

ACTIVIDAD:

ELABORACIÓN DE UN PROGRAMA DE SALUD DE “APOYO AL DISTRITO OPERACIONAL DE SAYAXCHÉ, PETÉN (GUATEMALA)”

Esta presentación está adaptada a los fines docentes del curso, y pretende resaltar la importancia de los diferentes aspectos que podría cubrir un proyecto de salud en un país en vías de desarrollo, haciendo hincapié en la accesibilidad a la salud y la respuesta a los principales problemas que encuentran las poblaciones.

Objetivo general del ejercicio: volcar el conjunto de conocimientos adquiridos durante el curso y aplicarlos en un ejemplo concreto.

Objetivos específicos:

- Entender la situación global del distrito, especialmente desde el punto de vista sanitario, con sus principales carencias en recursos materiales (incluida infraestructura), humanos y económicos.
- Evaluar la situación de salud (diagnóstico de salud).
- Analizar la repercusión sobre la población de las principales enfermedades transmisibles.
- Valorar la accesibilidad de las poblaciones a las estructuras de salud, tanto geográfica como económica, lingüística, etc.
- Analizar las posibilidades de referencia de los enfermos desde el nivel comunitario hasta la atención especializada.
- Establecer objetivos, actividades e indicadores de seguimiento.
- Definir plazos de tiempo y recursos a invertir en el proyecto.

1er PASO: PRESENTACIÓN DEL EJERCICIO

En mayo de 1996, el autor llevó a cabo una evaluación de un proyecto de salud que Médicos sin Fronteras (MSF) desempeñaba en el norte de Guatemala, basado fundamentalmente en la formación y supervisión de Promotores Rurales de salud (PRS) y Comadronas tradicionales (CT), con la intención de convertirlo en un proyecto más global de apoyo al distrito. Durante la discusión con el equipo, se abordaron en su conjunto las necesidades y problemas de salud del distrito, así como las respuestas a los mismos que MSF podría aportar.

La conclusión fue que *“MSF puede ayudar al MSPAS (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social) a dar respuesta a una buena parte de los problemas y necesidades del distrito, en forma de apoyo global al sistema de salud del mismo, siguiendo las directrices del Ministerio y basándose en los principios de no sustitución y sostenibilidad. MSF puede ayudar a que los servicios de salud sean accesibles a la población del distrito y a mejorar el funcionamiento del conjunto”*.

2º PASO: DATOS BÁSICOS DEL DISTRITO (DIAGNÓSTICO DE SALUD)

Abreviaturas:

PdS: Puesto de Salud

CdS: Centro de Salud

AE: Auxiliar de enfermería (responsable del PdS, en particular de la Consulta)

TSR: Técnico de salud rural (responsable de vacunaciones, saneamiento ambiental:

agua potable y letrinas...)
ISA: Inspector de salud ambiental

- Población del Distrito de Sayaxché: 46.157 habitantes.
Gran disparidad en las cifras según las fuentes, debido a la creación continua de nuevas aldeas, con una Tasa de inmigración estimada en el 8%, y tendencia voluntaria a la inaccesibilidad por parte de las poblaciones kekchies.
- Superficie: 3.904 km².
- Densidad poblacional: 11.82 habitantes/km².
- Tasa de natalidad: 50.87‰ (Región Petén, según Área de Salud).
Distrito (1427 nacimientos declarados 1995): 30.92‰.
- Mortalidad general (Región): 5.15‰.
- Mortalidad infantil (Región): 27.16‰ (declarada).
- Crecimiento vegetativo (Región): 45.72‰.
- Crecimiento poblacional neto = Vegetativo + Inmigración = 12.6%.
- Coberturas vacunales (Región, 1995):
 - * DPT: 36%.
 - * Polio: 39.2%.
 - * Sarampión: 54.3%.
 - * BCG: 69%.
 - * T-Tox embarazo: 5%.
 - * T-Tox edad fértil: 5%.
- Cobertura vacunal del Distrito de Sayaxché: sin poder verificar los datos, el Jefe de Área nos informa de una cobertura "global" del 15%.
- Casos declarados de enfermedades prevenibles por vacunación en 1995: ninguno, excepto 50 de TBC (sobre unos 300.000 habitantes para la Región del Petén).
"Paseando" por las comunidades de Sayaxché "se oyen" con relativa frecuencia referencias a casos de tosferina, no confirmadas.
- Datos referentes al Centro de Salud tipo A de Sayaxché, para 1995:
Egresos hospitalarios (Altas autorizadas):
 - Medicina: 339.
 - Cirugía: 113.
 - Ginecología: 188.
 - Pediatría: 161.
 - Otros: 151.
 - Partos: 103.
 - TOTAL: 1055 (952 sin contar los partos).
- Causas de mortalidad:
 - 1. Fiebre "de etiología": 26.
 - 2. Bronconeumonía: 18.
 - 3. Síndrome diarreico agudo: 13.
 - 4. Asfixia por inmersión: 8.
 - 5. Arma de fuego / arma blanca: 7.
 - 6. Parada cardio-respiratoria: 5.
 - 7. Shock hepático: 2.
 - 8. Úlcera gástrica: 2.
 - TOTAL: 81 casos.
- Tasa de mortalidad hospitalaria: 7.68% (Más real si excluimos los partos del denominador: 8.51%). Precisión diagnóstica causal muy precaria, como se ve.
- Consultas externas:

