

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



" ESTUDIO DE MORTALIDAD Y ASPECTOS
MEDICO-SOCIALES INFLUYENTES, EN EL MUNICIPIO DE EL
JICARO, DEPTO. EL PROGRESO
DURANTE EL AÑO 1973 "

MILWARD ROLAND VAN TUYLEN GUERRA

Guatemala, mayo 1975

INDICE

1. INTRODUCCION
 - ANTECEDENTES
 - HIPOTESIS
 - ACTIVIDADES
2. OBJETIVOS
3. MATERIAL Y METODOS
4. DESCRIPCION DEL AREA
 - CARACTERISTICAS DE LA POBLACION,
 - RECURSOS NATURALES DEL MUNICIPIO
5. DEFINICION DEL UNIVERSO
6. INTERPRETACION Y ASOCIACION DE VARIA
BLES
7. DISCUSION Y COMENTARIOS
8. CONCLUSIONES
9. RECOMENDACIONES
10. BIBLIOGRAFIA

TESIS

" Estudio de Mortalidad y aspectos médico - sociales
influyentes, en el municipio de El Jícaro, Depto. El
Progreso durante el año 1973 ".

1. INTRODUCCION

La forma en que viven y se interrelacionan los individuos con su ambiente en los municipios del país afecta a la salud de la población; dándose como consecuencia la necesidad de la búsqueda de atención para el alivio de sus enfermedades.

En dichas áreas, el cuidado de tales afecciones, en la mayoría de los casos está a cargo de personas profanas que en forma empírica tratan de manejar los casos; llegando a un diagnóstico (con sus conocimientos limitados de la ciencia médica) que generalmente es errado, dando un tratamiento de por sí deficiente que, en la mayoría de los casos es puramente sintomático, aún cuando existe un amplio espectro de enfermedades que necesitan de un tratamiento más específico.

Existen problemas de otra índole que tienen una importante relación con el problema de salud en el país: Como la falta de atención para el área rural y centralización del desarrollo de comunidades en el área urbana, que se hace más patente en la capital. Esto se traduce en situaciones tan determinantes para el desarrollo de otras áreas, tales como las deficiencias que existen en las vías de comunicación. Tal situación es uno de los factores determinantes de la falta de asistencia médica y supervisión efectivas en el área rural, quedando tal actividad a cargo, como señalé anteriormente, de personas que inciden en forma negativa en la resolución de los problemas de salud, individuales o colectivos, y que bloquean muchas veces el proceso de referencia progresiva de pacientes desde el puesto de salud al centro de salud, y hasta a instituciones más especializadas como los hospitales regionales. Tal es el caso de pacientes que aún tienen la suerte de recibir los cuidados de una enfermera auxiliar, quien muchas veces en forma irresponsable toma a su cargo

el tratamiento y seguimiento, si existe alguno, de casos que deberían ser referidos para una mejor atención médica, y que olvidándose de la condición humana de estos pacientes, ignorando los efectos secundarios que puedan causar, experimentan y los someten a tratamientos que a veces el mismo médico considera de cuidado.

Sin embargo, hay pacientes que no corren esta suerte, sino otra peor, su consulta no llega al centro asistencial, sino con el farmacéutico de la localidad, quien inescrupulosamente se aprovecha de la situación socioeconómica de los habitantes, para lucrar con su salud dando tratamientos por medio de los cuales logra vender sus medicinas algunas veces ya vencidas; situación que para los analfabetas (es alto el porcentaje) pasará desapercibida.

Todos estos factores y otros que saldrán a luz en el desarrollo de esta tesis, permiten que la esperanza de vida en muchos pacientes se reduzca al mínimo, aumentando así los índices de mortalidad y deformando la fidelidad estadística, al ser las personalidades ya mencionadas, las que se encargan de determinar las causas de defunción muchas veces obscuras para lo clínico y aún para el Patólogo con su necropsia.

Tales antecedentes me han motivado a investigar los aspectos relativos al problema, creyendo que EL AMBIENTE FISICO Y LA FORMA COMO SE VERIFICAN LOS PROGRAMAS DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE EL JICARO, INCIDEN EN LA MORTALIDAD DE LA POBLACION, SIN QUE LOS DATOS QUE SE TIENEN COMO CAUSA DE MUERTE CORRESPONDAN A LA REALIDAD; razón por la cual se tomó la premisa anterior como hipótesis a demostrar.

ANTECEDENTES

Otros estudios de mortalidad se han realizado; las tesis que al respecto se han publicado son:

- 1- "Mortalidad Infantil en Guatemala y sus medios de combatirla" por el Dr. Flavio Andrade (1922).
- 2- "Estudio de la mortalidad general en el municipio de Patzicña" por el Dr. Jorge Mario Ruata V. (1970).
- 3- "Mortalidad Infantil en Guatemala" por la Dra. Concha M. de Méndez. (1970).

HIPOTESIS

"El ambiente físico y la forma como se verifican los programas de salud en el municipio de El Jicaro, inciden en la mortalidad de la población, sin que los datos que se tienen como causa de muerte correspondan a la realidad".

ACTIVIDADES

Para el desarrollo del presente trabajo se tomó el período comprendido entre el mes de agosto de 1974 y el mes de enero 1975; habiendo permanecido durante ese lapso en el municipio de El Jicaro Depto. El Progreso; tiempo en el cual se atendió a pacientes en el Centro de Salud en una actividad de consulta externa, con un horario de lunes a viernes de 7:15 a 16:00 horas.

Durante los meses de diciembre y enero, se procedió a recabar los datos relativos a la muerte de las personas

comprendidas en la muestra, además de aquellos datos relativos al ambiente socioeconómico en el que la familia del difunto se hallaba en el momento de su defunción. Tal encuesta se programó y se verificó por sectores o aldeas.

2. OBJETIVOS

- a) **Objetivos Generales**
 - i) Comprobar la Hipótesis, estableciendo una relación entre los factores médico-sociales, su incidencia en la mortalidad y las causas de muerte más frecuentes.
 - ii) Contribuir al conocimiento de los problemas de salud del país.
- b) **Objetivos Específicos**
 - i) Establecer la participación de la Desnutrición Protéico Calórica como causa directa, básica o asociada de la defunción.
 - ii) Analizando las características y antecedentes de cada caso, establecer en lo posible la causa de defunción.
 - iii) Hacer un estudio comparativo entre las causas de muerte determinadas según el inciso anterior, con los diagnósticos de defunción que aparecen en el Registro Civil.
 - iv) Establecer la fidelidad estadística de los registros de hechos vitales en el municipio.
 - v) Analizar los aspectos socioeconómicos de los casos a investigar, y determinar si existe relación alguna con las causas de mortalidad.
 - vi) Analizar aspectos de morbi-mortalidad y de tipo médico asistencial en el municipio, para determinar su relación con las causas de muerte, haciendo un análisis del desarrollo de los programas de salud en esa región.

3. MATERIAL Y METODOS

- a) Material Físico:
 - i) Area de trabajo
 - ii) Centro de Salud El Jícaro
 - iii) Equipo básico para atención médica y equipo básico de laboratorio (Microscopio, laminillas, colorantes etc.).
 - iv) Equipo de escritorio (máquina de escribir, papelería, etc.).
 - v) Archivo del Centro de Salud y del registro Civil.
 - vi) Instrumento de trabajo: Ficha de encuesta proporcionada por la Facultad de Ciencias Médicas.
 - vii) Materiales de imprenta.
- b) Recursos Humanos
 - i) Familias de las personas fallecidas incluidas en la muestra.
 - ii) Estudiante del último año de la carrera de Medicina, Práctica de Ejercicio Profesional Supervisado.
 - iii) Dr. Fernando Rendón y Dr. Víctor López como supervisores de área de la Facultad de Ciencias Médicas; Dr. Carlos Waldheim Córdón, como asesor, Dr. Mario Bolaños D. revisor.

- iv) Dr. Gustavo Martínez, Médico UAMAS, de la región.
- v) Enfermera auxiliar y 2 promotores de Salud.
- vi) Secretaria
- vii) Autoridades del Municipio.

