

En: Congreso Nacional de Salud 1971, Guatemala, 7-10 septiembre. Vol I. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1971. Tema II-6 (Documentos de Trabajo).

MEDIDAS PARA AMPLIAR LA COBERTURA Y MEJORAR
LA CALIDAD DE CONSULTA EXTERNA EN ÁREAS RURALES
DE GUATEMALA, EMPLEANDO AUXILIARES DE ENFERMERIA -

Dr. José María Reyna Barrios*

Dr. Joan Pierre Habicht**

Dr. Guillermo Guzmán***

I. INTRODUCCION:

Guatemala ocupa en relación al resto de países de América, el tercer lugar por su tasa de mortalidad infantil ($91.6 \times 1,000$)

(Cuadro No. 1)

y el primer lugar por su tasa de mortalidad general ($15.8 \times 1,000$)

(Cuadro No. 2)

siendo las causas más frecuentes de defunción infantil, en su orden, las descritas en el cuadro No. 3, y como causas de mortalidad general:

1. Influenza-Neumonía
2. Gastritis-Enteritis
3. Enfermedades propias de la infancia
4. Sarampión
5. Tos Ferina

* Actualmente titular - Departamento de Pediatría del Hospital Nacional de Huehuetenango, Ex-Oficial Médico de la Unidad de Crecimiento y Desarrollo (actualmente División de Desarrollo Humano), INCAP.

** Jefe de la Sección de Bio-Médica y Epidemiológica, de la División de Desarrollo Humano, INCAP.

*** Director de Campo, División de Desarrollo Humano, INCAP.

Nuestros datos de morbilidad de áreas rurales, demuestran de nuevo la mayor prevalencia de enfermedades respiratorias, diarreas y enfermedades de la primera infancia, como también altos índices de días de enfermedad

(Gráficos Nos. 1 - 2 y 3)

y porcentaje de niños enfermos, dentro de los 158 preescolares a riesgo con variaciones según los diferentes grupos etarios. Vemos así que para un período de 180 días hubo niños que permanecieron enfermos por cualquier causa desde 65 hasta 100 días, habiéndose enfermado el 100% de aquéllos cuyas edades estaban comprendidas entre 7 y 26 meses, todo lo cual indica, que en general las condiciones de salud importantes son desastrosas, siendo mucho más grave la situación en las zonas rurales.

Distribución del Personal Médico (marzo 1967):

En Guatemala existían 1,071 médicos activos, de los cuales más del 75% se localizaban en la ciudad capital, el 15.4% en las cabeceras departamentales, especialmente en la zona de la costa sur; el 8.4% radica o trabaja en algunas cabeceras municipales, observándose de nuevo la misma tendencia de concentración en la costa del Pacífico.

Excluyendo la capital, la proporción de habitantes por médico es tal, que estos, por mucho que se esfuercen, son insuficientes para proveer una cobertura adecuada.

(Cuadros Nos. 4 y 5)

En el resto del país la situación es todavía peor, ya que sólo el 0.84% de los médicos restantes deben cubrir más del 66% de la población rural. Existen pues,

regiones en Guatemala en las que la asistencia médica es tan difícil de conseguir, como en las peores regiones del mundo, y en las cuales el porcentaje de la población a ser cubierta no guarda ninguna proporción con el número o porcentaje de médicos disponibles.

(Cuadro No. 6)

Esta irregularidad de la distribución del personal médico en el país, es difícil de solucionar puesto que, aunque la cantidad de médicos aumenta gradualmente debido a reformas universitarias en el plan de estudios, sucede que por factores inherentes a los propios médicos, siempre habrá mayor afluencia de profesionales hacia las zonas socio-económicas mejor dotadas. Es probable que, cuando se hayan cubierto las necesidades de médicos, tanto en actividades públicas como privadas, entonces posiblemente las áreas hoy menos favorecidas tendrán oportunidad de aumentar su número de médicos.

