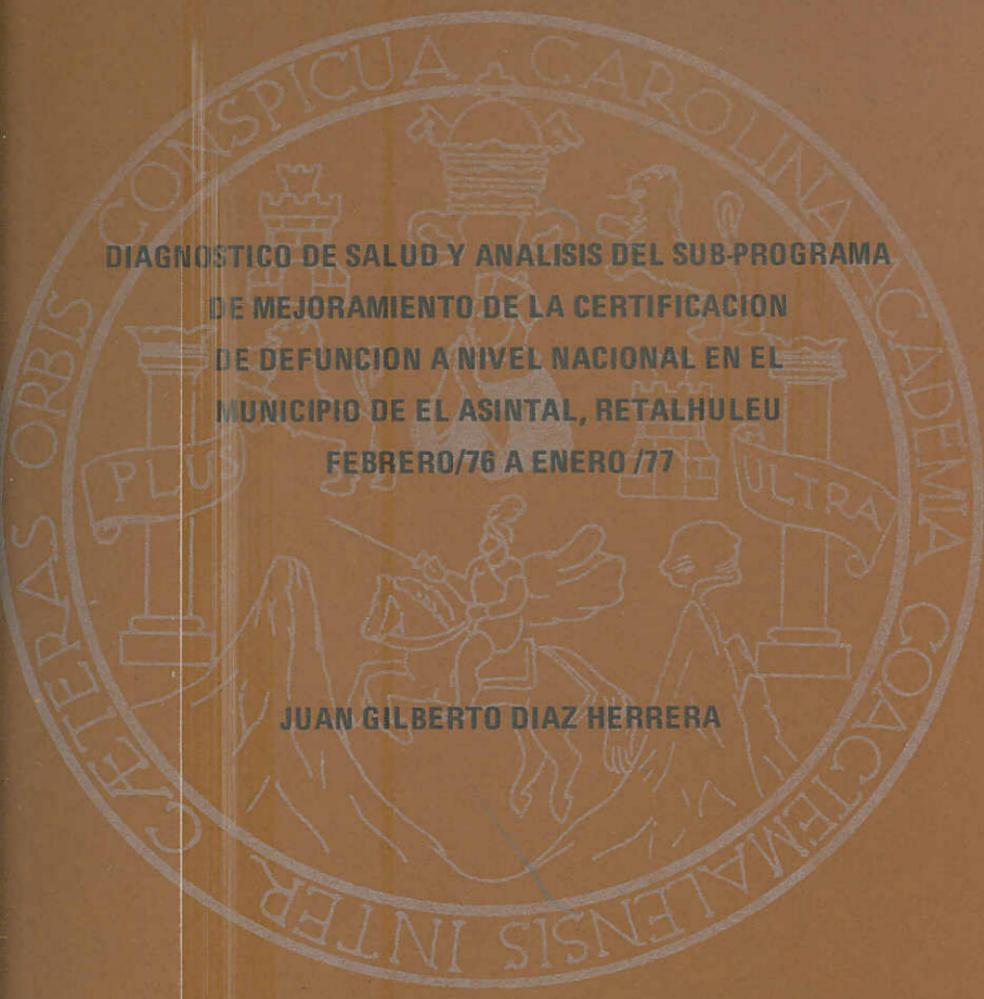


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large circular emblem in the background. It features a central figure on horseback, a shield, and various symbols. The Latin motto "CONSPICUA CAROLINA CADEMA GOACATEMALENSIS INTER CETERAS ORBIS PLUS ULTRA" is inscribed around the perimeter of the seal.

**DIAGNOSTICO DE SALUD Y ANALISIS DEL SUB-PROGRAMA
DE MEJORAMIENTO DE LA CERTIFICACION
DE DEFUNCION A NIVEL NACIONAL EN EL
MUNICIPIO DE EL ASINTAL, RETALHULEU
FEBRERO/76 A ENERO /77**

JUAN GILBERTO DIAZ HERRERA

GUATEMALA, MAYO DE 1977

PLAN DE TESIS

1. INTRODUCCION
2. OBJETIVOS
3. MATERIAL Y METODOS
4. HIPOTESIS
5. DESCRIPCION DEL AREA Y CARACTERISTI-
CAS DE POBLACION
6. FACTORES CONDICIONANTES DEL NIVEL
DE SALUD
7. RESULTADOS Y ANALISIS
8. ANALISIS GENERAL
9. CONCLUSIONES
10. RECOMENDACIONES
11. BIBLIOGRAFIA

