

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE
SALUD DEL MUNICIPIO DE OLOPA
CHIQUMULA

JUAN DAVID LAMBOUR GIRON

Guatemala, Febrero 1975.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD
DEL MUNICIPIO DE OLOPA
CHIQUMULA

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas

Por:

JUAN DAVID LAMBOUR GIRON

En el acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Febrero 1975

INDICE

	Página
INTRODUCCION	I
OBJETIVOS	
a) Generales	1
b) Específicos	2
HIPOTESIS	
a) Métodos	7
b) Material	8
ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	
a) Descripción del Ambiente	11
1. Población	19
2. Nivel de Salud	35
3. Factores Determinantes y Condicionantes	69
INTERPRETACION	73
DISCUSION	77
RECOMENDACIONES	79
COMENTARIO FINAL	82
BIBLIOGRAFIA	83

INTRODUCCION

Todos los países del mundo buscan por dife
rentes medios tener un conocimiento más claro, e
xacto, y fiel de la realidad de su medio, en todos y
cada uno de los aspectos que miden su desarrollo.
Uno de los aspectos fundamentales a conocerse es,
sin duda alguna, el estado de salud que prevalece en
dicho país.

En Guatemala se ha buscado conocer esa rea
lidad por los medios más accesibles a sus posibili
dades, tratando de obtener los datos más fidedignos
posibles. Sin embargo, varios han sido hasta hoy
los obstáculos para el logro satisfactorio de esta
labor.

En primer lugar, no fue sino hasta hace po
co tiempo que fue posible cubrir con Puestos de Sal
ud una proporción representativa de la república,
lo cual se hacía indispensable antes de pretender
conocer la situación de salud que prevalecía en nues
tro medio.

Una vez realizado este objetivo, se presentó
el problema de personal capacitado para cubrir es
tos Puestos de Salud. Para resolver dicho proble
ma, el Ministerio de Salud Pública optó por prepa
rar en la mejor forma posible, enfermeros auxilia
res por medio de cursillos intensivos a modo de que

fueran capaces de resolver y/o reconocer la patología más gruesa y común del área rural donde tendrían que desempeñar sus funciones. Esto indiscutiblemente redundó en beneficio de las diferentes áreas donde anteriormente no se contaba con recursos para obtener ayuda en caso de enfermedad.

Otro gran beneficio, tanto para la comunidad como para el programa, fue la detección de patología infectocontagiosa y/o que requiriera hospitalización. Para estos casos, el enfermero auxiliar contaba con la supervisión y asesoría de un médico del Ministerio de Salud quien realizaba una o dos visitas por semana, días en los cuales se citaban los pacientes de diagnóstico y tratamiento más delicado, para los cuales no estaba preparado el personal que atendía dicho puesto de Salud.

Sin embargo, a pesar de todos estos esfuerzos, siempre se encontraban problemas de difícil solución. Uno de ellos fue lo inaccesible que resultaba llegar a algunas áreas durante el invierno, lo cual traía como consecuencia la disminución o total ausencia, durante ese tiempo, de las visitas médicas, quedando por lo tanto en manos del personal auxiliar el diagnóstico y tratamiento de toda la patología. Algunos auxiliares llegaron a sentirse tan competentes en la resolución de casos, que antagonizaban con el médico, llegando incluso a no citar pacientes para el día de visita médica.

Todo esto, como es de suponer, alteraba sig

nificativamente los datos de morbilidad y mortalidad de muchas áreas de salud del país.

Existen algunos trabajos similares a éste, realizados principalmente por el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), los cuales primordialmente hacen énfasis en el estado de nutrición de la comunidad y no de la patología general predominante, menos aún de una proporción significativamente grande de la República de Guatemala la que el actual programa de EPS cubre.

No fue sino hasta el año de 1974, en que tanto la Facultad de Ciencias Médicas como el Ministerio de Salud Pública, lograron llegar a un entendido y uniendo esfuerzos, lograron poner en marcha un vasto proyecto de salud, con el cual 135 estudiantes del último año de medicina cubrirían durante un período de seis (6) meses 135 Puestos de Salud, los cuales con la presencia del médico viviendo en el área, se transformaron en Centros de Salud Tipo "C".

A partir del 18 de febrero de 1974, se dió un paso adelante en la determinación de la situación de salud del pueblo que vive en el área rural de la República.

Nuestra presencia en estas diferentes áreas, motivó el interés en conocer cual es la realidad de salud en el país. Tomando en cuenta que todos los estudiantes cursan el último año de medicina, se pretende obtener datos más fidedignos de los que se han obtenido en años anteriores.

OBJETIVOS GENERALES:

1. Conocimiento de los principales problemas de salud de Guatemala, a través del conocimiento de los problemas de salud de las diferentes áreas en donde se encuentran practicantes de EPS.
2. Hacer énfasis en la investigación con la aplicación del método científico que es fundamental en la preparación de todo médico moderno.
3. Distribución y aprovechamiento más adecuado de los recursos humanos y materiales para el logro de la salud integral del mayor número de guatemaltecos.
4. Motivar a todas y cada una de las ciencias a realizar estudios multidisciplinarios y en esta forma conocer las grandes necesidades, de nuestro pueblo.
5. Hacer conciencia en la comunidad que el buen aprovechamiento de sus recursos redundará con un desarrollo integral más completo e inmediato.
6. Sugerir soluciones factibles para la resolución al menor tiempo posible de los más inmediatos problemas de salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Contribuir o servir de base a la realización de futuros trabajos que se realicen en el Municipio de Olopa.
2. Observar y analizar el medio ambiente como factor determinante de la morbi-mortalidad del Municipio.
3. Conocer actitudes culturales que influyan sobre la salud del Municipio.
4. Tener un conocimiento más fidedigno de la problemática de salud que aqueja al Municipio de Olopa.
5. Comparar cualitativa y cuantitativamente la morbi-mortalidad encontrada por el practicante de EPS durante los seis (6) meses de estancia en la localidad, con la morbi-mortalidad encontrada en años anteriores y durante los mismos meses.
6. Hacer del conocimiento de las Autoridades de Salud la importancia que tiene una "terapia dirigida a la comunidad", basándose en la morbilidad encontrada por el practicante de EPS, lo cual redundaría en un mejor aprovechamiento de los recursos del Estado.

7. Proponer soluciones de aplicación inmediata mediante programas de salud adecuados al Municipio de Olopa.

8. Objetivos Educativos:

- a) Hacer conciencia en la comunidad del papel que juega el medio ambiente en la salud o enfermedad.
- b) Personalmente, me hará conocer los problemas reales de salud de una población y con proyección de toda una colectividad nacional; y permitirá la aplicación del método científico como camino en la búsqueda de la verdad.

Habiendo delineado cuales son los objetivos tanto generales como específicos del presente trabajo, realizaré el estudio partiendo de la siguiente hipótesis:

"El diagnóstico, realizado por personal más calificado (practicante de EPS) nos hara conocer datos sobre morbi-mortalidad más apegados a la realidad".

Considero necesario hacer un pequeño comentario adicional sobre lo que se persigue demostrar con el análisis de los datos recolectados.

En la introducción del trabajo, ya comenté algunos de los problemas que a mi criterio dificultaban la realización de un diagnóstico adecuado en el área rural. Habiendo solventado uno de los más difíciles problemas o sea la presencia constante de un médico en el Centro de Salud, ha traído un innegable beneficio no solo a la comunidad sino también a las autoridades de Salud, las cuales obtendrán datos de morbi-mortalidad más fidedignos con lo cual los futuros programas de salud serán realizados sobre bases más firmes.

Para bien o para mal, considero que las tasas de morbi-mortalidad van a sufrir cambios, si no en todas, sí en algunas de las áreas de salud donde el acceso al médico se dificultaba sobre manera y el diagnóstico quedaba en manos de personal insuficientemente calificado.

Se hace también necesario, aclarar que la comparación se hará con años anteriores durante un período de tiempo igual al que tarda la observación - nuestra.

Tomaremos como factor estático el clima. Suponiendo que no han habido variaciones estadísticamente importantes entre los períodos de comparación y observación.

MATERIAL Y METODOS

METODOS:

Se tomará como Universo de Estudio, todo el Municipio de Olopa, que comprende la cabecera municipal y sus 21 aldeas.

La población que se someterá a estudio será únicamente la que llegue al dispensario parroquial o al puesto de salud, sin tomar en cuenta la visita domiciliaria, ni la consulta hecha en algunas de las aldeas por cubrir.

Este es un estudio retrospectivo, continuo, parcial, y longitudinal.

Se dice que es retrospectivo porque únicamente se comparán los datos de años anteriores con los encontrados por mí durante los seis meses de estancia en el Municipio de Olopa.

Lo llamo continuo, porque la observación se hará durante todo el tiempo de permanencia. Existen sin embargo pequeñas interrupciones, por la campaña de vacunación que se llevará a cabo durante este tiempo, pero que no creo cambie significativamente el resultado final del estudio. También debo mencionar que el período a cubrirse será únicamente del 19 de febrero al 19 de julio del año 1974.

En cuanto a la cobertura, es parcial porque en Olopa existe el Centro de Salud del Ministerio de Salud, y un dispensario parroquial muy bien e-

quipado, a donde recurre un 60% de los pacientes, ya que en él se les obsequian las medicinas.

Durante mi estancia en Olopa se cubrirán los dos centros y entonces se tendrá prácticamente una cobertura total, sin embargo, no existe información completa sobre la morbilidad en años anteriores que cubrió el dispensario parroquial.

Se aplica la forma longitudinal por ser la única que se cree pueda reflejar con aceptación científica el estado de salud del Municipio.

MATERIAL:

a) Archivos Municipales:

En ellos se obtuvieron los registros de nacimiento y defunciones. Los diagnósticos de mortalidad son sumamente desconfiados - pues se anota lo dicho por la familia o lo interpretado por la Policía.

b) Archivo Eclesiástico (Católico):

Unicamente como dato curioso y de comparación para obtener una idea del porcentaje de Católicos.

c) Dirección General de Estadística:

En esta Dirección se encontraron los datos de población completos según el censo de 1973, sin embargo se tuvo que recurrir al censo de 1964 para obtener los datos de vivienda, ocupación, y agricultura, por no estar terminados los datos del año 1973.

d) Ministerio de Agricultura:

Para los datos de cultivos principales.

e) Archivo del Puesto de Salud:

Para obtener los datos de morbilidad se consultaron principalmente los sobres familiares.

f) Archivo del Dispensario Parroquial:

Por el volumen de pacientes que este dispensario mueve, no a todos los pacientes se les lleva ficha clínica, sin embargo, se consultó lo que había pues el año anterior en este dispensario hubo un practicante externo haciendo medicina integral por dos meses, lo cual será un buen parámetro de comparación.

3.2 DESCRIPCION DEL AMBIENTE:

Olopa, municipio de Chiquimula, está situado a 50 Km. de la cabecera departamental y a 220 Km. de la Capital de Guatemala. De los 50 Km. - que lo separan de la cabecera departamental, seis - (6) están asfaltados, siendo los restantes 44 Km. los que hacen que su única vía de acceso represente un problema para la población. Este camino es de tierra y algunos tramos son sumamente angostos y/o empinados. Es durante la época lluviosa cuando el problema se agudiza, pues al problema que representa su constitución de tierra, lo angosto y lo empinado, se le agregan los derrumbes que vienen a obstruir totalmente el paso de vehículos, dejando a la población aislada por completo, ya que como se dijo anteriormente, es la única vía con que cuenta en lo que se refiere a comunicación terrestre.

Situada a 5,500 pies sobre el nivel del mar, Olopa goza de un clima predominantemente frío y sumamente saludable. Se encuentra constituido - por 22 aldeas, incluyendo la cabecera municipal. Las vías de comunicación con las aldeas son únicamente a pié o a caballo. Con una extensión de 156 Km² representa el 6.56% de la extensión territorial del departamento que es de 2,376 Km².

