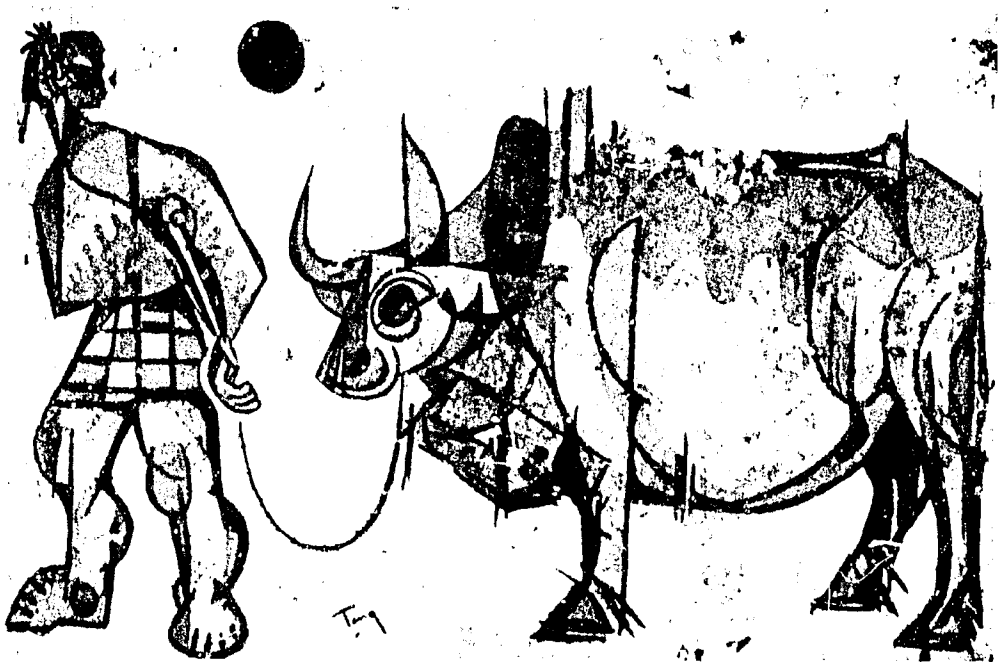
PN-AAS-316

CORNELL UNIVERSITY

RURAL DEVELOPMENT COMMITTEE



Special Series on Paraprofessionals

PARAPROFESIONALES EN SALUD RURAL EN GUATEMALA

Forrest D. Colburn

PP No. 8

BIBLIOGRAPHY SERIES

#1 **Participation at the Local Level: A Working Bibliography** John Cohen, Gladys Culagovski, Norman Uphoff and Diane Wolf, $4.50, 125 pp.

#2 **Tillers of the Soil and Keepers of the Hearth: A Bibliographic Guide to Women and Development** Louise Fortmann, $3.50, 53 pp.

LANDLESSNESS AND NEAR-LANDLESSNESS SERIES

#1 **Landlessness and Near-Landlessness in Developing Countries** Milton J. Esman, $3.50, 71 pp.

#2 **Landless Peasants and Rural Poverty in Selected Asian Countries** David Rosenberg and Jean Rosenberg, $4.00, 108 pp.

#3 **Landless Peasants and Rural Poverty in Indonesia and the Philippines** David Rosenberg and Jean Rosenberg, $4.00, 133 pp.

#4 **Landlessness and Rural Poverty in Latin America: Conditions, Trends and Policies Affecting Income and Employment** Cheryl Lassen, $4.50, 184 pp.

#5 **Distribution of Land, Employment and Income in Rural Egypt** Iliya Harik with Susan Randolph, $4.50, 166 pp.

#6 **Reaching the Assetless Poor: Projects and Strategies for Their Self-Reliant Development** Cheryl Lassen, $3.50, 68 pp.

SPECIAL SERIES ON RURAL LOCAL ORGANIZATION

#1 **Peasants, Officials and Participation in Rural Tanzania: Experience with Villagization and Decentralization** Louise Fortmann, $4.00, 136 pp.

#2 **Rural Organizations in South India: The Dynamics of Laborer and Tenant Unions and Farmer Associations in Kerala and Tamil Nadu** K.C. Alexander, $3.50, 95 pp.

#3 **Local Organization and Participation in Integrated Rural Development in Jamaica** Arthur Goldsmith and Harvey Blustain, $4.00, 140 pp.

#4 **Local Institutions and People's Participation in Rural Public Works in Nepal** Prachanda Pradhan, $3.50, 103 pp.

#5 **Local Organization Dimensions of Rural Development in Turkey: Socio-Economic Stratification Orientations Toward Participation, and Attitudinal Modernity** Halil Copur, $3.50, 77 pp.

MONOGRAPH SERIES

#1 **Making Green Revolution: The Politics of Agricultural Development in China** Benedict Stavis, $5.00, 287 pp.

#2 **Rural Development Participation: Concepts and Measures for Project Design, Implementation and Evaluation** John Cohen and Norman Uphoff, $5.00, 317 pp.

#3 **Feasibility and Application of Rural Development Participation: A State-of-the-Art Paper** Norman Uphoff, John Cohen and Arthur Goldsmith, $5.50, 338 pp.

#4 **The Political Economy of Participation in Local Development Programs: Short-Term Impasse and Long-Term Change in South Asia and the United States from the 1950s to the 1970s** Harry W. Blair, $5.50, 220 pp.

#5 **Women's Informal Associations and Social Change** Kathryn March and Rachelle Taqqu, $5.50, 175 pp.

OCCASIONAL PAPER SERIES

#1 **Panchayati Raj, Rural Development and the Political Economy of Village India** Norman Nicholson, $2.50, 61 pp.

#2 **The Political Economy of Peasant Family Farming: Some Anthropological Perspectives on Rationality and Adaptation** Davydd Greenwood, $3.50, 96 pp.

#3 **Small Farmer Credit - Cultural and Social Factors Affecting Small Farmer Participation in Formal Credit Programs** Cynthia Gillette and Norman Uphoff; and **The Political Economy of Distributing Agricultural Credit and Benefits** Harry W. Blair, $2.50, 57 pp.

#4 **Training and Research for Extended Rural Development in Asia** R.D.C. Working Group on Training and Research, $2.50, 119 pp.

#6 **Revolution and Land Reform in Ethiopia: Peasant Associations, Local Government and Rural Development** John Cohen, Arthur Goldsmith and John Mellor, $3.50, 127 pp.

#8 **Women and Participation in Rural Development: A Framework for Project Design and Policy-Oriented Research** Kathleen Staudt, $3.50, 77 pp.

#9 **Community-Level Research, Local-Regional-Governmental Interactions, and Development Planning: Strategy and Methodology for Baseline Studies** Davydd Greenwood, $3.50, 70 pp.

#10 **Development of Livestock, Agriculture and Water Supplies in Botswana Before Independence: A Short History and Policy Analysis** Emery Roe, $3.50, 56 pp.

#11 **Measuring Local Government Performance: Assessing Management, Decentralization, and Participation** Arthur R. Williams, $4.50, 95 pp.

PARAPROFESIONALES EN SALUD RURAL EN GUATEMALA

Forrest D. Colburn

Rural Development Committee
Center for International Studies
Cornell University

Copyright, Cornell University
Center for International Studies
Rural Development Committee 1981

Published by the Rural Development Committee, Center for International Studies
170 Uris Hall, Cornell University, Ithaca, New York 14853. December, 1981.
$3.50

PREFACIO

En cooperación con la Agencia para Desarrollo Internacional de los Estados Unidos, el Comité del Desarrollo Rural del Centro de Estudios Internacionales de Cornell University ha emprendido investigaciones del papel del paraprofesional en el desarrollo rural. En todo el mundo hay interés en la utilización de paraprofesionales en varias capacidades como trabajadores delanteros de desarrollo para proveer servicios que son aceptables y accesibles a los pobres rurales que con frecuencia no han llegados a ser ayudados por los programas de desarrollo. Sin embargo, existe poco conocimiento empírico que se puede usar como base de planeamiento y dirección. Nuestro estudio busca remediar esta necesidad en analizar varios programas paraprofesionales que ya existen para determinar cuáles factores afectan la eficacia del paraprofesional. Se condujeron investigaciones en las zonas rurales de programas ilustrativos en Guatemala, Bolivia, Senegal, Alto Volta, Sri Lanka y las Filipinas. Esperamos que los resultados de estos estudios les den a los programadores y administradores tanto como a los que toman decisiones en el gobierno unos casos bien documentados de cómo y por qué los paraprofesionales funcionan en varios contextos.

Con el propósito de investigación, el equipo de Cornell decidió definir a paraprofesionales como trabajadores (1) con no más de 12 meses de educación técnica o antes de servicio; (2) que tienen contacto directo de servicio con habitantes rurales; (3) y que tienen un papel semi-autónomo en tomar decisiones día tras día, (4) mientras operan como parte de una agencia organizada o del sector público o del sector privado. El paraprofesional típico tiende a ser indígeno al área de servicio y a no tener más de la educación primaria.[1]

---

[1] R. Cohe et al., Concept Paper: Paraprofessionals in Rural Development (Ithaca, N.Y.: Rural Development Committee, Cornell University, 1979), p. 9.

Una investigación extensa de literatura que precedió nuestra investigación en las zonas rurales sugirió varias proposiciones generales: (1) los objetivos de desarrollo en los sectores de la agricultura y la salud se pueden lograr eficazmente (medidos en unidades de costo y de tiempo requerido) por el uso de paraprofesionales; (2) la eficacia de programas de paraprofesionales depende de la adoptación de apropiadas prácticas del programa en cuanto a la selección, entrenamiento, dirección, compensación, etc.; y (3) la eficacia, eficiencia y responsividad de los paraprofesionales va a variar directamente con su éxito en fomentar la participación local, particularmente por las organizaciones locales.

Mientras se guiaban las investigaciones por estas proposiciones generales, nuestro intento fue derivar principios de operación e identificar prácticas útiles de operación en una área de poco conocimiento. Consecuentemente, el esfuerzo de investigación se ideó para ser más o menos abierto y comprensivo para asegurar la incorporación de muchos tipos de conocimiento útiles. Puesto que al paraprofesional no se puede ver aislado, fue necesario enfocar liberalmente en las relaciones entre los paraprofesionales, la comunidad y el sistema de distribución.

De acuerdo con los objectivos del estudio, se juzgó más apropiado estudiar profundamente la dinámica de un programa en una área particular que intentar un resumen de una vista general de un programa en un país entero. Así, el esfuerzo mayor consistió de dos meses de investigaciones profundas en un número limitado de pueblos dentro de cada uno de los seis países. La inclusión de más pueblos habría dado una base mejor para generalizar sobre el programa, pero la examinación del funcionamiento paraprofesional habría sido más superficial, la calidad de los datos menos cierta, y las realidades de implementar un programa paraprofesional menos detallado claramente.

Para asegurar la comparabilidad de los resultados, cada estudio se guió por una lista de temas y preguntas. Sin embargo, en un esfuerzo de obtener respuestas francas

y detalles empíricos, los estudios emplearon predominantemente entrevistas abiertas y métodos de observación de los participantes. El estudio fue suplementado con documentos y reportes que incluyen experiencias con los paraprofesionales, con entrevistas con oficiales directamente o indirectamente interesados en los respectivos proyectos.