(Cuadro No. 7)

Recursos Humanos Sanitarios en Guatemala - a marzo 1969:

El adiestramiento de la enfermera graduada dura tres años, y cuesta al Estado G. 3,000 por cápita.

De las 1,416 auxiliares de enfermería, cerca de 340 estaban adiestradas en Salud Pública, cuyo entrenamiento total costaba al Estado C. 59.00 y G. 359.00 respectivamente (en total C. 418.00) debiendo cubrir un tiempo de entrenamiento de 5 y 8 meses (13 meses en total); siendo requisito de ingreso para la enfermera graduada el haber aprobado la enseñanza secundaria y para la auxiliar, el haber finalizado la primaria; siendo en ambos casos, la a-

fluencia de aspirantes poco numerosa. Esto es el material humano para encontrar solución al problema de la asistencia médica rural.

En vista de esta situación, nosotros decidimos explorar la posibilidad de encontrar una solución al problema sanitario, usando los recursos humanos disponibles en la mayor parte del país, es decir, la auxiliar de enfermería.

Es nuestro objetivo presentar algunos de los resultados obtenidos con este sistema y creemos que estas experiencias son aplicables en general a zonas rurales en donde no existe personal médico. La Unidad de Crecimiento y Desarrollo del INCAP, hoy División de Desarrollo Humano, está llevando a cabo desde enero de 1969, un sistema de consulta externa atendido por personal de auxiliares de enfermería, debidamente entrenadas y supervisadas por los médicos de la División, en cuatro comunidades típicas del área rural de Guatemala, las cuales cubren una población aproximada de 3,000 habitantes.

Aunque el dato exacto de la distribución, tanto de las enfermeras graduadas, como del personal de auxiliares de enfermería, no se conoce, nos esforzamos en proporcionar una idea general de la ubicación de estas últimas, usando parte de la información existente dentro de los Servicios de Salud (antigua Sanidad Pública)

(Mapa No.1)

Se pretende demostrar aquí la disponibilidad de los recursos ya existentes para la atención de la Consulta Externa, con el cual creemos que es posible cubrir el cuidado médico sanitario de toda la población rural.

II. METODOS

Previo a la iniciación de este sistema, se usó la información obtenida de la consulta externa cuando era atendida por personal médico, al mismo tiempo que la proporcionada por los estudios de morbilidad, sobre-prevalencia e incidencia de enfermedades en nuestras áreas. Usando los dos métodos de registro, observamos que la patología existente se limitaba principalmente a enfermedades comunes de más o menos fácil manejo. Basados en estos hallazgos, desarrollamos una terapéutica dirigida que llenase los siguientes requisitos fundamentales que los medicamentos utilizados deben cumplir:

1. Poca toxicidad y límite amplio de tolerancia.
2. Que la terapéutica usada tuviese una buena oportunidad y cubriese grandes áreas de enfermedad.
3. Fácil administración de los fármacos.
4. Precio favorable (siempre que los tres requisitos anteriores sean cumplidos).

La mayor parte de los medicamentos utilizados, son manejados con soltura por nuestro personal de auxiliares. El sistema diseñado por nosotros para la consulta externa gratuita, se basa en la impresión clínica, que a "grosso modo", hace la auxiliar de enfermería, después de su interrogatorio e inspección adecuada.

"El entrenamiento y supervisión del auxiliar es la parte más crítica del presente sistema, especialmente en las fases del interrogatorio y tratamiento de las enfermedades infantiles".

Con este objeto los médicos de la Unidad, efectúan:

1. Reuniones periódicas de adiestramiento sobre técnicas corrientes aplicables en las áreas rurales de Guatemala.
2. Trabajo conjunto con la auxiliar durante las consultas.
3. Discusión de los errores cometidos, planteamiento y solución de los casos problema.
4. Supervisión, estricta y periódica, de los métodos utilizados en la Consulta Externa.