Tiene una población de 10,251 habitantes (Censo 1973) lo que nos representa una densidad de población de 65.71 habitantes por Km².

Su sociedad se encuentra dividida en dos principales grupos, el rural y el urbano, siendo el mayor, el rural de 8,990 habitantes lo cual representa el 87.69% de la población total que en su mayoría se dedica a la agricultura en poca escala. El grupo racial predominante es el indígena el que principalmente trabaja como campesino.

Culturalmente hablando, se encuentran dos corrientes, la ladina y la indígena.

La ladina se encuentra primordialmente localizada en la cabecera municipal y se encuentra ligada a la cultura occidental que prevalece en el resto del país. Son los que gozan también de las máximas comodidades ya que son los más adinerados. Poseen los pocos vehículos que circulan por el municipio, tienen los más grandes y mejores negocios y ocupan prácticamente todos los cargos públicos.

La indígena aún mantiene sus costumbres heredadas de la cultura Maya-Quiché. Esto se puede ver más fuertemente arraigado en algunas aldeas lejanas a la cabecera municipal. Las principales costumbres heredadas son el cultivo de la tierra, el vestido, y la medicina.

Las aldeas que constituyen el Municipio de Olopa son las siguientes:

1. Talquezal
2. Tituque
3. Nochán
4. Pomas
5. Palmas
6. Tuticopote Abajo
7. Tuticopote Arriba
8. Prenza Camalote
9. Amatillo
10. Sta. María
11. Rodeo
12. Roblarcito
13. Paternito
14. Cerrón
15. Olopa
16. Laguna de Cayur
17. Tablón de Cayur
18. Piedra de Amolar
19. Chucte
20. Guayabo
21. Carrizal
22. Agua Blanca

La gente de las aldeas llega a la cabecera municipal únicamente los días domingo, ya sea para ir de compras o a vender los productos de sus cosechas pues es el principal día de mercado; o bien por llegar a la misa, ya que es un pueblo sumamente religioso.

Es el día domingo cuando también aprove-

chan para hacer las consultas médicas necesarias.

En Olopa funcionan dos instituciones de carácter médico, por decirlo así, una es el dispensario parroquial Santa María, anexo a la parroquia del pueblo y otra es el Centro de Salud Nacional.

El dispensario parroquial, desde su formación, ha sido atendido por el Párroco del pueblo, quien también fungía como odontólogo. Posteriormente se inició el programa de EPS con Odontología quedando el párroco únicamente con su misión de carácter médico. El año pasado (1973) se inició con la Facultad de Medicina el programa de medicina integral y este año se inició el programa de EPS. En la clínica parroquial se cuenta con un excelente equipo quirúrgico y un buen surtido de medicamentos obtenidos por el Rev. Fernando Gamalero, párroco fundador del dispensario, y quien se encarga y preocupa por obtener donaciones de diferentes casas comerciales y de algunas instituciones internacionales.

El dispensario cuenta también con una clínica odontológica con un excelente equipo e incluso Rayos "X".

Médicamente cuenta con una sala de operaciones para cirugía menor, autoclave grande y un equipo quirúrgico incluso para cirugía mayor, pero no se cuenta con anestesia, por lo que todo paciente que requiera cirugía mayor es remitido al Hospital Nacional de Chiquimula.

En el dispensario los pacientes reciben totalmente gratis las medicinas que requieran y únicamente dejan una limosna, el que puede, para la compra de productos para la misma clínica de los que no se consignent muestras médicas como el algodón, alcohol, gaza, etc.

El Centro de Salud Nacional se encuentra localizado en frente del parque del pueblo y consta de una habitación únicamente donde se hizo una división para hacer un apartado y poder realizar examen físico.

Ha estado hasta hoy atendido por un auxiliar de enfermería quien no contaba con mayor número de medicamentos y el manejo de los pocos con que contaba no era del todo adecuado. En la actualidad el médico de EPS puede programar su actividad en forma tal que brinde atención médica tanto en el dispensario parroquial como en el Centro de Salud, ya sea dando consulta por las mañanas en uno y por las tardes en el otro, o unos días en uno y otros días en el otro. Este último método fue el que se empleó durante mi permanencia en EPS.

Una dificultad comprensible es que mientras la consulta médica en el Centro de Salud cuesta al paciente Q. 0.25 y algunas veces se les da únicamente receta por no haber mayor número de medicamentos, en cambio en el dispensario no se les cobra y se les regala la medicina. Los pacientes abarrotan el dispensario los días en que se atiende

éste y llegaban pocos los días de consulta en el Centro de Salud.

Otro problema serio es fijar la consulta conforme a un horario ya que las personas por lo lejano de sus hogares, solo aprovechan para consultas médicas los días en que por alguna otra razón tienen que ir al pueblo y resulta difícil decirles que regresen el día en que les toque consulta.

A continuación presentamos un esquema del horario que estuvo en vigor durante el período que este estudio abarca.

	Lunes	Martes	Miér.	Juev.	Vier.	Sáb.	Dom.
Dispensario 8 a 12 a.m.		Cons. Ext.			Cons. Ext.	Cons. Ext.	Cons. Ext.
2 a 6 p.m.			Cons. Ext.	Cons. Ext.			
CENTRO 8 a 12 a.m.	Prenatal Postnatal		Mater- no Infan- til				
2 a 6 p.m.	Post- Natal	Salud Esco- lar			Cons. Ext.		

Como se puede ver por el horario, se tiene ocupada toda la semana y la carga de trabajo es bastante fuerte. El número de pacientes vistos durante los cinco meses de observación del trabajo fue de 3,360, lo que nos da un promedio de 672 pacientes mensuales. De la población general, por lo tanto, se cubrió el 33%.

El dispensario parroquial no trabaja el día lunes pues trabaja domingo hasta las 3 o 4 p.m. en vista de que como ya se dijo anteriormente, es el día en que consulta el mayor número de personas de las aldeas.

Durante todo el tiempo, como es natural, se atiende todo tipo de emergencia ya sea médica o quirúrgica.

Durante mi estancia en EPS, se enviaron las solicitudes de medicamentos para el Centro de Salud de acuerdo a las necesidades más inmediatas del pueblo. Sin embargo cuando llegaron los pedidos, no solo no iba lo que se había solicitado, sino el departamento de abastecimientos del Ministerio de Salud Pública mandó medicina de muy poco uso y por un valor muy por abajo de los Q. 150.00 que se tienen presupuestados por trimestre; lo cual viene en perjuicio del pueblo que no obtiene el beneficio deseado con la presencia del médico en el área. El pueblo no tiene recursos para comprar medicamentos y es necesario establecer tratamientos de emergencia.

1. Población:

Contrariamente a lo encontrado en la mayoría de pueblos del oriente del país donde predomina la población ladina, Olopa cuenta con un 58.7% de indígenas (Censo 1964). La piel morena y los rasgos físicos hacen notoria la descendencia Maya-Quiché que predomina en la población.

En la cabecera municipal la mayoría de los pobladores son ladinos o ladinizados, los cuales viven en las más céntricas calles del pueblo, las cuales gozan de luz eléctrica, agua potable, y drenajes. Los pocos indígenas que radican en el pueblo viven en las orillas sin ninguna comodidad y en unas condiciones higiénicas deplorables.

La población, casi en su totalidad, se dedica a la agricultura en pequeña escala, la crianza y engorde de ganado vacuno, y la atención de algún pequeño negocio.

La mayoría de los hombres tienen una pequeña porción de tierra, donde siembran café, maíz, y tienen unas pocas cabezas de ganado. Con esto obtienen lo necesario para vivir y excepto durante la época de siembra y corte, su trabajo es poco. Durante el resto del tiempo, se dedican a hacer pequeños negocios o, quien así lo necesite, trabaja asalariado para otra persona. Pero en general la vida es tranquila y poco preocupada.

Resulta curioso llegar a Olopa y encontrar que prácticamente todas las casas de las calles principales tienen algún tipo de negocio. La inmensa mayoría son tiendas, desde algunas bastante bien surtidas, hasta otras prácticamente vacías. Esto se debe a que las mujeres quieren encontrar en esto algo que las mantenga ocupadas y obtener así ingresos adicionales a los del esposo.

La población infantil (hasta los 14 años) representa el 48% de la población, la mayoría de los cuales viven en el área rural y no asisten a la escuela, o de hacerlo, lo hacen únicamente por muy poco tiempo, pues en cuanto son capaces de recojer café o maíz, etc., los padres prefieren que los ayuden en las tareas del campo. Igualmente hace la madre con la hija pues cuida de sus hermanos menores o ayuda a la madre en sus quehaceres.

El analfabetismo adquiere así, proporciones astronómicas. En el Censo de 1964 se encontró un 80.6% de analfabetismo en la población y en el de 1973 se obtiene un porcentaje del 87.4%. Esto es a pesar de que en todas las aldeas hay escuela que por lo menos llega hasta tercer grado de primaria.

Para tener una idea de la población escolar y su distribución por sexos y áreas, tomaremos los cuadros de la Oficina de Planeamiento Integral de la Educación, Estadística Escolar, años 1973 y 1974.

POBLACION ESCOLAR POR GRADOS Y SEXO (1973)

	1º Grado			2º Grado			3º Grado			4º Grado			5º Grado			6º Grado
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H-M
Escuela Noc. Urbana Mixta Olopa	20	19	39	24	17	41	20	9	29	11	11	22	10	8	18	8-9
Escuela Nac. Rural Mixta Nochán	9	9	18	5	1	6	2	4	6	3	1	4				
Escuela Nac. Rural Mixta Sta. María	2	6	8	8	3	11	4	2	6	2	2	4	2	2	4	1-1
Escuela Nac. Rural Mixta Amatillo	4	7	11	8	2	10	2	1	3	1	5	7	2	1	3	0-1
Escuela Nac. Rural Mix. Piedra de Amolar	11	4	15	6	4	10	2	3	5	1	3	4				
Escuela Nac. Rural Mixta Tuticopote	12	3	15	9	3	12	6	0	6	4	0	4	2	0	2	
Escuela Nacional Rural Mixta Laguna de Cayur	15	16	31	1	2	3	1	5	6	1	0	1	1	2	3	1-3
Escuela Nac. Rural Mixta Tituque	14	7	21	7	3	10	4	2	6	2	3	5				
Escuela Nac. Rural Mixta Las Palmas	9	12	21	7	4	11	3	1	4	1	1	2				
Escuela Nacional Rural Mixta Cumbre Piedra de Amolar	9	10	19	2	5	7	1	1	2							
Escuela Nac. Rural Mixta El Rodeo	10	12	33	6	6	12	4	4	8	5	2	7	1	2	3	
Escuela Nac. Rural Mixta El Tablón	12	8	20	8	4	12	5	0	5							
Escuela Nac. Rural Mixta El Guayabo	10	10	20	10	8	18	2	1	3	2	1	3				
Escuela Nac. Rural Mixta El Chucte	16	9	25	3	2	5	0	2	2	0	1	1	0	3	3	
Escuela Nac. Rural Mixta La Prensa	10	7	17	4	6	10	4	4	8	1	2	3				
Escuela Nac. Rural Mixta Las Pomas	8	8	16	17	3	20										
TOTALES:			318			198			99			67			36	24

Fuente: Estadística Escolar Oficina de Planeamiento Integral de la Educación.