Royal D. Colle
Milton J. Esman
Norman T. Uphoff

Ithaca, New York

INDICE

INTRODUCCION ix

I. LOS ANTECEDENTES DE LOS PARAPROFESIONALES DE SALUD EN GUATEMALA 1

El desarrollo guatemalteco y el sector rural 1

Los problemas de los servicios de salud en las zonas rurales 3

El plan para mejorar los servicios rurales de salud en Guatemala 6

La implementación del concepto paraprofesional 9

II LAS EXPERIENCIAS CON LOS PARAPROFESIONALES DE SALUD 15

La zona escogida para la investigación 15

Las actitudes de la comunidad hacia los servicios de salud 20

La selección de los promotores de salud 23

El funcionamiento del promoter de salud 27

La dirección de los promotores de salud 34

III. CONCLUSIONES DE LAS INVESTIGACIONES 37

Las conclusiones específicas y las implicaciones políticas 37

APENDICE 45

BIBLIOGRAFIA 51

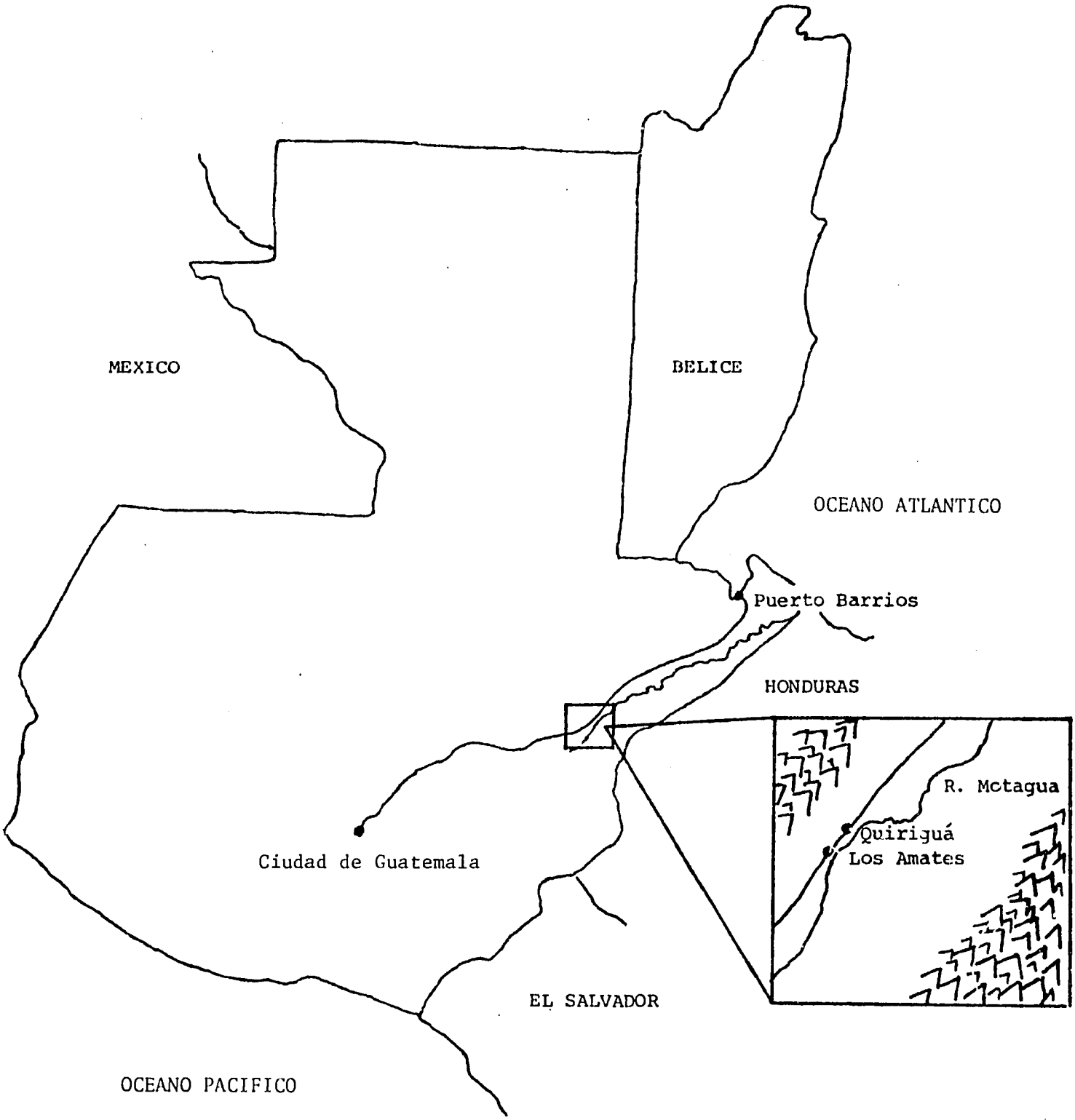
INTRODUCCION

Había varias razones para la selección de Guatemala como local de investigaciones sobre la utilización de paraprofesionals. Primero, y más importante, por muchos años han sido utilizados extensivamente los paraprofesionales en las zonas rurales en Guatemala ambos por las organizaciones voluntarias privadas y por el Ministerio de Salud de Guatemala. Segundo, el gobierno guatemalteco ha expresado interés en el estudio de paraprofesionales de salud en las áreas rurales. Otras consideraciones eran que los paraprofesionales de salud en Guatemala trabajan voluntariamente o con sólo poca compensación, y en Guatemala han empezado a usar sub-profesionales (Técnicos en Salud Rural) especialmente entrenados en servicios de salud rural como directores de los paraprofesionales de salud. Así, Guatemala parecía un lugar interesante para una profunda investigación de los paraprofesionales.

Mientras hay muchas organizaciones voluntarias privadas que educan y que utilizan paraprofesionales en Guatemala, son pequeños proyectos que usan más recursos por cabeza que normalmente están disponibles al gobierno de un país menos desarrollado. Así, se consideró más útil estudiar los esfuerzos del Ministerio de Salud de Guatemala en utilizar paraprofesionales. De acuerdo con los objectivos del proyecto, este estudio concentra en la función de paraprofesionales en una parte específica de Guatemala.

Este estudio empleó primariamente entrevistas abiertas con gente rural del pueblo, los paraprofesionales mismos y sus directores. Los oficiales del Ministerio de Salud, el INCAP (Instituto de Nutrición para Centroamérica y Panamá) y USAID también fueron entrevistados. Los documentos y reportes que se tratan de las experiencias de los paraprofesionales fueron utilizados también. Las investigaciones en las zonas rurales se realizaron en noviembre y diciembre de 1979.

GUATEMALA


MEXICO
BELICE
OCEANO ATLANTICO
Puerto Barrios
HONDURAS
R. Motagua
Quiriguá
Los Amates
Ciudad de Guatemala
EL SALVADOR
OCEANO PACIFICO

Capítulo I
LOS ANTECEDENTES DE LOS PARAPROFESIONALES DE SALUD EN GUATEMALA

El desarrollo guatemalteco y el sector rural

La República de Guatemala se sitúa en el istmo centroamericano. Tiene una área de 42.000 millas cuadradas y una población de más o menos 7,2 millones de habitantes.[1] Guatemala tiene un Producto Nacional Bruto por cabeza de un poco más de $800 dólares norteamericanos al año. La tasa de crecimiento de la economía guatemalteca tiene un promedio de 5,7% al año (2,9% por cabeza) desde 1960, el cual es más o menos el promedio de Latinoamérica en total. La participación de Guatemala en el Mercado Común Centroamericano ha sido, y todavía es un estímulo importante al crecimiento guatemalteco.[2]

Las insuficiencias del presupuesto gubernamental han sido pequeñas en comparación con el Producto Doméstico Bruto, y la actividad financiera del banco central ha sido poca. Esto combinado con una política liberal de comercio mantuvo la tasa de inflación a un nivel muy bajo de 1960 hasta la crisis de petróleo en 1973. Desde entonces, sin embargo, la inflación ha estado a 12%-15% anualmente. La balanza de pagos ha estado bien; esto en combinación con las insuficiencias limitadas del sector público ha ayudado a mantener el nivel de préstamos externos a un mínimo. Guatemala ha tenido éxito en evitar flujos económicos muy serios, y el Quetzal fue seleccionado recientemente por el IMF como una de las monedas de reserva mundiales, una clara indicación de su fuerza.[3]

---

[1] Dr. R. Monzón, Resumen del Diagnóstico de Salud (Quiriguá, Izabal, Guatemala: INDAPS, 1979), p. 1.

[2] AID, Country Development Strategy Statement: Guatemala (Department of State, enero de 1979), p. 15.

[3] Ibid., p. 16.

A pesar de estos hechos impresionantes de la economía en los últimos años, el desarrollo social se queda atrás. Guatemala tiene una herencia de dos culturas, la española (ladina) y la indígena (Indígenas Maya Quiches). La distancia entre estos dos grandes grupos étnicos en cuanto al ingreso por cabeza, la salud y la educación no ha sido reducida de un nivel significante en los últimos veinte años, en gran parte por causa del papel limitado del sector público en el desarrollo del país. La población indígena consiste de más de 40% de la población, vive generalmente en las zonas rurales, y está aislada de la vida normal y moderna del país. Socialmente está diferenciada por su cultura y sus idiomas indígenas (la gente frecuentemente es monolingüe en una de las 28 lenguas de la familia Maya-Quiche). La población indígena está aislada físicamente de la vida nacional por el terreno severo y la falta de caminos adecuados en las zonas donde está concentrada.[4]

Mientras las diferencias entre la población ladina y la indígena representan una dualidad significante en el desarrollo de Guatemala, una dicotomía más comprensiva existe entre el nivel de vida el las zonas urbanas y las rurales. Se ha calculado que 64% de la población vive en las zonas rurales.[5] La población rural en gran parte consiste de la población indígena pero también tiene un número de ladinos. El nivel de vida no es muy diferente para la gente indígena que para la gente ladina en las zonas rurales. Esto se corrobora en el hecho de que las figuras de expectación de vida de la población rural son iguales para los dos grupos--45 años. Este número, sin embargo, se contrasta mucho con la expectación de vida urbana--61 años.[6]

---

[4] Ibid., p. 16.

[5] Dr. R. Monzón, op. cit., p. 1.

[6] Ibid., p. 3; E. Croft Long y A. Viau, Health Care Extension Using Medical Auxiliaries in Guatemala, trabajo inédito, p. 3.

Otros marcos estadísticos también corroboran la dicotomía entre la vida rural y la vida urbana. Por ejemplo, 87% de la población en las zonas urbanas tiene acceso al agua potable en comparación con 14% de la población en las zonas rurales.[7] La condición de saber leer y escribir de la población con más de 18 años de edad se considera a 82% en las zonas urbanas y sólo a 40% en las zonas rurales.[8] En realidad, se debe tener cuidado en interpretar tales números. Pero juntos, por lo menos, nos dan esta conclusión: "Hablar de la pobreza en Guatemala es hablar de las zonas rurales."[9] No es decir que la pobreza no exista en los centros urbanos--sí que existe. Pero las condiciones más pobres se encuentran en las áreas rurales.

Los problemas de los servicios de salud en las zonas rurales

Una de las disparidades más destacadas entre la vida urbana y la vida rural es de los servicios de salud. Los indicadores de salud normales, como las tasas de mortalidad y de morbididad, muestran que la gente de Guatemala en general aguanta un nivel muy bajo de salud y de servicios de salud, y que muchas zonas rurales no tienen acceso a dichos servicios. El sistema establecido de servicios de salud de Guatemala no puede satisfacer las necesidades de ambos los guatemaltecos urbanos y los rurales. Como resultado, es obvio a muchos que se necesita un enfoque nuevo en cuanto a los servicios de salud.

Los siguentes indicadores señalan las necesidades de los guatemaltecos, y la necesidad de un alternativo o suplemento al sistema establecido de servicios. La tasa de mortalidad general es 13 en 1000 habitantes. La tasa de mortalidad infantil se cuenta a 74 muertes en 1000 nacimientos vivos, mas INCAP (Instituto de Nutrición en

---

[7] Dr. R. Monzón, op. cit., p. 2.

[8] E. Croft Long y A. Viau, op. cit., p. 2.

[9] AID, op. cit., p. 3.

Centroamérica y Panamá) calcula que la tasa de mortalidad infantil en realidad puede ser tan alta como a 100 en 1000 porque las muertes, especialmente las muertes infantiles, se cuentan a un nivel más bajo en las zonas rurales.[10] No es necesario decir que las tasas de mortalidad y de morbididad estén más altas en las zonas rurales que en las zonas urbanas. Por ejemplo, la tasa de mortalidad sólo es a 9 en 1000 en la capital pero hasta 22 en 1000 en un departamento rural.[11]

La desnutrición es un problema intenso en Guatemala. En 1974 INCAP calculó los niveles de desnutrición según la clasificación Gómez de mala nutrición. Los números indican que casi 80% de los niños con menos de cinco años se pueden considerar desnutridos, con 30% mostrando niveles severos de desnutrición. Además, se calcula que la mitad más pobre de la población tiene una insuficiencia calórica de más o menos 40% del requisito diario.[12] Otra vez, la desnutrición es muy severa en las zonas rurales.

La causa más importante del nivel bajo de los servicios de salud en el sector rural es la opresiva pobreza de la población rural. La relación entre la desnutrición y la pobreza es obvia. Menos obvio, pero igualmente importante, es el impacto en la salud de insuficiencias de medidas sanitarias del ambiente. En las zonas rurales una gran parte de la enfermedad se debe a la falta de agua potable, sistemas del alcantarillado, y las prácticas generales de higienización. A pesar del nivel bajo de salud general aguantado por los guatemaltecos rurales, las causas principales de la enfermedad y la mortalidad se pueden impedir o evitar con servicios médicos o con la salud correcta, la metodología de nutrición e higienización. La tecnología de la prevención está bien

---

[10] Dr. R. Monzón, op. cit., p. 2.

[11] AID, op. cit., p. 7.

[12] Ibid., p. 7.

establecida y las facilidades son simples y baratos en comparación con las que se necesitan para curar algunas enfermedades.[13]

Para el gobierno de Guatemala ha sido difícil satisfacer las necesidades de servicios de salud del sector rural por medio de médicos y hospitales. La dependencia en médicos y hospitales ha resultado en un sistema predispuesto a lo curativo y a lo urbano. Los recursos escasos que tienen para los servicios públicos y privados están concentrados en la capital. De los 1200 médicos del país, sólo un 20% vive fuera de la capital, mientras casi 80% de la población se encuentra fuera de la capital.[14] El Ministerio de Salud Pública y de Asistencia Social tiene la obligación de ofrecer servicios de salud al país sin costo. Para hacer eso, recibe un presupuesto anual de entre 12% y 15% de los gastos totales del gobierno. Mas en 1977, el presupuesto de operación del Ministerio muestra un gasto por cabeza de $7,10 en el departamento de la capital y uno de $2,40 en el resto del país.[15] Los caros hospitales públicos en la capital explican en gran parte esta diferencia. La dependencia en médicos y hospitales ha causado más desequilibrio en que la mayoría de los recursos obtenibles están absorbidos por los servicios curativos. Un calculado 80% de los recursos del gobierno van a los servicios curativos dejando sólo un 20% para los servicios preventivos.[16]

Esta mala distribución de recursos se agrava por sistemas de apoyo logístico que a los cuales les faltan materiales suficientes y recursos de personal. Los recursos del gobierno también están impedidos por una tasa de crecimiento de la población de 28%

---

[13] AID, Audit: Rural Health Services: Pro Ag 71-35, FY-74, p. 2.

[14] Ibid., p. 2.

[15] Dr. A. Viau y Dr. E. Bootstrom, Guatemala's Rural Health Technicians: An Overview, reporte preparado en agosto de 1979 para la conferencia Alma Ata, p. 1.

[16] Ibid., p. 2.

que extiende los recursos públicos de servicios sociales hasta el límite a pesar de un crecimiento rápido del Producto Nacional Bruto en los últimos años.[17]

En resumen, el problema de los servicios de salud en Guatemala tiene cuatro disparidades: la disparidad entre el patrón de gastos y las necesidades (curativas contra preventivas), la disparidad geográfica entre la distribución de recursos y la distribución de población, la disparidad entre las necesidades de recursos agregados y los recursos obtenibles, y la disparidad entre la tasa de crecimiento de la población y la tasa a la cual se puede extender los servicios sociales.[18] La corrección de estas disparidades se hace difícil por el aislamiento de mucho de la población rural. La población rural vive en más de 18.000 comunidades dispersadas de más o menos 2.000 inhabitantes. Estas comunidades están aisladas por terrenos montañosos o por la selva; también por lluvias fuertes y la falta de caminos.[19]

Ante de todo esto, y como respuesta, el gobierno guatemalteco inició su programa para fortalecer los servicios rurales de salud, con la utilización de sub-profesionales y para-profesionales como su elemento único e importante.

El plan para mejorar los servicios rurales de salud en Guatemala

En 1971 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social inició un programa con el intento de mejorar el nivel de servicios de salud de la población rural. Se emprendió una serie de estudios para determinar los problemas rurales de salud y la manera en que se pueden dirigir. De estos estudios se desarrolló un plan de cuatro niveles. Este plan representó el entrenamiento y la utilización de dos nuevos niveles de personal auxiliar--promotores de salud y Técnicos en Salud Rural. La razón para la creación de estos

---

[17] Ibid., p. 2.

[18] E. Croft Long y A. Viau, op. cit., p. 6.