* Centro de Salud (1995): 5.204 consultas (no se diferencian "nuevos casos"), por los siguientes (principales) motivos:

I.R.A.: 753 (incluyendo leve, moderada o grave, otitis y amigdalitis).

Paludismo: 369.

Trastornos gastrointestinales: 454, que incluyen:

Parasitismo: 272.

Amebiasis: 129.

Gastroenteritis aguda: 53.

Infección del tracto urinario: 149.

* Puestos de salud:

1. Nueva Libertad (fuente: A.E. del PdS, referentes a 1996): 200 consultas al mes, hasta 300 "cuando hay medicamentos". A la vista de los Registros, observo 762 consultas declaradas en noviembre-96 y 570 en los primeros diez días de diciembre...

2. Mario Méndez (fuente: enfermera voluntaria belga que se encuentra allí trabajando desde octubre hasta el próximo marzo-97): unos 20 casos al día, con 15 nuevos casos (x 22 días de trabajo al mes, 330 nuevos casos/mes. Extrapolando esta frecuentación a 12 meses y unos 4000 habitantes de cobertura estimada del PdS, obtenemos una Tasa de frecuentación de 0.99 Nuevos casos/habitante/año).

3. El Pato (fuente: una pareja de enfermeros franceses que están allí desde mediados de octubre y se quedarán hasta junio): 300 consultas durante el mes de noviembre, con un 70% de nuevos casos aprox., lo cual supone 210 Nuevos casos/mes. Es difícil saber por ahora el área de influencia para determinar el denominador.

Hospital de Referencia: San Benito, a 90 minutos en vehículo todo terreno, transitable todo el año, aunque más lentamente en época de lluvias, con problemas de seguridad esporádicos por la noche.

Algunos problemas reseñables:

Varios "Consultorios privados" con personal que trabaja en los Centros y Puestos de Salud.

Absentismo importante del personal sanitario.

Farmacias privadas que atienden directamente a la población y dispensan medicamentos según su criterio.

Rupturas de stock e medicamentos esenciales durante períodos largos.

Frigoríficos en los PdS estropeados o sin control diario de temperatura.

3er PASO: PROPONER OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROYECTO. A continuación, se pueden completar a partir de los propuestos por el autor, que se citan.

OBJETIVOS DEL PROYECTO

OBJETIVO GENERAL: "Dotar de autonomía al sistema público de salud del Distrito de Sayaxché en la respuesta a los principales problemas de salud (tanto en el orden preventivo como curativo), garantizando la accesibilidad de la

población al mismo, unos servicios adecuados según el nivel de atención y una conexión operativa entre niveles y con las estructuras de referencia".

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Establecer una **red sanitaria** que permita que al menos el 90% de la población del distrito se encuentre a menos de 4 horas de un Puesto de Salud.

Dos horas sería ideal, pero debido a la gran dispersión poblacional, cabe considerar que con la mejoría en curso de la red de comunicación dichos Puestos quedarán posteriormente dentro de criterios convencionales de accesibilidad.

2. Cada estructura de salud dispondrá de modo permanente y con garantías de estabilidad de los **recursos humanos, económicos y materiales** necesarios para proporcionar un servicio de calidad, según las funciones que le están asignadas.