METODOS

- a) Encuesta por medio de entrevista directa.
- b) Tabulación, análisis y síntesis de los datos recopilados.

4. DESCRIPCION DEL AREA

El Municipio de "El Jícaro" en las márgenes del río Motagua, pertenece al Depto. de El Progreso, a una distancia de 92 Kms. de la capital, por la carretera al Atlántico; con desvío en el Km. 80, camino de tierra.

Limitado por los municipios de Cabañas, San Agustín y San Cristóbal Acasaguastlán, El Progreso y San Pedro Pinula; con una extensión territorial aproximada de 249 Km². Su altitud máxima es de 3,600 pies siendo la mínima de 809 pies. Su clima es cálido, seco, con una temperatura media de 29.6 C°, siendo muy cálida los meses de abril y mayo, y los meses de diciembre y enero templados. Su precipitación pluvial es de 397.9 (mm³), con una humedad relativa baja. El terreno es ligeramente irregular con cerros y lomas, presentando colinas que provienen de la sierra del "Merendón". Su territorio lo recorre el río Motagua durante todo el año, con los ríos afluentes "El Tambor y Las Ovejas" con agua durante la estación lluviosa.

La fauna es variada, predominantemente se halla en la región Armadillo (cuya grasa al igual que la del zorrillo, la usan en la región para afecciones reumáticas). Zopilote, guzma, clarinero, chorchá, gavián, pijuy, palomas, pericas, reptiles, batracios, zorrillo (del que usan su orina para oftalmopatías), tacuazín, coyote, conejo, gato de monte y peces. La flora consiste principalmente en frutales como melón, sandía, zapote, mango, tuna, chico, coco, limón, anona, además el té de limón, la salvia, la rosa de Jamaica y albahaca que las usan como plantas "sudoríficas" para combatir resfriados, hay otras que son usadas para fiebres palúdicas como la quina, el chalté y la yerba mora. Se atribuyen también efectos medicinales a plantas que allí crecen como la valeriana y el apazote. Cosecha importante es el tabaco. (5).

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION

El Jícaro * (nombre que proviene del árbol que crece en la región, cuyo producto era muy codiciado por los indígenas de Alta y Baja Verapaz para usos domésticos), está formado por el poblado urbano, 7 aldeas, 11 caseríos y 5 fincas; con una población de 6,167 habitantes (3,157 hombres y 3,010 mujeres; ver cuadro y gráfica No. 1). La población urbana es de 1,038, siendo la población rural de 5,129.

La tasa de mortalidad general es de 12.4. La tasa de mortalidad infantil es de 24, por mil nacidos vivos, con tasas de mortalidad neonatal de 10, la tasa de mortalidad proporcional de 1 a 4 años es de 6.8 siendo menor la de 5 a 14 años, de 1.7 o/oo. Al estudiar el grupo etario comprendido entre 15 y 44 años presentó una mortalidad proporcional de 5. Por último, la mortalidad proporcional de 45 y más años es de 20.

El grupo étnico predominante es el caucásico cobrizo, cuya prosapia es de origen español, emigrantes de la Antigua Guatemala, posiblemente cuando se trasladó la capital, y algunos otros de San Cristóbal Acasaguastlán. Estos habitantes ladinos, de tradición hispanoamericana, se radicaron principalmente a lo largo del valle del río Motagua y en las sierras de mediana altitud.

Los colonizadores españoles se establecieron en territorios cálidos y templados de poca precipitación pluvial, habiendo dejado las riberas marítimas sólo para sus guarniciones que mantendrían accesibles sus puertos (3).

* Jícaro, del vocable mejicano Xicalli = Jícaro.

Existen remanentes de indígenas (302 habitantes, principalmente en el caserío Piedra Ancha) que son descendientes de Pipiles y Kekch'ies. Excavaciones hechas en el municipio han revelado vestigios (cerámica) del período Tepeuh - "Conquistador" - de la civilización Maya, en el período comprendido entre los años 650 y 1,000 D.C. (6)

La vestimenta usada en esta región no corresponde a ningún traje autóctono, siendo de uso corriente el sombrero. La religión predominante es la católica con ritos religiosos en la forma tradicional.

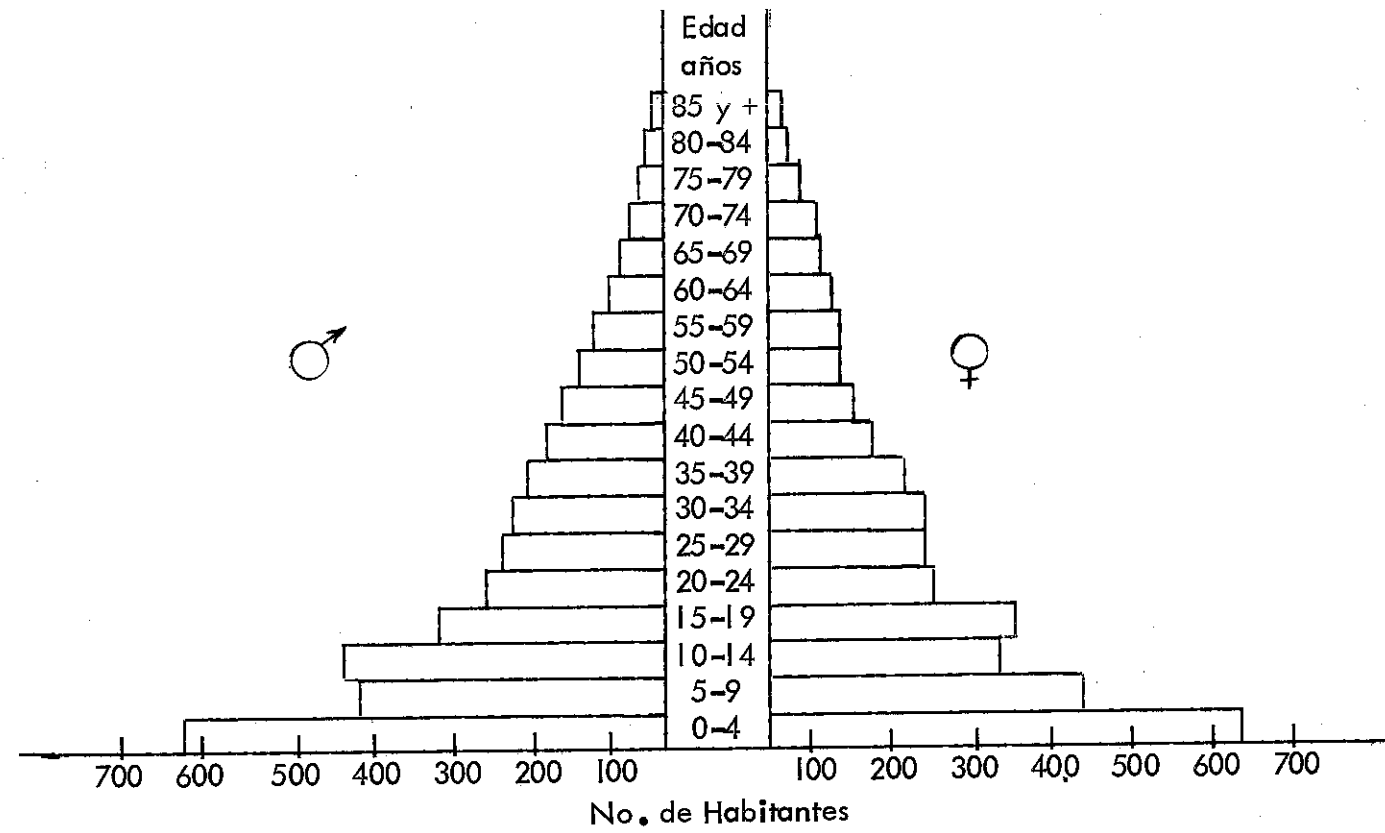
CUADRO No. 1

POBLACION DEL MUNICIPIO EL JICARO
POR GRUPOS ETARIOS Y RESIDENCIA
URBANA O RURAL. 1973.