[19] Dr. A. Viau y Dr. E. Bootstrom, op. cit., p. 1.

nuevos niveles de personal auxiliar era para responder a la falta de personal preparado en general, y para tener personal entrenado específicamente en servicios preventivos de salud pública.[20]

El plan era como lo siguiente: Al nivel de la comunidad (nivel 1) los promotores de salud y las comadronas tradicionales iban a suministrar las necesidades más básicas de salud. Al nivel de las clínicas rurales de salud (nivel 2), la unidad más básica del sistema del servicio de salud, los Técnicos en Salud Rural y las enfermeras auxiliares iban a dar servicios de salud extendidas incluyendo servicios preventivos, promovedores y curativos simplificados. Los sistemas de referencia y de sostén (niveles 3 y 4) deben proveer un nivel más sofisticado de servicio médico, incluso servicios del hospital en hospitales regionales y servicios de especialista en el hospital nacional de referencia.[21]

El aspecto inovador de este plan era la creación de los primeros dos nuevos niveles de personal auxiliar. Los promotores de salud fueron utilizados durante varios años por las organizaciones privadas trabajando en el campo; sin embargo, esta fue la primera vez que el Ministerio de Salud decidió usar este nivel de auxiliar extensivamente. En el plan las comunidades tenían que proveer un voluntario para recibir el entrenamiento y subsecuentemente para ser el promotor de salud local. Los promotores debían de recibir un curso de un mes conducido por un médico, una enfermera y un Técnico en Salud Rural. También se debía ofrecer instrucción limitada en primeros auxilios, en las enfermedades más comunes y más fáciles de diagnosticar.[22]

Al final del período de entrenamiento, los promotores iban a recibir un pequeño botiquín con provisiones médicas. Los promotores, sin embargo, no iban a recibir compensación después de empezar a trabajar. Se esperaba que quisieran trabajar

---

[20] E. Croft Long y A. Viau, op. cit., p. 8.

[21] Ibid., p. 8.

[22] Ibid., p. 8-9.

voluntariamente como promotores de salud más o menos una hora diariamente. El equipo de entrenamiento emprendió la dirección regular de los promotores.

El otro nivel nuevo de personal auxiliar iba a tener más entrenamiento e iba a trabajar con salario como empleados del Ministerio de Salud. Se iban a reclutar estudiantes de ser Técnicos en Salud Rural de las zonas rurales y se les iban a dar un curso de entrenamiento técnico de dos años. El entrenamiento consistía de asignaturas correspondientes al futuro trabajo: de saneamiento del ambiente, los básicos servicios de salud preventiva, la promoción del uso apropiado de servicios de salud existentes, la educación de la salud. Aunque la énfasis del Técnico en Salud Rural fuera en las básicas habilidades clínicas para poder proveer los básicos servicios curativos cuanto necesario y para hacer referencias.[23]

Después de la realización del programa del entrenamiento los nuevos Técnicos en Salud Rural iban a recibir un puesto tan cerca posible a su propio pueblo. Con la ayuda de una enfermera auxiliar el Técnico iba a atender a las necesidades de salud más o menos 6-10 pueblos y la cercana población dispersa. Iba a dedicar la mayoría de su tiempo viajando por la zona, visitando a los promotores de salud en los pueblos y dando servicios curativos y especialmente servicios preventivos.[24] El Técnico en Salud Rural, así, sirve de intermedio entre el médico y el promotor de salud del pueblo.

El nivel más bajo de personal auxiliar, el promotor de salud, se define como paraprofesional según nuestro grupo. El otro nivel de personal auxiliar, el Técnico en Salud Rural, se puede definir como sub-profesional basado en su entrenamiento técnico más extensivo. Los Técnicos en Salud Rural, sin embargo, tienen interés para un estudio de promotores de salud porque tienen importancia en la instrucción y en la dirección de los promotores. También, e igualmente importante, los Técnicos usan la

---

[23] Dr. A. Viau y Dr. E. Bootstrom, op. cit., p. 2-3.

[24] E. Croft Long y A. Viau, op. cit., p. 21.

misma estrategia--el servicio de salud preventiva del público--para mejorar el servicio de salud rural.

La implementación del concepto paraprofesional

El concepto de la utilización de paraprofesionales y sub-profesionales para extender los servicios de salud a la mayoría rural en Guatemala encontró fuerte oposición en la comunidad de servicios de salud dominada por los médicos. Argumentaron que a la gente que no era médico no se debe permitir ofrecer los servicios de salud por razones de "calidad." Sin duda, los médicos también temían la competición. Existía también oposición política al concepto. Había oposición a los crecientes servicios del gobierno y temor de promover organizaciones de la comunidad.[25]

No es necesario decir que la implementación del concepto paraprofesional y subprofesional ha sido impedido por esta oposición. La aceptación ha venido lentamente. La implementación del concepto fue una lucha política. La asociación de municipios fue persuadido a dar apoyo político al programa tanto como los líderes de uno de los principales partidos políticos. Más tarde la Facultad Nacional de Medicina en la Universidade de San Carlos dió su apoyo a la proposición.[26] Se realizó el concepto por la persistencia de algunos individuos y por el apoyo de las agencias de donadores internacionales.

Los promotores de salud. En 1972 el gobierno de Guatemala inició el entrenamiento de los promotores de salud del pueblo con la ayuda de UNICEF. A pesar del hecho de que Guatemala ahora tiene años de experiencia con sus promotores de salud, existe poca información detallada sobre la selección, el entrenamiento, la función

---

[25] Dr. A. Viau y Dr. E. Bootstrom, op. cit., p. 3.

[26] Ibid., p. 3.

o la dirección de ellos. Además, la información limitada que existe sugiere que ha habido poca uniformidad o en la implementación del proyecto o en el verdadero funcionamiento de los promotores.

La idea original fue que los promotores se seleccionarían con la participación de la comunidad. Sin embargo, un reporte del gobierno publicado en 1978 sugiere que mientras esto ha ocurrido de vez en cuando, más frecuentemente el promotor ha sido seleccionado por el Técnico en Salud Rural o por otra persona con influencia en su comunidad.[27] El entrenamiento de los promotores en general ha sido de seis semanas aunque otra vez parece que hay excepciones. El entrenamiento ha enfatizado medicina preventiva pero muchos promotores parecen practicar solamente medicina curativa. Otros han abandonado su trabajo en total. En realidad se ha calculado que de los casi 3000 promotores entrenados hasta 1978, sólo la mitad todavía trabaja de promotor.

Ha habido éxitos individuales, sin embargo. En esos casos los promotores han demostrado que pueden ser aceptados por sus comunidades, pueden dar servicios curativos elementarios, y pueden promover servicios de salud. También hay ejemplos donde los promotores demuestran su capacidad de trabajar con éxito con otros en proyectos expecíficos como de agua potable. La clave en esos casos parece ser la dirección apropiada y adecuada.

Desafortunadamente, la dirección de los promotores ha sido en general muy mala y para algunos casi no existe. También los esfuerzos de evaluación han sido insignificantes. La falta de dirección y evaluación se debe a la mala planificación, a la falta de compromiso al nivel político, a la ausencia de personal entrenado, y a las dificultades logísticas en llegar a muchas comunidades.

---

[27] Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Evaluación del Programa de Formación de Promotores de Salud (Guatemala, 1978), p. 5-9.

Dentro de poco llegó a ser obvio que la dirección de los promotores por los médicos y las enfermeras no iba a resultar bien. Aunque tuvieran el dinero para pagar los altos salarios de los médicos, como grupo eran, y quedan, desinclinados a sufrir las dificultades físicas que vienen del trabajo en las áreas aisladas y rurales. Los Técnicos en Salud Rural—el otro componente planeado del equipo de dirección—parecen, al otro lado, tener más éxito como directores de los promotores, pero su número ha sido muy limitado en relación con las necesidades de Guatemala.

Los Técnicos en Salud Rural. La creación de este segundo nivel de personal auxiliar ha seguido más el plan original. Se estableció un instituto de entrenamiento para los Técnicos en Salud Rural en una zona rural de Guatemala en 1972 con la ayuda financiera de AID. El entrenamiento de los Técnicos en Salud Rural ha seguido el concepto original. Por ejemplo, sólo 15% de su entrenamiento pertenece a los servicios curativos. A finales de 1979, habían entrenado a 374 Técnicos. Ellos tienen una obligación contratual de trabajar en el Ministerio de Salud durante cuatro años después de completar su entrenamiento, y casi todos han cumplido este requisito. Los cuatro años de servicio obligatorio para el primer grupo que se graduó en 1973 terminaron en diciembre de 1977 y sólo dos de los treinta y dos miembros han elegido a trabajar en otra parte.[28]

Los Técnicos han sido bien aceptados por las comunidades que sirven y también por los promotores de salud. En particular, se han presentado algunos conflictos con enfermeras auxiliares que anteriormente habían trabajado aisladas en las clínicas rurales de salud. Desafortunadamente, la dirección de los Técnicos, especialmente en las clínicas aisladas, no ha ocurrido muy frecuentemente en muchos casos. También, ha habido una falta de materiales y provisiones (ej. medicinas) en las clínicas de salud. Un problema parecido, pero que afecta más directamente a los Técnicos, es la escasez de

[28] Dr. A. Viau y Dr. E. Bootstrom, op. cit., p. 6.

recursos para los proyectos y actividades que los Técnicos ayudan a organizar en las comunidades.[29]

La opinión general de los promotores y de los Técnicos en Salud Rural es que no han logrado a tener el mayor efecto posible porque no han recibido apoyo adecuado. Es claro que los promotores han recibido menos dirección y menos apoyo material de todos los trabajadores en el campo de servicios de salud en Guatemala. Esta falta de apoyo se debe básicamente a la planificación no muy adecuada y la falta de compromiso al nivel político.

Los promotores han demostrado que las comunidades rurales los aceptan y que ellos pueden extender, de una manera limitada y sin gastar much dinero, los servicios del Ministerio de Salud. Sin embargo, para la mayoría de los oficiales de salud pública, todas la conclusiones que pertenecen a la aceptabilidad, la extensión, los gastos, o las posibilidades ni tienen sentido a menos que sea demostrado una reducción de enfermedades y de muertes como resultado concreto.[30] En este momento no existe evidencia irrefutable que los esfuerzos de los promotores hayan reducido la enfermedad y la muerte en las zonas rurales de Guatemala.

Planes para el futuro. La opinión de las agencias internacionales de donadores y por lo menos algunos oficiales del Ministerio de Salud es con la dirección y el apoyo adecuado los paraprofesionales rurales de salud en Guatemala—sus promotores de salud--podrían ser un esfuerzo importante no sólo en extender a la gente rural los servicios de salud sino también en reducir la enfermedad y la muerte en Guatemala. Se puede ver evidencia de esto en el hecho de que el Ministerio de Salud recientemente firmó un

---

[29] Ibid., p. 6.

[30] J. Habicht and Working Group on Rural Medical Care, "Delivery of Primary Care by Medical Auxiliaries: Techniques of Use and Analysis of Benefits Achieved in some Rural Villages in Guatemala," (Washington: PAHO/WHO Scientific Publication No. 278, 1978), p. 19.

acuerdo cooperativo con AID para entrenar más promotores en otra zona rural en Guatemala. Unos aspectos importantes del proyecto son el aumento de dirección por los Técnicos en Salud Rural y el aumento de apoyo material para los promotores. El Ministerio de Salud también firmó un acuerdo con INCAP para entrenar los promotores en otra parte del país.[31] Otra vez, el aspecto notable del proyecto es el aumento de planificación que se hace evidente en el proyecto. Este proyecto en particular--se llama SINAPS--es en realidad un gran proyecto de prueba con un componente importante de evaluación. Si la evaluación del proyecto resulta favorable, y si quiere el Ministerio de Salud, una segunda etapa comenzará en la cual toda Guatemala tendrá los servicios de los paraprofesionales de salud.

En general, se puede decir que los esfuerzos de mejorar el funcionamiento de los promotores de salud están basados no sólo en la confianza en los futuros paraprofesionales, sino también en la falta de alternativos al uso de ellos. Si, por ejemplo, no hay bastante personal entrenado para dar mejor dirección a los promotores, entonces, de seguro no hay bastante personal entrenado para reemplazar a los promotores. Igualmente, si no hay bastante dinero para pagar a los promotores de salud, entonces es obvio que no hay dinero para pagar los salarios de personal más entrenado aunque quisiera trabajar en las zonas rurales.

Es claro, como indicamos más temprano, que los recursos de servicios de salud no están asignados justamente en Guatemala. Hay médicos de sobra en la capital, y los grandes hospitales en las zonas urbanas reciben una parte excesiva de los fondos obtenibles para los servicios de salud. Este fenómeno no es único a Guatemala; en muchos países subdesarrollados los servicios de salud no tienen mucha prioridad, y los servicios rurales aún menos.

---

[31] A. Lechtig et al., Sumario del Estado Actual del SINAPS (INDAP, Guatemala, 6 de junio, 1979).

Según las circunstancias actuales parece que sería lógico continuar a emplear a los promotores--si bien con más dirección--para mejorar la salud rural y los servicios rurales de salud en Guatemala. Sin embargo, hay que preguntarse si el aumento de dirección y de apoyo material sólo resultará en un funcionamiento mejor y más uniforme en cuanto a los paraprofesionales. Como dijo un oficial de AID, "La dirección es una condición necesaria, pero uno se pregunta si es condición suficiente para mejorar el funcionamiento de los promotores."[32] Una evaluación extensa de los promotores que ha planeado INCAP debe revelar la verdad, tanto como este trabajo (a un nivel más bajo puesto que se preparó con menos tiempo y con menos dinero). Cuando comenzó esta investigación, había poca evaluación o análisis de la experiencia paraprofesional en Guatemala. Vamos a intentar a dar eso con suficientes detalles para ayudar a los que tengan interés en aprender algo de esa experiencia.

---

[32] N. Woodruff, AID/Guatemala, en una conversación personal.

Capítulo II
LAS EXPERIENCIAS CON LOS PARAPROFESIONALES DE SALUD

La zona escogida para la investigación

Para aprender de primera mano del trabajo de los paraprofesionales de salud en Guatemala, y para investigar los propósitos de los paraprofesionales ya mencionados en la introducción, se implementaron investigaciones en la zona cerca del instituto de entrenamiento de los Técnicos en Salud Rural--INDAPS--situado en Quiriguá. Es una área donde hace mucho calor. Está a unos 200 kilómetros al este de la capital, cerca de la frontera del sur del país.

Dado que la opinión general que el problema más grande para los promotores de salud es la falta de dirección adecuada y que está en camino unos esfuerzos para mejorar la dirección de los promotores, se creía buena idea estudiar los promotores en una zona donde la dirección de ellos sería más extensiva que en otras partes. Muchos de los promotores que fueron visitados trabajaban, en realidad, bajo la dirección de Técnicos en Salud Rural basados en INDAPS. Sin embargo, también visitamos a unos promotores que vivían mucha distancia de INDAPS y que recibían la dirección de Técnicos no basados en INDAPS o no recibían nada de dirección.