III. RESULTADOS

Control del Sistema:

A. Datos Registrados en libros de Consulta Externa

Existe para cada paciente atendido, un registro de todos los datos útiles que pudieran servir para evaluar su caso, entre ellos: identificación, nombre, sexo, edad, peso, motivo de consulta, hallazgos, impresión clínica de la auxiliar, observaciones, los cuales permiten al médico evaluar el manejo de cada caso, durante la revisión que posteriormente efectúa.

B. 10% de Validación:

Además de la correlación de todos los datos asentados en el libro, cada médico efectúa un examen personal, al 10% de los pacientes que han consultado a la auxiliar, evaluando de nuevo su historia, hallazgos efectuados y tratamientos dispensados, lo cual incluye tipo de medicamento, dosis, vía de administración, periodicidad, tiempo de administración y lógicamente indicación, siendo utilizado el peso únicamente cuando el tipo de medicamento así lo indica, especialmente en los niños.

(Cuadro No. 8)

C. Morbilidad:

Constituye otro aspecto del control del sistema, ya que permite correlacionar el tipo de enfermedades reportadas por las familias que son visitadas quincenalmente, con los casos atendidos en consulta externa.

(Cuadro No. 9)

D. Eficiencia y Validez del Sistema:

El Jefe de la Unidad de Bio-Médica, evalúa mensualmente los informes obtenidos a través del médico responsable de cada servicio de Consulta Externa, llevándose un registro detallado y analizado estadísticamente a nivel de cada auxiliar de enfermería, lo cual permite detectar errores en cualquiera de las fases del tratamiento de un paciente, habiéndose obtenido así los resultados presentados en los cuadros Nos. 10 y 11, en los cuales se aprecia que las auxiliares de enfermería, previamente adiestradas y bajo una supervisión periódica, son capaces de manejar adecuadamente a más del 92% de los casos atendidos.

E. Importancia del Personal Médico:

Un programa de este tipo sólo es factible, de ser realizado, si el médico posee la motivación necesaria para ponerlo en práctica, comprendiendo su papel de educador y responsable directo del mismo, ya que

él constituyo indiscutiblemente la base fundamental del sistema, especialmente en el entrenamiento, supervisión y evaluación periódica de su personal auxiliar, como en el manejo de los casos difíciles. Pero a su vez, tiene la oportunidad de adquirir mayor conocimiento de su área de trabajo, ampliar su radio de acción y lo que es más importante, el poder dedicar más tiempo a aquellos aspectos de salud que sólo un médico podría realizar, relegando responsabilidades que no sea indispensable que ejecute personalmente.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. El presente sistema no desplaza al médico del lugar que merecidamente ocupa ante la sociedad y sus semejantes. Al contrario, le permite aprovechar mejor su tiempo, proyectando mejor protección a las áreas rurales, a la vez que mejora la preparación y competencia de la auxiliar de enfermería.
2. Constituyo una experiencia aplicable a nivel nacional para aquellas regiones que carecen de personal médico o de otro tipo de atención y que permitiría extender un programa de consulta externa a dichas zonas, con el consiguiente beneficio para sus habitantes, proyectando mayor atención a las áreas hoy abandonadas, tanto en el campo de la medicina preventiva como en algunos aspectos curativos.
3. Este procedimiento, aunque no constituye la medida ideal, es práctico, aplicable a corto plazo, de bajo costo y permite llevar salud a las poblaciones rurales de un país que, como el nuestro, cuenta con

altas tasas de morbilidad, mortalidad y escasos recursos humanos y económicos disponibles.

4. Constituye un sistema factible de ser aplicado al personal de enfermería que cubre ya hoy los Puestos de Salud de la República y que por el momento no tiene un entrenamiento y supervisión adecuados, no obstante manejar medicamentos.
5. Este personal debidamente entrenado y supervisado, es capaz de manejar adecuadamente más del 92% de los casos atendidos en Consulta Externa, quedando la referencia de los casos graves hacia los Hospitales o Centros de Salud, donde el médico los resuelve adecuadamente. La Auxiliar de Enfermería, convenientemente adiestrada, podría desempeñar también otra serie de actividades, tales como:
 - A. Registro de nacimientos y fallecimientos, ya que no existen datos muy confiables en la actualidad;
 - B. Educación Sanitaria y Saneamiento Ambiental;
 - C. Educación Nutricional;
 - D. Campañas de vacunación de preescolares y madres embarazadas;
 - E. Colaboración en la campaña antimalárica, antituberculosa etc., y
 - F. Difusión de enseñanza a nivel local, sobre cuidados materno infantiles, etc., y talvez, en una etapa de mayor entrenamiento, atención de partos o supervisión de las comadronas empíricas.Todas estas actividades podrían ser desempeñadas de acuerdo al grado de instrucción que se le ofrezca y atendiendo tanto a su interés como a las necesidades locales.