GRUPOS DE EDAD	H O M B R E S			M U J E R E S			T O T A L		
	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total
0-4 Años	98	509	607	97	524	621	195	1033	1228
5-9 "	71	323	394	68	324	392	139	647	786
10-14 "	68	350	418	62	235	297	130	585	715
15-19 "	50	252	302	48	257	305	98	509	607
20-24 "	38	191	229	36	184	220	74	375	449
25-29 "	35	173	208	33	167	200	68	340	408
30-34 "	34	169	203	32	170	202	66	339	405
35-39 "	30	147	177	30	156	186	60	303	363
40-44 "	23	118	141	23	118	141	46	236	282
45-49 "	18	88	106	18	84	102	36	172	208
50-54 "	15	73	88	15	56	71	30	129	159
55-59 "	12	57	69	12	58	70	24	115	139
60-64 "	11	53	64	11	50	61	22	103	125
65-69 "	10	48	58	10	44	54	20	92	112
70-74 "	9	48	57	8	45	53	17	93	110
75-79 "	4	15	19	3	14	17	7	29	36
80-84 "	2	9	11	2	9	11	4	18	22
85 y más	1	5	6	1	6	7	2	11	13
TOTAL	529	2628	3157	509	2501	3010	1038	5129	6167

Fuente: Oficina de Planificación, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

GRAFICA N°. 1
PIRAMIDE DE LA POBLACION



RECURSOS NATURALES DEL MUNICIPIO

Agricultura

Los productos agrícolas son la principal fuente económica en la región, predominantemente el cultivo de tabaco. También se cosecha banano, chile, mango, limón y tomate.

La ganadería es otra fuente de menor escala.

Industria

Su industria consiste en la fabricación de sombreros, petates y otros productos de palma (Industria de hilama).

Medios de Comunicación

La principal vía de comunicación y que rige la vida de muchos jicareños es el ferrocarril, aunque la carretera al Atlántico es también importante; sin embargo, el camino de segundo orden que une al pueblo con la ruta mencionada es de tierra, siendo un factor importante que influye en los aspectos médico-socioeconómicos y que disminuye el aislamiento en que quedó el municipio con la apertura de la carretera al Atlántico que disminuyó el desarrollo y comercio de la población.

Cuenta con servicio de teléfono, telégrafo y correo. Otros medios son el radio y la televisión.

Servicios

La población cuenta con luz eléctrica (INDE) y a-

gua entubada que no es potable; sin embargo, una nueva fuente está en proyecto proveniente de San José Pinula, Jalapa.

Existe un Centro de Salud tipo "C" que a partir del año 1974 ha estado a cargo de un estudiante del último año de la carrera de Medicina, además de una enfermera, comadronas y promotores de Salud. También cuenta con un centro de bienestar social infantil.

5. DEFINICION DEL UNIVERSO

La investigación se realizó en 38 casos que corresponden al 65.51% de las 58 defunciones programadas para investigar.

De los 20 casos restantes: 7 no se estudiaron por no poder localizar a la familia del difunto, 5 por que las familias emigraron a otra zona del país, 6 familias por estar situadas en lugares inaccesibles y 2 por no haber familiares de las personas fallecidas.

6. INTERPRETACION Y ASOCIACION DE VARIABLES

Los datos recabados en la investigación se presentan - en cuadros cuya discusión se irá verificando simultáneamente, asociando las variables.

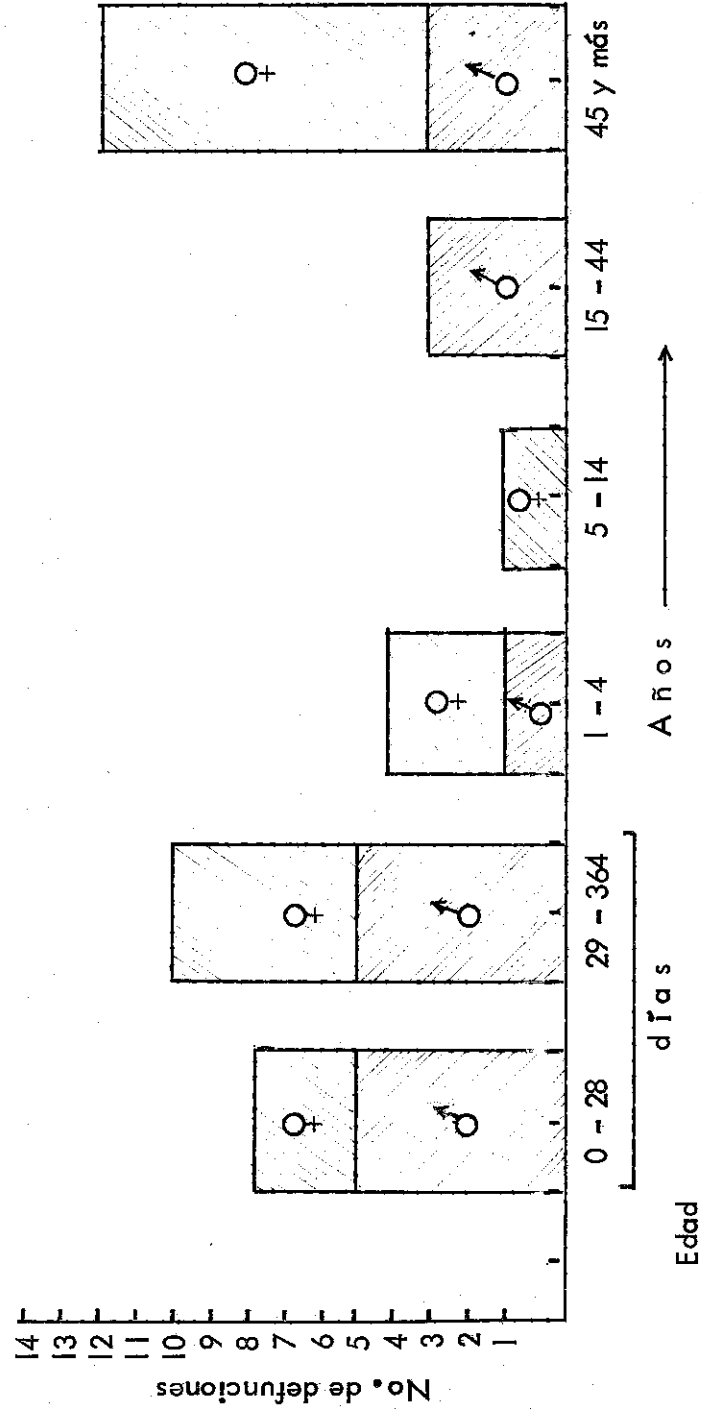
CUADRO No. 2

DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD POR SEXO; GRUPOS ETARIOS Y RESIDENCIA EN ZONAS URBANA O RURAL

EDAD	SEXO				POBLACION				TOTAL
	M	%	F	%	Urbana	%	Rural	%	
0-28 días	5	13.15	3	7.89	5	13.15	3	7.89	8
29-364 días	5	13.15	5	13.15	6	15.76	4	10.52	10
1-4 años	1	2.63	3	7.89	1	2.63	3	7.89	4
5-14 años	0	0	1	2.63	0	0	1	2.63	1
15-44 años	3	7.89	0	0	2	5.26	1	2.63	3
45 y más	3	7.89	9	23.68	6	15.76	6	15.76	12
Total	17	44.71	21	55.24	20	52.61	18	47.32	38

GRAFICA No. 2

MORTALIDAD POR EDAD Y SEXO



Analizando el cuadro y la gráfica No. 1 resalta la relación que existe entre la mortalidad y la edad, siendo el grupo infantil (47.36%) y los mayores de 45 años (31.57%) los más afectados, es decir los grupos más vulnerables. El sexo masculino estuvo ligeramente menos afectado (44.73%)

La población rural y urbana están afectadas prácticamente en la misma proporción; sin embargo, se debe tomar en cuenta que la mayoría de los casos que no se pudieron investigar, pertenecían al área rural por lo que en el universo teórico el área rural saldría más afectada, hecho que se deberá tomar en cuenta para la interpretación general.