POBLACION ESCOLAR POR GRADOS Y SEXO (1974)

	1° Grado			2° Grado			3° Grado			4° Grado			5° Grado			6° Grado
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H-M
Escuela Nac. Urbana Mixta Olopa	27	25	52	15	17	32	23	12	35	16	11	27	11	10	21	10-8
Escuela Nac. Rural Mixta Nochán	7	6	13	5	4	9	2	1	3	1	3	4	1	0	1	
Escuela Nac. Rural Mixta Sta. María	4	2	6	3	3	6	1	2	3	1	1	2				
Escuela Nac. Rural Mixta Amatillo	3	6	9	1	2	3	3	0	3	2	3	5	1	3	4	0-1
Escuela Nacional Rural Mixta Piedra de Amolar	9	9	18	3	3	6	3	2	5	1	2	3	1	3	4	
Escuela Nac. Rural Mixta Tuticopote	11	1	12	9	1	10	4	1	5	4	0	4	2	0	2	
Escuela Nacional Rural Mixta Laguna de Cayur	10	13	23	7	3	10	0	4	4	0	4	4	2	0	2	0-2
Escuela Nac. Rural Mixta Tituque	10	6	16	2	3	5	7	2	9	1	3	4	0	2	2	
Escuela Nacional R. Mixta Las Palmas	13	8	21	3	3	6	3	4	7	1	1	2	2	0	2	
Escuela Nacional Rural Mixta Cumbre Piedra de Amolar	11	11	22	1	3	4	1	3	4	4	0	1	1			
Escuela Nac. Rural Mixta El Rodeo	14	10	24	6	6	12	3	4	7	2	2	4	1	2	3	
Escuela Nac. Rural Mixta El Tablón	12	8	20	8	2	10	1	2	3	2	0	2				
Escuela Nac. Rural Mixta El Chucte	13	8	21	5	3	8	1	1	2	0	2	2	0	1	1	0-2
Escuela Nac. Rural Mixta La Prensa	10	4	14	3	5	8	3	5	8	1	3	4				
Escuela Nac. Rural Mixta El Guayabo	16	10	26	9	5	14	6	2	8	1	0	1	2	0	2	
Escuela Nac. Rural Mixta Las Pomas	11	6	17	5	4	9	7	3	10							
TOTALES:			314			152			126			69			44	23

Fuente: Estadística Escolar. Oficina de Planeamiento Integral de la Educación.

Como se podrá apreciar en los cuadros de estadística de escolaridad, el total de alumnos distribuidos en todas las escuelas es de 742 en 1973. Si tomamos en cuenta que la población escolar es de 4,910 (niños menores de 14 años) nos encontramos que el porcentaje de escolaridad es del 16.8%, lo cual es sumamente bajo.

Ahora bien, si vemos el cuadro correspondiente a 1974 y tomamos la misma población de edad escolar o sea 4,910 (pues no tenemos datos más recientes) nos encontramos con que el número de alumnos es de 727 o sea el 14.8%, lo que nos supone un 2% de alumnos que abandonaron la escuela por diversas causas.

Esto se hace más notable, si viendo cifras enteras vemos que en 1973 habían 318 alumnos en primer grado, sin embargo en 1974 hay solo 152 alumnos en 2º grado, lo que significa que un 52.3% de los alumnos no fue promovido o abandonó la escuela. Lo mismo puede verse a lo largo de toda la primaria, si se comparan las cifras absolutas.

Ante tal expectativa, el progreso cultural y económico del Municipio no presenta ningún futuro halagador.

La distribución de la población por grupos etarios, es la demostrada en el siguiente cuadro.

POBLACION POR GRUPOS ETARIOS, SEXO, Y DISTRIBUCION

MUNICIPIO DE OLOPA

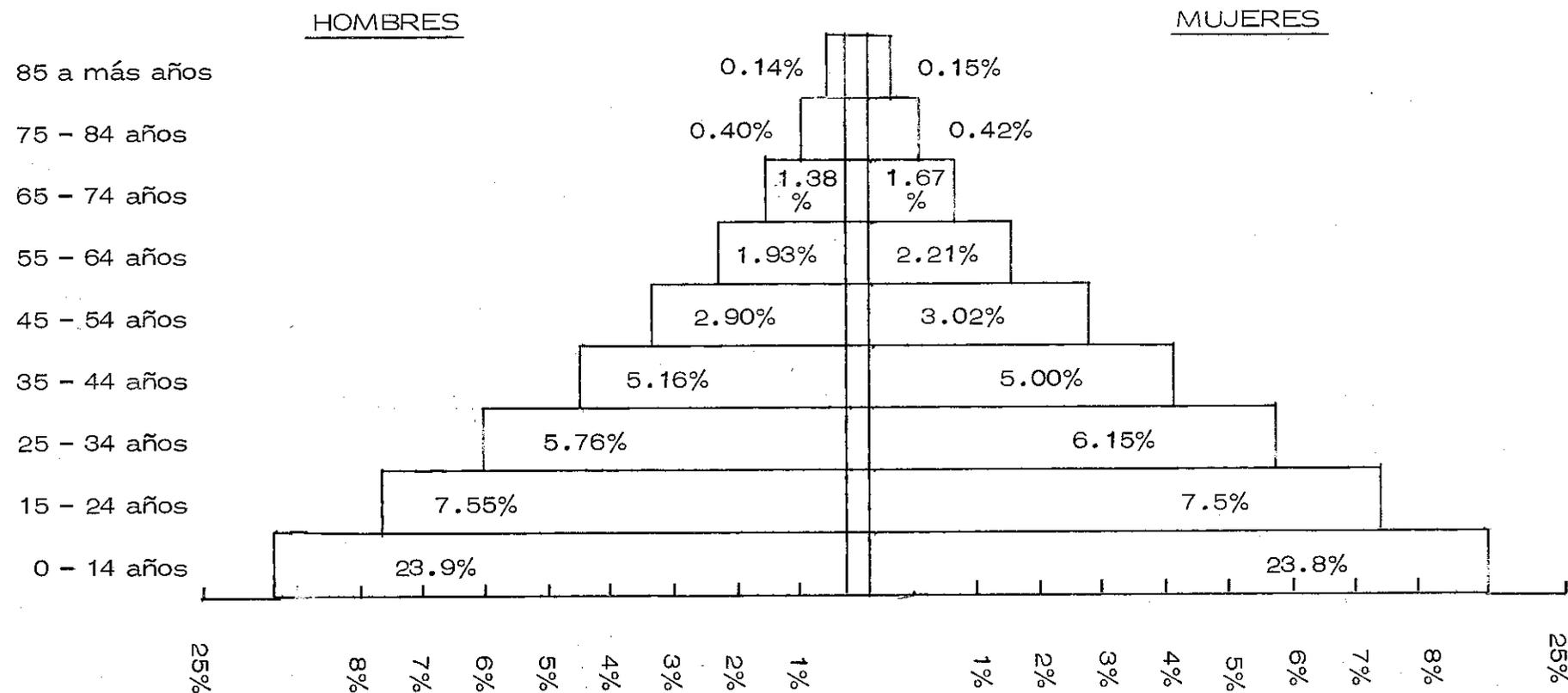
1973.

GRUPOS DE EDAD	HOMBRES			MUJERES			TOTAL		
	<u>Urbano</u>	<u>Rural</u>	<u>Total</u>	<u>Urbano</u>	<u>Rural</u>	<u>Total</u>	<u>Urbano</u>	<u>Rural</u>	<u>Total</u>
0 - 4 años	112	802	914	114	815	929	226	1,617	1,843
5 - 9 "	105	768	873	106	761	867	211	1,529	1,740
10 - 14 "	83	592	675	79	573	652	162	1,165	1,327
15 - 19 "	54	404	458	60	412	472	114	816	930
20 - 24 "	43	294	337	45	313	358	88	607	695
25 - 29 "	37	261	298	41	278	319	78	539	617
30 - 34 "	37	255	292	39	271	310	76	526	602
35 - 39 "	34	249	283	36	260	296	70	509	579
40 - 44 "	29	217	246	27	187	214	56	404	460
45 - 49 "	21	149	170	21	139	160	42	288	330
50 - 54 "	17	110	127	17	133	150	34	243	277
55 - 59 "	13	81	94	13	96	109	26	177	203
60 - 64 "	13	91	104	14	104	118	27	195	222
65 - 69 "	10	74	84	12	77	89	22	151	173
70 - 74 "	7	51	58	9	73	82	16	124	140
75 - 79 "	4	24	28	3	21	24	7	45	52
80 - 84 "	2	11	13	2	17	19	4	28	32
85 y más	1	13	14	1	14	15	2	27	29
TOTAL:	622	4446	5068	639	4544	5183	1261	8990	10251

Fuente: Unidad de Planificación y Estadística
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Guatemala

PIRAMIDE DE POBLACION GENERAL

MUNICIPIO DE OLOPA
CHIQUIMULA



Grupo Materno Infantil: 66.35%

Como se puede apreciar en la pirámide de Población en la página anterior, se mantiene la distribución etaria con una configuración igual a la que tiene el resto de la república, donde la población infantil, pre-escolar, y escolar, ocupan el más alto porcentaje.

En Olopa, de los 10,251 habitantes, 4,910 - tienen menos de 15 años, lo que representa un 48% de la población general, siendo el grupo más importante. Si vemos lo que corresponde al grupo materno infantil, o sea, todos los niños menores de 15 años y todas las mujeres en edad reproductiva o sea hasta los 44 años, tenemos que a este grupo le corresponde el 66.35% de la población general.

Esta forma de distribución poblacional es similar en todas las áreas del país y es por esta razón por la que nunca será suficiente insistir en los programas materno-infantiles.

Habiendo analizado en forma somera la población de Olopa, a continuación pasaremos al campo que es nuestro principal interés, o sea, el estado de salud del Municipio.

No teniendo como medir la salud del pueblo, analizaremos como dato comparativo, la falta de salud.

Indudablemente en la parte referente a población quedaron muchos aspectos sin cubrir. No queriendo caer en la repetición, los incluiré a lo largo de los capítulos donde sean más comprensibles y útiles.

Con los datos obtenidos de los archivos municipales, encontramos que la tasa de natalidad para 1973 es de 24.77%. Los nacimientos por meses aparecen en el Cuadro No. 1

CUADRO No. 1

NACIMIENTOS EN EL MUNICIPIO DE OLOPA

MES	Año 1972	Año 1973	Año 1974
ENERO	36	11	17
FEBRERO	37	18	28
MARZO	30	26	21
ABRIL	39	13	22
MAYO	41	11	12
JUNIO	29	25	23
JULIO	43	22	--
AGOSTO	33	45	--
SEPTIEMBRE	30	17	--
OCTUBRE	22	23	--
NOVIEMBRE	27	18	--
DICIEMBRE	18	25	--

TOTAL: 254

Tasa de Natalidad: $\frac{\text{No nacidos vivos en 1973}}{\text{Población total en 1973}} \times 1,000$

$$\frac{254}{10251} \times 1,000 = 24.77\%$$

Fuente: Archivo Municipal/ Municipalidad de Olopa Chiquimula.

Comparando la tasa de natalidad de Olopa, con la tasa de natalidad general de la República de Guatemala, cuyo dato más reciente fue publicado en "Guatemala en Cifras, 1968", encontramos que la tasa general para Guatemala es de 45.6%, lo cual nos indica que Olopa está bastante por debajo de la general sin que existan programas de planificación familiar.

Hasta el momento y a lo largo de todo el trabajo, tomaremos y trabajaremos con los datos de la "Unidad de Planificación y Estadística del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social" o sean las poblaciones estimadas.

Sin embargo, solo como un dato comparativo, tomaremos las poblaciones estimadas y los informes de la Dirección General de Estadística para establecer en que forma podrían alterarse los resultados. En lo personal tenemos más confianza en trabajar con la población estimada pues en dichos censos no se logra cubrir a toda la población a pesar de los esfuerzos realizados.