Métodos de investigación. Visitamos ocho pueblos. Hicimos un esfuerzo de visitar pueblos en varias partes de la zona para poder visitar pueblos donde los promotores de salud tenían varios problemas y también donde se consideraba que los promotores tenían éxito en su trabajo. Sólo se podía llegar a dos de los pueblos en motocicleta. Los otros sólo se podía alcanzar o a caballo o a pie. Muchos de los pueblos visitados se sitúan un día de distancia a pie o a caballo. Aun con caballos el viaje fue difícil. Frecuentemente no había más que caminos para vacas, y en algunos lugares había tanto barro que casi llegaba al vientre del caballo. Esto es particularmente notable cuando se

considera que se visitaron los pueblos durante el tiempo "seco." (La diferencia entre los tiempos secos y lluviosos es sólo que hay más lluvia durante el tiempo lluvioso.)

Durante mi estancia en la zona, un promotor o un Técnico me acompañaba. Los dos Técnicos Rurales y los dos promotores rurales alternaron en acompanarme principalmente como guía, pero también eran muy importantes en llegar a tener la confianza de la gente rural. Sin sus presentaciones tan amables, habría sido necesario dedicar mucho más tiempo en el campo para ganar la confianza de los promotores de salud y de la gente de los pueblos.

Muchas personas, incluyendo algunos promotores de salud, sugieron que los promotores y los aldeanos estarían más cómodos en las entrevistas con un extraño si nadie escribiera nada durante la entrevista y si la entrevista fuera abierta. Así, aunque las preguntas estaban basadas en unos cuestionarios y listas ya preparados por nuestro grupo en Cornell, no utilizamos ningún cuestionario formal. También, no hice ningunos apuntes mientras estaba en los pueblos.

Los pueblos varían en tamaño de casi 200 a 600 habitantes. Muchos pueblos, especialmente los más grandes, tenían más de un promotor de salud. Así, era posible visitar y entrevistar a 17 diferentes promotores en sus pueblos. Cuando posible, miembros de los comités de auto-mejoramiento de los pueblos, apoderados militares, curas, enfermeras auxiliares, y Técnicos en Salud Rural fueron entrevistados.

Por casualidad, una de las reuniones semi-anuales que organiza INDAPS para los promotores de salud en la zona tuvo lugar un poco antes de mi salida. Duró tres días y asistieron muchos de los promotores del área. La reunión dió una oportunidad de volver a conocer a muchos de los promotores que habían visitado, y para hablar con unos veinte más. También fue posible asistir a sus sesiones de entrenamiento y las discusiones.

Informes de hechos antecedentes. La zona de Guatemala escogida para las investigaciones difiere mucho de otras partes de Guatemala en que no existe una

población indígena en el área. Dado a las diferencias culturales de los indios y los ladinos en Guatemala, es una diferencia importante. En otros respectos el área alrededor de Quiriguá ejemplifica bien Guatemala rural. La población vive en comunidades dispersadas de 2000 inhabitantes o menos. Como ya hemos mencionado, a muchos sólo se tiene acceso o a caballo o a pie, y durante unos meses del tiempo lluvioso, estan casi completamente inaccesibles. La población es muy pobre y sufre de un nivel muy bajo de educación y de salud. Los servicios sociales casi no existen. En realidad estos son problemas que tienen muchos países que están desarrollando en sus esfuerzos de dar servicios de salud.

Quiriguá está situado en el lado oriental de Guatemala. Aunque sólo tiene 3000 inhabitantes, Quiriguá y otro pueblo de la misma población, Los Amates, son los centros comerciales de la zona. Como demuestra el mapa, Quiriguá y Los Amates están en las carreteras que sirven en cualquier tiempo para unir la Ciudad de Guatemala con su puerto principal, Puerto Barrios, en el Atlántico. Al este de la carretera y Quiriguá y Los Amates corre el Río Motagua. No existe ningún puente en la zona para cruzar este río ancho. Hay servicio de canoas, nada más. Así, la zona entre el Río Motagua y la frontera de Honduras sólo es accesible o a pie o a caballo. Claro que no tienen caminos adoquinados.

La United Fruit Company es dueña de una plantación de bananas en el valle. Más de 5000 guatemaltecos trabajan allí. La compañía provee servicios médicos a todos sus empleados y a sus dependientes. Fuera de eso, la tierra de ese valle tiene haciendas de ganado como la tierra no se cultiva y sólo se utiliza como pasto. Así, la mayoría de la población de la zona no solamente vive al este del río sino también en las montañas que rodean el lado oriental de este valle grande. Esas montañas sobrepasan la frontera de Honduras.

En las montañas hay muchos pueblos dispersados. La agricultura es casi la única forma de trabajo. Se cultivan el maíz y el frijol en las praderas al lado de las colinas y montañas. Aunque algunos son propietarios de las tierras que labran, muchos son arrendatarios que pagan a los dueños. La tierra es escasa y la tierra cultivada casi no sostiene a la gente.

La estructura de la familia y del pueblo. La mayoría de las familias viven en casas sencillas de un cuarto que tiene particiones para formar dormitorios. Las gallinas, los gatos y los perros de vez en cuando viven con la familia. Se construyen las casas de materiales locales: se atan palos para formar el esqueleto, una materia como caña se usa para las paredes, y el techo es de paja. De vez en cuando se encuentra una casa de adobe o una con techo de metal. Las letrinas son poco frecuentes como los sistemas planeados de basuras. No es necesario decir que no hay ni electricidad ni agua corriente.

En comparación con las familias norteamericanas, las familias son muy grandes. Se calcula que el número normal de hijos por familia es entre seis y siete. De otro modo, la estructura familiar es muy parecida a la familia tradicional de Norteamérica. La esposa atiende a los niños y la casa mientras el esposo labra en el campo. Generalmente la esposa tiene la autoridad diaria en la casa, pero el hombre toma las decisiones que influyen a la familia entera. Las familias son muy atomistas. No es común que las familias o los hombres de las familias trabajen juntos.

Un visitador a la zona está muy impresionado con la amistad de la gente. Todo el mundo parece conocerse y la gente siempre se saluda al pasearse. Sin embargo, no hay ningún lugar en particular--ni formal ni informal--donde la gente del pueblo suele reunirse para conversar. No hay ninguna manera establecida de traer a discusión un asunto de interés público. No hay correos ni periódicos, pero mucha gente tiene radio. Así, la comunicación formal dentro del pueblo no es muy fuerte. Esto no quiere decir

que las noticias no suelan venir en conocimiento. Sin embargo, las noticias se divulgan más en un nivel individual que impide una discusión de la comunidad.

Dado a esta comunicación mínima, no es sorprendente que haya una falta de organizaciones en la comunidad. Hasta el comienzo de los esfuerzos de los promotores, no había nada de organizaciones en los diferentes pueblos. Había, y hay, individuos con alguna autoridad en el pueblo. Estos incluyen los comisarios militares, la maestra (si tienen) y los curas católicos o evangélicos. Mientras no es siempre claro si se debe llamarse "líderes" o no, normalmente ellos tienen influencia en el pueblo y hay que tomar en cuenta una persona como el paraprofesional que quiere trabajar con la comunidad.

Cada comunidad--no importa cuan pequeña--tiene un comisario militar. Esta persona normalmente es de edad media y de más de los recursos normales. El comisario es nombrado por el ejército para servir sin compensación como representante del ejército. Tiene que enviar a los jóvenes al base más cerca para el servicio militar, y tiene que notificar al ejército (en persona o con mensajero) de alteraciones del orden público o actividades sospechosas. No hay control local de ellos y pueden conducirse con mucha independencia. Como ya mencionamos, los curas y los maestros también tienen alguna influencia en el pueblo.

Antes de la actividad de los Técnicos y los promotores de salud, todo el servicio de salud en la zona fue concentrado en Quiriguá y Los Amates. No había facilidades de salud en los pueblos rurales, ni siquiera un curandero tradicional. El hecho de que la zona tiene muchos inmigrantes en vez de gente indígena probablemente explique la falta de estos curanderos. La mayoría de las comunidades se establecieron hace treinta o cincuenta años. Hay unas pocas comadronas tradicionales, pero siempre se limitan sus actividades a atender a las mujeres durante el parto. De veras hay remedios

tradicionales de las enfermedades, pero la gente ni tiene bastante. Por ejemplo, muchas veces se cortan los cordones umbilicales con un machete caliente.

Las facilidades de salud en Quiriguá y Los Amates son demasiado inaccesibles para la gente de la montana, especialmente para los enfermos. Se dice que una persona muy enferma que trata de llegar a Quiriguá o a Los Amates se morirá en camino. Dado a la distancia y los caminos atroces se cree que es mejor morir en casa.

Las actitudes de la comunidad hacia los servicios de salud

La pobreza de las comunidades, la falta de facilidades de servicios de salud cercanas son dificultades obvias para los promotores de salud. Las actividades de la comunidad hacia la salud, el cambio y la organización de la comunidad también presentan algunos obstáculos para los promotores de salud, o a cualquier persona que intente mejorar el servicio de salud. Otro problema es las diferencias entre la gente del pueblo.

Las discusiones con la gente rural, y también con los promotores, sugieren que la falta de educación de salud presenta un problema no solamente por causa de la ignorancia de los principios básicos de salud, sino también porque la gente cree en prácticas que impiden los esfuerzos de educarles en cuanto a la salud. El problema no es que haya creencias en la magia o en las fuerzas mágicas. En cambio, hay un problema en cuanto a la salud--que todo va bien ahora, y que todo, incluyendo la enfermedad, está ordenado por Dios, y sólo se necesita la fe en Dios.

Estas actitudes presentan problemas muy serios cuando los promotores de salud tratan de proveer la educación de salud preventiva o servicios de salud. Por ejemplo, un promotor de salud que intenta convencer a la gente que construya letrinas oye cosas como, "Tengo cincuenta años y hace años que no estoy enfermo. ¿Por qué necesito letrina ahora"? Alguien le dijo a un promotor que intentaba organizar un sistema de la

disposición de basura, "Mire como viven los cochinos y que gordos son." Estos comentarios revelan una actitud pasiva que es muy común. No se ve tanto esta actitud cuando hay la necesidad de servicios curativos.

Otra actitud un poco menos común es la creencia que el mundo es así por la voluntad de Dios. Cuando preguntamos a muchos de sus actitudes sobre los servicios de salud, respondieron que tenían fe en Dios y que no necesitaban más. Se encontró a varios que rehusaron medicinas u otros servicios curativos porque creían que era contra la voluntad de Dios. Este fatalismo religioso es especialmente común entre los miembros de la iglesia evangélica; sin embargo, esta actitud no se limita a ellos.

El impacto de la estratificación del pueblo. Otra dificultad más importante para los promotores es que mientras al extraño toda la gente del pueblo se parece de circunstancias similares, esto no es la verdad. Los aldeanos no están de la misma opinión y no siempre quieren ayudarse el uno al otro. Algunos están mejores económicamente y se distinguen por eso. Otros quieren cambiar la vida del pueblo y otros no. Así, los aldeanos se difieren en sus opiniones en cuanto a lo que necesita el pueblo, y como esas necesidades deben satisfacerse. No es raro, entonces, que en cualquier pueblo, alguien va a estar a favor de las actividades de los promotores de salud y otros no tendrán interés, algunos van a oponer las actividades de los paraprofesionales.

Otro aspecto de los pueblos rurales alrededor de Quiriguá es el miedo que tienen de participar en alguna organización o actividad de la comunidad, aun cuando esta actividad es para mejorar la salud de ellos. Los pueblos han sufrido mucho en el pasado por las actividades de los guerilleros y el ejército guatemalteco. Como resultado de esa violencia, existe un temor en general de cualquier cosa que parece política.

Cierto temor de algunas autoridades del pueblo viene de la falta de comprensión de lo que son los promotores y lo que hacen. También temen que el trabajo de la

comunidad para mejorar el nivel de salud en el pueblo inicie interés en tales asuntos como la distribución de la tierra. Las prácticas curativas, en contraste con los servicios preventivos, no parecen tan amenazantes porque se hacen individualmente y el paciente toma un papel pasivo.

Actitudes hacia los paraprofesionales. La literatura sobre paraprofesionales con frecuencia dice que una ventaja de la utilización de paraprofesionales es que se puede reclutar a la gente del pueblo que confía de un miembro de su propio grupo, para trabajar en su propia comunidad. Se percibe que la gente acepta con más facilidad los servicios sociales si uno de ellos los ofrece. La experiencia de los promotores de salud en la zona investigada sugiere que esto es una simplificación que no representa bien la situación verdadera. Las discusiones con la gente rural implican que ellos tienen más confianza en un promotor local que tendrían en otra persona que fuera un extraño. Sin embargo, no esperan mucho de una persona del mismo pueblo; se percibe que él o ella no tiene ningún conocimiento especial. Los promotores suelen citar un proverbio bíblico para describir esa situacion: "Nadie es profeta en su propia tierra." Esto no quiere decir que los promotores extranjeros no tuvieran sus propios problemas--es seguro que los tendrían. Pero el problema de obtener la confianza del pueblo no se resuelve en ser uno de ellos.

Resumen de las actitudes de la comunidad. Resumiendo la estadística obtenible sobre los problemas de salud en Guatemala rural, y considerando las facilidades limitadas que históricamente tienen en las zonas rurales, ha resultado que muchos dan apoyo a la idea de paraprofesionales de salud. Las entrevistas con gente que vive en zonas aisladas donde hay promotor de salud no niegan que los paraprofesionales son necesarios. Sin embargo, las entrevistas indican también que desde el principio hay ciertos obstáculos para los paraprofesionales en las comunidades rurales. Estos obstaculos no se reconocen normalmente en la literatura sobre los paraprofesionales.

Por lo menos al principio, las comunidades van a interesarse sólo en la medicina curativa. Para muchas prácticas preventivas hace falta reunir a parte de la comunidad en grupos que pueden trabajar juntos. Antes o después, el promotor tiene que persuadirles que tomen un interés en la medicina preventiva. Sólo después de estas dos etapas pueden los promotores de salud comenzar a "promoter la salud." Las experiencias de los promotores en la zona de Quiriguá sugieren que estas dos primeras etapas son tan difíciles que la tercera.

La selección de los promotores de salud

La selección de promotores de salud en la zona de Quiriguá refleja la selección de los promotores en todo el país. En el plan original los promotores iban a ser elegidos de sus comunidades respectivas. Muchos han sido elegidos de esta manera. Normalmente un Técnico en Salud Rural le invitará a toda la gente del pueblo a una reunión que tiene lugar en la iglesia o en casa de alguien. Para asegurar que todo el mundo asista, tiene lugar casi siempre el domingo o de noche con luz de velas. El Técnico en Salud Rural les explicará lo que hace un promotor. Entonces les pide que elijan un candidato para el entrenamiento asegurando que el candidato quiere servir de promotor de salud.