3. Establecer una política de **medicamentos esenciales** en el distrito que permita la **disponibilidad permanente** de los mismos según el nivel de atención, para dar respuesta a las enfermedades prevalentes.

4. Garantizar una **higiene** adecuada en las estructuras de salud, así como una **esterilización** correcta del instrumental y material de curas y la aplicación de medidas universales de **protección contra el sida**.

5. Obtener una **cobertura vacunal** que permita un control eficaz de las enfermedades comprendidas en el P.A.I. (podría establecerse un 80% en menores de un año y 70% en niños de 1-4 años).

6. Garantizar el seguimiento adecuado del **embarazo** (por ejemplo, en el 50% de las mujeres embarazadas), **asistencia al parto y control post-natal** (tal vez un 30-40% como objetivo) **y del niño sano** (paralelo al control postnatal).

7. Permitir el acceso de la población interesada a los métodos comunes de **planificación familiar** (objetivo a precisar posteriormente según la demanda).

8. Establecer unas condiciones de **higiene ambiental** modelo en ciertas comunidades determinadas de antemano, así como los elementos que garanticen su reproductibilidad posterior.

9. Establecer un **Sistema de Información Sanitaria** funcional, que permita efectuar los ajustes necesarios y una respuesta rápida a las epidemias.

10. Establecer un **sistema de referencia** funcional.

11. Garantizar un **sistema de supervisión/seguimiento** que permita la **formación continuada** de los recursos humanos.

12. Determinar los mecanismos de **toma de decisiones**, de tal manera que los diferentes implicados participen en las mismas.

13. Facilitar la integración de los **retornados**, mediante una evaluación rápida y respuesta a los problemas inmediatos de salud.

4º PASO: DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS QUE CONDUCEN A LA CONSECUCIÓN DE CADA OBJETIVO ESPECÍFICO, ASÍ COMO LOS INDICADORES QUE NOS PERMITIRÁN MEDIR LA EVOLUCIÓN DEL PROYECTO (EVALUAR LOS RESULTADOS)

Objetivo específico 1: Accesibilidad a la red sanitaria.

Actividades:

- Discusión con las autoridades sanitarias y comunitarias de los lugares donde debiera existir un PdS para servir a áreas no cubiertas (probablemente en las tres zonas siguientes: Tierra Blanca, Las Pozas y Santa Isabel, ésta última a estudiar, según que el área esté en realidad bien servida por Raxuhá-Alta Verapaz).
- Reconocimiento y asignación de presupuesto de funcionamiento por parte del MSPAS de todos los PdS del distrito. Como queda dicho, la presupuestación de los PdS de Mario Méndez y La Reinita es condición *sine qua non* para empezar el proyecto. En este momento, existen A.E. formados disponibles para ambos.
- Construcción del PdS, previo estudio y previsión de las necesidades de mantenimiento o mecanismos de reparación, aprovisionamiento, etc. La construcción incluye infraestructura, agua y luz, equipamiento (lavabos, armarios, camillas, mobiliario y tal) y, si así se decide, puesto de radio.
- Implicación en todo el proceso del responsable de mantenimiento del distrito.
- Identificar junto con las autoridades sanitarias y comunitarias posibles candidatos a ser formados como A.E. o T.S.R. en áreas donde no pueda garantizarse la permanencia a largo plazo de personal venido de fuera, estableciendo becas de formación si es preciso (aplicable a El Pato y futuras áreas citadas arriba : Tierra Blanca, Santa Isabel).
- Firma del contrato con los candidatos en caso de asignación de becas de formación y con el MSPAS, incluyendo las medidas a aplicar por MSF en caso de incumplimiento (Ojo: se escriben las cosas que se van a cumplir, y por tanto se cumple lo que se escribe, o viceversa).
- MSF tratará de conectar a los PRS y CT con el sistema de salud, implicando a los PdS en la formación continuada y seguimiento, referencias y aprovisionamiento de medicamentos (según una lista predeterminada). Por el momento, NO se formarán nuevos PRS. En colaboración con el T.S.R., responsable distrital de los PRS, se intentará detectar los problemas presentes y estudiar posibles respuestas, valorar el apoyo real por parte de sus comunidades, potenciar su participación en actividades de prevención y promoción de la salud y delimitar claramente sus competencias en materia curativa en ausencia de PdS accesible.
- Para que las estructuras de salud sean realmente accesibles a la población kekchí, es preciso que exista en todo momento al menos un A.E. que hable dicha lengua en el CdS (en el horario habitual y en cada turno de guardia, para las urgencias), así como en los PdS de áreas

mayoritariamente kekchíes.