CUADRO No. 3

ENFERMEDADES O SINDROMES CLASIFICADOS COMO CAUSAS DIRECTAS, BASICAS Y ASOCIADAS DE DEFUNCION; Y DISTRIBUCION DE LA CAUSA BASICA SEGUN LOS GRUPOS ETARIOS. (RESULTADO DE LA INVESTIGACION)

ENFERM. O SINDROME	DIRECTA	BASICA	ASOCIADA	0-28 DIAS	29-364	1-4 AÑOS	5-14 AÑOS	15-44 AÑOS	45 y MAS	TOTAL
DPC	5	4	13	-	-	1	-	-	3	4
GECA	2	8	3	1	6	1	-	-	-	8
BNM	3	6	2	2	2	2	-	-	-	6
DHE	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CANCER	-	5	-	-	-	-	-	-	5	5
PROBLEMA PERI-NATALES	5	5	1	5	-	-	-	-	-	5
TRASTORNOS NEUROLÓGICOS	2	1	3	-	-	-	-	-	1	1
ACV	2	2	-	-	-	-	-	-	2	2
INFECCIONES DIVERSAS	1	1	2	-	1	-	-	-	-	1
INSF. RESPIRATORIA	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PARASITISMO INTES-TINAL	-	1	3	-	-	-	-	1	-	1
MENINGITIS	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CIRROSIS HEP. Y OTRAS HEPATOP.	2	1	-	-	1	-	-	-	-	1
* OTRAS CAUSAS	6	4	3	-	-	-	-	2	2	4
TOTAL	42	38	30	8	10	4	0	3	13	38

* Tales causas consisten en Intoxicación, Reumatismo, Neurosis, Aterosclerosis, mal definidas, etc. no especificándose en el cuadro por no ser más de una.

CUADRO No. 3-a

CAUSAS BASICAS DE MUERTE SEGUN EL SEXO

ENFERMEDAD O SINDROME	S E X O				T O T A L	
	MASCULINO		FEMENINO			
	No.	%	No.	%	No.	%
DPC	1	2.63	3	7.89	4	10.53
GECA	4	10.53	4	10.53	8	21.06
BNM	3	7.89	3	7.89	6	15.79
CANCER	-	-	5	13.15	5	13.15
PROBLEMAS PERINATALES	3	7.89	2	5.26	5	13.15
TRASTORNOS NEUROLOGICOS	-	-	-	-	-	-
ACV	1	2.63	1	2.63	2	5.26
INFECCIONES DIVERSAS	1	2.63	1	2.63	2	5.26
PARASITISMO INTESTINAL	1	2.63	-	-	1	2.63
CIRROSIS HEP. Y OTRAS HEPATOP.	-	-	1	2.63	1	2.63
OTRAS	3	7.89	1	2.63	4	10.53
TOTAL	17	44.72	21	55.26	38	99.99

Si se analiza este cuadro, se verá que el sexo femenino estuvo más afectado; principalmente por DPC y Cáncer. La BNM y GECA afectaron a los dos sexos por igual.

Según el cuadro anterior, la Desnutrición Protéico Calórica fué la enfermedad que se encontró en mayor porcentaje relacionada con la muerte como causa básica, directa, y asociada en conjunto (20.37%).

Al incluir todas las afecciones clasificadas como causa básica, la DPC se encontró en un 10.53%, habiéndose hallado más afectados los niños comprendidos entre 1 y 4 años y los adultos de 45 años y más. Entre los fallecidos con DPC, el 59.10% presentó la enfermedad como causa asociada, siendo este el porcentaje más alto entre todas las enfermedades reportadas en la investigación.

Principales Causas Básicas y Directas

El sistema que en orden correlativo se vió más afectado, después de haber considerado la DPC, fué el sistema gastrointestinal con Síndromes gastroenterocolíticos. Estos aparecen como la principal causa básica de muerte (21.06%), encontrándose muy relacionados con la DPC, si los consideramos como uno de los factores que al afectar al individuo de por sí ya mal alimentado, empeoran tal estado al disminuir la asimilación de sus "nutrimentos".

Después del sistema digestivo, sigue el respiratorio con cuadros bronconeumónicos que fueron los que ocuparon el 2do. término de la clasificación como causa básica de muerte (15.79%).

El Síndrome que en porcentaje siguió a los anteriores fué desequilibrio hidroelectrolítico (8.33%); y que es la principal causa directa de muerte. Considerando la gastroenterocolitis y una de sus consecuencias como es el DHE, se encuentra una relación estrecha entre las dos, ya que la primera aparece como principal causa básica determinando a la última como principal causa directa en las defunciones in-

vestigadas. Esta afección se presentó más en el grupo infantil y en los niños comprendidos entre 1 y 4 años.

Continuando con el análisis del cuadro No. 3, el cáncer se encontró en 5 casos (13.16%), como causa básica afectando a la población de 45 años y más. Los problemas perinatales se hallaron en la misma proporción.

El parasitismo intestinal, una de las afecciones que más castigan a los países "en vías de desarrollo" se encuentra contradictoriamente entre los últimos lugares. Sin embargo, hay que considerar que el diagnóstico se hace por métodos de laboratorio, deficientes en el área rural, o en último término por la necropsia, para detectar un mayor número de casos, quedando para el diagnóstico clínico aquellos casos en los cuales la parasitosis es más severa, y en los que aún los pacientes están conscientes de haber expulsado vermes con las heces. Según mi experiencia en el área habiendo verificado exámenes coprológicos al microscopio, encontré un alto porcentaje de positividad; siendo alarmante la proporción hallada de amebiasis y otros protozoarios intestinales. Dadas las características de este trabajo no entro en detalles.

CUADRO No. 4

DIAGNOSTICOS DE DEFUNCION DEL REGISTRO CIVIL
Y PERSONAS QUE LOS ASENTARON

ENFERMEDAD	Persona que asentó el Diagnóstico		Otro	Total
	Enfermera	Farmacéutico		
Gastroenterocolitis				
Enterocolitis e Infección Intestinal	6	1	1	8
BNM	7	-	-	7
Derrame Cerebral	2	1	-	3
Bronquitis	-	2	-	2
Disentería	-	1	-	1
Amebiasis Intestinal	2	-	-	2
Asfixia	2	-	-	2
Ahogo de Tos Ferina	-	1	-	1
Parotiditis	1	-	-	1
Meningitis	-	1	-	1
TBC	1	-	-	1
Reumatismo	1	-	-	1
Cáncer				
Cáncer en la sangre	-	2	-	2
Nefroma	-	-	1	1
Asma Bronquial	-	1	-	1
Pulmonía	-	1	-	1
Cólico estomacal	-	1	-	1
Inflamación del Hígado	-	1	-	1
Ignorado	-	1	-	1
Total	22	14	2	38

Las enfermedades encontradas en el trabajo de investigación coincidieron con las del registro civil sólo en 11 casos (28.95%). La enfermera auxiliar asentó 22 defun-

ciones, de las que sólo 7 coincidieron con las enfermedades encontradas en el trabajo de investigación, teniendo un porcentaje de error del 68.19%. El farmacéutico de la localidad asentó 14 causas de muerte, de las cuales sólo 2 coincidieron con el presente trabajo, con un porcentaje de error de 85.72%.

Los dos casos restantes por no ser significativos se excluyen, uno de los cuales ya había sido hospitalizado, con Diagnóstico de egreso de Nefroma, lo cual fué un factor importante para que coincidiera con los hallazgos investigados.

Tomando en cuenta lo anteriormente expuesto, es de notar que en los diagnósticos hallados en el registro civil, la DPC no se menciona en ninguno de los casos, lo cual es explicable dado el alto porcentaje de error encontrado.

Es interesante hacer notar que en uno de los casos en el registro civil aparece como causa de defunción la Parotiditis infecciosa en una paciente de más o menos 80 años.