	Población Calculada 1973	Población Según Censo 1973
Población General	10,251	8,239
Tasa de Natalidad	24.77‰	33‰
Tasa de Mortalidad	13.56‰	16.87‰

2. NIVEL DE SALUD:

Hablar de la salud de un grupo, pueblo o comunidad es sumamente difícil pues si tomamos como punto de partida el concepto de salud, según la organización Mundial de Salud (OMS), que nos dice: "Salud es el completo bienestar físico, mental y social de un individuo", y lo trasladamos a un grupo, tendríamos que tenerlo con un completo bienestar físico, mental y social, lo cual plantea un problema sumamente difícil de medir.

Sin embargo, para nuestro estudio tomaremos como sano, todo aquel individuo que física y mentalmente goce de bienestar, sin tomar en cuenta el aspecto social, más que para determinar la influencia que tenga sobre los otros dos factores que determinan el estado de salud.

Hacemos esta pequeña aclaración para que nuestras "tasas de morbilidad"* sean interpretadas en forma correcta.

* Llamaremos "Tasas de Morbilidad" al resultado que obtengamos de dividir el número de pacientes, dentro del número general de la población, multiplicado por 1,000.

Desafortunadamente, no fue posible determinar la tasa de mortalidad infantil pues en los registros solo algunos tienen la edad real, la mayoría solo la presentan en forma aproximada, la cual nos arrojaría datos falsos dentro de la investigación.

En vista de lo anterior, solo se presenta la estadística de mortalidad tal y como aparece en el Cuadro No. 2 (año de 1973). En el cuadro No. 3 se hace un esquema más completo de las causas de muerte que aparecen anotados en los archivos municipales (año 1973).

CUADRO No. 2
DEFUNCIONES AÑO 1973

MES	CANTIDAD	%
enero	12	8.8%
febrero	8	5.8
marzo	6	4.4
abril	7	5.2
mayo	15	10.9
junio	5	3.7
julio	10	7.3
agosto	16	11.7
septiembre	10	7.3
octubre	13	9.3
noviembre	6	4.4
diciembre	29	21.2
TOTAL	137	100.0%

Fuente: Archivo Municipal, Municipio de Olopa Chiquimula.

Tasa de Mortalidad: $\frac{\text{No. de muertos 1973}}{\text{Población total de 1973}} \times 1,000$

" " " : $\frac{139}{10,251} \times 1,000$

" " " : 13.56 ‰

Analizando los datos de mortalidad general de "Guatemala en Cifras, 1968", se obtiene un dato de 14.8%, lo cual pone al municipio de Olopa, con una mortalidad menor al promedio general del país.

Haciendo un análisis porcentual de los Cuadros Nos. 2 y 3 encontramos que la máxima mortalidad se registra en el mes de diciembre, correspondiéndole un 21.2% del total de muertes registradas durante el año. Aunque estudios posteriores nos aclararán la causa real de esta elevación suponemos que el factor climatológico aunado a las pocas defensas de la población, que son consecuencia de su mala nutrición, aumenta las infecciones broncopulmonares, intestinales, etc. lo cual provoca más mortalidad.

Sin embargo durante los meses que comprenden de nuestro estudio la máxima elevación la tenemos durante el mes de mayo que ocupa el tercer lugar durante el año, con un 10.9% de mortalidad.

El Cuadro No. 3 nos indica que la causa más común de muerte es la fiebre palúdica, la cual ocupa un 26.3% de las causas de mortalidad general, siguiéndole la hidropesía, la diarrea, y la disentería.

Vale la pena hacer notar que de los meses de febrero a junio, durante el año de 1973 se registraron 41 muertes, correspondiéndole el 30% de las muertes en general.

Al observar el Cuadro No. 3 es fácil apreciar que la causa de mortalidad es sumamente empírica y no nos proporciona una idea de la patología que realmente pueda provocar muerte en dicho Municipio. Vemos por ejemplo los diagnósticos de diarrea, disentería e infección intestinal, los cuales muy bien podrían tratarse de lo mismo. Asimismo, la desnutrición y la inanición son por lo regular, el segundo, consecuencia del primero, y en ambos casos se presenta diarrea.

Olopa esta localizada a 5,500 pies sobre el nivel del mar y el clima es predominantemente frío. Sin embargo, en el Cuadro aparece como causa primordial de muerte en todos los meses lo que es llamado "fiebre palúdica". Al encontrar este dato me llamó mucho la atención en vista de que por la altura y el clima de este municipio, no se encuentra dentro de la zona endémica palúdica. Conforme ha pasado el tiempo he logrado reunir información sobre lo que se conoce como "fiebre palúdica".

Llaman "fiebre palúdica" a todo tipo de enfermedad en la cual hay fiebre, constante o intermitente, sin un síntoma adicional que les indique por que razón hay fiebre. Reconocen dos tipos de afecciones que pueden causar fiebre, la tos y la diarrea. Cualquier otra fiebre es considerable palúdica. Han llegado a mí, pacientes clasificados por la madre o ellos mismos como pacientes de fiebre palúdica y han resultado ser infecciones urinarias, otitis media etc. Aunque en estos casos la queja principal es la fiebre,

CUADRO No. 3

MORTALIDAD GENERAL DEL MUNICIPIO DE OLOPA. - 1973

	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL	AGO.	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.	Total	%
DIARREA		2	1	1	3		4	3		2		4	20	14.6
INANICION			1					1				2	4	2.9
ASMA				1	1								2	1.4
DESNUTRICION							1	2		1		6	10	7.3
ASFIXIA									1			1	1	1.4
PALUDISMO				1		1							1	1.4
FIEBRE PALUDICA	4	2	2	2	6	4	3	4	3	3		3	36	26.3
CARDIACO	2											1	3	2.3
DISENTERIA	2	1			1		1	2		2		6	15	10.9
INFECCION INTESTINAL	2	1	1					3		1		4	12	8.8
HIDROPESIA	1		1	2	4		1		5	4	6	2	26	19.0
LESIONES POR ARMA DE FUEGO	1	2						1	1				5	3.7
TOTAL:	12	8	6	7	17	5	10	16	10	13	6	29	137	100.0

41 Casos

Fuente: Archivo Municipal, Municipalidad de Olopa, Chiquimula

si refieren molestias en tal o cual región anatómica que orienta el diagnóstico médico.

El término "hidropesía" resulta de lo más difícil de localizar pues como tal se clasifica toda afección que produzca edema. Así se tiene hidropesía de pies, de manos, de abdomen, de cara, etc. Ante tales circunstancias resultó imposible determinar - cual es la enfermedad que más mortalidad provoca.

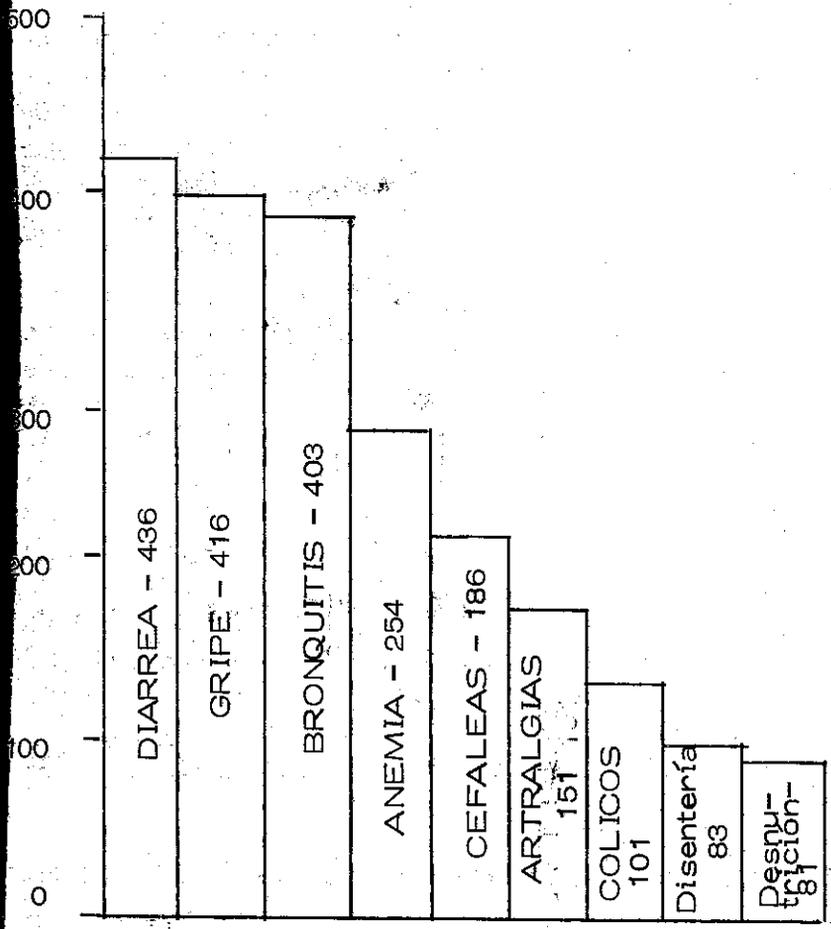
En estudios posteriores será posible llegar a determinar que enfermedad es la que más mortalidad provoca pues tanto la morbilidad como la mortalidad llevarán diagnóstico médico.

Como ya se hizo énfasis anteriormente, el funcionamiento del dispensario parroquial en años anteriores, sin un completo control de la morbilidad, y atendiendo un porcentaje mucho mayor que el Centro de Salud, nos impide tener datos reales en cuanto se refiere a morbilidad.

Tomaremos sin embargo, los datos obtenidos en el Puesto de Salud durante el año de 1973 y compararemos la morbilidad durante los cinco (5) meses del estudio, con lo encontrado durante el presente año por nosotros. Durante el presente año y todo el tiempo que permanezca un médico en Olopa, se tendrá la oportunidad de atender tanto el Centro de Salud como el dispensario parroquial. En esta forma al final del presente año se podrá presentar un informe de morbilidad completo. Es por esta razón que el número de pacientes que aparece en los cuadros de morbilidad del año en curso es mucho más alto que el de los años anteriores.

GRAFICA No. 1

MORBILIDAD PRINCIPAL MUNICIPIO DE OLOPA
1973



Como se puede observar en el Cuadro No. 4 y Gráfica No. 1, la morbilidad primordially la constituyó la diarrea en el año de 1973, seguido por la gripe, bronquitis, anemia, cefalea, astralgias, cólicos, disentería, y por último, la desnutrición, dentro de la morbilidad principal.

Al ver esto en forma gráfica se podría pensar en una población bien nutrida pero desafortunadamente es totalmente falso. Basta con ver que el 40% de la morbilidad principal se localiza en el sistema gastrointestinal, como para ya dudar del criterio diagnóstico de la persona que elaboró estas tablas, y pensar que dicha población goza de buena nutrición.

Sí, como ya se dijo, se comprueba que esta misma situación prevalece en un buen porcentaje de Centros de Salud del país, tendremos tasas de morbilidad bastante diferentes.