Indicadores:

- % de la población que se encuentra a menos de 2 horas de un PdS o CdS.
- % de la población que se encuentra a más de 4 horas.
- % de los PdS con personal pagado por el Ministerio.
- respuesta a los problemas de mantenimiento: N° de días sin agua, o sin gas para el frigorífico, o sin reparar cierta avería, etc.

Objetivo específico 2: Disponibilidad de recursos humanos, económicos y materiales y calidad de la atención.

Actividades:

- Participación en discusiones sobre la asignación presupuestaria según las prioridades del distrito.
- Apoyar activamente a las autoridades distritales y regionales en la búsqueda de personal que cubra puestos clave actualmente vacantes (parte del personal de laboratorio, enfermeras), y en su defecto contribuir a la formación de nuevo personal o a la redistribución de responsabilidades.
- Formación del personal a todos los niveles, en colaboración con cada responsable para el distrito: laboratorio, cuidados de enfermería, protocolos de tratamiento, etc. En cuanto a las especialidades quirúrgicas, puede contemplarse un apoyo periódico (queda por determinar la capacidad quirúrgica del Hospital de San Benito, antes de decidir un apoyo al Centro de Sayaxché ; si dicha capacidad es escasa, NO debería reforzarse Sayaxché antes que el Hospital de Referencia). En temas como la radiología puede contemplarse llegado el caso ayudar puntualmente a un técnico local.
- Dotación de libros a la Biblioteca de referencia del CdS, tras discusión sobre las normas de utilización de ésta (para evitar la monopolización de la literatura por préstamos a domicilio prolongados, por ejemplo, incluso determinando qué libros no se pueden sacar y cuáles sí y cuánto tiempo).
- A nivel de los PdS y a fin de optimizar su funcionamiento, se estudiará la necesidad de introducir la figura del T.S.R. como acompañante del A.E. en algunos casos, y se potenciará el reconocimiento por el MSPAS de dicha figura.
- Equipamiento, previo estudio de necesidades.
- En medicamentos, ver después.
- Según las exigencias o la necesidad de privatización parcial unidas al proceso de paz, estudio y aplicación de posibles fórmulas de tarificación o financiación por compañías aseguradoras. En su caso, estudio y aplicación de criterios de exención de pago (un papel importante de MSF en estas circunstancias es velar por que el proceso no cierre las puertas de las estructuras de salud a los más pobres).
- Reforzamiento de los programas específicos de salud :
 - * Salud materno-infantil (cf. después).

* Control de enfermedades transmitidas por vectores, como la malaria o el dengue.

* TBC, incluido despistaje a nivel periférico, siempre que se asegure la recogida adecuada de muestras, su envío al laboratorio de referencia, la contra-referencia (comunicación del resultado) y el tratamiento si fuera necesario.

* ETS/SIDA: promoción de las medidas universales de protección contra el SIDA en las estructuras de salud, atención de ETS, educación sanitaria, incluso programa de distribución de preservativos.

* Planificación familiar (cf. después).

Indicadores:

- PdS con personal.
- PdS abastecidos mensualmente en medicamentos.
- Indicadores de calidad de la atención: tasas de mortalidad, utilización de los servicios, estancia hospitalaria.
- Períodos de tiempo SIN ciertos servicios necesarios, sea por ausencia de personal, material o insumos (laboratorio, radiología, supervisión incluso, vacunación, otros).

Objetivo específico 3: Disponibilidad permanente de medicamentos esenciales.