El único requisito para ser promotor de salud es saber leer y escribir. Puesto que con frecuencia se mandan mensajes entre los promotores y porque es necesario leer las etiquetas en las medicinas, es importante que los promotores tengan por lo menos la habilidad de leer y escribir. Este requisito ciertamente excluye a muchos, pero no excluye al sector entero de gente rural y pobre. Casi todos los promotores entrevistados eran tan pobres como la gente a los cuales servían, y no eran dueños de la tierra que cultivaban. Sin embargo, ellos, como otros de los pueblos, tenían uno o dos años de educación, se enseñaron a sí mismos, o habían aprendido a leer y escribir en el ejército.

La participación de la comunidad en el proceso de selección. En la zona alrededor de Quiriguá, más o menos tres cuartos de los promotores han sido elegidos de la dicha manera. En otros casos, un Técnico en Salud Rural simplemente seleccionó a alguien que creía que sería buen candidato y que deseaba ser promotor de salud. En la opinión de la gente del pueblo, los promotores de salud y los Técnicos en Salud Rural que fueron entrevistados sugieron que es preferible que las comunidades participen en la selección de los promotores, y consecuentemente los Técnicos no deben seleccionar a los candidatos sin esa participación.

Las comunidades saben más y tienen más interés y confianza en su promotor de salud local cuando han participado en la selección. Las entrevistas en los pueblos revelan que los promotores eran mejores y mejor conocidos cuando la gente les había seleccionado. Segundo, si las comunidades participan en la selección del promotor de salud, es más cierto que los promotores tendrán las características y cualidades que estima la gente del pueblo, no sólo en cuanto a las cualidades personales, sino también a las cualidades del sexo y de la edad. Esto se demuestra por la tendencia de las comunidades de elegir a hombres de edad media para ser promotores de salud. Los Técnicos en Salud Rural, por el contrario, tienden a seleccionar a personas con menos de veinte años, pero aun los promotores jóvenes confesaron que los esfuerzos se limitaban por su edad.

Cuando le preguntaron al director de INDAPS (el centro de entrenamiento de los Técnicos de Salud), el Dr. Monzón, dijo que sospechaba que los promotores elegidos sin la participación de la comunidad no tenían la misma eficacia que los que fueron seleccionados por su comunidad. Notó, sin embargo, que es más difícil entrenar a los candidatos más viejos. No obstante, no considera eso muy importante, y en el futuro quiere que todos los promotores sean elegidos con la participación de su comunidad.

Muy pocas mujeres sirven de promotor. Dado a los papeles diferentes que tienen los hombres y las mujeres en las familias y en el pueblo, parece ser más fácil para los hombres servir de promotor de salud. Sin embargo, aun los promotores varones confiesan que es difícil para ellos hablar con las mujeres de anticonceptivos, de tener hijos, y a un nivel más bajo, la crianza de sus hijos. Las mujeres, por la otra mano, admiten dificultades en hablar con los hombres de ciertas cosas. AID/Guatemala ha reconocido este problema y ha encontrado una solución: el departamento de salud propone el uso de equipos de esposo/esposa como promotores de salud. Solicitaron la opinión de la gente y de los promotores, y sin sorpresa, todo el mundo mostró entusiasmo.

El entrenamiento. El entrenamiento de la mayoría de los promotores entrevistados tuvo lugar en INDAPS. El período de entrenamiento duró un mes durante el cual INDAPS les dió alojamiento a los promotores de salud. No recibieron salario durante este período. Los Técnicos en Salud Rural, con la ayuda de vez en cuando del personal profesorial de INDAPS, enseñaron a los promotores. Cubrieron una variedad amplia de temas--la organización de la comunidad, la educación de salud, la nutrición, los servicios curativos de salud, y hasta la agricultura. UNICEF les dió botiquines simples cuando se graduaron mas ahora no se pueden obtener.

Los promotores parecían muy satisfechos con su entrenamiento. Estaban contentos ambos con la organización y con el contenido de su instrucción. No se ponían de acuerdo en cuanto al campo de estudio en que más necesitaban más estudio. Es cierto que les fue difícil pasar un mes fuera de sus familias y su trabajo; sin embargo, INDAPS escoge meses del año para la instrucción cuando no hay mucho trabajo en el campo. De otra manera sería imposible que los promotores asistieran al programa de entrenamiento. A los promotores les gusta tener toda la instrucción en un mes. Creían que por un mes podían concentrarse exclusivamente en sus estudios, y no tenían los

problemas de viajar al centro de entrenamiento como tendrían si, por ejemplo, sólo se daría el entrenamiento los fines de semana.

Algunos promotores que fueron entrevistados no recibieron su entrenamiento en INDAPS o en otro centro por un mes. Estos recibieron tres o cuatro días de instrucción cada dos semanas durante unos meses. Ellos creían que este sistema es el mejor porque no tenían que pasar largos tiempos fuera de la familia, y tenían la oportunidad de practicar lo que habían aprendido mientras recibían la instrucción. No existe nada de evidencia que los graduados de un centro de entrenamiento sean mejores que los de otros centros. La única conclusión es que cada sistema tiene sus ventajas y sus desventajas y que cada es, sin embargo, adecuado. Fuera del problema de fijar en el tiempo para el período de entrenamiento, los varios programas en la zona no parecían diferenciarse mucho.

El entrenamiento en activo. Hay poca oportunidad para el entrenamiento en activo. Mas casi todos los promotores entrevistados expresaron un deseo de entrenamiento en activo. Expresaron interés en todo desde la medicina curativa hasta la organización de la comunidad. Con frecuencia tienen preguntas para sus directores y así pueden aprender de ellos. No obstante, hay una falta de dirección para los promotores de salud.

INDAPS invita a todos los promotores de la zona de Quiriguá a una reunion más o menos dos veces al año. Durante los días en que se reunen, normalmente un fin de semana largo, tienen la oportunidad de aprender algo del uno al otro, y de recibir más entrenamiento en los campos de interés. Los promotores de salud participan en la selección de temas y muchas veces también en la presentación de la materia. Aunque es buena la asistencia en estas reuniones semi-anuales, los promotores no tienen el tiempo para reuniones mensuales.

Los promotores de salud tienen otra manera de obtener una clase de entrenamiento en activo. Con el apoyo financiero y la dirección de INDAPS, los promotores de salud publican un pequeño periódico de vez en cuando bajo el título "Voz Campesina." Sólo con pocas excepciones todos los artículos son de los promotores de salud. Normalmente los artículos contribuyen al conocimiento de los promotores. Ya que no hay servicio de correo en los pueblos donde trabajan los promotores, dan ejemplares del periódico a la gente que va a los varios pueblos. Muchas veces no llegan los periódicos pero cuando llegan, se leen con mucho entusiasmo. Un número reciente está incluido en el apéndice de este trabajo.

El funcionamiento del promotor de salud

Era obvio por la información ya obtenible sobre los promotores de salud que tienen varias funciones pero su nivel de servicio no es muy estable. Nuestro estudio sostiene esto. Los promotores cerca de Quiriguá hacen varias tareas; algunos sólo ofrecen servicios curativos, algunos sólo participan en las campañas de vacunación del gobierno, otros trabajan en proyectos de educación y servicios preventivos, otros hacen un poco de todo, y otros confesaron que en realidad no hacen nada.

Las varias tareas que han emprendido los promotores de la zona de Quiriguá son:

1) Dar los básicos servicios curativos (ej. primeros auxilios en caso de emergencia, el cuidado de cuchilladas o raspazos, el tratamiento de enfermedades contagiosas);

2) Ayudar a otros que ofrecen servicios curativos;

3) Referir a los pacientes a la clínica rural más cercana cuando es necesario;

4) Participar en las campañas de vacunación del gobierno (ambos para seres humanos y animales);

5) Promoter la organización local en las comunidades;

6) Educar a la gente del pueblo sobre la nutrición básica, servicios de salud y de sanidad, en reuniones o casa por casa;

7) Iniciar y coordinar los proyectos con el propósito de ofrecer agua potable, la construcción de letrinas, el establecimiento de un sistema de basura.

No todos los promotores hacen todas las tareas. En realidad, muchos limitan sus actividades a dos o tres de las tareas mencionadas. La mayoría de los promotores calculan que trabajan más o menos una hora al día como promotor. Puesto que trabajan en los campos durante el día, trabajan de promotores por la tarde o por la primera parte de la noche.

La medicina curativa. Una pregunta importante para la utilización de paraprofesionales de salud en Guatemala es ¿por qué hay tanta variación de las actividades y el funcionamiento de ellos? Mientras es difícil generalizar, es obvio que hay una actividad principal--la práctica de la medicina curativa. Dado al carácter de las actitudes de la comunidad acerca del servicio de salud, les es muy fácil a los promotores concentrar sus esfuerzos en la medicina curativa. El promotor puede adquirir el prestigio en la ayuda de los enfermos del pueblo. De todas formas, la gente no tiene mucho interés en la construcción de las letrinas. La necesidad de servicios curativos es mucho más urgente—un sistema de basura puede esperar; un niño que está muriendo, no. Así, no se sorprende que la actividad más practicada sea la medicina curativa.

Los promotores suelen dar primeros auxilios. También cuidan a los simples cuchilladas y raspazos, y a las enfermedades contagiosas que son comunes. Dos de los más comunes y difíciles problemas son los casos de la diarrea infantil, y los parásitos intestinales. Los dos problemas destacan la necesidad de servicios preventivos para el público para romper esta pobreza e ignorancia que causa estos problemas tan difíciles de curar.

Muchos promotores compran medicinas con su propio dinero en Quiriguá o Los Amates. Todos dijeron que solamente aumentaron el precio de medicina para poder aumentar continuamente sus provisiones de medicina. En algunos pueblos, los

promotores de salud han construido su propia clínica de salud con la ayuda de la gente en sus comunidades. Hay poca duda que a veces se equivocan y que muchas veces hay poco que pueden hacer para los pacientes, puesto que no tienen bastante entrenamiento. Por ejemplo, un promotor de salud recuerda a una vez cuando tuvo que cerrar las heridas de un machete. Los promotores de salud y también la población rural dicen que ya saben sus limitaciones, pero como suelen decir, "Son mejores que nada."

Los promotores de salud son desaprobados a veces por los que forman la política por razones de dedicar demasiado tiempo a los servicios curativos de salud en vez de trabajar más en los servicios preventivos. Hay cierta justificación de esta queja; sin embargo, no toma en cuenta ciertas consideraciones. Primero, como ya he mencionado, muchos pueblos no tienen acceso a los servicios curativos, y creen que el servicio curativo es su prioridad básica. Segundo, aun cuando los promotores dan servicios curativos, pueden a la vez educar a la gente de como se contagian las enfermedades y como se pueden evadir las enfermedades en el futuro. En tales casos los promotores no están practicando sólo los servicios curativos. Tercero, dado a las necesidades que percibe la gente, en dar los servicios básicos y curativos al pueblo, los promotores de salud pueden ganar el respecto y el interés de la gente. Pueden, con la motivación, utilizar este respecto e interés para enseñar al pueblo el valor de los servicios preventivos.

Simplemente no hay bastante Técnicos en Salud Rural. Las visitas a los pueblos sugieren que existe un lazo fuerte entre el éxito de los promotores en la práctica de servicios preventivos y la disponibilidad de la dirección. Vamos a hablar más de esto en la sección sobre la dirección.

Otro factor importante en asegurar el éxito de los promotores es la participación de la comunidad. Una de las primeras cosas que aprenden los promotores es crear un comité de auto-mejoramiento en el pueblo. Este comité tiene la tarea de mejorar la

calidad de vida del pueblo y trabajar directamente con el promotor de salud en tratar de ganar la cooperación del pueblo en las actividades de los promotores. Los miembros del comité son elegidos por la gente del pueblo en la misma manera que los promotores. Los comités suelen consistir de hombres de edad media y de recursos ordinarios. No encontramos ningún comité que tuviera de miembro una figura de autoridad del pueblo (como el maestro o el cura). Funcionan con mucha seriedad estos comités, como ejemplifica uno donde el pueblo lo reorganizó tres veces para asegurar un comité eficaz y animado. Como se puede esperar, algunos son más activos que otros. En todo, los comités parecen funcionar bastante bien y ayudan mucho a los promotores.

Los socios solicitan la participación de otros del pueblo. Buscan esta participación por tres razones. Primero, se cree "democrático" y "justo." La gente pobre y analfabeta aprecia la interacción pública. Segundo, se cree que la gente tendrá más interés en las actividades de los promotores de salud y del comité del pueblo si participa en la selección y la discusión de las varias actividades que van a hacer. Claro, es más fácil persuadirle a la gente que contribuya su tiempo y su energía a un proyecto si ha participado en su selección. La tercera razón para que se busca la participación de la comunidad es que no se puede emprender muchos proyectos sin la ayuda de los miembros de la comunidad. Por ejemplo, un sólo promotor de salud no puede construir una clínica de salud aun si tiene el tiempo y la inclinación. Si otras personas quieren ayudar, es un proyecto posible. Así la participación es deseable y a la vez necesaria.

Las reuniones del comité están abiertas para fomentar la participación de la comunidad. En muchos pueblos los socios del comité visitan a las casas particulares para anunciar las reuniones. Estos esfuerzos normalmente aseguran buena participación. Sin embargo, siempre hay algunos que no participan. Esto ilustra una de las conclusiones más claras del estudio: La mayor dificultad no es en encontrar a alguien que quiera dedicar mucho tiempo a ser promotor de salud, ni en encontrar a un

grupo de personas que quiera ofrecer su tiempo en el comité voluntario de automejoramiento. En su lugar, la mayor dificultad es en atraer y sostener la participación de la comunidad.

Como dijimos más temprano, en cada pueblo hay algunos que tienen interés en trabajar para mejorar la vida del pueblo, y algunos que no. Tal vez hay algunos que oponen a los esfuerzos del promotor de salud. Frecuentemente, pero no siempre, los que tienen una vida de nivel más alto oponen a las actividades del promotor. Pero normalmente hay poca diferencia económica entre las familias que están a favor del promotor de salud y las que están indiferentes a sus actividades. Los promotores explican esa diferencia como parte de la naturaleza. Una gran parte de sus esfuerzos, y los esfuerzos de los Técnicos en Salud Rural y los comités, van a intentar persuadir a la gente indiferente que tome un papel más activo en los asuntos del pueblo.