CUADRO N.º 1

INCAP:UCD

MORTALIDAD INFANTIL DE ALGUNOS PAISES DE AMERICA (1964*)
(de 0 a 1 año)

PAIS	TASA x 1000
Chile	105.5
Bolivia	99.4
Guatemala	91.6
Colombia	84.3
Costa Rica	75.2
El Salvador	65.3
México	64.5
Argentina	60.7
Nicaragua	49.7
Honduras	45.4
Panamá	42.4
Estados Unidos	24.8

INCAP 69-1173

(*) Tomado de "Las Condiciones de Salud en las Américas" 1961-1964
Oficina Sanitaria Panamericana -OMS

Nov.66

CUADRO N.º 2

INCAP:UCD

MORTALIDAD GENERAL DE ALGUNOS PAISES DE AMERICA (1964*)

PAIS	TASA x 1000 habitantes
Guatemala	15.8
Chile	11.2
El Salvador	10.4
México	10.3
Colombia	10.1
Honduras	9.8
Estados Unidos	9.4
Bolivia	9.1
Costa Rica	8.8
Argentina	8.0
Panamá	7.4
Nicaragua	7.3

(*) Tomado de "Las Condiciones de Salud en las Américas" 1961-1964
Oficina Sanitaria Panamericana -OMS

Nov.66

INCAP 69-1174

CUADRO N.º 3

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION EN GUATEMALA
EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS, EN LOS ULTIMOS AÑOS

MENORES DE 5 AÑOS	MENORES DE 1 AÑO	1 A 4 AÑOS
1. Enfermedades propias de la primera infancia	1. Enfermedades propias de la primera infancia	1. Gastritis- Enteritis
2. Gastritis y Enteritis	2. Influenza- Neumonía	2. Influenza-Neumonía
3. Influenza - Neumonía	3. Gastritis - Enteritis	3. Sarampión
4. Tos Ferina	4. Tos Ferina	4. Tos Ferina
5. Sarampión	5. Bronquitis	5. Bronquitis
6. Bronquitis	6. Sarampión	
7. Avitaminosis y Estados carenciales	7. Avitaminosis y Estados carenciales	

Tomado de "Las Condiciones de Salud en las Américas" 1961-1964
Oficina Sanitaria Panamericana - OMS
Publicación Científica 138 - Agosto 1966