1. INTRODUCCION

Esta Tesis fue realizada con el objeto de presentar el Diagnóstico de Salud en el Municipio de El Asintal, Retalhuleu, de febrero de 1976 a enero de 1977 y un Análisis del Sub-Programa de Mejoramiento del Certificado de Defunción, el cual fue iniciado en el mes de agosto de 1976; presentados no sólo como requisito curricular, sino como referencia de investigación científica para las personas que se interesen en los mismos.

Deseo que el presente Trabajo de Tesis sirva para demostrar la realidad del Nivel de Salud en dicha Comunidad y que las Conclusiones y Recomendaciones sean útiles para el desarrollo y progreso de dicho Municipio, desde el punto de vista de salud.

Obviamente, se encontrarán algunas deficiencias en vista de que fue efectuado dentro de los límites de la capacidad humana, física é intelectualmente, por lo que pido las más humildes disculpas ya que no fué ése mi propósito.

El Contenido del mismo presenta las características de dicha Comunidad; un Análisis de la Morbilidad y Mortalidad observada de febrero/76 a enero/77 y del Sub-Programa de Mejoramiento de la Certificación de Defunción a Nivel Nacional. Además, se presenta un Análisis Comparativo de la Morbilidad observada en 2 períodos diferentes, el semestre comprendido de agosto/75 a enero/76 y el de agosto/76 a enero/77; y por último, - las Conclusiones y Recomendaciones que espero cumplan los objetivos perseguidos.

Por último, quiero agradecer a las personas que de una u otra manera colaboraron conmigo para poder llevar a cabo este Trabajo de Tesis. Por principios personales, sin mencionar nom

ores para no herir susceptibilidades, pero sí hago patente mi agradecimiento sincero a mi Asesor y a mi Revisor y a la Comunidad de ese bello lugar.

2. OBJETIVOS

GENERALES

1. Que el estudiante del último año de la Carrera de Medicina, en su Ejercicio Profesional Supervisado, se ponga en contacto directo con una comunidad del área rural del país.
2. Conocer el sistema socio-económico de la población y principalmente todo lo relacionado con la situación de salud de la misma.
3. Fomentar la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes favorables al desarrollo de la investigación científica como elemento esencial para una práctica profesional responsable y objetiva.
4. Cumplir con lo establecido en los fines de la Universidad, de investigar, interpretar y denunciar la problemática de salud del país.

ESPECIFICOS

1. Hacer un Análisis del Nivel de Salud de la Comunidad de El Asintal, Reu, en base a la Morbilidad y Mortalidad observada durante un año.
2. Determinar y analizar la funcionalidad del Sub-Programa de Mejoramiento de la Certificación de Defunción a Nivel Nacional.

3. Presentar un Análisis Comparativo de la Morbilidad observada en periodos diferentes.
4. Presentar un Análisis General de los resultados obtenidos.
5. Dar Recomendaciones específicas para tratar de mejorar el Nivel de Salud de dicha Comunidad.
6. Determinar el Nivel de Cobertura Alcanzado en la Población Materno - Infantil.

3. MATERIAL Y METODOS

A. MATERIAL

Recursos Humanos:

1. Población del Municipio de El Asintal, Reu.
2. Estudiantes de Medicina en EPS Rural.
3. Auxiliar de Enfermería.
4. Jefes de Area y Distrito.
5. Supervisor Docente de la Facultad de Medicina.
6. Asesor y Revisor del Trabajo de Tesis.
7. Registrador Civil de la Alcaldía Municipal.

Recursos Físicos:

1. Edificio del Puesto de Salud.
2. Equipo médico-quirúrgico y de oficina, medicamentos y otros.
3. Libro de Consulta Diaria del Puesto de Salud.
4. Hojas Forma-4 de Informe Mensual de Consulta General.
5. Libro de Registro de Defunciones del Municipio de El Asintal, Reu.

