

**ACEPTABILIDAD DE PROGRAMAS DE SALUD EN
POBLACIONES RURALES INDIGENAS Y LADINAS
DE GUATEMALA**

*Hernán L. Delgado
Elena Hurtado
Víctor Valverde*

Como parte de los proyectos de investigación operacional en nutrición y salud, efectuados en áreas rurales de Guatemala, durante el período 1969 a 1977, el INCAP desarrolló un modelo simplificado de atención de salud. Este modelo fue implementado en comunidades indígenas del departamento de Sololá y en fincas cafetaleras del departamento de Suchitepéquez, en Guatemala, durante el período 1976-1980. En todos los casos, los programas de atención de la salud tuvieron impactos positivos en el estado de salud de la población. Así, en relativamente corto tiempo, se redujeron las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad infantil y preescolar, así como las tasas de desnutrición que se detectaron en esas poblaciones antes de iniciar los servicios.

Los resultados positivos estimularon al sector privado a participar en la solución de los problemas de salud y nutrición existentes, y a través de una fundación privada, implementaron el programa simplificado de atención de salud en otras fincas cafetaleras ubicadas en los departamentos de Alta Verapaz, Quetzaltenango y Suchitepéquez. Se revisan a continuación resultados de los primeros nueve meses de la implementación del programa en las fincas cafetaleras de Alta Verapaz, en las que no existía previamente ningún programa formal de salud.

Los resultados relacionados con la utilización de servicios son similares a los reportados por otros estudios. Es conocido que los menores de cinco años de edad y las mujeres en edad fértil utilizan más los servicios disponibles, existiendo una tendencia a mayor demanda en los menores de cinco años de sexo masculino que en los del sexo femenino. El número mayor de consultas de hombres que de mujeres, observado durante una epidemia de tos ferina, posiblemente también refleja esa tendencia, que podría estar relacionada con creencias y valores culturales de la población.

Las principales causas de consultas (las enfermedades respiratorias y las gastrointestinales) son también las que se han encontrado más frecuentemente entre poblaciones que viven en áreas rurales y que carecen de viviendas y recursos sanitarios adecuados.

Con relación a las características de las familias que utilizan los servicios en comparación con las que no los utilizan, se identifica la presencia del padre como factor determinante. Esto se podría explicar porque, en ese medio, en ausencia del padre, la madre debe trabajar para el sustento de la familia, lo que le resta tiempo y energía para llevar a los niños enfermos a la clínica. En este caso, son generalmente los niños mayores los que deben responsabilizarse del cuidado y alimentación de los niños, lo que frecuentemente se asocia con un exceso de morbilidad y desnutrición. Lo anterior debe tomarse en consideración en los programas de servicios de salud, puesto que las familias en las que no hay un jefe masculino representan alto riesgo de enfermar y morir.

En términos de utilización de servicios, es también interesante observar que una proporción mayor de niños desnutridos utilizó los servicios de salud, en comparación con los niños con adecuado estado nutricional, tanto presente como pasado y global. Esto es contrario a lo frecuentemente reportado, que tiende a sugerir una menor utilización de los servicios por parte de los niños desnutridos, y podría reflejar una de las ventajas de la utilización de personal local en la prestación de los servicios de salud.

Por último, la información reportada indica que el programa fue bien aceptado por la comunidad y que, en términos generales, los servicios fueron adecuadamente utilizados. A los promotores se les delegó progresivamente un mayor número de funciones y, de acuerdo con criterios médicos, la calidad de los servicios se mantuvo sin alteraciones. Este programa constituye un buen ejemplo de los beneficios que pueden obtenerse de la participación del sector privado en la entrega de servicios de salud a la comunidad, y de lo apropiado que resulta el modelo implementado para la prestación de servicios a áreas rurales de países en vías de desarrollo.

Sin embargo, aun cuando la utilización de los servicios de salud implementados en esas fincas cafetaleras podría sugerir que éstos fueron apropiados, informaciones obtenidas, de otros programas de salud, tanto en población indígena como ladina, y que utilizaron el mismo modelo, indican que la disponibilidad y accesibilidad de los servicios no son los únicos que determinan la utilización de los servicios.

Las experiencias de proyectos como el de Patulul, en fincas cafetaleras, y de El Progreso en población ladina, indican que la utilización de servicios por enfermedad diarreica, simple y severa, y respiratorias agudas no es mayor del 50 por ciento del total de las enfermedades que sufren madres y niños. En el caso de la población ladina, se detectó un mayor descenso de la mortalidad infantil en la población más educada, después que se implementaron los servicios de salud. Esto podría sugerir que el grupo de mayor nivel educativo utiliza más adecuadamente los servicios de salud.

Todo lo anterior refuerza la necesidad de combinar la prestación de los servicios de salud con investigaciones antropológicas que permitan adaptar los servicios con las actitudes, conocimientos y prácticas de la población.