INCAP-19-1236

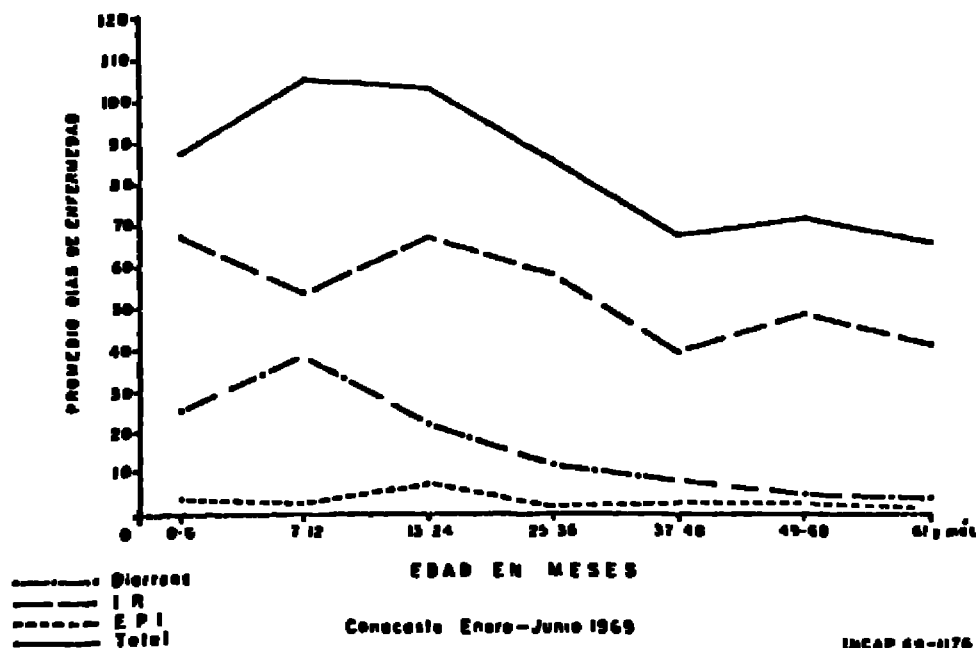
GRAFICO N.º 1

INCAP-UCB

PROMEDIO DIAS DE ENFERMEDAD DURANTE SEIS MESES, EN 158 PRE-ESCOLARES.

(CONACASTE) 1969

DURACION POR EDAD



INCAP 69-1176

GRAFICO N. 2

DIARREAS

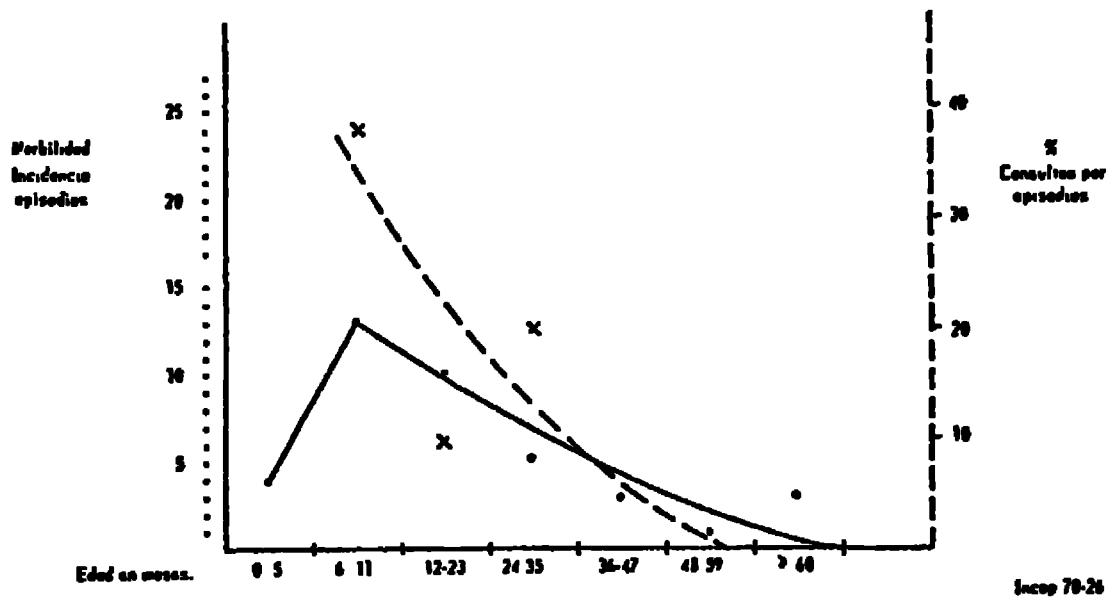
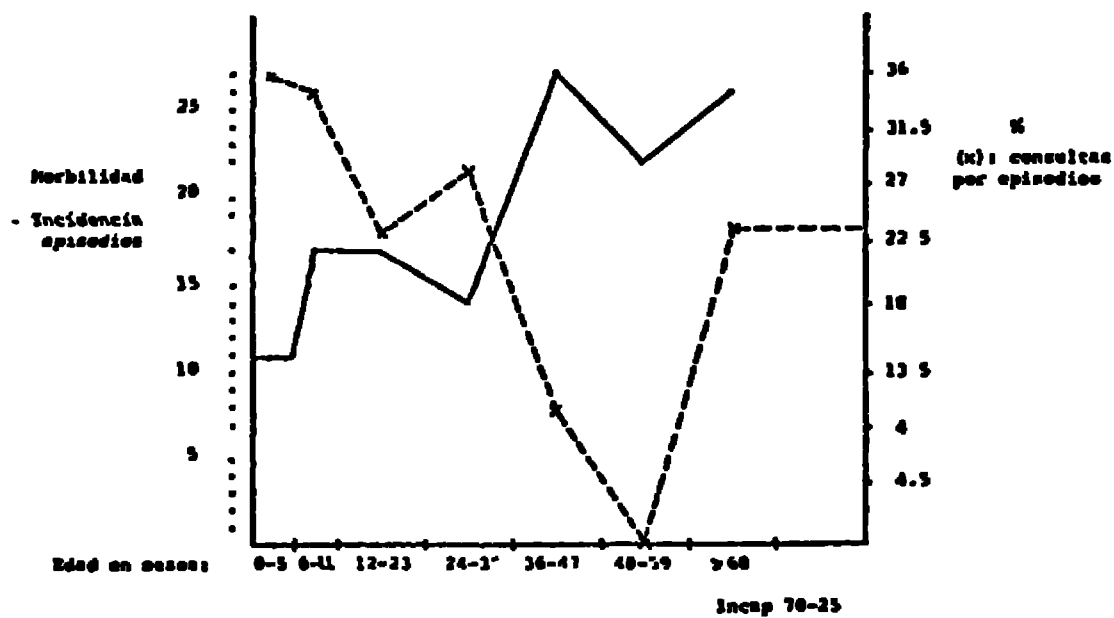