B. METODOS

1. Estudio de la Demanda Espontánea al Puesto de Salud de todas las personas que por consulta médica general y de emergencias, sean atendidas en el mismo. Análisis semestral y anual a nivel del Puesto de Salud, estudio de las siguientes variables: sexo, edad, diagnóstico, procedencia, tipo de consulta (primera consulta y re-consulta) y personal de salud que dió la consulta médica. Presentación y análisis de estos datos.
2. Análisis de la Mortalidad observada en todo el Municipio de febrero/76 a enero/77, en base a: 10 principales causas de Mortalidad en dicho período, número de casos y porcentajes; defunciones por mes, por semestre y por año, con sus respectivos porcentajes; distribución por residencia habitual del fallecido, medio urbano y rural, número de casos y porcentajes; distribución por sexo.
3. Análisis del Sub-Programa de Mejoramiento del Certificado de Defunción a Nivel Nacional, en base a: justificaciones, objetivos, componentes y actividades, metas y cobertura del Sub-programa; resultados obtenidos en el semestre y factores influyentes del cumplimiento del Sub-programa.
4. Análisis de la Morbilidad por Grupos Etáreos, presentando en cada grupo etáreo las 5 principales causas de morbilidad, con sus respectivos números de casos observados.
5. Análisis comparativo sobre la Morbilidad observada en dos períodos diferentes; el comprendido de agosto/75 a

enero/76 y el de agosto/76 a enero/77, presentando las 10 principales causas de morbilidad en cada período y analizando comparativamente cada una de ellas; además, incluyendo el porcentaje de embarazadas controladas en primera consulta en cada período.

6. Determinar el nivel de cobertura alcanzado en la población Materno-Infantil, en base a embarazadas atendidas y niños de 0-4 años controlados durante el período.
7. Análisis General de todos los datos presentados en cada rubro estudiado y presentando los datos más importantes obtenidos.
8. Presentación de Conclusiones y Recomendaciones como una Síntesis de lo observado, estudiado, analizado y aprendido durante todo el trabajo de Tesis.

4. HIPOTESIS

1. Las enfermedades infecciosas y carenciales aumentan el índice de morbilidad de la comunidad, originando verdaderos estados morbosos, los cuales están condicionados por la mala situación socio-económica, malas condiciones de vivienda, alimentación y nutrición deficientes y bajo nivel de educación.
2. La Morbilidad observada en dos períodos diferentes presenta una leve diferencia ya que en su gran mayoría los estados patológicos observados son los mismos.
3. El Sub-Programa de Mejoramiento de la Certificación de Defunción debe aplicarse activamente y motivarse adecuadamente debido a que en un gran porcentaje dichos Certificados son deficientes y existe muy poca colaboración de las personas interesadas.

5. DESCRIPCIÓN DEL AREA Y CARACTERISTICAS DE POBLACION

Descripción y Características del Area

El Asintal es un Municipio de 4a. categoría que pertenece al Departamento de Retalhuleu, con una extensión de aproximadamente 112 Kms. cuadrados.

La palabra Asintal, etimológicamente, viene de las voces mexicanas, Atl: agua; y Tzintlalli: ladera; formando Atl-tzintlalli: ladera de agua.

Colinda al norte con el municipio de Colomba, Quezaltenango; al este y al sur con el municipio de Nuevo San Carlos, Reu; y al oeste, con Génova, municipio de Quezaltenango.

El Banco de Marca establecido por la Dirección General de Caminos, es el parque de la Cabecera Municipal, está a 600 mt. s.n.m. y sus coordenadas establecidas a los 14° 35' 53" de latitud y a los 91° 43' 33" de longitud.

Está situado sobre la Ruta Nacional 6-W, a 13 kilómetros de la Cabecera Departamental de Retalhuleu, en donde entronca con la Ruta CA-2, Carretera Internacional del Pacífico; por esta vía está situado El Asintal a 21 Kms. de distancia.

Cuenta con fácil comunicación con Colomba y Coatepeque, así como con los demás municipios vecinos. Sus poblados se comunican por caminos de veredas y herraduras.

La elaboración de panela y aceite de citronela figuran en sus principales industrias.