Principales Síntomas

Lo anteriormente expuesto se relaciona adecuadamente con los síntomas que los casos investigados presentaron en su enfermedad los cuales se exponen en el cuadro No. 5, - siendo la " palidez " y la " delgadez ", (signos de desnutrición) los más presentes, seguidos de signos de DHE, disnea y cianosis, respectivamente, que guardan relación con el orden correlativo de las enfermedades que las provocan.

CUADRO No. 5

PRINCIPALES SINTOMAS Y SIGNOS REFERIDOS EN LA INVESTIGACION Y SU RELACION MAS FRECUENTE CON LAS PRINCIPALES CAUSAS BASICAS DE MUERTE

SIGNOS Y SINTOMAS	PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE						TOTAL
	GECA	BNM	PROBLEMAS PERINATALES	CANCER	DPC	DHE	
Palidez	-	-	+	+	+	+	13
Delgadez	-	-	-	+	+	-	9
Enoftalmos	+	-	-	-	-	+	9
Piel y mucosa reseca	+	-	-	+	-	+	9
Cianosis	-	+	-	-	-	-	8
Disnea	-	+	-	-	-	-	8
Decaimiento y Flacidez	+	+	+	+	+	+	7
Fiebre	+	+	-	+	-	-	6
Anasarca	-	-	-	-	+	-	4
Tos y hervor de pecho	-	+	-	-	-	-	4
Ictericia	-	-	+	-	-	-	2
Pérdida de peso	+	-	+	+	+	+	1

NECROPSIAS VERIFICADAS EN LOS FALLECIDOS DE LA INVESTIGACION

Dadas las características del trabajo de investigación no fué posible comprobar las enfermedades halladas con la necropsia, la cual no se verificó en el 100% de los casos. Se debiera tomar en cuenta que el estudio es un análisis retrospectivo y que en ningún momento se estuvo a la par de la cama del paciente obteniendo datos de historia y examen físico que hubieran refinado un diagnóstico.

Muchas veces los datos recabados fueron referidos por personas que dan su propia interpretación al solicitarles datos siempre desagradables de una muerte, y que la memoria no siempre retiene.

CUADRO No. 6

CASOS INVESTIGADOS QUE RECIBIERON ALGUN TIPO DE ATENCION PREVIA A LA DEFUNCION

	No.	%
Atención Médica	13	34.22
Atención de Enfermería	3	7.89
Sin atención	22	57.89
Total	38	100.00

Este punto se refiere a personas que previa defunción tuvieron atención médica o para-médica en alguna época de la enfermedad relacionada con la defunción; considerándose aparte los que en ningún momento recibieron tales servicios o que obtuvieron tratamientos muy empíricos (57.89%). Es obvia la influencia que la falta de atención médica pudo tener en la mortalidad de la población.

CUADRO No. 7

GRUPO MATERNO INFANTIL

CONTROL PRENATAL EN FALLECIDOS MENORES DE 1 AÑO Y SU RELACION CON PARTO DISTOCICO

Tuvieron control Prenatal	Condición del control Prenatal	Condición del Parto		Total
		Eutocia	Distocia	
	Comadrona empírica	1	1	2
	Centro de Salud	4	2	6
	Hospital	2	-	2
Sub Total		7	3	10
Sin control		7	2	9
TOTAL		14	5	19

Se refleja en este cuadro que el Centro de Salud es el lugar donde asistió el mayor número de pacientes, habiendo se presentado distocia durante el parto en el 30%.

Comparativamente, se encontró Distocia en el 22.2% de las pacientes que no recibieron control prenatal.

Es contradictorio el hecho de que las pacientes que recibieron control prenatal tengan un porcentaje más elevado de distocia que aquellas que no lo recibieron; sin embargo, esto puede explicarse en base al hecho de que muchas embarazadas son controladas por comadronas empíricas que no tienen autorización para trabajar y que lo hacen en forma ilegal, hecho que ocultan para que dichas comadronas no sean penadas por la ley.

CUADRO No. 8

CONTROL DE TRABAJO DE PARTO EN FALLECIDOS < 1 AÑO Y SU RELACION CON PARTO DISTOCICO

Pacientes con Parto controlado	Condición del Control de Parto	Condición del Parto		Total
		Eutocico	Distocico	
	Comadrona a domicilio	7	4	11
	Centro de Salud	-	-	-
	Hospital	2	-	2
Sub Total		9	4	13
Pacientes sin control de parto		5	1	6
TOTAL		14	5	19

Analizando este cuadro, el porcentaje de parto distócico solamente se halló en pacientes que fueron controladas por comadronas (36.4%). Si se compara con el cuadro anterior, en donde aparece el 22.2% de distocia, se observará un incremento. En las pacientes que no tuvieron parto controlado, el porcentaje de distocia fué mucho menor (16.7%).

CUADRO No. 9

ATENCIÓN DEL PARTO EN PACIENTES FALLECIDOS
MENORES DE 1 AÑO Y SU RELACION CON PARTO DIS-
TÓCICO

Parto Asistido	Condición de la Atención	Condición del Parto		Total
		Eutó- cico	Distó- cico	
	Por comadrona a domicilio	10	5	15
	Centro de Salud	-	-	-
	Hospital	2	-	2
Sub total		12	5	17
Parto no Asistido		2	-	2
TOTAL		14	5	19

Al analizar este cuadro, el parto distócico aparece sólo en pacientes atendidos a domicilio por comadronas. El porcentaje (33.3%) es aproximadamente el mismo que en el cuadro anterior.

En síntesis, si se estudia la condición del parto en los cuadros Nos. 7, 8 y 9 es de notar que el porcentaje de distocia fué menor en las pacientes que no tuvieron control prenatal, y en aquellas cuyo parto no fué controlado ni asistido. El mismo fenómeno se observa en las pacientes atendidas en hospitales; situación en la que no se reportó ningún parto distócico. Finalmente los partos distócicos se presentaron así en su totalidad en aquellas pacientes que de alguna u otra forma recibieron los servicios de una comadrona empírica.

Ante los datos encontrados, queda la duda de que si todos los mortinatos o muertes neonatales están siendo registradas, ya que, por los resultados hallados debe sospecharse de que estos hechos están siendo ocultados, especialmente cuando quedan evidencias de ocurrencia de muerte por mala atención del parto.

VIVIENDA Y SITUACION ECONOMICA DE LOS FALLECIDOS

Para determinar la influencia de los factores socio-económicos en la causa básica de muerte, se procede a verificar un estudio comparativo relacionando ambas variables.

Para fines prácticos, la vivienda se clasifica en 3 tipos: A, B y C. A cada característica de la vivienda se le dió cierto número de puntos, quedando en un mejor nivel aquellos en los que se obtuvo un punteo más alto.

Vivienda Tipo A:

Comprendida entre 27 y 39 puntos, con las siguientes características: Instalaciones separadas, piso de superficie lisa lavable, paredes repelladas e impermeables, con cielo raso, techo de lámina, buena ventilación e iluminación, con luz eléctrica, agua intradomiciliar entubada, letrina o sanitario, aguas servidas conectadas a fosa séptica o a colector público, sin acceso a animales domésticos, protegida de insectos y roedores.

Vivienda Tipo B:

Comprendida entre 14 y 26 puntos, con las siguientes características: Dormitorios separados; cocina y comedor juntos, piso de superficie lisa lavable, paredes impermeables, con cielo raso de cualquier material, techo de teja,

con buena ventilación e iluminación con lámparas de gas, agua de pozo intradomiciliar, con letrina, aguas servidas conectadas a fosa séptica o colector público, sin acceso de animales domésticos ni roedores, sin protección de insectos.

Vivienda Tipo C:

Este tipo de vivienda es la de calidad más baja, comprendida entre 0 y 13 puntos. Sus características son: Instalaciones juntas, piso de tierra, sin cielo raso, paredes permeables, techo de paja o de palma, mala ventilación, iluminación nocturna con candil, agua extradomiciliar, sin letrina, con aguas servidas a flor de tierra, con acceso a animales domésticos roedores e insectos.