GRAFICO N. 3

CONACASTE - OCTUBRE 1969

ING:



CUADRO N. 4

UBICACION	% población*	Número . Médicos**	% Médicos
Capital	13.48	807	75.35
Cabeceras Departamentales	5.88	165	15.40
Municipios	14.30	90	8.40
Area Rural	66.33	9	0.84
	100.00	1,071	100.00

* Población Estimada para 1969 - Dirección General de Estadística.

** Rómina de Colegiados. Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala. 1969.

Incap 70-978

CUADRO N. 5

INCAP/UCD

UBICACION DE MEDICOS EN GUATEMALA - RELACION HABITANTES/MEDICO
(a Marzo, 1969)

Departamentos	Capital y Cabeceras Número	Municipios Número	Rural Número	Total Médicos Activos	Proyección Población 1969-1970	Habitantes por Médico
Guatemala	807	14	1	822	1899.1	1268
Quezaltenango	35	12	1	48	341.2	7103
Escuintla	17	10	0	27	402.1	14892
Suchitepequez	17	7	1	25	217.0	8689
Sacatepequez	14	3	0	19	86.1	4531
Huehuetenango	10	2	0	12	317.0	26417
Retalhuleu	10	1	0	11	136.0	12364
Zacapa	9	3	0	12	141.0	11750
Isabel	9	6	1	16	186.2	11669
Chiquimula	7	4	0	11	163.0	14818
Jutiapa	6	1	0	7	117.0	16714
Jalapa	5	1	0	6	88.9	13988
Chimaltenango	4	2	0	6	172.6	28767
Alta Verapaz	4	1	1	6	219.6	36659
Solalá	3	2	1	6	118.0	17666
El Petén	2	3	0	5	38.9	6180
Baja Verapaz	2	1	0	3	107.0	35666
El Quiché	2	0	0	2	259.0	129930
San Marcos	2	11	1	14	311.3	22736
Totonicapán	2	1	0	3	155.0	51667
Santa Rosa	2	3	0	5	99.0	19500
El Progreso	1	2	2	5	40.0	8000
	972	98	9	1071	4762.5	