Actividades:

- Contribuir al estudio y adaptaciones pertinentes de la lista de medicamentos utilizables según nivel de atención.
- Estudio cuantitativo de necesidades mensuales en medicamentos y material.
- Estudio de la necesidad de contribuir como organización con medicamentos esenciales para responder a las necesidades, teniendo mucho cuidado con la sostenibilidad del proceso (prever aumento del presupuesto nacional para el siguiente periodo, hasta autosuficiencia previa al fin del proyecto).
- Apoyo en la organización/operativización del sistema de distribución de medicamentos, desde el nivel de CdS y PdS hasta los utilizados por PRS y CT.
- Estandarización de la papelería pertinente sobre peticiones, estado del stock, registro de utilización.
- Formación en la gestión de la farmacia, incluyendo el establecimiento de cotas o instauración de pautas tendentes a evitar la hiperprescripción.
- Potenciar/facilitar la instalación de farmacias municipales (estudiando la necesidad y los mecanismos de funcionamiento de posibles sucursales en núcleos poblacionales grandes) y/o de farmacias institucionales (ligadas a las estructuras de salud).
- Determinar claramente quién es el responsable de la supervisión de estas farmacias, límites a los precios de venta, fuentes de abastecimiento y mecanismos, medicamentos de venta libre, de venta con receta y medicamentos que el PRS puede comprar (según una lista preestablecida y acorde con la política nacional de prescripción).

- Puede dotarse a estas farmacias de un primer stock de medicamentos que permita la creación de un fondo para nuevas compras (por supuesto, los aspectos de formación y gestión citados más arriba se aplican también aquí).

Indicadores:

- Días de ruptura de stock de medicamentos esenciales, determinados previamente.
- N° de medicamentos por paciente atendido (ingresado o consulta externa).
- N° de antibióticos por paciente atendido.
- % de I.R.A.s tratadas con antibiótico.
- % de diarreas tratadas con antibiótico.
- N° de medicamentos caducados.
- % del presupuesto de medicamentos y material desechable cubierto por ONGs.

Objetivo específico 4: Higiene, esterilización, medidas de protección contra el sida.

Actividades:

- Formación en técnicas de esterilización.
- Dotación de material, complementando el presupuesto nacional, a fin de que cada estructura disponga de lo necesario.
- Promoción de la limpieza y disposición de desechos.
- Introducción de un sistema de disposición de agujas y objetos cortantes.
- Formación en la protección frente a la transmisión del sida.
- Estandarización y tests sistemáticos en caso de transfusión sanguínea.

Indicadores:

- % de estructuras que disponen de un sistema de esterilización adecuado.
- Días sin agua corriente o sin combustible.
- Evaluación de la técnica de esterilización.
- % de estructuras que disponen de un sistema de disposición de objetos punzantes/cortantes.
- N° y % de transfusiones efectuadas sin test VIH previo (se le supone acompañado de tests de hepatitis, malaria y VDRL).

Objetivo específico 5: Cobertura de vacunación.

Actividades:

- Favorecer la introducción de la vacunación horizontal.
- Implicar a los PRS en la difusión de las campañas, preparando a la población y participando en las mismas.
- Dotar a cada PdS de los elementos necesarios de la cadena de frío e insumos.
- Formación e introducción de un sistema de control diario de temperatura.

- Garantizar la reposición de combustible, el mantenimiento-reparaciones y una gestión adecuada que impida la ruptura de la cadena de frío (porque se acaba el combustible sin tener de repuesto, por ejemplo).
- Garantizar la existencia permanente de cartillas de vacunación. Educación a las madres sobre cómo guardar la misma, beneficios de la vacunación y futuras dosis.

Indicadores:

- Cobertura vacunal por grupos de edad.
- N° de estructuras con/sin la vacunación horizontal integrada.
- Relación vacunación vertical / horizontal.
- Tasa de abandono DPT3 para <1 año $(DPT1-DPT3 / DPT1 \times 100)$.
- N° de días que el frigorífico no está funcionando.
- N° de días sin control de temperatura o con temperatura inadecuada.
- N° de rupturas de stock de vacunas.
- % de oportunidades perdidas (niños o mujeres en edad fértil que acuden al centro no vacunados) = $N^{\circ} \text{ de vacunas} / N^{\circ} \text{ de consultas de } <5 \text{ años y mujeres de } 15-44 \text{ años} \times 100$.

Objetivo específico 6: Asistencia al parto, control pre/postnatal y niño sano.

Actividades:

- Formación del personal sobre estos programas.
- Favorecer el contacto entre las CT y el PdS, para toma regular de la tensión arterial (T.A.) y vacunación, así como estructura de referencia.
- Carnet de control de embarazo.
- Definición de embarazo a riesgo y criterios de referencia.
- Atención curativa adecuada en el CdS, incluyendo la respuesta a las urgencias y la cirugía, trauma y gineco-obstetricia básicas, según las pautas de la región sanitaria.
- Formar al A.E. en el seguimiento de las CT, implicando igualmente a la enfermera responsable del programa en el distrito.