Fue elevado a categoría de Municipio, dentro de la jurisdicción del Depto, de Quezaltenango, por acuerdo gubernativo del 12 de junio de 1928. Pasó a jurisdicción de Retalhuleu por acuerdo del 8 de abril de 1940.

La fiesta titular de la Cabecera se celebra del 17 al 20 de marzo.

Está constituido por 1 pueblo, 4 aldeas y 3 caseríos. La población calculada para el año 1976 es de 15418 hab., de la cual, el 94.2% corresponde a la población rural y el 6.8% a la población urbana.

Administración Pública: el Gobierno Municipal lo ejerce la Honorable Junta Municipal, integrada por 1 Alcalde, 1 Síndico y 5 Concejales. El Alcalde desempeña también funciones de Juez de Paz, de Sanidad y de Tránsito. La Municipalidad está instalada en su edificio propio.

Obras realizadas: hay servicio de drenajes; obra ésta de gran importancia, realizada por la Municipalidad a un costo de Q.30,000.00 y que ha mejorado las condiciones de vida de los habitantes. De esta manera, El Asintal cuenta en lo sucesivo con todos los servicios indispensables para su población.

La Municipalidad ha construido los edificios para el funcionamiento de las Alcaldías Auxiliares de las Aldeas El Xab y Sibaná cuyos costos son de Q.681.40 y Q.500.00, respectivamente. También la creación del Instituto de Educación Básica con aporte de Q.480.00. Los expedientes tanto de la Alcaldía Municipal como del Juzgado de Paz y de las otras dependencias administrativas que atiende el Alcalde han sido tramitadas con la actividad necesaria; de igual manera lo que corresponde al Tesoro Nacional.

Aunque ésta es una región tropical, el clima en la Cabecera Municipal es agradable ya que su altura de 1800 pies lo favorece, así como su frondosa vegetación. En el Municipio se encuentran parajes pintorescos y balnearios naturales de gran atractivo como El Salto, o sea la afluencia de los Ríos Ocós, El Nil, El Xab y El Ayal, muy visitado por excursionistas. Abundan los peces y gran cantidad de crustáceos. Los habitantes del Municipio son en su gran mayoría, agricultores que trabajan en fincas grandes o cultivan pequeñas parcelas propias.

El Asintal ha cobrado merecida fama en los últimos tiempos por la importancia de su ganadería, a cuyo desarrollo han contribuido hombres de empresa con verdadera devoción de trabajo, que han logrado organizar importantes funciones ganaderas en la región, que hoy disfrutan de gran prestigio nacional e internacional. El principal hombre de empresa es el Sr. Manuel Ralda Ochoa.

Características de Población

La Cabecera Municipal está situada a una altura de 1,800 pies s.n.m., cuya Nomenclatura registra 5 avenidas y 6 calles, algunas de ellas empedradas; las viviendas son de modesta construcción en su mayoría, rodeadas de abundante vegetación; en todos los predios hay árboles frutales y plantas ornamentales.

Funcionan en la población los servicios de Agua potable, energía eléctrica, telecomunicaciones, mercado municipal y drenajes.

Funciona un Puesto de Salud que viene prestando valiosos servicios al vecindario, tanto del área urbana como rural.

Cuenta con transporte más o menos eficiente, con servicio diario de pasajeros y de carga hacia la cabecera departamental y otros lugares vecinos.

La población estimada para el Municipio de El Asintal para el año de 1976 por la Unidad Sectorial de Planificación de la Salud, adjunta al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, es de 15,418 habitantes, de los cuales 14,539, o sea el 94.2% corresponde al área rural; y 879 que hacen el 6.8%, al área urbana. Esto es referente a Población total.

En relación a la población femenina, se tiene que para 1976 se eleva a 7,700 personas, lo que corresponden en función del total al 49.8%; siendo a su vez 6,267, o sea el 94.3%, pertenecientes al área rural; y 433 personas, o sea el 5.7% del área urbana.

En lo referente al grupo masculino, se tiene el siguiente cómputo para el año 1976: 7,718 personas que hacen el 50.2% del total; siendo a su vez 7,272 habitantes que agrupan el 94.1% pertenecientes al área rural; y 446 habitantes, o sea el 5.9% pertenecientes al área urbana.