Aunque no tienen puestos en los comités las autoridades del pueblo, una clave para la participación de la comunidad queda en obtener el apoyo de ellos. Como ya mencionamos, estas autoridades consisten del comisario militar, los curas y el maestro (si hay uno). No es clara la razón para la cual las autoridades no tomen parte en el comité, sin embargo, parece que las autoridades no tienen interés en esas actividades. Además, puede ser más complicado. Aunque no es necesario que las autoridades del pueblo sean miembros del comité local, su apoyo a los promotores es muy importante.

Se ha dicho y se ha escrito mucho de las relaciones de los pacientes-clientes en Latinoamérica. Aunque uno debe cuidarse de no extender demasiado el análisis, parece que aun al nivel del pueblo, existen ciertos elementos de tales relaciones. Así, parece importante que los promotores de salud tengan el apoyo de las autoridades. Algunos promotores están concientes de esto e intentan obtener el apoyo de los líderes antes de tratar de trabajar con el pueblo entero. Por ejemplo, un promotor dijo que para él, era

hablar con los miembros de las iglesias. Si aprueban los curas, la gente probablemente seguirá. También el apoyo, o por lo menos la aprobación silenciosa, del comisario militar es muy importante a las actividades del promotor.

Claro, solamente la aprobación del cura y del comisario militar no significa que el pueblo apoye con entusiasmo al promotor de salud. Al revés, aun con la oposición de las autoridades algunos promotores han podido organizar a sus comunidades para llevar al cabo sus tareas. Pues, es mucho más fácil para los promotores obtener el apoyo general de la comunidad si tienen el apoyo de las autoridades del pueblo.

Es difícil generalizar del éxito de los promotores en solicitar la participación ya que varía mucho el nivel de participación en los varios pueblos. La mayoría de los pueblos visitados tenía alguna forma de participación de la comunidad. Las excepciones fueron los pueblos donde los promotores de salud sólo practicaban medicina curativa. Allá se encuentra menos participación como esta clase de servicio no requiere un esfuerzo organizado. Fuera de estos casos, la mayoría de los pueblos tenía bastante participación para que el promotor efectuara algunos proyectos, pero no bastante para efectuar otros proyectos más ambiciosos.

La gente del pueblo no participa en la evaluación de los promotores. La idea de la evaluación no es común para esa gente, y así no hay proviso para la evaluación formal de los promotores al nivel local. Uno espera que la existencia del comité local y la participación de algunas personas del pueblo daría una manera informal de evaluar a los promotores. No se encontró nada de evidencia para confirmar eso.

Dos factores más que explican el funcionamiento y las actividades de los diferentes promotores son las características particulares del pueblo y las diferencias individuales de los paraprofesionales. Porque los servicios de medicina curativa están tan remotos, algunos promotores se dedican a tales servicios; otros se dedican a la educación de salud o los servicios preventivos. Las diferencias entre los pueblos pueden

explicar cuáles proyectos de salud preventiva se van a emprender. Por ejemplo, en un pueblo particular que visitamos, las mujeres tenían que caminar más de una media hora para agua que a veces no estaba limpia. Así, había mucho interés de parte de los promotores de salud en construir un pozo para proveer agua potable.

Las diferencias individuales entre los paraprofesionales también explica ciertas diferencias de funcionamiento. Esto es importante en parte porque los promotores no reciben nada de compensación por su trabajo. Dicen que trabajan como promotores de salud "para servir a su comunidad." Es cierto que no trabajarían como promotores si no tuvieran interés en ofrecer sus servicios; pues, esto tiene límites también. El altruismo de los voluntarios va a variar. También, el tiempo libre de los promotores que pueden dedicar a las tareas varía entre los promotores.

La compensación. Es increíble en sí que los paraprofesionales en salud rural trabajen sin nada de compensación material. Sólo con pocas excepciones los promotores son tan pobres como las personas a las cuales sirven. Los promotores entrevistados creían que habían aumentado su "posición" en el pueblo como resultado del puesto; sin embargo, esto no parece tener mucha importancia. Hay muchos que dejan de ser promotores pero es difícil calcular la cantidad de ellos que renuncian sus puestos. Muchos de los entrevistados confiesan tener de vez en cuando la idea de dejar su trabajo como promotor de salud. No se sorprende que los promotores expresen un deseo de recibir un salario y que crean que con salario pueden ser más eficaces. Creen, por lo menos, que el salario debe venir del gobierno, y no del pueblo, que es demasiado pobre para pagar por los servicios.

Parece que los promotores podrían ser más eficaces si recibieran compensación por sus esfuerzos. Sin embargo, en total ofrecen mucho como voluntarios. La mayoría de ellos no tiene nada de interés en la política nacional, pero tiene interés en mejorar la vida en su pueblo. Están listos para hacer sacrificio, principalmente en la donación de

su tiempo libre, pero también en hacer cosas como comprar ejemplares del libro "Donde no hay médico" con su propio dinero.

La dirección de los promotores de salud

La dirección de los promotores de salud viene de los Técnicos en Salud Rural. A pesar de su juventud (la mayoría sólo tiene unos 20 años), generalmente los promotores y el pueblo los aceptan. Son respetados particularmente por su educación. A veces necesitan un poco de tiempo para ganar la confianza del pueblo, pero no es un problema muy serio. Es importante por los Técnicos en Salud Rural a ganar la confianza de las autoridades del pueblo, en particular el comisario militar.

Los Técnicos en Salud Rural trabajan muy bien con los promotores de salud. Ambos tienen la misma orientación—la salud rural y los servicios preventivos de la salud pública. Aunque se considera la dirección muy importante para el control, es la función menos importante del Técnico. Los directores de los promotores de salud les ayudan de estas maneras:

1) Les dan dirección y gobierno
2) Les dan prestigio en los ojos de la gente local
3) Ofrecen entrenamiento en tareas específicas
4) De vez en cuando proveen recursos necesarios
5) Les dan a los promotores contacto social

Todas estas funciones son muy claras, con la excepción de número dos. Como ya mencionamos la gente del pueblo tiene confianza en los promotores como personas, pero en realidad no cree que una persona de su propio pueblo puede cambiar la vida del pueblo. Sin embargo, si los promotores le pueden dar a la gente la impresión que tienen acceso a los "expertos" y a los recursos, pueden merecer más respeto en sus pueblos. Los directores ayudan a establecer la legitimidad y autoridad de los promotores de

salud, y los promotores lo saben. Por eso, les gusta que la gente los vea con sus directores. Los Técnicos en Salud Rural frecuentemente hablan con muchas personas en los pueblos que visitan.

Dado la ayuda que ofrecen los Técnicos en Salud Rural, es desafortunado que muchos promotores reciban dirección inadecuada. Es que no hay bastante Técnicos entrenados para dar dirección a todos los promotores. Algunos Técnicos tienen más o menos 20 pueblos. Así, la dirección suele ser no muy frecuente a pesar de las buenas intenciones.

Aunque la frecuencia de dirección no es estable, la calidad parece ser muy buena. Los Técnicos en Salud Rural tienen relaciones muy amables con sus promotores, y los promotores están libres a preguntar de cómo se resuelven los problemas particulares y piden los recursos obtenibles. Por ejemplo, en un pueblo que visitamos, los promotores le pidieron al director que hablara con el comité de mejorar el pueblo que se había formado recientemente sobre cómo se conducen las reuniones y cómo se resuelven los problemas del pueblo. En el día designado, el director les dió una conferencia sobre eso con la ayuda de pizarra de la escuela. Luego contestó las preguntas de la gente.

La actitud de los promotores hacia sus directores demuestra la importancia de ellos en ayudar a los promotores. Algunos promotores se refieren a sus directores con el título de "Don" o "Profesor" aunque no sea necesario. Los directores nunca llevan consigo la comida porque son tan hospitalarios los promotores. Los promotores quieren que sus directores les visiten con más frecuencia. También, los promotores sin dirección que visitamos nos pidieron la dirección en el futuro. En la reunión de los promotores de salud locales en diciembre de 1979, el director del centro de entrenamiento les preguntó a los promotores qué necesitaban más. Contestaron: "Más dirección."

Puesto que visitamos a algunos pueblos donde los promotores de salud no reciben dirección y a otros donde reciben dirección, era posible ver la diferencia. La diferencia es clara e impresionante. Los con dirección tienen más confianza, son más activos y tienen más inclinación a los proyectos de salud preventiva y no solamente los de medicina curativa. Aunque no se podía medir las diferencias, los promotores con dirección parecían mucho más activos (el doble) que los sin dirección, y cuatro veces más probables a entrar en los proyectos de salud preventiva. Además, la opinión de INDAPS es que la tasa de renunciar el puesto para los promotores que no reciben dirección es tres veces más alta.

Además de no tener bastante Técnicos, también les hacen falta los recursos de ayudar bien a los promotores. Casi no existen materiales educativos. Se frustran muchos proyectos por falta de recursos. Por ejemplo, no hay manera de conseguir los materiales para un sistema de agua potable. Es cierto, hay algunas cosas que no se pueden hacer sin recursos de afuera. Pues, la escasez de logística y de provisiones impide mucho las actividades de ambos los promotores de salud y los Técnicos.

Capítulo III
CONCLUSIONES DE LAS INVESTIGACIONES

Las conclusiones específicas y las implicaciones políticas

No se puede decir que la utilización de paraprofesionales de salud rural en la zona estudiada tiene gran éxito, pero ha tenido cierto éxito. Es difícil explicar en cantidades muchas de las actividades de los promotores de salud, y es aun más difícil separar el trabajo de los promotores de él de los Técnicos en Salud Rural. Sin embargo, tenemos algunos datos que atestiguan al éxito de ambos los promotores y los Técnicos en Salud Rural en esa zona entre los años 1977-9.[1]

Antes de 1977 no había facilidades de servicios de salud en la zona de Quiriguá y los Amates. Al final de 1979, una clínica rural se estableció en las montañas con una enfermera auxiliar y un Técnico en Salud Rural. Los promotores de salud locales y otras personas reunieron el dinero para la construcción de las facilidades necesarias y construyeron el edificio con sus propios manos. Además, se han establecido cinco más clínicas de salud que dan sólo los servicios básicos. Allá trabajan promotores de salud. También los promotores organizaron a sus comunidades para que se colectaran el dinero para construir las facilidades básicas. Muchos promotores individuales dan servicios limitados de medicina. Pueden ofrecer servicios en las zonas donde antes no había acceso a los servicios de salud.

Durante el mismo tiempo, completaron tres proyectos para proveer el agua potable a los pueblos. Veintitrés proyectos más mejoraron la provisión del agua a los pueblos. Sesenta y dos proyectos más mejoraron la deposición de la basura. Antes de 1977 sólo 5% de las familias en esa zona tenía letrina. En 1979, 11% de las familias la

---

[1]Toda la estadística viene de V. Racancoj, Memorias 1977-1979, Area Comunitaria INDAPS (INDAPS: Quiriguá, Izabal, Guatemala, 1979), p. 4-6.

tenía. Han llevado a cabo varios programas educativos. Y finalmente, han vacunado a miles de animales para impedir la muerte de ellos.

Si es difícil obtener unas medidas del funcionamiento de los paraprofesionales de salud en Guatemala, entonces es imposible obtener datos para indicar el resultado de sus esfuerzos. Exactamente cómo han afectado las tasas de mortalidad y de morbididad, por ejemplo, no se sabe. Además, es difícil creer que los guatemaltecos rurales no estén mejores como resultado de sus esfuerzos. Muchos en el pueblo han recibido servicios médicos por primera vez en su vida, y tienen por lo menos un conocimiento limitado de servicios preventivos de salud. También, muchos pueblos ahora tienen el comité de mejoramiento y la experiencia de usar los recursos locales para mejorar la vida del pueblo. Muchas personas han participado en los proyectos con el propósito de ofrecerles a sus vecinos una vida mejor.

Los esfuerzos de los promotores son aun más importantes cuando se consideran las dificultades que se enfrentan. Algunos, comos las actitudes rurales hacia los servicios de salud, no se pueden evitar. Otras dificultades de los promotores de salud se podrían aliviar con la ayuda de las personas que mandan la política. Hay poca duda que un mayor compromiso al nivel político para suministrar dinero a la salud rural permitiría que los paraprofesionales fueran más activos y eficaces.

Tres medidas útiles serían:

1) Aumentar la dirección de los promotores de salud con el entrenamiento de los Técnicos en Salud Rural;

2) Aumentar la cantidad de recursos dados a los promotores;

3) Mejorar el nivel de cooperación entre los empleados--pagados o no--del Ministerio de Salud, el Ministerio de Defensa y el Ministerio de Educación.

Cada uno merece más atención.

Considerando la gran diferencia entre los promotores que reciben dirección y los que no la reciben, una manera muy fácil de mejorar el funcionamiento de los

promotores de salud sería el entrenamiento de más Técnicos en Salud Rural para que todos los promotores recibieran la dirección. En poner a disposición la dirección a los promotores, mejoraría el nivel de funcionamiento general y resultaría en un nivel más uniforme y estable de servicios para los guatemaltecos rurales. Como hemos visto, la dirección mejora el funcionamiento de los promotores no en dar control sino en dar ánimo y consejo que aumentan la confianza del promotor; también aumentan su posición en los ojos del resto del pueblo. Los directores también pueden ayudar a resolver problemas que impiden los esfuerzos de los promotores de salud.

En aumentar la cantidad de recursos dados a los promotores, también aumentaría el éxito que tendrían con el mismo efecto que el aumento de dirección. El acceso a recursos de afuera mejora el espíritu de los promotores y también mejora su posición en la comunidad. Por ejemplo, es difícil ofrecer servicios curativos y mantener la confianza del pueblo si no tiene provisiones medicales. Sin embargo, si recibe provisiones regularmente, tiene algo que ofrecer al pueblo y también tiene más confianza porque alguien fuera del pueblo piensa en él y le da las provisiones.

Claro, los recursos facilitan directamente o hacen posible ciertos proyectos o actividades. Un pueblo puede tener algunos recursos, como el labor, pero la ausencia de otras necesidades puede limitar las actividades de ambos los promotores y los Técnicos en Salud Rural. Los promotores de salud expresaron la necesidad de más provisiones medicales, más materiales educativos, y materiales, para los proyectos de servicios preventivos (ej. las bombas para proyectos de agua potable). La provisión de estos recursos les puede dar el incentivo necesario a los promotores para organizar a la comunidad y llevar a cabo proyectos que mejoran el nivel de salud en los pueblos rurales.