Indicadores:

- % de mujeres embarazadas con un correcto control prenatal (definido, por ejemplo, como dos visitas al PdS o CdS o, mejor, como TT2).
- % de mujeres con control postnatal adecuado (a precisar el concepto).
- % de niños menores de 5 años con el Carnet de crecimiento que presenta, por ejemplo, al menos una visita cada 2 meses durante el primer año y anual después.
- Cobertura vacunal en menores de 1 año.
- % de embarazos a riesgo según el registro del PdS que acuden al CdS como visita de referencia o para dar a luz (según Registro también).
- % de partos asistidos por personal formado (distinguiendo institucional o por CT capacitadas)

Objetivo específico 7: Planificación familiar.

Actividades:

- Formación sobre los medios disponibles y cómo recomendarlos y controlar su utilización.
- Aprovisionamiento de los PdS con píldoras anticonceptivas, inyección depot y preservativos.
- Referencia de candidatos a métodos instrumentales (DIU) o quirúrgicos.
- Discusión de protocolos con APROFAM y MSPAS.
- En una segunda etapa, establecimiento de objetivos según utilización (inicialmente el objetivo es sólo accesibilidad, es decir, que existan el servicio y los métodos a menos de 2 horas de la población diana).

Indicadores:

- % de PdS con este servicio.
- Rupturas de stock.
- Número de usuarios.
- N° de casos referidos por el PRS al PdS o del PdS al CdS (si éste dispone de cirugía o puede colocar DIUs).

Objetivo específico 8: Higiene ambiental.

Actividades:

- Establecer criterios de selección de comunidades candidatas a un programa experimental de letrización, y un protocolo de actuación en caso de iniciar dicho programa, delimitando las fases de identificación, sensibilización, construcción y uso/mantenimiento.
- Educación.
- Colaboración con el Inspector de saneamiento ambiental (I.S.A.) en la aplicación de las políticas del MSPAS y en su adaptación a las necesidades reales.
- Equipamiento en agua corriente de todos los PdS, y establecimiento de mecanismos de mantenimiento.
- Elaboración de un protocolo de actuación que permita seleccionar las comunidades beneficiarias del programa de instalación de pozos.
- Instalación de pozos en 8-10 comunidades al año. Seguimiento.
- Colaboración en la creación de pozos de filtración caseros (drenajes), basureros o incineradores.

Indicadores:

- N° de letrinas y pozos instalados.
- N° de letrinas y pozos en uso.
- Pozos con cloración regular.
- N° de visitas de supervisión del I.S.A.
- % de la población que toma agua según origen (canalización, pozo, río, manantial,...).
- Otros.

Objetivo específico 9: Sistema de Información sanitaria.

Actividades:

- Estandarización de la documentación a utilizar y

adaptación/simplificación según nivel.

- Análisis de la información en colaboración con los responsables de salud y establecimiento de pautas de respuesta.
- Asegurar que cada elemento implicado en la información sanitaria dispone regularmente de los documentos necesarios.

Indicadores:

- Rupturas de stock de la papelería.
- % de estructuras que reportan mensualmente.
- % de PRS y CT que reportan sus actividades.

Objetivo específico 10: Sistema de referencia.

Actividades:

- Establecer con las autoridades sanitarias los criterios de referencia por niveles.
- Favorecer la conexión entre uno y otro nivel del sistema de salud (desde la comunidad al hospital de referencia).
- Asegurar que exista una ambulancia en el distrito utilizada como tal.
- Estudiar la necesidad de añadir una ambulancia fluvial.
- Dotar a cada PdS de una radio que permita contactar 24 horas al día con el Servicio de Urgencias del CdS, previa formación en su uso y tras asegurar el mantenimiento (recargar baterías al menos, salvo si existe electricidad).
- Establecer un sistema de envío de muestras al laboratorio del CdS, si se incluye esta medida en el protocolo, por ejemplo, de despistaje de la TBC.
- Potenciar la contra-referencia para mejorar la referencia.