CUADRO No. 10

TIPOS DE VIVIENDA DETERMINADOS EN LA INVESTIGACION

TIPO	No.	%
A	0	0
B	11	29
C	27	71
TOTAL	38	100

Según el cuadro anterior, la mayoría de las viviendas habitadas por los pacientes previa defunción, corresponden al tipo C, es decir, las de peor calidad. No se encontró vivienda de tipo A en ningún caso.

CUADRO No. 11

RESULTADO DE LA INVESTIGACION: LAS PRINCIPALES CAUSAS BASICAS DE DEFUNCION Y EL TIPO DE VIVIENDA

Enfermedad	TIPO DE VIVIENDA						TOTAL
	A		B		C		
	No.	%	No.	%	No.	%	
1) Gastroenterocolitis	-	-	2	25	6	75	8
2) BNM	-	-	-	-	6	100	6
3) Problemas Perinatales	-	-	2	40	3	60	5
4) Cáncer	-	-	3	60	2	40	5
5) DPC	-	-	1	25	3	75	4
TOTAL	0	0	8	28.57	20	71.43	28

El 73.68 de los fallecidos estudiados en la muestra se vieron afectados por las 6 causas básicas de muerte que aparecen en el cuadro anterior. Con respecto al tipo de vivienda, el 71.43% correspondió al tipo C.

Si se analiza cada una de las causas básicas de muerte y el tipo de vivienda correspondiente, es clara la mayor proporción de fallecidos que padecieron de enfermedades infecciosas cuyas viviendas fueron de tipo C.

Las que padecieron de Gastroenterocolitis (21.05%) según la causa básica, el 15.79% habitaba viviendas tipo C. El resto (5.26%) tenía viviendas tipo B.

Continuando con las principales causas básicas de muerte de origen infeccioso, la BNM únicamente se presentó en los fallecidos con viviendas tipo C (15.79%).

Los problemas perinatales y el Cáncer ocupan el 3er. término como causa básica de muerte (13.16%), en problemas perinatales (13.16%) el 7.89% habitaba viviendas tipo C. El resto, 5.27%, habitaba viviendas tipo B.

Si analizamos el cáncer como causa básica, la proporción hallada en la anterior se invierte. El 7.89% ocupaba viviendas de tipo B.

En los fallecidos con DPC como causa básica (10.52%), el 7.89% tenía vivienda tipo C y el 2.63% habitaba en vivienda tipo B.

CUADRO No. 12

EXTENSION DE TIERRA E INGRESOS MENSUALES DE LAS FAMILIAS DE LOS FALLECIDOS
(RESULTADOS DE LA INVESTIGACION)

INGRESOS MENSUALES										
EXTENSION	Q. 0-49		Q. 50-99		Q. 100-149		Q. 150 - +		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0 - 9 manzanas	8	21.05	1	2.63	-	-	-	-	9	23.68
10 - 39 "	1	2.63	-	-	-	-	-	-	1	2.63
1 - 4 caballerías	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5 y + "	-	-	-	-	1	2.63	-	-	1	2.63
No tienen tierra	18	47.37	7	18.42	1	2.63	1	2.63	27	71.05
TOTAL	27	71.05	8	21.05	2	5.26	1	2.63	38	99.99

Analizando el cuadro anterior es interesante hacer notar que el 71.05% de las familias investigadas no tienen tierra; y que el mismo porcentaje tiene el rango más bajo de ingreso (Q. 0-49).

Entre las familias de los difuntos que trabajaban la tierra se encontró el 28.95%. De éstas, 6 la tenían arrendada (15.79%), 2 en propiedad (5.26%) y 3 en posesión (7.89%). Como se ve en el cuadro anterior el 71.05% no poseían tierra.

Tales comparaciones se ilustran en el cuadro siguiente, estableciendo los rangos de ingreso para cada tipo de tenencia de tierra.

CUADRO No. 13

TENENCIA DE TIERRA Y LA RELACION CON LOS RANGOS DE INGRESO EN LAS FAMILIAS INVESTIGADAS

Tenencia de Tierra	INGRESOS MENSUALES								TOTAL	
	0 - 49		50 - 99		100 - 149		150 Y MAS			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Arrendada	4	10.53	1	2.63	1	2.63	-	-	6	15.74
En posesión	3	7.89	-	-	-	-	-	-	3	7.89
Propia	2	5.26	-	-	-	-	-	-	2	5.26
No tienen	18	47.37	7	18.42	1	2.63	1	2.63	27	71.05
TOTAL	27	71.05	8	21.05	2	5.26	1	2.63	38	99.99

Analizando este cuadro (No. 13), resalta el hecho de que entre el 71.05% de los que tienen tierra, la mayoría (47.37%) percibió ingresos del rango mínimo (Q.0-49). En orden correlativo con respecto a la tenencia de tierra ocupa el 1er. término los que no tienen tierra, seguidos por aquellos que tenían tierra arrendada, luego aquellos que la tenían en posesión, y por último los que tenían tierra propia, clasificándose casi en su totalidad en el rango de ingresos más bajo (Q.0-49).

CUADRO No. 14

FUERZA DE TRABAJO EN RELACION CON LOS INGRESOS
FAMILIARES DE LOS FALLECIDOS

TRABAJADOR	INGRESOS MENSUALES										TOTAL
	0 - 49		50 - 99		100 - 149		150 Y MAS				
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%			
Colono	6	15.79	2	5.26	-	-	-	-	8	21.05	
Cuadrillero	2	5.26	-	-	-	-	-	-	2	5.26	
Jornalero	8	21.05	5	13.15	1	2.63	-	-	14	36.83	
Otro	11	28.95	1	2.63	1	2.63	1	2.63	14	36.83	
TOTAL	27	71.05	8	21.05	2	5.26	1	2.63	38	99.99	

Al analizar el cuadro No. 14, se hace patente que las personas que desempeñan otros trabajos, perciben ingresos mayores que los cuadrilleros y los colonos. En el caso de los jornaleros, comparándolos con las otras fuerzas de trabajo, se encuentran mejores ingresos, que disminuyen progresivamente conforme los rangos aumentan hasta el rango de Q. 100-149, donde solo aparece un caso, talvez porque varios miembros en la familia desempeñan este tipo de fuerza de trabajo.

CUADRO No. 15

CONSUMO DE ALIMENTOS BASICOS DE LAS FAMILIAS INCLUIDAS EN LA MUESTRA

ALIMENTOS	No. de Familias que lo Consumen
Frijol	36
Café	37
Tortilla	34
Pan	30
Arroz	21
Refrescos	13
Queso	13
Leche	9
Huevo	7
Incaparina	3

Si se analiza el cuadro anterior, se hace evidente que los alimentos que más se consumen contienen carbohidratos básicamente (tortilla, pan y arroz); el café es practicamente de consumo general, así como el frijol.

Los alimentos proteínicos de origen animal ocupan los últimos lugares.

Hay que observar que la Incaparina es uno de los alimentos de menor consumo.

7. DISCUSION Y COMENTARIOS

A continuación se hará la discusión y se comentará acerca de los hallazgos más importantes encontrados en la investigación.

Según los resultados de la investigación, los grupos etarios más vulnerables, niños y mayores de 45 años, resultaron más afectados. El problema se hace más serio cuando los individuos de los grupos etarios mencionados se encuentran desnutridos, como se demostró en el cuadro No. 3, convirtiéndose en doblemente vulnerables, siendo menos resistentes a las infecciones. La disminución de la resistencia a las infecciones se hace patente en los grupos etarios investigados ya señalados: todos los casos de gastroenterocolitis y bronconeumonía aparecieron en el grupo infantil y en el de 1 a 4 años.