La tercera idea es mejorar el nivel de cooperación entre los representantes del pueblo en los varios ramos del gobierno. Considerando la influencia que tienen las

autoridades del pueblo en Guatemala rural, su cooperación es esencial. El cambio de las actitudes acerca de los servicios de salud es un trabajo muy difícil. Cuando las autoridades del pueblo no están de acuerdo en cuanto al valor de las actividades del promotor de salud, el trabajo del promotor se hace aun más difícil, especialmente porque no tiene mucha autoridad respeto a sus habilidades profesionales. Es que los paraprofesionales en general dependen más del apoyo de otros con autoridad que los paraprofesionales que pueden basar su autoridad en su experiencia.

El mejoramiento del nivel de cooperación entre los empleados de los diferentes Ministerios que tienen representantes en los pueblos rurales puede y debe emprenderse en dos niveles, el nivel nacional y el nivel local. Por ejemplo, el Ministerio de Salud puede asegurar el apoyo del Ministerio de Educación para las actividades de los promotores de salud. Entonces, pueden mandar a los maestros que publiquen y apoyen las actividades de los promotores locales. Al nivel local, cada promotor puede hacer un esfuerzo de explicar sus actividades a las autoridades del pueblo, para fomentar su participación en las actividades. El gobierno también puede hacer otras cosas para publicar las actividades de los promotores de salud y para aumentar su posición en los ojos del pueblo. Una posibilidad es hacer que anuncien en la radio las actividades de los promotores. Aunque la mayoría de la gente rural es analfabeta, muchos de ellos tienen radios.

Otro cambio político que sería posible y que mejoraría el funcionamiento de los promotores de salud es pagarles un salario. Desafortunadamente, no parece posible para los promotores. El coste de pagarles a los promotores sería alto. También hay otra desventaja en pagarles: si los promotores recibieran un salario, sería difícil determinar cuáles candidatos tenían interés en el trabajo y cuáles sólo tenían interés en el salario. Sin embargo, si no reciben salario, se debe reconocer que sólo pueden

dedicar una porción limitada de su tiempo a su trabajo. También es necesario entrenar constantemente a los promotores porque muchos renuncian el puesto.

Es posible que estas ideas ayuden mucho a los promotores, pero hay que tener en cuenta que no se puede eliminar todos los problemas de eficacia por medidas políticas. Las actitudes de la comunidad hacia los servicios de salud es un ejemplo. Es cierto que no se puede cambiar la actitud de la comunidad con esfuerzos del gobierno. Otro obstáculo más serio es la pobreza de los pueblos. Declararon los promotores casi unánimamente que la pobreza de su población es el problema más grave. Repetídamente frustra los esfuerzos de ellos. Por ejemplo, un promotor de salud dijo que puede presentar a su comunidad cuáles son los alimentos necesarios para la nutrición, pero él mismo, tanto como el resto de su pueblo, no tiene bastante dinero para comprar aquellos comestibles. Igualmente los promotores de salud pueden ayudar a los enfermos, pero si los pacientes vuelven a las mismas condiciones que producen las enfermedades, se van a enfermar de nuevo. Así, hay que tener en cuenta que aun si el gobierno aumentara su apoyo a los paraprofesionales en salud rural, todavía tendrían un trabajo muy difícil.

Al otro lado más positivo, la decisión de tener elecciones para el promotor de salud contribuye al conocimiento, el interés, y la confianza de la comunidad. Igualmente, el tiempo y el contenido del entrenamiento del promotor de salud parecen apropiados. Se ejemplifica la importancia de esto en el hecho de que todos los promotores dijeron que si hubieran ofrecido el entrenamiento en otra temporada, no habrían podido dejar sus cosechas para recibir el entrenamiento. En este caso la administración se daba cuenta de las situaciones de los agricultores y la consideraban en el planeamiento y en las decisiones. Esta sensibilidad en la planificación tiene mucha importancia. Ha habido insuficiencias en la práctica del programa. La mayoría de esas no vienen ni de mala planificación ni de la administración adecuada sino a la falta de

recursos. El Ministerio de Salud funciona bajo restriciones del presupuesto. No se distribuyen los recursos necesarios a los promotores de salud ni a los Técnicos en Salud Rural. Esta falta de apoyo es un problema grave de los promotores de salud.

La propuesta final en referencia a la utilización de paraprofesionales es que la eficacia, eficiencia y responsividad de los paraprofesionales va a variar con el éxito de fomentar la participación local, particularmente por las organizaciones locales. Como ya dijimos, la participación local se ha demostrado inestimable a los promotores, pero a veces es difícil obtenerla. Antes de iniciar los programas de los promotores de salud y los Técnicos en Salud Rural, era muy raro que los pueblos tuvieran una forma de organización de auto-asistencia local. La primera actividad de los recién entrenados promotores y Técnicos es el establecimiento de los comités de auto-mejoramiento en los pueblos. Estos comités han sido esenciales en ganar el interés, la confianza y el apoyo del pueblo en las actividades del promotor.

En general, la participación de la comunidad es muy deseable. La gente acepta y tiene confianza en los promotores de salud elegidos por sus pueblos. La gente muchas veces participa en la decisión de cuál problema va a atacar y cómo lo va a atacar. También, ayuda a llevar a cabo los proyectos. No se pueden comenzar muchos proyectos sin la participación de la comunidad.

Una dificultad es que la población rural cree que lo que más necesita es los servicios curativos, pero los que iniciaron el programa creen que los más importante es los servicios preventivos de salud. Hay una relación entre la participación local y los programas curativos. Si no se permiten los programas curativos, la participación se atrasa. ¿Cómo se decide cuál es mejor? No es fácil la respuesta. No obstante, la solución más fácil es dar ambos los servicios curativos y preventivos cuando posible. A pesar de las dificultades, hay poca duda que la participación de la comunidad es muy importante para el éxito de los paraprofesionales.

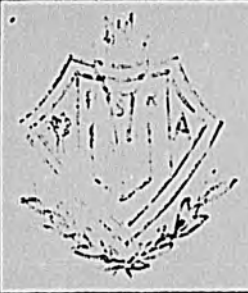
En adición salieron otras conclusiones que tendrán interés al lector. Si la única limitación en usar profesionales médicos es su coste tan alto, se pueden emplear a los paraprofesionales y después usar los profesionales como instructores y directores. No obstante, si, como es el caso de Guatemala, la restricción en usar profesionales no es solamente el coste, sino también su desinclinación de trabajar en las zonas rurales, también su orientación profesional que no pertenece a los predominantes problemas de salud, entonces sería buen consejo a un país seguir el ejemplo de Guatemala y entrenar a los subprofesionales para dar dirección a los paraprofesionales. Si los profesionales establecidos no quieren practicar en las zonas rurales, no querrán trabajar allá como directores, tampoco, y no sería bueno planear un programa dependiente en ellos. También la experiencia de Guatemala sugiere que los profesionales ya establecidos estarán contra el programa de paraprofesionales inicialmente y así no querrán trabajar con ellos. Se puede reclutar a los subprofesionales como los Técnicos en Salud Rural en Guatemala en las zonas donde trabajarán, y se los puede entrenar a tratar con los problemas rurales. También se los puede emplear específicamente a trabajar con los paraprofesionales.

La experiencia en Guatemala con los paraprofesionales ha echado duda en dos suposiciones. El primero es que los paraprofesionales de la comunidad tienen la ventaja de ser aceptados más fácilmente que los extraños que tienen los mismos deberes. Parece que esta consideración es un poco engañosa. Como ya dijimos, la gente rural tiene más confianza en los promotores que en los extraños, pero no esperan mucho de una persona de su propio pueblo. Esa actitud es obstáculo para los promotores aunque se puede vencer con la dirección y el apoyo logístico de afuera.

Otra suposición común es que hay mucho que puede hacer la gente rural con la organización correcta. La gente debe participar en los esfuerzos de ayudarse, y se puede obtener esa participación con una organización de la comunidad. Sin embargo,

hay un límite de lo que puede hacer un pueblo. Puede tener algunos recursos, por ejemplo, de personal, pero una escasez de otras necesidades. Esto sugiere que se deba ver a los paraprofesionales como complemento a los profesionales establecidos y a los sistemas de entrega de servicios sociales en vez de verse como un "alternativo". El apoyo activo del gobierno, y a un nivel más bajo, del sistema de servicios de salud ya establecido, son necesarios para el éxito de un programa de paraprofesionales de salud.

APENDICE



Voz Campesina

PROMOTORES RURALES DE SALUD QUIRIGUA, LOS AMATES, IZABAL SEPTIEMBRE 1979 Nº4

Entre tus apuros
con tus vecinos
contento y sin
enfermedad
eso es Salud

EDITORIAL

Comunidad, comités y promotores reunidos. Gran importancia para nuestras comunidades pobres, sin tierra y con mucha enfermedad del municipio de Los Amates fueron las actividades realizadas en la primera semana de Septiembre en el INDAPS, Quiriguá.

Activamente participaron miembros de organizaciones de diferentes comunidades en la segunda etapa del cursillo de orientación a comités.

También se logró intercambiar experiencias entre promotores en función y de la IV Promoción que pronto inician su actividad como Promotores de Salud.

Pero mayor fué nuestra satisfacción cuando por primera vez estuvieron reunidos comités y Promotores de Salud discutiendo nuestros problemas, y se logró dar a conocer, qué aprende, cuál es la función, que a hecho y qué problemas tiene el Promotor en Salud Rural; para esta actividad fueron invitados con tiempo anticipado y por escrito las autoridades militares y civiles del municipio, pero lamentablemente no asistieron, ni sabemos por qué, pues no nos notificaron, ¿Será porque somos pobres y sencillos? aunque era importante su presencia, nuestros logros fueron buenos.

Alegría nos causó también ver a cientos de nuestros vecinos de diferentes comunidades que vinieron para participar en la clausura de la IV Promoción de Promotores, primer cursillo de orientación a comités y segundo encuentro de Promotores en función.

El sábado 8 de Septiembre, pudimos personalmente escuchar comentarios y deseos por seguir trabajando unidos para cambiar la situación de pobres de nuestra comunidad.

Estas actividades fueron el inicio de una mayor comunicación, creemos que se deben de seguir fomentando, para recorrer unidos, el camino hacia una mejor salud, y en ello una mejor vida para nosotros los campesinos pobres.

EL DIRECTORIO

. . . . Y así, todavía nos insulta.

[illegible] Javier Monroy.

[illegible] todo el esfuerzo de la comunidad y la ayuda del Ministerio de Obras Públicas se construyó en la aldea La Libertad una escuela y vivienda para el profesor.

Al terminar la construcción de la obra, SOBRARON 500 BLOCKS Y MADERA. Por lo que el Comité Pro-Mejoramiento decidieron SOLICITARLO al ingeniero encargado de la obra PARA LA CONSTRUCCION DE UN PUESTO DE SALUD, quien respondió que podíamos usarlo. Pero resulta que el PROFESOR QUIERE VENDER ESE MATERIAL, PERO nosotros los del Comité, Alcaldes auxiliares, Promotores y la comunidad no hemos opuesto a la venta. Es por eso que el profesor está enojado y el día 15 de Septiembre estando yo en la casa de un mi vecino, me trató con palabras pesadas y me dijo que eramos unos COMUNISTAS, gracias a unos señores que intervinieron no siguió insultándome. Pero eso que nos dijo no nos aflige y estamos dispuestos a trabajar por los intereses de la comunidad.

DIRECTORIO VOZ CAMPESINA.

Amilcar González
José Luis Cerna
Antonio Rodríguez
Domingo Recinos.

LOS HABITANTES DE LA REPUBLICA TIENEN DERECHO DE ASOCIARSE LIBREMENTE PARA LOS DISTINTOS FINES DE LA VIDA HUMANA CON EL OBJETO DE PROMOVER, EJERCER Y PROTEGER SUS DERECHOS E INTERESES ESPECIALMENTE LOS QUE ESTABLECE LA CONSTITUCION.

Artículo 64 Constitución, Guatemala.

SEMINOLA EN MARCHA.

Seminola es una aldea situada más o menos a 20 Kms. de la cabecera municipal de Los Amates, se cultiva maiz, frijol, arroz, plátano, yuca, banano, tomate, piña, cocos, aguacates, etc.

Hasta el momento solo 100 personas tienen cada quien una parcelita de 5 manzanas cada una, el terreno donde vivimos es privado. Por el momento tiene dos vías de acceso la más antigua por la finca privada Patzún (Bandegua).

La otra es la carretera nueva que acaba de introducirse a la altura del Km. 312 de la ruta al atlántico, está nueva, tiene una extensión aproximada de 7 Kms. y medio, carretera balastrada.

Para la construcción de esta carretera naturalmente se precisó del abundante recurso humano de toda la comunidad organizada, así como la ayuda económica de la misma y de instituciones internacionales.

En otra oportunidad daremos a conocer otra faceta de nuestra bella y progresista comunidad.

COMITE PRO-MEJORAMIENTO
SEMINOLA.

Hoja N°2

Best Available Document

INDAFS SE PROYECTA AL CAMPESINO.

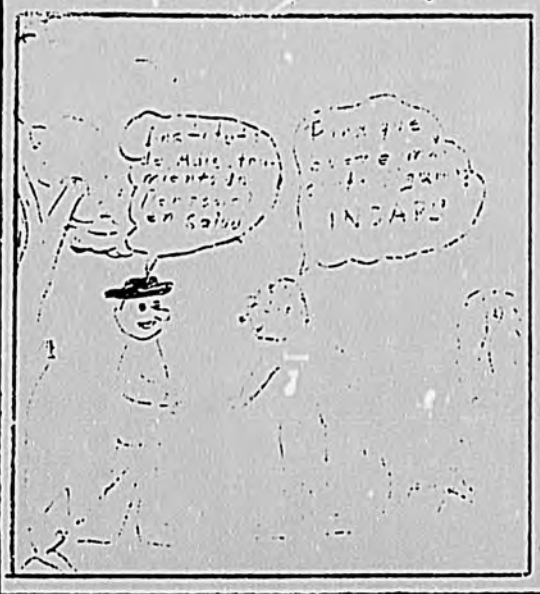
Por: Domingo Reginos.

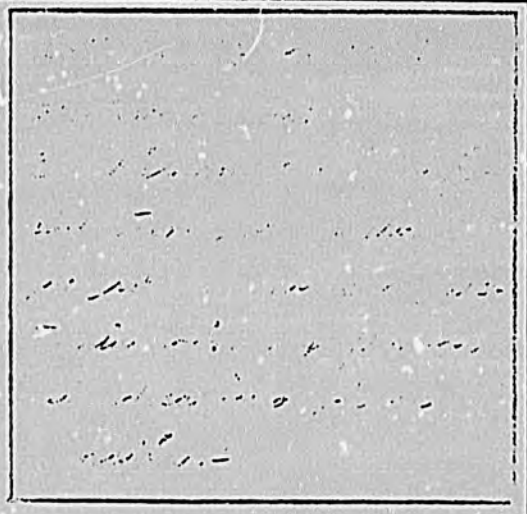
En 1972 el MINISTERIO DE SALUD PUBLICA y ASISTENCIA SOCIAL creó un nuevo centro de capacitación para personal en Salud.