Indicadores:

- N° de casos referidos (distinguir "pertinentes"). Distinguir por PRS, CT, AE,...
- Además de los indicadores cuantitativos, valorar (tomando algunos casos como ejemplo) el tiempo que se tarda desde la llegada del enfermo al PdS y el inicio de su tratamiento en el CdS (o del CdS al Hospital de Referencia).
- Días que la ambulancia no dispone de combustible o no está disponible por otras razones.
- Tiempo medio de recepción de resultados en caso de muestras de laboratorio.

Objetivo específico 11: Supervisión/seguimiento y formación continuada.

Actividades:

- Identificación de responsables según áreas: atención curativa, vacunación, mantenimiento, etc.
- Crear un equipo de formación a nivel distrital, dirigido por la enfermera-jefe del CdS (que es la responsable, creo).
- Elaboración de protocolos. Frecuencia de visitas, programa,

planificación.

- Formación del equipo de supervisión.
- Dotación al CdS de materiales educativos utilizables en su autoformación y en la formación continuada del personal seguido.

Indicadores:

- N° de visitas de supervisión.
- N° de visitas efectuadas en relación a las programadas.
- N° de visitas acompañados por MSF y no acompañados (para valorar la progresión).
- N° de reuniones de PRS y CT en los PdS.
- N° de PRS y CT que acuden regularmente a las reuniones del PdS (= activos).

Objetivo específico 12: Participación en la toma de decisiones.

Actividades:

- Establecer con las autoridades distritales qué decisiones deben tomarse a cada nivel.
- Activar la formación de un foro para la discusión de necesidades del distrito, con las autoridades y otras organizaciones (una especie de Comité de coordinación distrital).
- Tomar contacto (y pedir consejo!) con el Comité pro-mejoramiento de cada aldea antes de iniciar cualquier actividad en la misma.
- (No creo que sea rol de MSF favorecer la creación de comités en las aldeas en que no existe, ya que no suele funcionar cuando la propuesta viene de afuera).

Indicadores:

- % de aldeas con comité (tal vez estableciendo concepto de activo o no), aunque me parece poco significativo.
- N° de reuniones con las autoridades de salud o inter-institucionales.
- Respeto de los plazos de tiempo en los compromisos adquiridos.

Objetivo específico 13: Retornos.

Actividades:

- Establecer un protocolo de atención en caso de retorno, que incluya
 1. qué personas se liberan en la fase de identificación de necesidades (sobre todo sanitarias y de agua potable),
 2. las prioridades de actuación,
 3. qué atención se dará sistemáticamente,
 4. la duración de la atención "especial" a los retornados, antes de considerar el asentamiento como una aldea más.
- Firmar un protocolo de colaboración con otras Instituciones implicadas en los retornos, delimitando las responsabilidades de cada uno.

Indicadores:

- N° de retornos.
- Población beneficiaria.
- Indicadores de actividad sanitaria, nutricionales, etc.
- Asentamientos que pasan a ser considerados como aldeas (definitivos).

5º PASO: PROPONER LOS RECURSOS HUMANOS NECESARIOS PARA IMPLEMENTAR EL PROYECTO

FUNCIÓN	CATEGORÍA	CARGA DE TRABAJO
1. Coordinación con la Jefatura de Área : <ul style="list-style-type: none"> • Localización de futuros PdS • Presupuestación PdS • Sistema de Información Sanitaria. • Criterios de referencia. • Discusión de políticas de acción (pagos por servicios, tarificación, etc.). • Toma de decisiones 	MCT	25%
2. Gestión de Farmacia : <ul style="list-style-type: none"> • Stock M.S.F. • Farmacias municipales - institucionales. • Aprovisionamiento. • Peticiones mensuales/ trimestrales. 	ENF	25%
2. Gestión de Farmacia: lista estándar por nivel.	MCT	5%
3. Formación RR.HH.: médicos CdS	MCT	20%
3. Formación RR.HH.: <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeras CdS. • Sistema de supervisión/formación continua. • A.E. CdS y PdS. • Control prenatal, postnatal, niño sano. • Planificación familiar. • Preparación junto con los A.E. de la formación de PRS y CT. • Materiales educativos. 	ENF	> 75%
4. Esterilización, medidas universales de protección contra el SIDA, higiene en CdS y PdS.	ENF	20%
5. Lanzamiento de un programa ETS/SIDA y medidas universales de protección.	MCT	10%
6. P.A.I.	ENF	20%
7. Higiene ambiental : <ul style="list-style-type: none"> • Formación/acompañamiento del TSR e ISA. • Seguimiento / mantenimiento de pozos y letrinas (con el I.S.A.). • Detección de comunidades candidatas para nuevos programas (con el I.S.A.). • Garantizar el "paquete mínimo" en las estructuras de salud: agua, luz, cadena de frío, baterías, etc. (con el responsable del MSPAS). • Mantenimiento en CdS y PdS : gas, agua, luz, radios, vehículos,... (con el responsable). • Colaboración con el T.S.R. y A.E. en la formación de los PRS en estos aspectos. • Infraestructura (escasa en 1997). 	LOG	> 75%