Se ha dicho que la desnutrición es un problema infantil en Guatemala. Sin embargo, los resultados de este trabajo contradicen tal aseveración ya que no solo los niños son los afectados. Adultos de 45 años o más que corresponden a una edad que aún es económicamente activa, con capacidad para producir, se hallaron desnutridos, hecho que tiene una repercusión socio-económica tanto para las familias afectadas como para el país. Si consideramos los alimentos que más se consumen y el tipo de trabajo del campesino, encontraremos una explicación al problema. Un labrador puede emplear un gasto energético hasta de 3 veces y media su metabolismo basal, es decir de 6,000 a 7,000 calorías en 24 hrs. (1) Con una dieta corriente en la región (cuadro N. 14) de 2 panes (180 calorías), 10 tortillas (930 calorías), 1 taza de frijol (698 calorías), café con 50 gr. de azúcar al día (200 calorías), en el desayuno, el almuerzo y la cena; se obtienen más o menos 6,000 calorías. En tales condiciones, el individuo mantiene un balance metabólico que

puede llegar a ser negativo, por lo que terminaría en un estado de desnutrición, hecho que sucede frecuentemente.

La raíz del problema la encontramos al relacionar el fenómeno con los bajos ingresos que obtienen las familias afectadas, como se demuestra en el cuadro No. 12. Este hecho está íntimamente relacionado con la tenencia de tierra, pues cuando ésta falta, ya sea porque no se posee o porque la extensión es muy poca, los campesinos se ven obligados a buscar otras fuentes de trabajo para mejorar sus ingresos en su afán de subsistencia. Este fenómeno se hace patente en los cuadros Nos. 13 y 14.

Sin embargo, de las familias investigadas que tienen alguna extensión de tierra para labrar, la mayoría (15.79%) la tienen en arrendamiento, como una relación de producción que no se pudo evitar cuando en 1954 por un movimiento político, la ley de Reforma Agraria, en lo que concierne a la distribución de tierra cultivable, quedó anulada beneficiando de nuevo al grupo terrateniente. De esta situación resulta el arrendamiento, al igual que la aparcería típica, - como un método de explotación indirecta para los agricultores de subsistencia, quienes se dedican a trabajar total o parcialmente las tierras que pertenecen a grandes y medianos terratenientes, quienes poseen más de lo que desean o pueden cultivar.

Lo expuesto en los párrafos anteriores, repercute en la salud del campesino. Las familias con bajos ingresos, no tienen los ingresos económicos suficientes para habitar en viviendas que reúnan las condiciones higiénicas mínimas, viéndose afectados por diversas enfermedades, tales como las enfermedades de tipo infeccioso. Este hecho se demuestra en el cuadro No. 11, donde la gastroenterocolitis y la bronconeumonía afectan más a individuos que habitaban las viviendas de peor calidad (tipo C).

Por otra parte, existen factores muy importantes. La forma como se desarrollan los programas de salud en el país es uno de ellos, y que, al interrelacionarse con los problemas anteriormente expuestos, contribuyen a mantener la situación caótica por la que atraviesa el país.

De los fallecidos incluidos en la muestra, el 57.89% no obtuvieron ningún tipo de atención (cuadro No. 6). Como señalé anteriormente, es obvia la influencia que el hecho tuvo en la mortalidad de las personas investigadas.

El problema es multicausal. Una de las principales causas señaladas anteriormente, es la estructura que tiene nuestro sistema socioeconómico, y el papel que el profesional juega en tal sistema, en este caso el médico.

Muchos son los individuos que entran a la Universidad con un afán de adquirir importancia en el medio en que se desenvuelven. Desde pequeños hemos aprendido que tal prestigio o importancia se adquiere a través de un capital, ya que "es el dinero lo que vale", según el decir popular. Además, las personas han hecho la asociación de profesional-capital y, por consiguiente, prestigio.

Por otra parte hay 2 factores más que considerar. El primero es el legado que nuestros antepasados nos dejaron en admirar la sabiduría y lo que ésta representa entre los demás individuos. El segundo factor es la importancia que tiene el individuo al ser útil a su comunidad. Los motivados por estos 2 últimos factores, claro está que pertenecen a una minoría.

Si consideramos a la mayoría que ingresa a la Universidad, aquellos que en su "afán de superarse" buscan su valor social a través de un capital, grande será su frustración cuando se encuentren ante la realidad, al darse cuenta de que el camino que ésta ofrece no es precisamente ser un

magnate en la sociedad, ya que la burguesía de servidumbre se encuentra saturada y pocos son los que podrán subir de estrato social. Muchas personas solicitarán sus servicios profesionales sin tener dinero para pagarles lo que pretenden; así, estos profesionales verán frustrados sus deseos de hacer capital y lo más probable es que en ese afán de alcanzar prestigio y dinero, se conviertan en nuevos explotadores, contribuyendo así el Alma Mater a mantener el status quo en Guatemala.

Por lo tanto son muchos los interesados en prestar sus servicios en un medio donde pueda remunerárseles, centralizándose así en los lugares donde el desarrollo es mayor, saturándolos y aumentando la competencia en cuanto a "clientela privada" se refiere. Esto significa el abandono de aquel ambiente en donde la miseria y la desnutrición no producen nuevos capitales.

Sin embargo, finalmente puede ser que la situación obligue a que este grupo, que no podrá subir de categoría en las zonas centralizadas, se repliegue a diversas zonas del área rural (fenómeno que empieza a verse) donde se crearán situaciones conflictivas que tendrán sus consecuencias sobre las formas de ejercicio de la profesión.

Otro factor importante antes ya mencionado, y que a lo mejor tiene raíces similares al anterior, es la forma en que se llevan a cabo algunos programas de salud en el país.

Un ejemplo claro es el programa antituberculoso. En los centros de salud tipo "C", la enfermera auxiliar ha sido la encargada de distribuir los medicamentos antituberculosos, llevando un registro para el tratamiento que se le ha indicado al paciente cuando se le diagnostica la enfermedad. En el mes de noviembre de cada año, la unidad móvil visita la localidad, tomando muestras de esputo y fluoroscopías du-

rante ese día. Los resultados son enviados posteriormente al Centro de Salud.

Se supone que un día de cada mes, los pacientes deben asistir al centro de salud a recoger una cantidad de medicamentos para todo el mes (v.g.v. 120 pastillas de INH). El problema es que, por diversas causas como la falta de concientización en los pacientes, hay un ausentismo muy significativo debido a que muchos abandonan su tratamiento. En varios casos logré detectar que la causa era talvez efecto colateral de la isoniazida, las molestias gástricas que los pacientes presentaron. En tales personas, ya susceptibles a veces por una enfermedad péptica subyacente, la pirosis esofágica ascendente apareció poco tiempo después de que empezaron a tomar INH, habiendo desaparecido al suspender el medicamento. Varias adujeron de que la "medicina es muy caliente" habiéndola tomado sólo por corto tiempo, ausentándose a sus citas, logrando con esta situación solamente "vacunar" a los bacilos con INH, hacerlos resistentes a la droga y reducir el espectro de las drogas antituberculosas utilizables, en estos pacientes y en aquellos que estos pudieran contagiar; además de un gasto inútil en medicamentos.

En algunos casos se presentó una neuropatía periférica que también cedió al suspender el medicamento o al administrárseles Complejo B.

Sin embargo, la mayoría de personas incluidas en el programa, no tienen una evaluación clínica periódica, ya sea para continuar o modificar el tratamiento, o aún para reforzar las motivaciones de tales pacientes, ya que casi siempre las personas encargadas de desarrollar el programa, se concretan a distribuir los medicamentos,

pues dado el "volumen" (*) de consultas en algunas áreas, a los pacientes no se les explica lo suficiente acerca del uso de dichas drogas. Debido a su timidez y a su nivel cultural bajo, no solicitan aclarar dudas, tergiversando así métodos terapéuticos para luego sufrir las consecuencias implícitas.

Otra situación que acrecienta el problema, es la forma como trabajan los inspectores de salud. Cuando se solicita su presencia para tratar problemas sanitarios que necesitan de atención inmediata, no se presentan, aduciendo - que la comunidad no está programada; además que sólo llegarán a lugares donde se requiera su presencia para apertura o cierre de locales, asuntos sobre la potabilidad del agua etc..., asuntos que en el municipio se presentaron y que necesitan de una atención inmediata. Si alguna vez ocurre que el inspector de sanidad llega a la localidad, todas las anomalías que deberían resolverse, pasan desapercibidas, - pues las personas afectadas les "gratifican un favor" con dinero, persistiendo de esta manera la situación anómala. Por lo tanto, los inspectores sanitarios no cumplen con sus obligaciones, permaneciendo en su trabajo muchas veces sólo por condiciones políticas y oportunistas, afectando así a las comunidades.

