniendo poco apoyo de la misma y de las instituciones encargadas de la supervisión y capacitación constante, lo cual se refleja en la carencia de dotación de material necesario para eficientar su labor comunitaria. No se tiene ninguna estrategia que permita involucrar a otro tipo de instituciones, nacionales o internacionales, en apoyo directo a la labor de promoción en salud. Lo que implica por parte del promotor de salud, la necesaria e indispensable realización de acciones tales como inserción positiva al interior de la comunidad, formulación conjunta de un plan de acción, a partir del establecimiento de diagnósticos comunitarios objetivos y la generación de actividades paralelas que permitan superar las deficiencias económicas y sociales existentes en la comunidad, para lo cual es indispensable generar la creatividad de la comunidad.

CONCLUSIONES

- El Desempeño del Promotor en Salud Rural en la Comunidad "Las Camelias", localizada en el Municipio de Patzún del Departamento de Chimaltenango, se ve limitado por no contar con las debidas estrategias de inserción en la comunidad, ya que en su mayoría la población desconoce la labor que él realiza y por lo mismo no obtiene el apoyo necesario por parte de la comunidad, lo cual permitiría la eficiencia de sus funciones.
- El desempeño del Promotor en Salud Rural, en la comunidad "Las Camelias", del municipio de Patzún del Departamento de Chimaltenango, no procede de acuerdo a lo esperado en el plano ideal, ya que carece de una supervisión efectiva y de los instrumentos y equipo necesarios para realizar su trabajo con mayor eficiencia, careciendo también de líneas directrices que permitan su retroalimentación constante.
- La aceptación del promotor, por parte de la comunidad en donde desarrolla sus actividades en beneficio de la Promoción y mantenimiento de la salud, denota cierto nivel de rechazo o desinterés por parte de la comunidad, lo cual se evidencia en la poca participación para realizar acciones conjuntas en beneficio de la comunidad misma, y su poco interés y participación para formular planes de trabajo, así como el desconocimiento de las acciones que realiza el Promotor en Salud Rural. Teniendo como factores coadyuvantes la falta de participación de otros sectores nacionales o internacionales en beneficio de las acciones orientadas al fomento y desarrollo de la salud preventiva.
- Las funciones del Promotor en Salud Rural se dirigen principalmente a la realización de charlas de salud preventiva: higiene personal y vacunación, consumo de agua, higiene ambiental: disposición de basura y disposición de excretas,. Tiene mínima participación en los comités que funcionan al interior de la comunidad, principalmente participa en el comité de salud y en el comité religioso. En mínima parte también participa en los proyectos de beneficio comunitario; atiende en forma mínima problemas en salud, lo que posiblemente se deba a la carencia de equipo y medicamentos indispensables, así como al poco apoyo de la comunidad, y de instituciones locales o internacionales que le permitan realizar una labor efectiva.
- La falta de apoyo por parte de las instituciones locales o internacionales, la carencia de equipo y medicamentos indispensables para realizar su labor, provocan en el Promotor en Salud Rural, poca motivación para realizar un trabajo efectivo, por lo cual se ven en la necesidad de buscar medios de subsistencia, dedicándose a realizar trabajos agrícolas y por consecuencia descuidando la atención de la comunidad.

RECOMENDACIONES:

Al grupo de promotores en salud rural, con sede en la comunidad "Las Camelias", del Municipio de Patzún del Departamento de Chimaltenango:

- Para obtener la participación activa y directa de la comunidad en acciones de beneficio colectivo, y obtener una mejor aceptación y reconocimiento del trabajo que realiza, es necesario, el establecimiento de procesos de acercamiento a través de involucrarlas en procesos de capacitación, invitando a conferencistas profesionales en el área de salud, lo cual permitirá el mejoramiento de canales de comunicación entre la comunidad y el promotor, promoviendo la participación directa de la comunidad a través de acciones lúdicas, generación de procesos que estimulen y desarrollen la creatividad, dirigidos a través de metodología participativa, tomando en cuenta el nivel de los participantes.

Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:

- Para garantizar el desempeño efectivo del Promotor en Salud Rural, es necesario brindarle una capacitación constante, retroalimentando todas aquellas áreas que se encuentren deficientes, estableciendo procesos de capacitación acordes a su nivel educativo, actualizados y aplicando metodología participativa, orientada a propiciar y provocar la participación directa de los promotores y la posibilidad de generar procesos innovadores.
- Establecer vínculos con organismos internacionales, orientados a la obtención del equipo necesario y dotación de botiquines que contengan los medicamentos indispensables para realizar un trabajo efectivo en aspectos de salud que requieren de asistencia local. Además del establecimiento de una supervisión constante y de líneas directrices que reorienten su labor en beneficio de la comunidad en la cual se desarrollan.
- Las funciones del Promotor en Salud Rural deben dirigirse principalmente a la promoción de la salud preventiva, detección de necesidades a través de diagnósticos objetivos, involucramiento de la comunidad, a través de la generación de procesos innovadores, visitas domiciliarias, prestación de primeros auxilios, tratamiento de afecciones simples y comunes, educación para la salud, realización de encuestas de nutrición, protección a la mujer y a la niñez especialmente (control prenatal, vacunaciones, etc.), orientación de métodos adecuados para espaciar los embarazos, prevención y control de enfermedades transmisibles, referencia de pacientes, conservación y elaboración de registros, participación en reuniones de la comunidad, y formación continua.

- Brindar mayor apoyo a la labor realizada por el Promotor en Salud Rural, a través de establecer un estipendio mensual, ya que de esta manera se generará mayor motivación y por lo tanto los promotores en salud rural estarán en mejor disposición para dedicar mayor tiempo a su labor, evitando buscar otras fuentes de ingreso para solventar sus necesidades básicas.

RESUMEN

El estudio que ahora se presenta bajo el título "Desempeño del Promotor en Salud Rural en la comunidad", se constituye en una investigación de tipo descriptivo, realizada en la comunidad "Las Camelias", aldea del Municipio de Patzún, del departamento de Chimaltenango.

El desarrollo de la misma se orientó hacia el análisis del desempeño y aceptación del Promotor en Salud Rural en la comunidad antes mencionada, así como a la identificación de sus conocimientos básicos en el desempeño de las actividades normadas; determinación de tareas y actividades que realiza con la comunidad; descripción de las principales características o cualidades que hacen que sea aceptado o rechazado por la comunidad donde trabaja; y relación existente entre el desempeño del trabajo realizado, con respecto al trabajo esperado.

El trabajo se desarrolló a partir de observar la realidad que en materia de salud caracteriza a la comunidad "Las Camelias", y el trabajo realizado por el Promotor en Salud Rural, contrastando el trabajo que el promotor realiza con respecto a la opinión que de él tiene la comunidad, lo cual determinó el grado de aceptación o rechazo que la comunidad posee con respecto a su quehacer.

Como características comunes tanto del Promotor en Salud Rural como de la comunidad, se pudo observar que ambos pertenecen a hogares integrados, un alto porcentaje son casados, y en su mayoría practican las religiones católica y en menor porcentaje la evangélica.

Los pobladores de esta comunidad y sus promotores se ocupan de realizar tareas agrícolas en su vida económicamente activa y su grado de escolaridad corresponde en el mayor de los casos a un nivel de alfabetización; sin embargo algunos poseen educación primaria incompleta.

En cuanto a las actividades realizadas por el Promotor en Salud Rural, según datos expuestos por los mismos y verificados a través de la opinión de la comunidad, se constató su participación en algunas charlas dirigidas a la preservación de la salud o en campañas de vacunación.

Durante el trabajo de campo, los pobladores de la comunidad "Las Camelias", refirieron a sus promotores como el personal que más ha participado en campañas de vacunación, dato que se corrobora en el sondeo a través de la encuesta con los promotores del lugar.

Los productos medicinales mayormente utilizados por el promotor, según la comunidad y el promotor mismo, son:

Analgésicos
Antipiréticos
Expectorantes
Antibióticos

En cuanto al tipo de instrumentos para la prestación de los servicios en la comunidad, el promotor posee un termómetro y un estetoscopio.