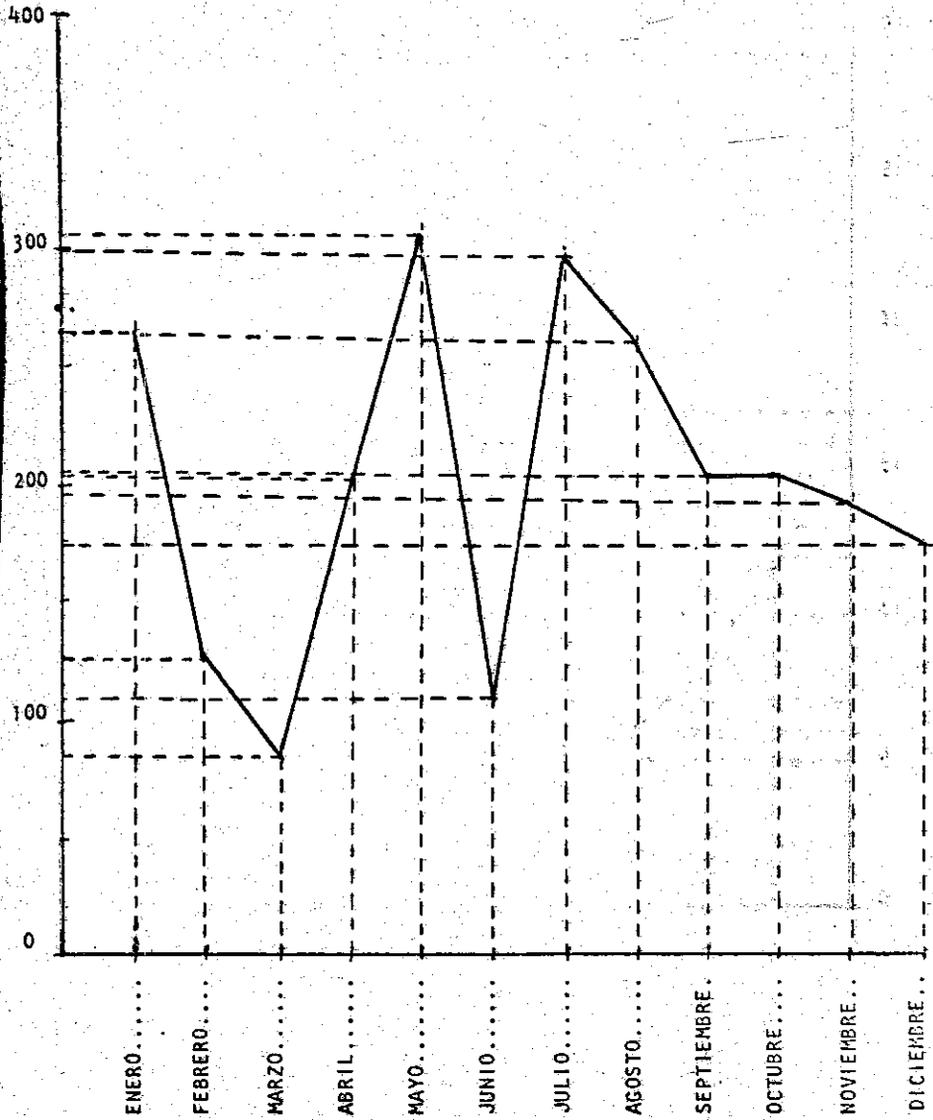
Creo necesario comentar que no es la intención del presente estudio menospreciar la labor realizada hasta hoy por el Ministerio de Salud Pública, la División de Epidemiología, etc., sé y estoy conciente de ello, que se han hecho los máximos esfuerzos por que la información recabada sea lo más veráz posible. Sin embargo, esto solo será posible con programas como el actual, hasta lograr que cada municipio tenga por lo menos un médico.

Con respecto a la morbilidad general y su distribución a lo largo del año, se tiene que el mes más

fuertemente afectado es mayo, tal y como lo muestra la gráfica No. 2. Esto se debe principalmente al cambio de estación. Los habitantes de Olopa, año con año, se preparan para el mes de mayo, pues saben perfectamente que al iniciarse las lluvias enfermarán varios miembros de la familia. Por tal motivo le han dado el nombre de el "mal de mayo", y se caracteriza por infección respiratoria superior, con deposiciones diarréicas. Aparentemente, se trata de alguna infección de tipo viral pues la mayoría se alivian solos, otros necesitan **aspirina**, y algunos incluso llegan a necesitar antidiarréico simple. Sin embargo, las infecciones intestinales y bronquiales sobre agregadas, si causan problemas, principalmente en niños y ancianos, siendo como podemos observar en los cuadros Nos. 2 y 3, que es mayo el tercer mes en número de mortalidad, y las diarreas y fiebres palúdicas sus principales causantes.

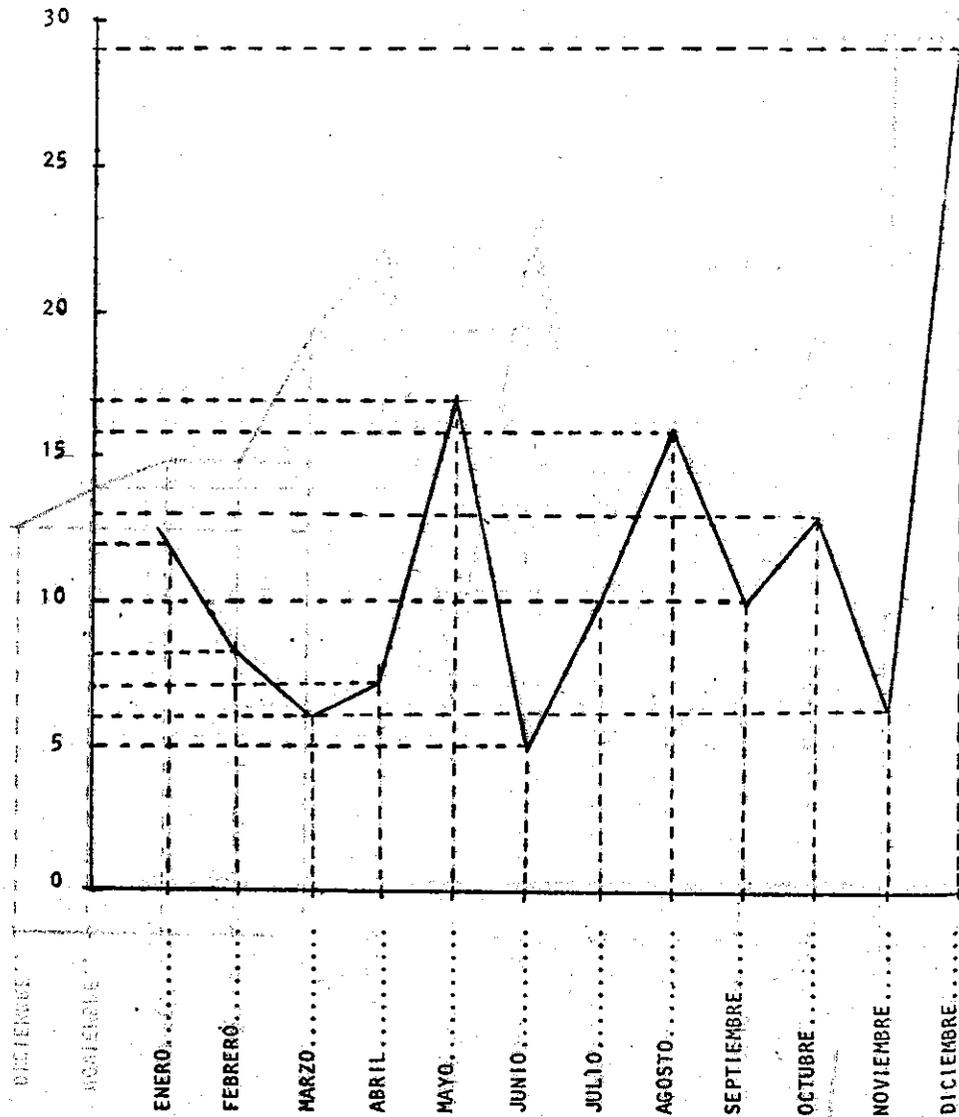
GRAFICA NO. 2

MORBILIDAD GENERAL MUNICIPIO DE OLOPA 1973



GRAFICA NO. 3

MORTALIDAD GENERAL MUNICIPIO DE OLOPA 1973



Las gráficas Nos. 2 y 3 representan lo anteriormente escrito con respecto al "mal de mayo". Sin embargo, observamos que en el mes de diciembre existe una fuerte elevación de la mortalidad sin que exista incremento en la morbilidad.

Este fenómeno sumamente paradójico se explica en la forma siguiente. Durante el mes de diciembre el clima en Olopa es sumamente frío y la extrema pobreza no permite que estas personas puedan cubrirse adecuadamente. A consecuencia de esto las enfermedades respiratorias hacen presa de aquellas personas cuyas defensas son bajas. A esto se agrega el hecho del sin número de actividades religiosas durante este mes lo cual hace que los padres descuiden a sus hijos o los lleven con ellos sin importarles las inclemencias climáticas.

El alcoholismo también aumenta considerablemente y con él el trauma tanto con arma blanca como con arma de fuego. Todo lo anterior muestra algunos de los factores que aumentan la mortalidad pero no explica lo paradójico de la baja en la morbilidad.

La única explicación que tenemos para esto es, o que los pacientes no son llevados al Puesto de Salud con lo cual no se reporta ya morbilidad, o el ausentismo durante los días de fiesta, del personal que tiene a su cargo la atención de estos pacientes.

En nuestro criterio, ya que no podemos com
probar cual de los factores es el que predomina, que
los dos se combinan para darnos un reporte que re-
sulta ilógico. No se puede aceptar un alza en la -
mortalidad con una baja en la morbilidad.

MORBILIDAD GENERAL MUNICIPIO DE OLOPA
PRIMER SEMESTRE 1974

IMPRESION CLINICA	FEB.*	MAR.	ABR.	MAYO	JUN.	JUL.**	TOTAL
Anemia	23	62	80	91	104	61	421
Artritis	4	7	15	18	27	14	85
Absceso (s)	2	8	10	13	24	11	68
Amenorréa	0	3	0	1	0	1	5
Bronquitis	3	2	39	32	61	34	171
Bronconeumonía	7	10	15	26	23	21	102
Conjuntivitis	4	11	6	3	2	0	26
Celulitis	0	2	1	0	1	0	4
C.C.C.	0	2	0	0	0	0	2
Desnutrición I/IV	1	5	28	36	43	31	144
Desnutrición II/IV	4	6	25	27	33	20	115
Desnutrición III/IV	5	3	11	7	11	7	44
Desnutrición IV/IV	0	0	2	2	1	0	5
D.C.A.	20	45	29	33	62	40	229
Dismenorrea	1	5	3	2	3	0	14
Dermatitis Atópica	3	9	19	31	41	22	125
D.N.V.	1	4	0	1	0	1	7
Diabétes Mellitus	0	1	1	0	0	1	3
Epilepsia GM	0	2	1	0	0	2	5
Gastritis	6	24	15	13	6	2	66
Golpe Contuso	5	8	17	24	21	10	85
Herida Cortocontundente	9	11	10	30	13	9	82
Herpes Simple	0	2	0	2	0	0	4
Hernia Inguinal	0	3	0	1	0	0	4
I.R.S.	41	104	124	163	143	66	641
Infección Intestinal	7	12	25	37	76	36	193
Infección Urinaria	6	10	12	18	24	21	91
Intoxicación Alimenticia	0	1	0	0	1	0	2
Mordedura Perro	0	1	0	0	1	0	2
Otitis Media	0	3	2	3	1	0	9
Otitis Externa	2	8	6	10	16	9	51
Prenatal	1	4	9	4	6	6	30
Post-natal	2	0	2	5	5	6	20
Parasitismo Intestinal	20	37	74	81	98	33	343
Parotiditis	0	2	6	0	1	0	9
Quemaduras Superficiales	0	1	0	2	0	0	3
Sarcoptiosis	1	4	5	17	36	33	96
Sinusitis	1	4	4	6	1	1	17
Sarampión	3	0	0	1	0	0	4
TB Pulmonar	1	9	1	0	0	0	11
Trastornos Climatéricos	0	1	2	1	0	0	4
Vulvo vaginitis	0	2	0	2	3	1	8