En el siguiente cuadro se presentan todos estos datos para una mejor comprensión de los mismos.

CUADRO No. 1

POBLACION ESTIMADA PARA 1976, MUNICIPIO DE EL ASINTAL, REU.

Sexo	Urbano	%	Rural	%	Total	%
Hombres	446	5.9	7272	94.1	7718	50.2
Mujeres	433	5.7	7267	94.3	7700	49.8
Total	879	6.8	14539	94.2	15418	100.0

Fuente: Población calculada para el período 1972 - 1980, Departamento de Retalhuleu, Unidad de Planificación de la Salud, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION ETARIA, MUNICIPIO DE EL ASINTAL,
RETALHULEU. POBLACION TOTAL

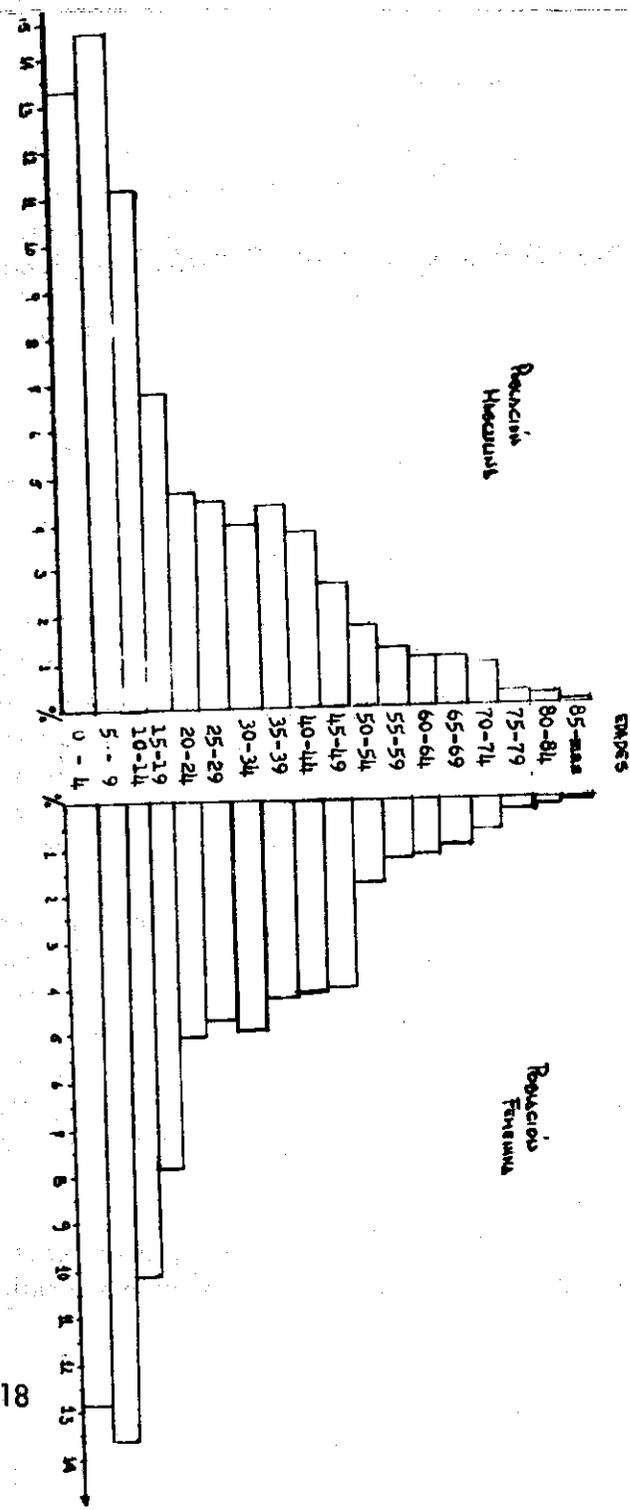
<u>Grupo de Edad</u>	<u>Número</u>	<u>Porcentajes</u>
0 - 4 años	2694	17.47%
5 - 9 años	2814	18.25%
10 - 14 años	2134	13.84%
15 - 19 "	1475	9.57%
20 - 24 "	961	6.23%
25 - 29 "	914	5.93%
30 - 34 "	898	5.82%
35 - 39 "	872	5.66%
40 - 44 "	791	5.13%
45 - 49 "	467	3.03%
50 - 54 "	361	2.34%
55 - 59 "	259	1.68%
60 - 64 "	248	1.61%
65 - 69 "	221	1.43%
70 - 74 "	174	1.13%
75 - 79 "	71	0.46%
80 - 84 "	43	0.28%
85 - 89 y más	21	0.14%
Total	15418	100.00%