En el edificio que nosotros conocemos como Hospital de Quirigüá se transformó en el ahora llamado INDAFS. Su principal objetivo es formar TECNICOS EN SALUD RURAL Y AUXILIARES DE SALUD COMUNITARIA. Pero el personal como buenos guatemaltecos, no conformes con sus actividades pensaron en promover a HUMILDES Y PROGRESISTAS CAMPESINOS que por mucho tiempo hemos sido olvidados.

En agosto de 1977 INDAFS inicia la capacitación de 7 PROMOTORES EN SALUD RURAL de sus alumnos, a la fecha somos 76 PROMOTORES, capacitados en 4 Promociones. Es necesario mencionar el entuerzo y dedicación del T.S.R., Víctor M. Racancoj y de la A.E.C., Gladys A. Gabriel y todo el personal del Puesto de Salud de Quirigüá, así como el Apoyo del Dr. Roderico Morán Arroyo, Director del INDAFS.

Finalmente diciendo que sigamos de FRENTE POR EL PROGRESO DE GUATEMALA.





HISTORIA DE UNA ESTATA

Por: Mario Galdámez.

Los campesinos de la aldea Minco, Izabal, se reunieron en Mayo de 1970 en el ranchón de la escuela con el propósito de afiliarse al Movimiento Campesino "Independiente" para que por medio de esta organización obtener la "adquisición legal" de nuestras tierras en El Corosito, desde esa fecha se empezó hacer solicitudes al llamado Instituto de Transformación Agraria I.N.T.A., pero el tiempo iba transcurriendo y los resultados no eran nada seguros y así pasaron 7 años sin ninguna resolución favorable, los campesinos se cansaron de tanto aportar dinero y decidieron ya no continuar, pues nos dimos cuenta que esa organización trataba de desfalcar nuestra comunidad, habiendose llevado el dirigente del M.C.I. La cantida de Q. 4,000.00. Este fracaso nos dejó como experiencia que todo campesino debe preguntar cuáles son los objetivos de las organizaciones que se realizan en nuestra comunidad y participar cautelosamente.

Best Available Document

AUTORIDADES CAUSAN MAS PROBLEMAS.

Por: Samuel Ramírez.

Soy Promotor Rural de Salud de Alcea Río Blanco, Los Amates, actualmente realizo las actividades de: atención de enfermos, poner inyecciones, visito enfermos a su casa cuando es necesario, atiendo emergencias, y últimamente hemos realizado la vacunación [illegible] y otros en toda la comunidad, todas estas actividades las realizo sin ganar un solo centavo, no decir que a pesar de tener que trabajar para mi sustento diario y el de mi familia, esto, al servicio de mi comunidad voluntariamente. Pero las autoridades militares ya han dos veces que me agarran para el servicio militar, la primera vez iba a una reunión importantísima de promotores y me agarraron en la Aldea Trinchera, ya no supe nada de la reunión. La última vez iba normalmente a trabajar como todo buen hombre, me agarraron en Los Amates y me llevaron hasta Puerto Barrios, pase dos días llevando porrazos (golpes) en el cuartelamento militar.

Ojalá que estas autoridades nos comprendan y ayuden, pues nuestra actividad es de más importancia para nuestra gente.

SOCIALES

Alegremente el 7 de Septiembre celebró su cumpleaños MARIA ETHEL [illegible]NA PEREZ, en la comunidad Semincia.

Otro año más cumplió BENIGNO GREGORIO, el 28 de Septiembre en Comunidad La Unión.

El grupo de PROMOTORES DE SALUD a través de VOZ CAMPESINA, desea a los compañeros muchos años más de vida y lucha a la par de sus vecinos: FELICIDADES Y ADELANTE COMPAÑEROS.

PROBLEMAS A RESOLVER.

El Comité de Bañadero Colorado tiene serios problemas debido a que la comunidad no mucho quiere trabajar, y tiene razón, pues desde hace como cuatro años que se están formando comité y no hacían nada, pues duraban unos veinte o treinta días y no seguían funcionando, por eso motivo los comunitarios ya no creen en nosotros, piensan que igual vamos fallar. Pero los compañeros que integramos el comité promejoramiento de Bañadero Colorado estamos motivados a demostrar que sí sabemos trabajar y lograr trabajar todos unidos en nuestra comunidad por nuestro desarrollo.

Por: Comité Promejoramiento.

Gracias por HERVIR EL AGUA que bebo

CONSEJOS DE UN PROMOTOR.

Por: Reginaldo López Chuy.

Hierve el agua antes de tomarla.
Lávate las manos antes de comer.
Construye una letrina para tu familia.
Quema o entierra las basuras.
Mantén limpia tu casita por muy sencilla que sea y entierra las basuras.
No dejes entrar al dormir gallinas ni perros dentro tu cuarto y comes.

Haciendo esto ayudarás a protegerse a tu familia de muchas enfermedades.

Y también te recordamos que la enfermedad, desnutrición, analfabetismo, carencia de trabajo, poca producción y falta de tierras; tienen solución

TRABAJANDO ORGANIZADOS.

Presta atención y pon en práctica los consejos del Promotor en Salud de tu aldea.

Hoja Nº4

Best Available Document

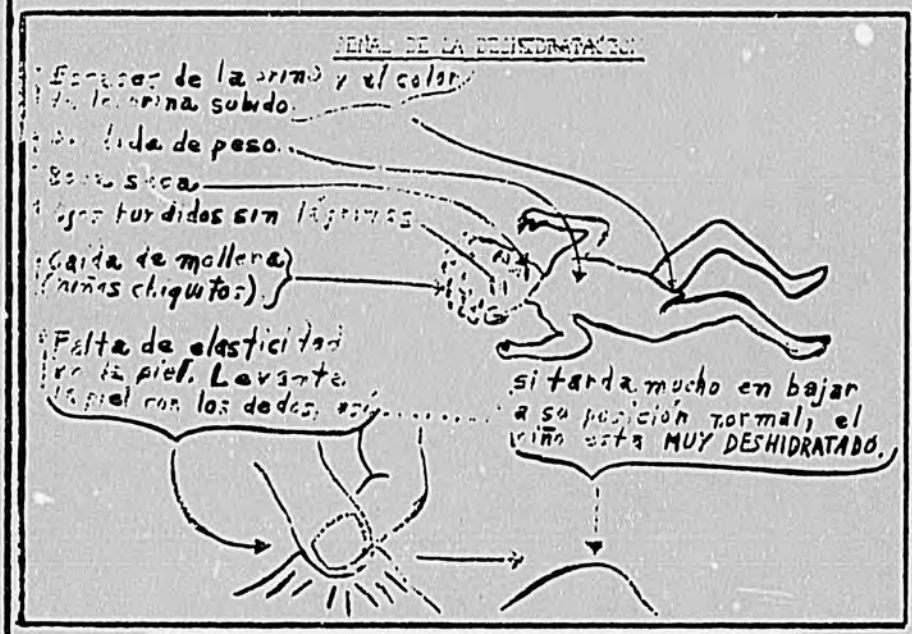
DESHIDRATACION O RESEQUEDAD DEL CUERPO.

LA MAYORIA DE NIÑOS QUE MUEREN DE DIARREA, MUEREN POR FALTA DE SUFICIENTE LIQUIDO EN SUS CUERPOS.

ESTA CONDICION SE LLAMA DESHIDRATACION.

DESHIDRATACION RESULTA cuando el cuerpo pierde más líquido del que se toma. Esto puede pasar en casos de diarrea fuerte, especialmente si hay basca (vómitos), y en varias enfermedades graves.

Personas de cualquier edad pueden padecer de deshidratación, pero es peligro para los niños chiquitos. Es importante reconocer las señas para saber como combatirla.



Voz Campesina Oriental

TRATAMIENTO PARA LA DESHIDRATACION.

Una persona deshidratada debe tomar muchos líquidos: agua, té, refrescos, etc. Si la persona está muy deshidratada que le prepararle y darle suero PARA TOMAR.

A la persona deshidratada, dale tragos de suero para tomar cada 5 minutos hasta que empiece a orinar normalmente.

Una persona grande necesita 2 ó más litros diarios; un niño chiquito necesita por lo menos un litro diario.

Si el enfermo no puede tomar suficiente suero para combatir la deshidratación, o si vomita todo lo que toma, no se puede controlar los vómitos, busque un Puesto de Salud.

Si una persona deshidratada tiene vómitos que no se pueden controlar, pero no tiene diarrea, puede ponerle suero LAVADOS DE SUERO PARA TOMAR muy despacio. Hay que poner el líquido muy lentamente para dejar que los absorva y evitar que los arroje.

INFRELO DEPTO, ARTES GRAFICAS DEL TNLAPS.

¿ COMO SE HACE UN SUERO PARA TOMAR? PROXIMO NUMERO "VOZ CAMPESINA". Hoja Nº5

BIBLIOGRAFIA

1. AID, Audit: Rural Health Services: Pro Ag 71-35, FY-74.

2. AID, Country Development Strategy Statement: Guatemala, (Department of State, enero 1979).

3. R. Colle et al., Concept Paper: Paraprofessionals in Rural Development, (Ithaca, N.Y.: Rural Development Committee, Cornell University, 1979).

4. J. Habicht and Working Group on Rural Medical Care, "Delivery of Primary Care by Medical Auxiliaries: Techniques of Use and Analysis of Benefits Achieved in some Rural Villages in Guatemala," (Washington: PAHO/WHO Scientific Publication No. 278, 1978).

5. A. Lechtig, et al., Sumario del Estado Actual del SINAPS, (Guatemala: INCAP, 6 de junio, 1979).

6. E. Croft Long and A. Viau, Health Care Extension Using Medical Auxiliaries in Guatemala, trabajo inedito.

7. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Evaluación del Programa de Formación de Promotores de Salud, (Guatemala, 1978).

8. Dr. R. Monzón, Resumen del Diagnóstico de Salud, (Quiriguá, Izabal, Guatemala: INDAPS, 1979).

9. V. Racancoj, Memorias 1977-1979, Area Comunitaria INDAPS, (Quiriguá, Izabal, Guatemala: INDAPS, 1979).

10. Dr. A. Viau and Dr. E. Bootstrom, Guatemala's Rural Health Technicians: An Overview, reporte preparado en agosto de 1979 para la conferencia Alma Ata.

52

SPECIAL SERIES ON RURAL LOCAL GOVERNMENT

#1 **The Elusiveness of Equity: Institutional Approaches to Rural Development in Bangladesh** Harry W. Blair, $3.50, 138 pp.

#2 **People's Communes amd Rural Development in China** Benedict Stavis, $4.50, 184 pp.

#4 **Panchayati Raj and Rural Development in Andhra Pradesh India** G. Ram Reddy, $3.50, 98 pp.

#5 **The Dynamics of Institutional Change and Rural Development in Punjab, India** S.S. Johl and Mohinder S. Mudahar, $4.50, 171 pp.

#7 **Rural Local Government and Agricultural Development in Java, Indonesia** Gary G. Hansen, $2.50, 86 pp.

#8 **Local Institutions and Rural Development in Japan** Ronald Aqua, $2.50, 110 pp.

#9 **Local Institutions and Rural Development in Malaysia** Stephen Chee, $3.50, 112 pp.

#10 **Basic Rural Democracies and Rural Development in Pakistan** Norman Nicholson and Dilawar Ali Khan, $3.50, 106 pp.

#12 **Local Government and Rural Development in the Philippines** Santiago S. Simpas, Ledvina Carino and Arturo Pacho, $3.50, 188 pp.

#13 **Local Institutions and Rural Development in South Korea** Ronald Aqua, $3.50, 82 pp.

#15 **Rural Local Governance and Agricultural Development in Taiwan** Benedict Stavis, $4.50, 132 pp.

#16 **Local Governance and Rural Development in Thailand** Marcus Ingle, $3.50, 106 pp.

#17 **Local Government and Agricultural Development in Turkey** Douglas E. Ashford, $3.50, 112 pp.

#18 **Local Government and Rural Development in Yugoslavia** Zdravko Mlinar, $3.50, 136 pp.

#19 **Local Organization for Rural Development: Analysis of Asian Experience** Norman Uphoff and Milton Esman, $4.50, 117 pp.

SPECIAL SERIES ON ANIMATION RURALE

#2 **Animation Rurale and Rural Development: The Experience of Senegal** Sheldon Gellar, Robert B. Charlick and Yvonne Jones, $5.00, 211 pp.

SPECIAL SERIES ON AGRICULTURE RESEARCH AND EXTENSION

#1 **Participatory Approaches to Agricultural Research and Development: A State-of-the-Art Paper** William F. Whyte, $5.00, 120 pp.

#2 **El ICTA en Guatemala: La Evolucion de un Modelo de Investigacion y Desarrollo Agricolas** Lynn Gostyla and William F. Whyte, $4.00, 103 pp. (Spanish version of #3 below)

#3 **ICTA in Guatemala: The Evolution of a New Model for Agricultural Research and Development** Lynn Gostyla and William F. Whyte, $4.00, 48 pp.

#4 **Peasant Innovation and Diffusion of Agricultural Technology in China** Mary Sheridan, $4.50, 100 pp.

SPECIAL SERIES ON PARAPROFESSIONALS

#1 **Paraprofessionals in Rural Development** Milton Esman, Royal Colle, Norman Uphoff, Ellen Taylor with Forrest Colburn, Douglas Gritzinger, Robert Hall and Cynthia Moore, $5.00, 149 pp.

#2 **Guatemala's Rural Health Paraprofessionals** Forrest Colburn, $3.50, 60 pp.

#3 **Women Paraprofessionals in Upper Volta's Rural Development** Ellen Taylor, $3.50, 65 pp.

#4 **Paraprofessionals in Village-Level Development in Sri Lanka: The Sarvodaya Shramadana Movement** Cynthia Moore, $3.50, 64 pp.

#5 **The Village Health Worker Approach to Rural Health Care: The Case of Senegal** Robert Hall, $3.50, 61 pp.

#6 **Agriculture Paraprofessionals in the Philippines: Farmer Scholars, Agricultural Counselors and the Samahang Nayon Development Program** Douglas Gritzinger, $3.50, 65 pp.

#7 **Community Development Paraprofessionals in Bolivia: NCDS Promoters in the Field** Margaret M. Savino, $3.50, 60 pp.

#8 **Paraprofesionales en Salud Rural en Guatemala** Forrest D. Colburn, $3.50, 51 pp. (Spanish version of #2 above)