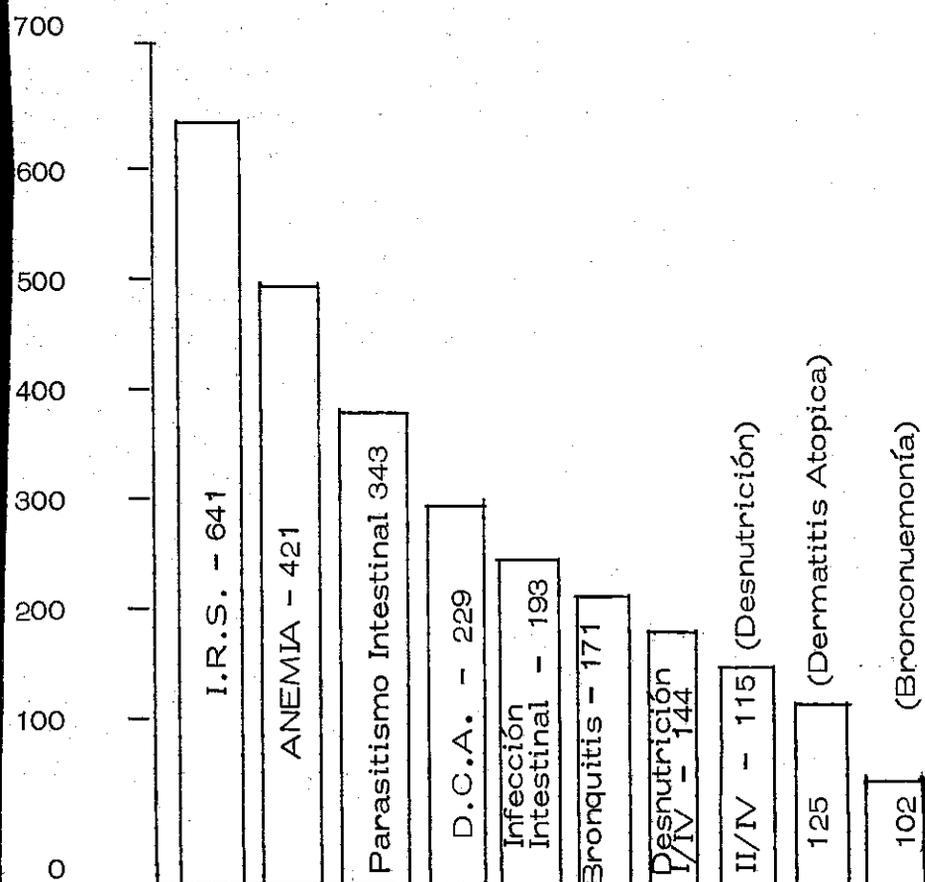
A continuación analizaremos la morbilidad y mortalidad encontrada por nosotros durante los cinco meses que cubre este estudio.

GRAFICA No. 4

MORBILIDAD PRINCIPAL MUNICIPIO OLOPA.

1974

(período 19 febrero al 19 de julio)



Al analizar la Gráfica No. 4 que corresponde a las diez principales causas de morbilidad del municipio, encontramos que las principales son las infecciones respiratorias superiores, que tienen el 19.07 % de la morbilidad general. En segundo lugar nos aparecen las anemias. Para hacer el diagnóstico de anemia nos basamos únicamente en observación clínica, ya que no se cuenta con laboratorio para su comprobación hematológica y menos aún su diferenciación etiológica. Los síntomas que se tomaron en cuenta fueron conjuntivas pálidas, decaimiento general, mareo al ponerse de pie súbitamente, visión borrosa y palidez. Si el paciente tenía estos signos y síntomas se le clasificaba como anémico y vemos que estos pacientes representan un 12.51%.

La tercer incidencia le correspondió al parasitismo intestinal. Este diagnóstico únicamente se anotó cuando el paciente refería haber expulsado parásitos ya sean planos, redondos, o en forma de hilo. Aunque se hubiera podido diferenciar el diagnóstico - entre teniasis, ascariasis y tricocéfaliasis, no teniendo laboratorio, nos pareció arriesgado dar diagnóstico etiológico.

Después nos aparece la desnutrición crónica del adulto, en donde se localizaron pacientes con aparente mal estado general, sin localización de ninguna patología especial y sintomatología general como mialgias, dolores articulares, debilidad, anorexia, etc.

Obviamente, el 100% de estos pacientes presentaron anemia pero por tener una causa que no explicaba esta anemia, no se tomaron como anémicos. Muchos también tenían deposiciones diarreicas y/o infecciones respiratorias, pero por ser su desnutrición el cuadro que predominaba, se tomaron como tales.

Como infección intestinal se tomaron todos las diarreas sanguinolentas y/o fiebre. Muchos niños desnutridos presentaron diarreas y fiebre por alguna otra causa o bien por la propia diarrea de origen infeccioso, pero siendo la desnutrición lo que dominaba se tomaban como desnutridos y no como infección intestinal. Pero si un niño llegaba con desnutrición y deposición diarreica sanguinolenta, se suponía que era la infección intestinal la que podía haber llevado a este niño a la desnutrición y por lo tanto se clasificaba como infección intestinal.

De la Gráfica, las columnas de bronquitis y bronconeumonía creo no necesitan mayor explicación. A pesar de no haber Rayos "X" el diagnóstico clínico no se dificulta mayor cosa.

La desnutrición infantil, clasificada como I y II sobre IV se tomó de acuerdo a Peso-Talla. Una baja del 5% del peso, para la talla, fue tomada como normal. Una pérdida del 6 al 10% se tomó como desnutrición I/IV, y una disminución del 11 al 15% como II/IV. En el Cuadro No. 5 aparece la morbilidad general y en él se aprecia el número de pacien

tes con desnutrición III/IV que son los que tenían una pérdida del 16 al 20% de su peso. Por último, fueron clasificados como desnutridos IV/IV aquellos que tenían una pérdida mayor del 20%.

Por último en la Gráfica de morbilidad principal nos aparece la dermatitis atópica que nos incluye todas las dermatitis pues aunque hubo algunas dermatitis en las cuales se determinó la etiología, como algunas actínicas, o de contacto, solo fueron muy pocas y no valía la pena ponerlas por separado.

Como se puede ver en el Cuadro No. 5, la morbilidad encontrada durante los 5 meses de observación del estudio dista mucho de la encontrada durante el año de 1973, lo cual no se debe a que la patología haya variado sino solamente al hecho de que se ha tenido un mejor criterio diagnóstico en la clasificación de morbilidad.

También resulta notorio al ver el Cuadro No. 5 el aumento en el número de pacientes que recurrieron en busca de asistencia médica. Antes que se iniciara el programa de EPS muchos eran los pacientes que hacían viaje a Chiquimula o a Zacapa en busca de atención médica pues solo la gente de bajos recursos económicos buscaban estos servicios ya fuera en el dispensario o en el Puesto de Salud.

Aunque un buen número de partos son aún atendidos por comadronas, fue un rotundo éxito para el programa ver que de todos los nacimientos, el 62.26% fueron atendidos por mí en el dispensario parroquial que es el único que cuenta con un buen equipo para

partos e incluso forseps, por si se hicieran necesarios.

CUADRO No. 6

NATALIDAD GENERAL DE OLOPA
PRIMER SEMESTRE 1974

	Enero	Febrero*	Marzo	Abril	Mayo	Jun.	Tot	%
MEDICO DE EPS		9	12	16	10	19	66	62.26
COMADRONAS	17	19	9	6	2	4	40	37.74
TOTAL	17	28	21	22	12	23	106	100

* A partir del 19 de este mes.

Como se comprueba en el Cuadro No. 6 de los nacimientos del mes de febrero a junio, que son en total 106 nacimientos, 66 de ellos nacieron con asistencia médica y solo 40 nacieron con comadronas. Resulta notorio cómo con el paso de los meses la gente de las aldeas se va enterando de la presencia del médico en la zona y va llegando poco a poco a buscar la ayuda de éste... Incluso en algo como en la atención del parto, que es un fenómeno muy arraigado a sus costumbres y que tradicionalmente es atendido por la madre, la suegra o una comadrona empírica.

La mortalidad durante el período de estudio se presenta en el Cuadro No. 7. No se tomó el mes de julio en cuenta pues la observación se terminó el 19 de ese mes. En cambio sí se tomó todo el mes de febrero tratando por medio de interrogatorio, de colocar los fallecimientos durante esos meses dentro de un diagnóstico lo más acertado posible.

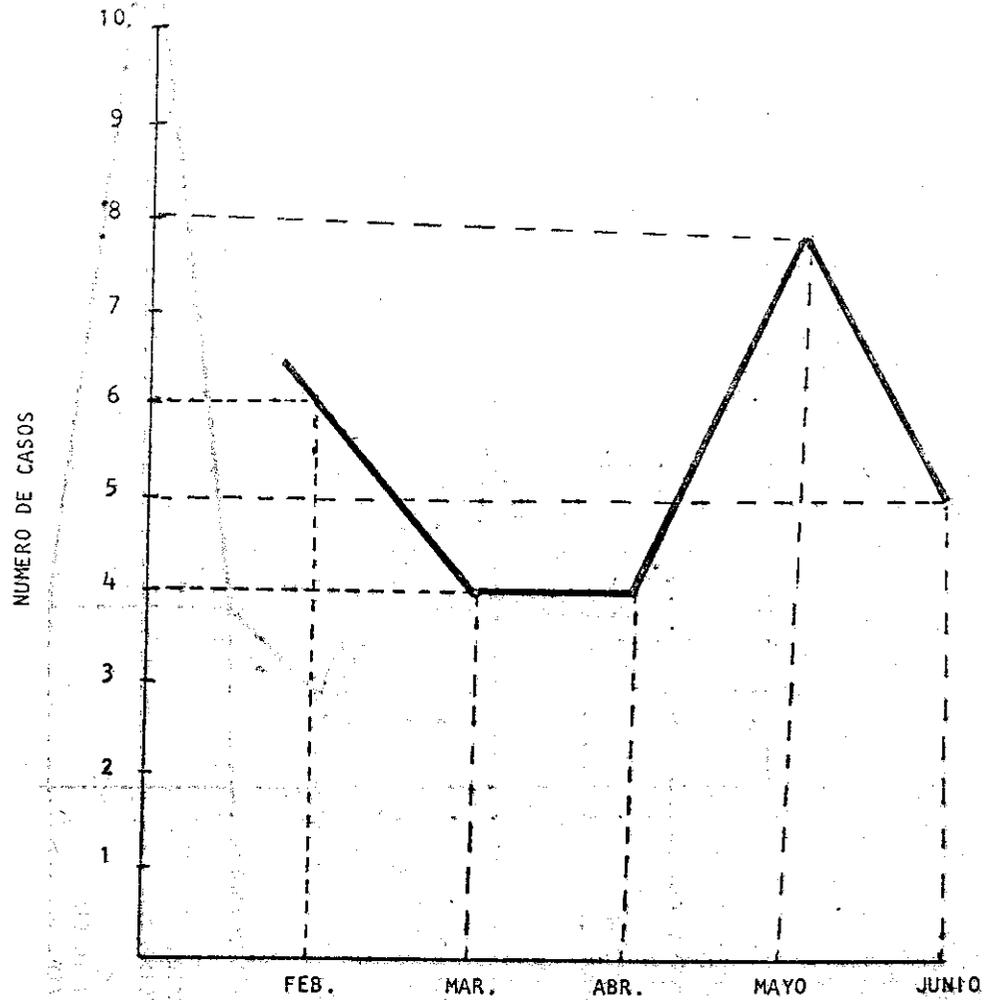
Es apreciable la baja en la mortalidad de las enfermedades tratables médicamente y es uno de los aspectos que quiero recalcar. Que a pesar que las condiciones socioeconómicas son exactamente las mismas y la patología encontrada sigue siendo igual, fue el diagnóstico adecuado y el tratamiento adecuado el que redundó en una baja en la mortalidad.

CUADRO No. 7
MORTALIDAD GENERAL DE OLOPA
PRIMER SEMESTRE 1974

	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Junio	TOTAL	%
D.P.C.	2	1	-	1	-	4	14.8
Bronconeumonía	1	-	2	-	-	3	11.1
Infec. Intestinal	1	1	-	5	3	10	37.1
Insuf. Cardíaca	-	-	1	-	1	2	7.4
Hidrofobia	-	-	-	4	4	1	3.7
Herida por arma de fuego	-	2	-	1	-	3	11.1
Heridas Corto Contundentes	1	-	1	-	-	2	7.4
Complicaciones Post-Parto	1	-	-	1	-	2	7.4
TOTAL:	6	4	4	8	5	27	100.