CUADRO No. 3

DISTRIBUCION ETARIA, MUNICIPIO DE EL ASINTAL,
RETALHULEU. POBLACION URBANA

<u>Grupo de Edad</u>	<u>Número</u>	<u>Porcentajes</u>
0 - 4 años	144	16.38
5 - 9 "	146	16.60
10 - 14 "	111	12.62
15 - 19 "	78	8.87
20 - 24 "	57	6.48
25 - 29 "	53	6.02
30 - 34 "	49	5.57
35 - 39 "	47	5.34
40 - 44 "	40	4.55
45 - 49 "	28	3.18
50 - 54 "	25	2.84
55 - 59 "	22	2.50
60 - 64 "	20	2.27
65 - 69 "	18	2.04
70 - 74 "	16	1.82
75 - 79 "	12	1.36
80 - 84 "	10	1.13
85 - 89 " y más	3	0.34
	879	100.00%

Fuente: Idem.



Resultados de Población General, San Juan, Guatemala, año 1976, Municipio de San Juan, Guatemala.

Dr. Población estimada año 1976, según estadísticas, Unidad Sectorial, Población, División de Salud, M. S. P. y O. S. S.

Comentario sobre la Pirámide de Población.

"Como en toda comunidad que se encuentra en vías de desarrollo, comparativamente con Pirámides de Población establecidas en comunidades desarrolladas, se tiene que ésta, que corresponde a un Municipio de un Depto. de Guatemala, que se supone es uno de los más prósperos, dado al crecimiento económico que ha presentado en los últimos tiempos, permanece en las mismas condiciones". (3)

Lo anterior significa que la base de la pirámide, o sea la población infantil de 0 a 14 años, supera casi en un 25% a la población que se supone económicamente activa y que por ende es la que mantiene a la población infantil.

"Redondeando porcentajes, se tiene que la población infantil comprendida entre los 0 a 14 años equivale al 50% del total de la población; la población económicamente activa, comprendida entre los 15-49 años, redondean el 41%, y el 9% restante corresponde a la población comprendida arriba de los 50 años, que en la mayoría de los casos ha sido también sostenida por el grupo que trabaja.

Todo lo anterior implica que un grupo menor sea el que tenga que utilizar al máximo sus energías para producir trabajo que venga a mantener a un grupo mayor no productivo, lo que en suma viene a dar por resultado el desgaste físico de la población activa, mermando el rendimiento y disminuyendo la capacidad de trabajo, lo que a su vez representa la disminución del aporte que éstos hagan a sus dependientes, con todas las consecuentes complicaciones". (3)

Sin embargo, en contraposición a lo anterior, debemos recordar que en el área rural los niños desde muy pequeños empie-

zan a participar en el trabajo agrícola, constituyéndose también en grupo productivo. Lo anterior es válido en vista de que la población rural constituye el 94.2% de la población total del municipio.

6. FACTORES CONDICIONANTES DEL NIVEL DE SALUD

De los habitantes propiamente

Como ya se dijo anteriormente, el Municipio de El Asintal está constituido por 1 pueblo, 4 aldeas y 3 caserios. La población calculada para el año 1976 es de 15,418 habitantes, de la cual, el 94.2% corresponde a la población rural y el 6.8% a la población urbana. Aproximadamente hay unas 2500 viviendas; con una densidad de aproximadamente 138 habitantes por kilómetro cuadrado. La población indígena es de aproximadamente el 69%; el analfabetismo acusa el 68%, con lo cual nos podemos dar cuenta del nivel cultural de toda la población.