BIBLIOGRAFIA

1. Agudelo, Carlos A. "Participación Comunitaria en Salud: Conceptos y Criterios de Valorización". Boletín Oficina. Saint Panamá, septiembre 1983. Revista Nacional de Desarrollo Sanitarios, Vol. 95, No. 3
2. Asociación de Servicios Comunitarios en Salud. ASECSA. "Programa de formación de promotores de salud rural: Proyecto de apoyo y seguimiento de promotores de salud rural". Chimaltenango 1993.
3. Batien W., Joseph. "La formación de un agente comunitario en salud". Foro Mundial de Salud, año 1990 Vol II.
4. Behrnhorst, Carrol. "La salud en el altiplano Guatemalteco". Foro Mundial de salud, año 1984, Vol V.
5. Cetin, Julio. "Medicina de la Comunidad". FEPAFEN -KELLOG 1978.
6. Dispensario Bethania Jocotán Chiquimula. "El perfil del promotor en salud rural". Guatemala, 1987.
7. Enríquez Sosa, Raúl Rolando. "Actividades realizadas por el promotor en salud rural del municipio de San Juan Chamelco, Cobán Alta Verapaz". Tesis Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala, 1991.
8. Galindo López, Rúl Ignacio. "Participación comunitaria en salud: Boca del Monte Guatemala". Tesis Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1990.
9. García, Herman. "Salud, conciencia y organización" Editorial Pax, México 1985.
10. Greenwood, Alan. "Programa de promotores de salud del Dr. Behrorst". Vecino y Mundiales. Guatemala 1992.
11. Guzmán Sanabria, Jaime Estuardo. "Participación comunitaria en salud: Aldea El Milagro, Escuintla". Tesis Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1990.

ANEXOS

MONOGRAFÍA

La comunidad "Las Camelias", es una aldea del municipio de Patzún, del departamento de Chimaltenango, se encuentra ubicada a 7 km. de la cabecera municipal, dista a 28 km. de la cabecera departamental y a 75 km. de la Ciudad capital de Guatemala.

El acceso es de terracería transitable en toda época del año, su clima es frío, lo que favorece las actividades agrícolas.

Su población es de 300 familias, el 100% corresponde a la etnia indígena de origen Cakchiquel, su principal ocupación es la agricultura, principalmente el cultivo de hortalizas, cuidado y mantenimiento de hogar, y tejeduría. En general son bilingües: Cackchiquel-español.

En la aldea hay promotores en Salud Rural, voluntarios, con experiencia en el desarrollo de la promoción en salud, habiendo sido adiestrados a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La comunidad cuenta con un centro de salud.

El técnico de Salud Rural es el encargado directo de la supervisión, visita que realiza mensualmente conforme a calendario propio. Distribuye material, tiene como función específica el reporte de actividades, así como algunos elementos básicos para el desempeño de los promotores en salud rural.

Se les extiende un carné que los identifica como miembros del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el cual es renovado anualmente.

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD
"LAS CAMELIAS", MUNICIPIO DE PATZUN, DEL DEPARTAMENTO DE
CHIMALTENANGO

A. DATOS GENERALES:

Nombre: _____
Sexo: Masculino _____ Femenino _____
Edad: _____ Estado civil: _____
Religión: _____ Ocupación _____
Fecha de encuesta _____

B. PREGUNTAS

1. Qué grado de escolaridad posee actualmente?
a. Primaria completa b. Primaria incompleta
c. Básicos completos d. Básicos incompletos
e. Otros e. Ninguno
2. Hay promotores en salud en su comunidad?
A. Si _____ No _____
3. Cuáles de las siguientes actividades ha realizado el promotor en su comunidad?
A. Consumo de agua b. Disposición de basura
c. Disposición de excretas d. Higiene ambiental
e. Higiene personal f. Vacunación
g. Todas h. Ninguna
4. De las anteriores charlas, cuáles cree usted que benefician más a su comunidad?
A. Consumo de agua b. Disposición de basura
c. Disposición de excretas d. Higiene ambiental
e. Higiene personal f. Vacunación
g. Todas h. Ninguna
5. En su comunidad el promotor ha participado en?
A. Vacunación b. Proyecto de agua
c. Proyecto de letrización d. Caminos vecinales
e. Proyecto de alumbrado eléctrico f. Proyecto de infraestructura
g. Otros h. Ninguno
6. Ha participado o apoyado al promotor en:
A. Vacunación b. Proyecto de agua
c. Proyecto de letrización d. Caminos vecinales
e. Proyecto de alumbrado eléctrico f. Proyecto de infraestructura
g. Otros h. Ninguno
7. En su comunidad existen comités?
A. Si _____ No _____