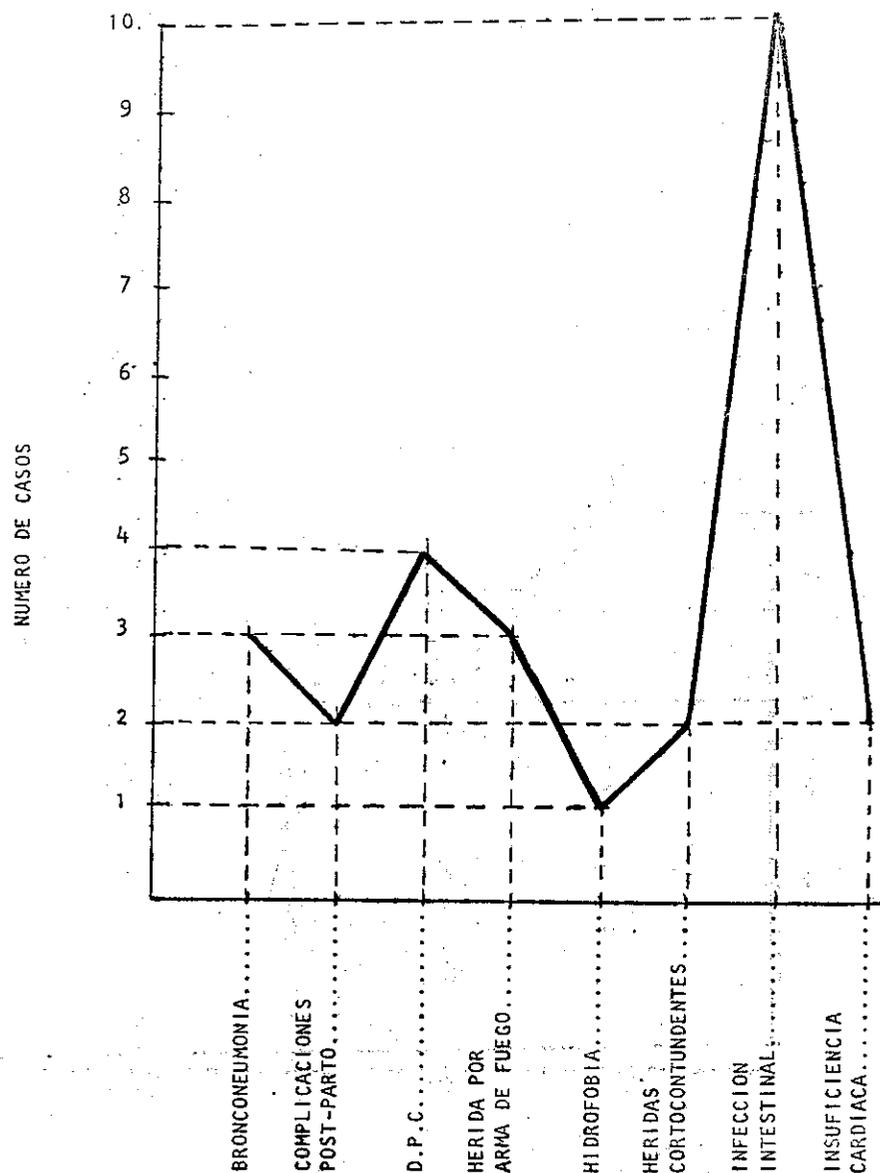
22

GRAFICA NO. 5
MORTALIDAD GENERAL MUNICIPIO DE OLOPA
PRIMER SEMESTRE 1974



GRAFICA NO. 6

LETALIDAD GENERAL DE OLOPA
PRIMER SEMESTRE 1974



Las Gráficas Nos. 5 y 6 nos indican que si gue siendo el mes de mayo (durante nuestro estudio) el mes de máxima mortalidad. La razón de lo an terior ya ha sido explicada o sea, que es el mes en que principian las lluvias y el clima se pone más frío que lo acostumbrado. Se puede también apre ciar que la letalidad máxima corresponde a las in fecciones intestinales, siguiéndole en número las desnutriciones, las cuales en su mayoría se estable cen después de infecciones intestinales crónicas, pues es costumbre de la madre suprimir todo tipo de alimentación si el niño presenta diarrea.

Tanto la baja en la mortalidad como conocer por primera vez la causa mayor de letalidad del Municipio, habla ya en favor de la hipótesis presen tada por nosotros. Además, por primera vez se conoce la realidad de la morbilidad del municipio du rante este primer semestre y será sumamente inte resante el reporte del segundo semestre y poder en esta forma sacar las tasas de morbilidad, mortali dad, y natalidad.

Como complemento informativo se da a cono cer la expectativa de población que la Dirección Ge neral de Estadística dió a conocer del Municipio pa ra el año 1974 y comprobar si con la baja de morta lidad en que influye el médico de EPS, se mantiene esta misma expectativa.

MUNICIPIO DE OLOPA
1974

POBLACION ESTIMADA

GRUPOS DE EDAD	<u>HOMBRES</u>			<u>MUJERES</u>			<u>TOTAL</u>		
	<u>Urbano</u>	<u>Rural</u>	<u>Total</u>	<u>Urbano</u>	<u>Rural</u>	<u>Total</u>	<u>Urbano</u>	<u>Rural</u>	<u>Total</u>
0 a 4 años	114	818	932	117	835	952	231	1,653	1,884
5 a 9 "	108	786	894	109	782	891	217	1,568	1,785
10 a 14 "	85	603	688	81	588	669	166	1,191	1,357
15 a 19 "	55	410	465	61	415	476	116	825	941
20 a 24 "	44	297	341	46	315	361	90	612	702
25 a 29 "	38	264	302	42	280	322	80	544	624
30 a 34 "	38	257	295	40	275	315	78	532	610
35 a 39 "	35	254	289	37	266	303	72	520	592
40 a 44 "	30	224	254	28	191	219	58	415	473
45 a 49 "	22	152	174	22	142	164	44	294	338
50 a 54 "	18	111	129	18	136	154	36	247	283
55 a 59 "	14	83	97	14	99	113	28	182	210
60 a 64 "	14	93	107	15	107	122	29	200	229
65 a 69 "	11	76	87	13	80	93	24	156	180
70 a 74 "	8	52	60	10	79	89	18	131	149
75 a 79 "	5	25	30	4	22	26	9	47	56
80 a 84 "	2	12	14	3	18	21	5	30	35
85 y más	1	14	15	1	15	16	2	29	31
TOTAL:	642	4,531	5,173	661	4,645	5,306	1,303	9,176	10,479

Fuente: Dirección General de Estadística. Ministerio de Economía.

Factores Determinantes y Condicionantes:

AGENTES CAUSALES:

Sería prácticamente interminable tra de incluir en el presente estudio todos y cada de los factores que actúan como agentes causa de la morbilidad y mortalidad en el Municipio Olopa. Sin embargo incluiremos los que a nuesjuicio son los más importantes.

- a) Pobreza: Un problemas que no solo aqueja a Olopa sino es un problema general en Guatemala, es la pobreza. En Olopa, principalmente en las aldeas, existe una pobreza que resulta difícil - describir e incluso creer si no se tiene a la vista. Por ejemplo, familias de 7 u 8 miembros con un ingreso diario promedio de Q. 0.15. A pesar de que los recursos naturales del Municipio son ricos, el aprovechamiento de los mismos es mínimo. Aunque podríamos incluir la "pereza" como otro factor no lo haremos por - creerlo íntimamente ligado a la pobreza y estableciendo un círculo vicioso. El campesino de Olopa es uno de los pocos campesinos que principia sus labores a las ocho y media o nueve de la mañana pues "necesita dormir bastante". A las once y media suspende sus

actividades porque el "sol ya esta muy caliente" o "ya va a llover". Estas son algunas de las respuestas que dan al preguntarle el por qué han tomado ese horario de trabajo. Esto lógicamente hace que sus ingresos diarios sean muy bajos con lo cual su alimentación es muy mala y su estado nutricional deplorable, estableciéndose un círculo vicioso.



b) Malas Vías de Acceso: Otro factor que se encuentra íntimamente ligado al anterior, son las malas vías de acceso, lo cual repercute grandemente en el desarrollo del Municipio.

A consecuencia de este factor, se hace difícil llevar los productos agrícolas a los mercados donde se puedan obtener mejores precios teniéndolos que vender dentro del propio pueblo donde los compradores pagan lo que quieran, viéndose el agricultor en la necesidad de vender pues de lo contrario pierde su producto.

Totalmente lo contrario sucede con los productos que necesitan y tienen que ser

traídos ya sea de Chiquimula o de la capital. Aquí el comerciante pide lo que quiera por sus productos y siendo necesarios, el agricultor campesino tiene que pagarlos a cualquier precio, con lo cual su situación económica empeora y se agudiza el círculo vicioso anteriormente mencionado.

Este factor también ha hecho que la asesoría técnica en todos los campos, se haga sumamente escasa por no llamarla nula de parte de las autoridades encargadas. Para todo el municipio el Ministerio de Agricultura manda un perito agrónomo y teniendo Olopa 156 Km² resulta imposible que un solo individuo, sin medio de transporte, pueda cubrir y asesorar toda el área.

c) Falta de Programas de Salubridad: A no ser por las campañas de vacunación, en Olopa no existe ningún otro programa de salubridad.

Unicamente en la cabecera municipal un 15 - 20% de la población tiene agua potable en su casa o cerca de ella. El resto de la población la obtiene de nacimientos naturales, sin ninguna conservación.

No existe ningún programa de letrización o disposición de excretas, con lo cual la contaminación de aguas y del suelo es un problema grave, como se puede ver en el cuadro de morbilidad en el renglón de parasitismo.

- d) Alcoholismo: Como en un fuerte porcentaje del área rural del país, en Olopa el alcoholismo también representa un problema serio. No solo agrava la situación económica de la familia sino también, como consecuencia, la nutrición, las enfermedades hepáticas, gastrointestinales, traumáticas, etc.

Por no existir en Olopa mayores medios de diversión, a no ser por la televisión salvadoreña de la cual gozan muy pocos, la radio, dos billares, y el cine que ofrece el párroco los días domingos por la noche, la población adulta y jóvenes que ya trabajan, encuentran en el licor una fuentes de distracción que principia como tal, y por lo regular termina en riña o en una tragedia.

INTERPRETACION

INTERPRETACION

Habiendo descrito la situación general que priva en el Municipio de Olopa, nos encontramos con que la mayoría de los problemas son muy parecidos a los que viven todas las demás áreas rurales en Guatemala.

Las características sanitarias del medio no podrían ser peores. Como ya se mencionó anteriormente, no existe pero ni el más mínimo programa de salud ambiental y resulta penoso decirlo, pero el único programa de promoción de salud, y que se ha pretendido hacer creer que se realiza a conciencia y a nivel nacional como es la vacunación masiva contra la Polio, Sarampión, Tetanos, Difteria, y Tos Ferina; resulta una farsa bajo el punto de vista numérico. Principiando por los vacunadores que anotan más vacunados de los realmente vacunados y siguiendo así poco a poco en la escala jerárquica donde cada pueblo, cada zona, cada región, etc. quiere ser la que más ha vacunado, con lo cual se han falsado los datos de cobertura.