La población infantil comprendida entre los 0 a 14 años (véase Pirámide Población) equivale al 50% del total de la Población; la económicamente activa, comprendida entre los 15-49 años, redondea el 41% y el 9% restante corresponde a la población comprendida arriba de los 50 años, la cual es la mayoría de los casos ha sido también sostenida por el grupo que trabaja, el cual es el grupo menor, con todas las complicaciones socio-culturales ya conocidas. Estas complicaciones inciden en la salud de cada individuo en vista de que el nivel económico es bastante bajo, la alimentación y nutrición son deficientes y las enfermedades hacen su aparición para luego convertirse en verdaderos Estados Morbosos, deteriorando el Nivel de Salud de toda la Población.

OTROS FACTORES CONDICIONANTES

En este Municipio se observa, al igual que en la mayoría de nuestra comunidades, la presencia de otros factores como haci

namiento (a pesar de los pocos habitantes por kilómetro cuadrado), mala disposición de excretas y basuras, exposición de aguas negras a flor de tierra en su mayor parte, malos hábitos higiénicos, alimentación y nutrición deficientes, bajo nivel cultural y mal saneamiento ambiental; y además, el bajo nivel económico.

Sin embargo, a pesar de lo dicho anteriormente, hay factores que mejoran el Nivel de Salud de la Población, tales como regular servicio de agua potable (sólo en la cabecera municipal), escuelas primarias, de párvulos y de plan básico, la atención médica que se dá en el mismo Puesto de Salud, la vecindad con la Cabecera Departamental (13 Km.), el medio ambiente que no es contaminado, con mucha vegetación, zona agrícola y ganadera en donde hay mucha capacidad económica y algunos otros factores que deben ser contados con los dedos de la mano. Pero lo malo de todos estos factores mencionados es que solamente una gran minoría es la que se aprovecha de los mismos.

En virtud de lo dicho, los Factores Condicionantes del Nivel de Salud actúan en forma negativa para la gran mayoría, con lo cual dicho Nivel siempre será deficiente aunque se realicen programas de salud muy activos pero las estructuras sociales siempre continúen igual.

De los Programas de Salud

Estos Programas está comprobado que son solamente teóricos en vista de que no existen instrumentos adecuados para poder llevarse a cabo; los medios, obviamente, son verdaderamente limitados, por que el Médico en EPS tiene que valerse de sus propias habilidades y actitudes para poder resolver los problemas de salud que se le presentan durante toda su práctica. Cuando ya va encontrando los medios adecuados para poder resolver

dichos problemas, su práctica finaliza y el sustituto tiene que empezar nuevamente con los mismos problemas. Por lo tanto, el Nivel de Salud continúa siendo deficiente, aunque pocos tratemos de mantenerlo a un Nivel aceptable.

7. RESULTADOS Y ANALISIS

RESULTADOS

Morbilidad de acuerdo a Demanda Espontánea a El Puesto de Salud durante un año.

Diez principales causas de Morbilidad de febrero/76 a enero/77 por Demanda Espontánea a El Puesto de Salud de El Asintal, Reu.

No.	Diagnóstico	Código	Casos	% de 1355 Casos
1	I. R. S.	EM 68	127	9.37
2	Infec. Piel y T.C.S.	EM 90	98	7.23
3	Enteritis y otras enf. diarreicas	EM 8	91	6.72
4	Enf. Infec. y parasitarias	EM 36	88	6.49
5	Anemias por Deficiencia	EM 47	81	5.98
6	Otros estados de Desnutrición	EM 44	76	5.61
7	Bronquitis y Asma	EM 71	47	3.47
8	DPC G-II	EM 42	44	3.25
9	Tb Pulmonar	EM 9	33	2.43
10	Neumonías	EM 70	29	2.14

No. Total de Casos durante todo el período: 1355.

No. Total de Casos por 10 principales causas de morbilidad: 714 = 52.69%.

ANALISIS DEL CUADRO ANTERIOR

Como se puede observar, el mayor porcentaje está dado por procesos patológicos considerados comunes en nuestras poblaciones, tales como procesos infecciosos de vías respiratorias altas, de piel y T.C.S., procesos infecciosos y parasitarios del tracto gastrointestinal; en su orden les siguen enfermedades carenciales como la desnutrición, anemias por deficiencias y procesos infecciosos y alérgicos bronco-pulmonares.