• Atención inicial a retornados.		
8. Atención a retornados: evaluación inicial, estrategia de acción, acuerdos de colaboración.	MCT	15%
9. Coordinación de equipo, comunicación con capital, informes periódicos,...	MCT	25%
10. Administración, contabilidad, gestión del personal nacional.	LOG	25%

En realidad, lo que se propone es un sistema de trabajo con homólogos o contrapartes, en el cual cada miembro del equipo MSF ayuda a los responsables guatemaltecos a llevar a bien sus funciones de un modo sostenible, de tal modo que antes del final del proyecto puedan hacerlo sin la ayuda de MSF, es decir:

1. El médico M.S.F. (MCT=médico coordinador de terreno) trabaja codo con codo con los Jefes de Distrito y Área y los médicos del CdS, con la ayuda de un médico guatemalteco contratado,
2. Dos enfermeras MSF trabajan con las enfermeras del CdS (en su trabajo en el propio Centro y en sus tareas de supervisión fuera del mismo) y Auxiliares de Enfermería (en el Centro y Puestos de Salud, en todas sus funciones dentro y fuera de éstos, incluido el seguimiento a PRS y CT), así como responsables de Farmacia a diferentes niveles. Pueden verse muy apoyados-as por 1 ó 2 A.E. contratados como staff nacional. (Es importante que MSF no ofrezca trabajo a los Auxiliares que se supone deben trabajar para el MSPAS en los PdS menos "apetecibles")
3. El logista trabaja codo con codo con el T.S.R., el I.S.A. y el responsable de mantenimiento (si no fuera uno de los dos anteriores), a los que va formando en sus propios perfiles de puesto, con la ayuda de un logista nacional contratado. En función de las tareas de construcción previstas por períodos, puede necesitar otra persona más adelante, tal vez por períodos cortos.

Algunas de las funciones reseñadas son intercambiables. Sin duda, el rol de coordinación de terreno puede ser desempeñado por personal médico o de enfermería con experiencia. El perfil de puesto exacto de cada una de las personas "ENF" puede ajustarse, aunque en general una de ellas será considerada "hospitalaria" y la otra "de campo". Esta última puede tal vez descargar al logista de parte de sus funciones de seguimiento a nivel de los PdS.

El envío de un especialista en Ginecología durante el año 1997 depende de numerosos factores, como la implicación de MSF en las actividades de Salud Materno-Infantil en el Centro de Salud, inicio de la actividad quirúrgica en el CdS, disponibilidad de personal, material y equipamiento necesarios, y capacidad quirúrgica del Hospital de Referencia de San Benito.

Como organización, debemos pensarlo dos veces antes de apoyar una iniciativa como ésta en el Centro de Salud de Sayaxché. En primer lugar, si funciona una ambulancia entre Sayaxché y San Benito (menos de 90 minutos de recorrido), las necesidades de la población pueden estar cubiertas sin

introducir la cirugía en el CdS. Por otro lado, hoy por hoy hay un único cirujano capaz, el Dr. Vega, de quien nadie puede decir si se va a jubilar antes de un año, acompañado de 7-8 médicos más sin experiencia quirúrgica, que pueden encontrarse solos ante la demanda en un futuro próximo. Además, la cirugía precisa preparación preoperatoria, reanimación, posiblemente banco de sangre y otros temas que hay que meditar muy bien. Por fin, si hemos decidido ayudar a que el sistema guatemalteco funcione, debemos valorar primero la necesidad de reforzar la cirugía en San Benito antes que en Sayaxché. Para mí, pues, queda claro que en 1997 NO tiene sentido enviar un ginecólogo.