Muchas madres que han logrado vencer el temor de que sus hijos sean vacunados han visto frustrado su intento de protección para sus niños pues en muchos lugares se aplica la primera dosis y no llegan después a aplicar la segunda y menos aún la tercera dosis argumentando un sin fin de problemas como transporte, falta de personal, etc. de los cuales no se dudan, pues larga es ya nuestra experiencia en programas promocionales de salud mal orga

nizados y sin ninguna planificación previa. En esta forma, la gente ha perdido la confianza en estos programas y ha sido dura la lucha para que un porcentaje regular acepte nuevamente la vacunación.

La falta de letrinización y la ausencia de programas de introducción de agua potable, hacen aún más precario el ambiente en Olopa, pues como ya ha sido mencionada, el 90 a 95% de la población no tiene agua potable ni letrinas, o sea el ambiente óptimo para el desarrollo de una infección parasitaria masiva. Tal y como nos lo demuestran las tablas de mortalidad, el porcentaje es muy alto y recuerdese que se dijo que únicamente se anotaron los que habían sufrido expulsión de parásitos. Si se logran efectuar exámenes de heces parasitológicas, se obtendrán datos cercanos al 100%.

Como es natural, una infección por parásitos aún cuando no presente sintomatología, contribuye a que una persona mal nutrida y con bajas defensas enferme más y como consecuencia se desnutra más, pudiendo llegar a morir si no se le trata adecuadamente y a tiempo.

Existe un factor cultural que también contribuye a agravar el problema y es que ésta gente no está acostumbrada a buscar al médico cuando enferman sino primero tratan de curarlo con un sin fin de productos caseros que ocasionalmente dan resultado, pero que en la mayoría de los casos resultan ineficaces. Por sus bajos ingresos e ignorancia, para ellos resul-

ta de lo más común tener 12 o 15 hijos y que de estos vivan 3 o 4. Por lo tanto perder un hijo o la esposa resulta en ocasiones hasta beneficioso. El personaje central en la familia y el único por quien se preocupa la familia resulta ser el padre ya que es el quien lleva los escasos alimentos a la casa y si él enferma entonces la situación empeora. Es por eso que siempre se ve que quien primero y más come es siempre el padre, pues se tiene el criterio que como es quien más trabaja y por lo regular el más grande en la casa, necesita el máximo de alimentos y los máximos cuidados. Poco a poco estas personas se van acostumbrando a llevar a sus enfermos al médico, pero en ocasiones esto lo hacen ya muy tarde y no se puede hacer ya nada por el paciente, o si se pudiera, no se cuentan con los medicamentos para hacerlo, ni ellos con los recursos para obtenerlos, por lo que el desenlace resulta fatal. Esto como es natural sirve de propaganda negativa para el médico e incluso es aprovechada por otras personas que viven de lucrar con la salud del pueblo, como son los farmacéuticos, comadronas, naturistas e incluso enfermeras.

Otro factor cultural muy importante y que a la larga puede traer consecuencias, es el mal sistema de limpiar la tierra que utilizan en esta región. Por no contar con asesoría técnica, estas personas después de la cosecha no cortan ni arrancan la milpa sino le prenden fuego y junto con la milpa se quedan considerables cantidades de bosque o pastos, ya que no conocen métodos de quema controlada por

lo menos. Con la merma constante de los bosques, las lluvias también disminuyen posteriormente, teniendo por lo consiguiente, cosechas cualitativa y cuantitativamente bajas.

Siendo Olopa un territorio geológicamente muy quebrado, sería sumamente necesario que se incrementará en el campesino, métodos apropiados de siembra que evitaran durante los meses lluviosos, la erosión de la tierra.

Todo lo anteriormente expuesto va encaminado a demostrar que con un poco de esfuerzo e interés que se ponga, es posible resolver los más graves e inminentes problemas de la región. Pero no es únicamente el médico el encargado de resolver estos problemas, pues es necesario tener presente que el médico es solo un eslabón en la cadena que se debe formar para lograr el desarrollo integral del país.

La población del Municipio de Olopa, por edades, tiene el mismo patrón que la pirámide de población general de Guatemala y por lo tanto representa el mismo problema, pues se tiene que la inmensa mayoría esta representada por la población de consumo, lo cual hace que las fuerzas productivas tengan que producir para ellos y para el sostenimiento de la población no productiva, pero como ya se dijo, son las fuerzas productivas (Jefes de hogar) los más importantes, razón por la cual el 65 a 70% de las consultas diarias son de niños, con desnutrición, o enfermedades íntimamente ligadas con la desnutrición.

DISCUSION

DISCUSION

Si el municipio de Olopa permaneciera tal y como está, cosa que es imposible, llegaría probablemente a quedarse practicamente desierto o bien perdería la estructura socio-política que hoy mantiene, o sea el minifundio, para darle paso a la creación del latifundio, donde pocos serían los dueños de todo, que podrían por su cuenta contar con asesoría técnica y por lo tanto, lograr magnificas producciones, pues se tienen excelentes tierras.

El resto de la población migraría a otra región del país o se quedaría trabajando para un patrón vendiendo su fuerza productiva y llegaríamos al sistema socio-político que en todo el mundo se está tratando de erradicar. Los cambios generales que recomendamos darían, a nuestro juicio, al municipio, un impulso socio económico tal que podría colocarse entre los municipios más prósperos del país.

Como para todo el país, también a Olopa favorecería un cambio en las estructuras sociales, con una mejor distribución del capital y una conciente y planificada distribución de tierras, para lograr en esta forma que un fuerte porcentaje, sino todos los campesinos, tuvieran como mínimo una parcela de tierra que asegurara su subsistencia en forma humana y no inhumana como lo que hoy en día se observa. Todo esto es fácil de prevenir y los problemas actuales fáciles de resolver.

RECOMENDACIONES

1. Mejorar a la mayor brevedad posible las vías de acceso al Municipio pues esto lograría un mejor intercambio comercial con el resto del departamento y por ende con el resto del país.

Bajo el punto de vista puramente médico, unas mejores vías de acceso lograrían que el transporte de pacientes se efectuara con mayor rapidez y máxima comodidad, mientras no se cuente con un Centro de Salud adecuado.

2. Creación, como se menciona arriba, de un Centro de Salud Nacional que cubra todas las necesidades del Municipio, como es equipo adecuado, encamamiento para post-parto y trauma, como mínimo, pues se presentan casos que aunque existieran buenas carreteras, no sería posible o recomendable movilizar al paciente.

Se recomienda la creación de un adecuado Centro de Salud porque a pesar de que existe el dispensario parroquial con un excelente equipo, no es posible estar sujeto a él, pues por ser de carácter religioso y privado, por llamarlo así, en cualquier momento podría la iglesia cambiar al párroco actual y no podemos saber si el nuevo párroco quisiera se

guir manteniendo el dispensario o bien no tener las conexiones que el párroco actual tiene, con lo cual el dispensario parroquial dejaría de funcionar y como ya se dijo, este cubre a proximadamente el 60% de los pacientes que buscan asistencia médica.

Ya está autorizado el presupuesto para la creación del nuevo Centro de Salud, pero es recomendable recalcar que con tener un bonito edificio no se soluciona en absoluto el problema de salud del pueblo.

3. Exigir al Ministerio de Salud Pública que envíe a los diferentes Centros de Salud los medicamentos que el médico solicita y no tratar de abarrotar los Centros con productos que no son utilizados en ciertas regiones.
4. Para el Municipio de Olopa se hace indispensable la tenencia de una ambulancia pues si es necesario transferir a un paciente a Chiquimula o a Zacapa, se tiene que esperar la camioneta que solo baja una vez al día a Chiquimula, o recurrir a los propietarios de vehículos, los cuales cobran Q. 20.00 por llevar a cualquier a Chiquimula, lo cual resulta o muy tarde para algunos, o imposible para otros.
5. Implementar un programa de asesoría técnica integral con lo cual se lograría que los pequeños agricultores obtuvieran mejores cosechas

mediante la asesoría agrícola. Lograrían una colocación mejor de sus productos agrícolas obteniendo así mejores precios y adecuadas ganancias, lo que elevaría su nivel económico y de vida.

Asesoría adecuada para la obtención de préstamos y así un manejo más adecuado de sus tierras o negocios, y evitar que tengan que llegar a manos de agiotistas, que tarde o temprano se quedan con las parcelas de sus deudores.

Programas de salubridad, como letralización, agua potable, vacunación conciente, etc. con lo cual se eleva el nivel de salud del Municipio.

6. Controlar en la mejor forma posible, la venta de aguardientes clandestinos que es uno de los grandes y graves problemas de Olopa. Este licor llamado "Chicha", es sumamente barato pero esta hecho en una forma tan anti higiénica que es difícil comprender como es posible que organismos tan desnutridos no enfermen gravemente después de ingerir esta bebida.

Si solo se lograra controlar la venta de "Chicha" se estaría dando un paso muy grande en beneficio de la salud del pueblo de Olopa.

7. Poner especial interés en la elaboración de los programas materno-infantiles por la importancia de ese grupo en el Municipio.
8. Insistir en la creación de inspectores a nivel rural, o darle a cada alcalde auxiliar dicho papel, para que los padres se vean obligados a enviar a sus hijos a la escuela y no convertirlos en fuerzas productoras de trabajo.

COMENTARIO FINAL:

Habiendo desarrollado una observación cuidadosa de la morbi-mortalidad del municipio de Olopa, durante el período comprendido del 19 de febrero al 19 de julio de 1974, y habiendo estado radicado en el mencionado municipio durante todo este tiempo, qui se hacer un estudio del efecto que tiene sobre la morbi-mortalidad la presencia del practicante de EPS.

Para satisfacción nuestra, la hipótesis planteada resultó de carácter positivo pues comprobamos con tablas de comparación, que la mortalidad bajó palpablemente y comprobamos también que la morbi-lidad que se reportaba hasta hoy no es la real.

Más aún, nació en mí una conciencia de responsabilidad ante los problemas que se presentan en el área rural y el papel tan importante que juega el médico en la resolución de la problemática general de Guatemala.

BIBLIOGRAFIA

1. ASTI VERA, ARMANDO Metodología de la Investigación Buenos Aires. Kapeluz 1968 193 Pág.
2. OFICINA SANITARIA PANAMERICANA Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programación de la Salud. Publicación Científica No. III. Washington 1965.
3. GUATEMALA DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA. Censo de Población 1964, Guatemala 1971, 100 pág.
4. GUATEMALA DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD. División de Epidemiología, Memorias, Guatemala 1973.
5. GUATEMALA MINISTERIO DE EDUCACION PUBLICA. Oficina de Planeamiento de la Educación, Estadísticas Escolares, Guatemala, 1973.

6. GUATEMALA, MINISTERIO DE EDUCACION PUBLICA. Oficina de Planeamiento de la Educación, Estadísticas Escolares, Guatemala 1973.
7. GUATEMALA, MINISTERIO DE ECONOMIA, Dirección General de Estadística. Guatemala en Cifras 1968, pág. 42-61.

DOCUMENTOS CONSULTADOS

1. GUATEMALA, DIRECCION GENERAL DE - SERVICIOS DE SALUD. Información sobre la situación del grupo materno infantil de Guatemala 1973.
2. GUATEMALA, MINISTERIO DE ECONOMIA, Dirección General de Estadística VII Censo de Población 1964. Tomos I, II, y III.
3. GUATEMALA, MINISTERIO DE ECONOMIA, Dirección General de Estadística II Censo Agropecuario 1964. Tomos I, II, y III.

4. GUATEMALA, MINISTERIO DE ECONOMIA, Dirección General de Estadística II Censo de Vivienda 1964. Tomos I y II.
5. MUNICIPALIDAD DE OLOPA, Archivos Municipales, Nacimientos y Defunciones 1973 y Primer Semestre 1974.

Br. Juan David Lambour G.

Dr. Angel Fernando Sánchez V.
Asesor

Dr. Hector Nuila
Revisor

Dr. Julio de León
Director de la Fase III

Dr. Mariano Guerrero
Secretario

Dr. Carlos Armando Soto
Decano