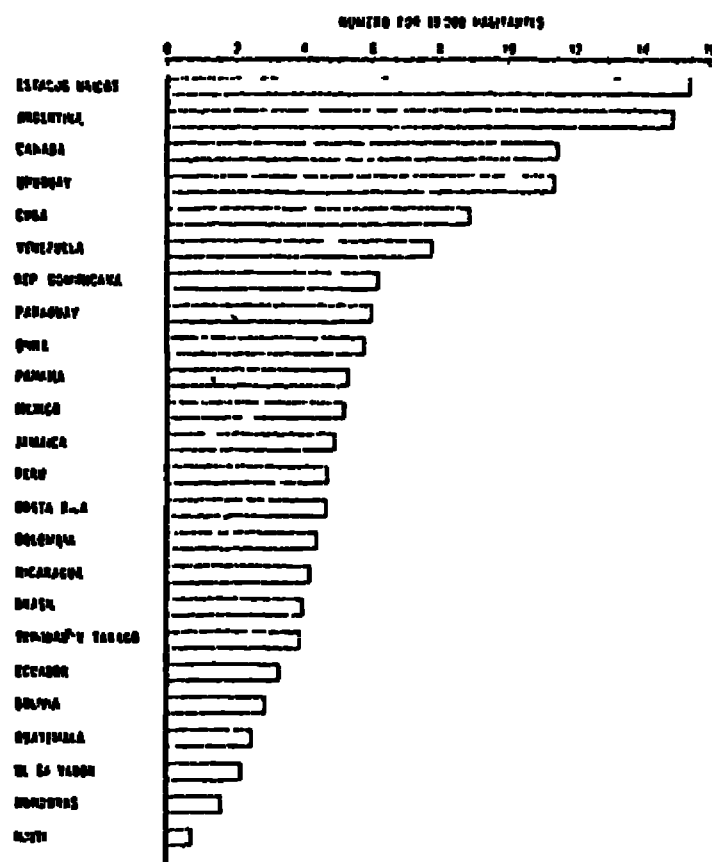
Relación: 4443 x 1 = 2.2 x 18,000

INCAP 69-1170

* Rómina de Colegiados, Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, 1969

CUADRO N. 6

MEDICOS POR 10,000 HABITANTES POR PAISES, 1964



TOMADO DEL LIBRO "LAS CONDICIONES DE SALUD EN LAS AMERICAS"
1961-1964 OPS-OMS

INCAP 69-1977

INCAP: DDH

CUADRO No. 7

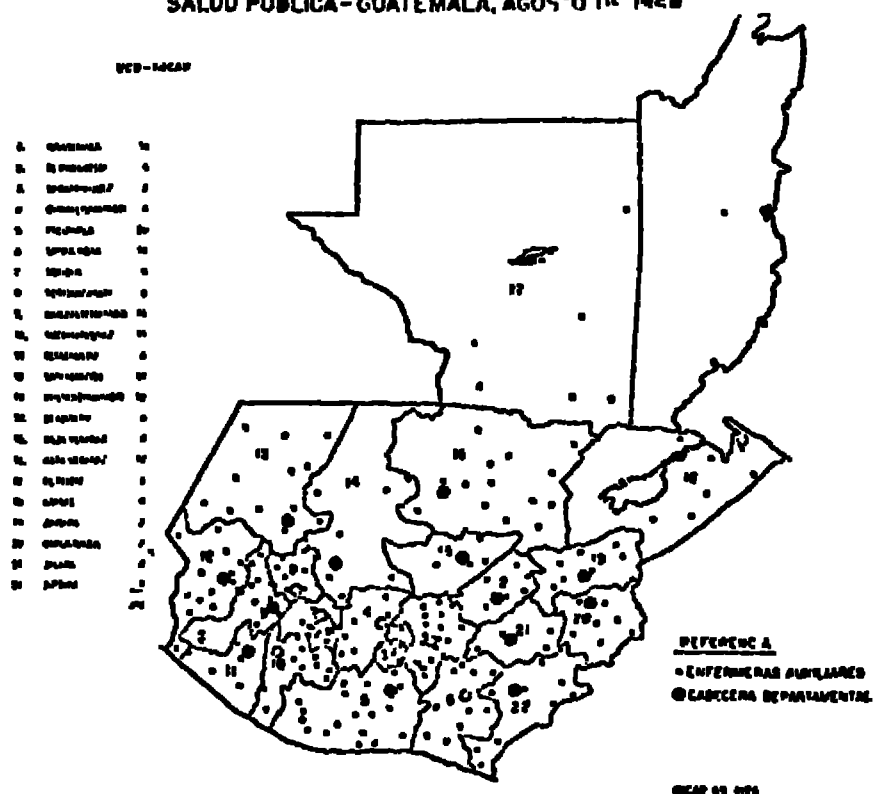
RECURSOS HUMANOS SANITARIOS EN GUATEMALA
(a marzo de 1969)