Otro problema serio es la falta de supervisión médica en algunos centros de salud. Se abandonan a los promoto-

(*) "Volumen": es la palabra clave que a los servicios de salud interesan para las estadísticas, aunque la calidad sea baja, pues el tiempo que se le da a cada paciente es insuficiente para una evaluación satisfactoria. Sería más interesante evaluar casos resueltos, que pacientes "vistos". Tal parece que los objetivos finales de la Ciencia Médica se diluyen ante esta situación.

res de salud y a las enfermeras auxiliares, quienes a veces se ven envueltas en problemas serios, tratando de resolver situaciones que competen al médico, y que cuando solicitan los servicios de una ambulancia al hospital regional para traslado de pacientes, la respuesta es obvia - el combustible está agotado -. Es esta otra de las razones que también influye para que el proceso de referencia de pacientes se vea bloqueado y que repercute grandemente en la mortalidad de la población.

Existe también un problema significativo que afecta directamente al grupo materno infantil. Es la forma como las comadronas trabajan en el municipio. Existe un grupo de comadronas "adiestradas", cuyas deficiencias se hacen notorias al verlas desempeñar su trabajo. Sin embargo, entre este grupo hay comadronas que demuestran claro interés en mejorar sus métodos y que brindan una colaboración a los programas de materno infantil, constituyéndose en un nexo entre las pacientes temerosas y tímidas, y el médico. Si estas personas tuvieran supervisión más frecuente y más efectiva, el programa Materno Infantil se vería beneficiado ostensiblemente.

Otro grupo de comadronas, no adiestradas, trabaja en el municipio en forma ilegal, ya que no están autorizadas para trabajar como tales. Sus deficiencias en el manejo de pacientes son mayores, como es lógico de suponer. Sin embargo, son más buscadas por las pacientes, ya que éstas, en su mayoría, son de escasos recursos económicos, y el costo por atención del parto es menor (de Q.2 a Q.5) del que cobran las comadronas adiestradas (Q.8.00 por parto si nace una hembra, y Q. 10.00 si nace un varón). Esta situación, desde luego, repercute en un aumento de los problemas perinatales (cuadros Nos. 3, 7, 8 y 9), de los cuales se podrían evitar algunos, o tal vez la mayoría.

A manera de síntesis, el problema de salud en el municipio, típico de la mayoría de municipios en el país, y que repercute directamente en la mortalidad de la población, tiene una íntima relación, con el sistema socioeconómico. De éste se derivan una serie de situaciones que se conjugan para incidir en la salud de la población, predisponiéndola para acelerar su proceso de muerte. En términos generales, si tomamos en cuenta la mayoría de la población, que son los campesinos, su forma de subsistir y su situación final podría calificarse como una muerte colectiva y que al comparar los propósitos idealísticos del médico con la realidad, nos enfrentamos a una situación contradictoria que nos arrastra hacia la negación del ser.

Quede esto para aquellos médicos y para las generaciones venideras que deben estar conscientes de la situación, hacer caso omiso del "encantamiento" que la profesión ofrece, y apegarse a sus ideales para contribuir a que nuestra patria sea en realidad una bella Guatemala.

8. CONCLUSIONES

- 1- La hipótesis se acepta en todo su enunciado, es decir que:
 - a) "El ambiente físico y la forma como se verifican los programas de salud en el municipio, inciden en la mortalidad de la población". Hay que agregar que los factores socio-económicos y políticos, al conjugarse con los anteriores, crean situaciones como las que atraviesa el municipio.
 - b) Los datos estadísticos con que se cuenta en el municipio no son confiables, adolecen de muchos defectos y no corresponden a la realidad; hecho que se hace patente en el caso de la desnutrición protéico-calórica, la cual sí es una enfermedad significativa para disminuir la esperanza de vida.
- 2- La desnutrición protéico-calórica no es sólo un problema infantil; afecta en forma importante a otros grupos etarios de la población.
- 3- Los datos estadísticos y los programas de salud no sólo se utilizan para sus objetivos verdaderos; también, de formados y manipulados para otros fines, como instrumentos demagógicos; y de esta manera se deforma la realidad.
- 4- Los recursos con que cuenta el Depto. de El Progreso, no corresponden a la demanda de atención médica, por lo tanto, se otorga un servicio insuficiente en el municipio.
- 5- Las enfermedades más importantes y a las que se deberá poner atención al tratar el problema de la mortali-

dad, son: Gastroenterocolitis y sus consecuencias, (DHE), Infecciones broncopulmonares, Enfermedades peri-natales y el denominado común de todas; la des nutrición.

Todas se incluyen en el grupo de enfermedades prevenibles.

- 6- La tuberculosis, enfermedad de los pueblos explotados y débiles, e individuos desnutridos, sigue siendo un flagelo en nuestras comunidades que están en el " proceso de desarrollo ".

9. RECOMENDACIONES

- 1- En base al diagnóstico de la situación de salud de cada municipio, crear programas técnicamente elaborados con metas bien definidas, de corto y largo plazo; asignándole los recursos suficientes para su desarrollo.
- 2- Como componente de esos programas, deben establecerse sistemas de evaluación para determinar los factores humanos y materiales que contribuyeron a su eficiente o deficiente cumplimiento.

Los cargos que queden vacantes, en caso de que hubiera destituciones a raíz del incumplimiento de las obligaciones, deben ser asignados a base de concursos de oposiciones, libres de interferencias de orden político. Debe ser norma del sistema de evaluación que cuando una persona sea responsable de incumplimiento de un programa, se le destituya para dar oportunidad a otras que, con actitudes más positivas, logren el progreso sanitario de los conglomerados nacionales.
- 3- En el proceso de desarrollo de los programas y en la evaluación de los mismos, deben participar tanto los funcionarios de Salud Pública como la colectividad de cada municipio. Esta es la única manera en que tanto funcionarios como pobladores se sientan responsables por los programas y den todo su esfuerzo para el éxito de los mismos.

El nivel de salud del municipio mejorará y así disminuirá el nivel de la mortalidad.
- 4- Las estructuras socioeconómicas actuales deberán experimentar un cambio, ya que éstas son las causas principales de los demás problemas. Una distribución justa de la tierra dará como resultado mejores niveles de vida para todos los guatemaltecos.

10. BIBLIOGRAFIA

- 1- Guyton, Arthur C. Tratado de Fisiología. Editorial Interamericana, 3a. Ed. México 1967. P.P. 942 - 943
- 2- Nelson, Waldo E. Tratado de Pediatría Tomo II. Salvat Editores S.A. 6ta. Ed. Barcelona, España 1973 P.P. 1582 - 1586
- 3- Noval, Joaquín. Resumen Etnográfico de Guatemala. Universidad de San Carlos, Vol 8. Guatemala, 1967
- 4- Halbwachs, Maurice. Las Clases Sociales. Fondo de Cultura Ec. 3ra. ed. México 1964.
- 5- Casasola, Egberto. Monografía del municipio de El Jícaro. Editorial José de Pineda Ibarra. Guatemala, 1961.
- 6- Von Hagen, Víctor W. El mundo de los Mayas. Editorial Diana. México D. F. 1973.

Milward Roland Van Tuylen Guerra

Br. Milward Roland Van Tuylen Guerra

Carlos Waldheim Cordon

Dr. Carlos Waldheim Cordon
Asesor

Mario René Bolaños

Dr. Mario René Bolaños
Revisor

Julio de León Méndez

Dr. Julio de León Méndez
Director Fase III

Mariano Guerrero Rojas

Dr. Mariano Guerrero Rojas
Secretario General

Vo. Bo.

Carlos Armando Soto Gómez

Dr. Carlos Armando Soto Gómez
Decano