8. Si la pregunta anterior fue respondida afirmativamente, en cuál de los siguientes comités ha participado activamente el promotor?
A. Comité pro-mejoramiento b. Comité de salud
c. Comité de cultura d. Comité de deportes
e. Comité de festejos f. Comité religioso
g. Otros h. Ninguno
9. Tiene reuniones con el promotor
A. Si _____ No _____
10. Si la respuesta anterior fue afirmativa, cada cuánto tiempo?
A. Cada semana b. Cada quince días
c. Cada mes d. Cada dos meses
e. Cada 3 meses f. Esporádicamente
11. Conoce si el promotor tiene otra ocupación?
A. Si _____ No _____
12. Si la respuesta fue afirmativa, cuál es la ocupación?
A. Agricultor b. Comerciante
c. Carpintero d. Albañil
e. Jornalero e. Otra
13. Sabe usted cuántos días a la semana dedica el promotor a su ocupación?
A. Un día a la semana b. Dos días a la semana
c. Tres días a la semana d. Cuatro días a la semana
e. Cinco días a la semana f. Sólo sábados y domingos
14. De qué se enferma la gente en su comunidad con mayor frecuencia?
A. Infecciones respiratoria b. Problemas
gastrointestinales d. Problemas de la piel
c. Carencia nutricional f. Cardíacas
e. Infectocontagiosas h. No sabe
g. Otras
15. Cuáles de las anteriores enfermedades trata el promotor en su comunidad con mayor frecuencia?
A. Infecciones respiratoria b. Problemas
gastrointestinales d. Problemas de la piel
c. Carencia nutricional f. Cardíacas
e. Infectocontagiosas h. No sabe
g. Otras
16. Qué tipo de remedios utiliza con mayor frecuencia el promotor, para curar las enfermedades?
A. Antibióticos b. Para dolores y la fiebre
c. Para la gastritis d. Para los parásitos
e. Crema o pomada para la piel f. Jarabe para la tos
g. Medicina natural h. Para dolores musculares
i. Otros

17. **Cuánto cobra el promotor por sus servicios?**
- | | | | |
|----|----------------------|----|----------------------|
| A. | Nada | b. | Menos de Q.1.00 |
| c. | De Q.1.00 a Q.4.00 | d. | De Q.5.00 a Q.9.00 |
| e. | De Q.10.00 a Q.14.00 | f. | De Q.15.00 a Q.19.00 |
| g. | Más de Q.20.00 | | |

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ENCUESTA DIRIGIDA AL PROMOTOR EN SALUD RURAL
DE LA COMUNIDAD "LAS CAMELIAS",
MUNICIPIO DE PATZUN, DEL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO**

A. DATOS GENERALES:

Nombre: _____
 Sexo: Masculino _____ Femenino _____
 Edad: _____ Estado civil: _____
 Religión: _____ Ocupación: _____
 Fecha de encuesta _____

B. PREGUNTAS

1. **Con qué grado de escolaridad cuenta actualmente?**

a.	Primaria completa	b.	Primaria incompleta
c.	Básicos completos	d.	Básicos incompletos
e.	Otros	e.	Ninguno
2. **Cuánto tiempo tiene de ser promotor en salud?**

A.	Menos de 1 año	b.	De 2 a 4 años
c.	De 5 a 9 años	d.	De 10 a 14 años
e.	De 15 a 19 años	f.	Más de 20 años
3. **Dónde fue capacitado usted para ser promotor en salud?**

A.	Centro de salud	b.	En una asociación
c.	En la iglesia	d.	En otro lugar.
4. **Cuáles de las siguientes actividades ha realizado en su comunidad?**

A.	Charlas sobre consumo de agua	b.	Disposición de basura
c.	Disposición de excretas	d.	Higiene ambiental
e.	Higiene personal	f.	Vacunación
g.	Todas	h.	Ninguna
5. **Cuál de las anteriores cree usted que beneficia más a su comunidad?**

A.	Consumo de agua	b.	Disposición de basura
c.	Disposición de excretas	d.	Higiene ambiental
e.	Higiene personal	f.	Vacunación
g.	Todas	h.	Ninguna
6. **En su comunidad ha participado usted en?**

A.	Vacunación	b.	Proyecto de agua
c.	Proyecto de letrinización	d.	Caminos vecinales
e.	Proyecto de alumbrado eléctrico	f.	Proyecto de infraestructura
g.	Otros	h.	Ninguno
7. **En las anteriores charlas y proyectos usted a participado:**

A.	Solo	b.	Con la comunidad
----	------	----	------------------
8. **En su comunidad existen comités?**

A.	Si	b.	No
----	----	----	----