MEDICOS	1,071
ENFERMERAS GRADUADAS	1,059
AUXILIARES DE ENFERMERIA	1,416
EMPIRICAS	904

Incap 71-11

MAPA N.º 1

DISTRIBUCION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA AUXILIAR,
SALUD PUBLICA - GUATEMALA, AGOSTO DE 1969



INCAP

CUADRO N.º 8

INCIDENCIA DE ENFERMEDADES POR TRIMESTRE.

CONSULTA EXTERNA 4 COMUNIDADES RURALES.

GUATEMALA, ENERO 1969/SEPTIEMBRE 1970.

GRUPOS	TOTAL TRIMESTRES 1969	TRES TRIMESTRES 1970	GRAN TOTAL	%
ENFERMEDADES DE PIEL	1369	786	4369	23.1
I.R.S.	2447	1723	4170	22.1
DIARREAS	1434	910	2344	12.4
APARATO GASTROINTESTINAL SIN DIARREA	1173	1041	2214	11.7
ENFERMEDADES COMUNES DE LA INFANCIA	299	72	371	1.9
OTROS	3738	1708	5446	28.8
TOTAL DE IMPRESIONES DE AUXILIARES DE ENFERMERIA:	18914			100.00

CUADRO N.º 9

CONSULTA EXTERNA

EVALUACION DE ATENCION MEDICA
(Concaste, Alder Experimental)

1969	10% Validación de Historia	Historia-Dx	Dx-Rx	% pacientes bien manejados
Enfermera sin entrenamiento	85%	98.8	72.5	55.0
Enfermera con entrenamiento	100%	98.8	91.4	89.8

Incap 70-974

CUADRO N.º 10

INCAP

CLASIFICACION DE CASOS MANEJADOS POR AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONSULTA EXTERNA. OCTUBRE 1969 A SEPTIEMBRE 1970.

	# de casos	%
Bien Manejados	7,549	90.5
Mal Manejados	529	6.3
Referidos al Médico	220	2.6
Referidos al Hospital	48	0.6
T O T A L	8,346	100.00

Incap 70-977

CUADRO No. 11

CONSULTA EXTERNA DE LA DIVISION DE DESARROLLO HUMANO
REPORTE DE SEPTIEMBRE DE 1970

AUXILIAR DEL MEDICO	TOTAL DE CASOS ATEN DIDOS	FASES BIEN MANEJADAS			% CASOS BIEN MA NEJADOS
		% HISTORIA	% DIAGNOSTICO	% TERAPEUTICOS	
A	83	100	100	100	100
B	219	100	99.5	99.5	94.1
C	162	100	99.4	96.3	95.7
D	184	100	97.8	98.4	96.2
TOTAL POR AUXILIARES EXPERIMENTADAS	648	100	99.1	98.5	97.8
NUEVA AUXILIAR	93	72.7	87.3	90.2	72.6
TOTAL POR TODAS LAS AUXILIARES	741	93.1	96.6	97.1	92.5