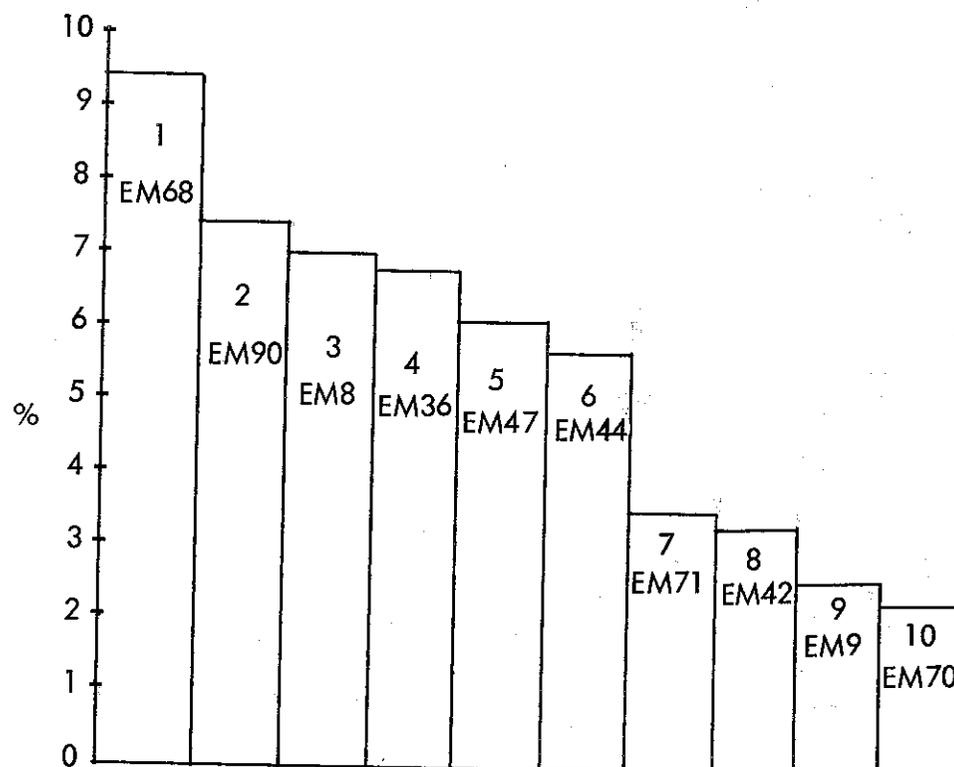
Se presentaron 127 casos de I.R.S. para un 9.37%; 98 casos de Infec. de Piel y T.C.S., que representan un 7.23%; las Enteritis y otras enf. diarréicas ocuparon el tercer lugar con 91 casos, para 6.72%. El cuarto lugar fue ocupado por el rubro correspondiente a Otras Enfermedades Infecciosas y Parasitarias con 88 casos, para 6.49%; luego, el quinto lugar fue ocupado por el rubro Anemias por Deficiencia con 81 casos, para 5.98%; el sexto lugar fue ocupado por el rubro Otros estados de DPC con 76 casos que representan el 5.61%; el séptimo lugar le correspondió a Bronquitis y Asma con 47 casos que representa el 3.47%; el octavo lugar fue ocupado por DPC G-II con 44 casos que da un 3.25%; la Tuberculosis Pulmonar ocupó el noveno lugar con 33 casos que representan un 2.43%; y el último lugar de las 10 principales causas lo ocupó el rubro correspondiente a Neumonías con 29 casos que representan el 2.14%.

El número total de casos vistos o controlados durante todo el período fue de 1355 y el Total de casos por 10 principales causas de morbilidad fue de 714 que representan el 52.69%.

Dentro de dicho cuadro está incluida la patología presentada por las embarazadas controladas durante todo el período investigado, exceptuándola del estado de gestación en sí.

Ver Gráfica No. 1.

GRAFICA No. 1



10 Principales causas de morbilidad

Puesto de Salud de El Asintal, Reu.

febrero/76 a enero/77

DISTRIBUCION POR SEXO EN EL PERIODO		
SEXO	No. de Casos	Porcentajes
Masculino	473	34.91%
Femenino	882	65.09%
Totales	1355	100.00%

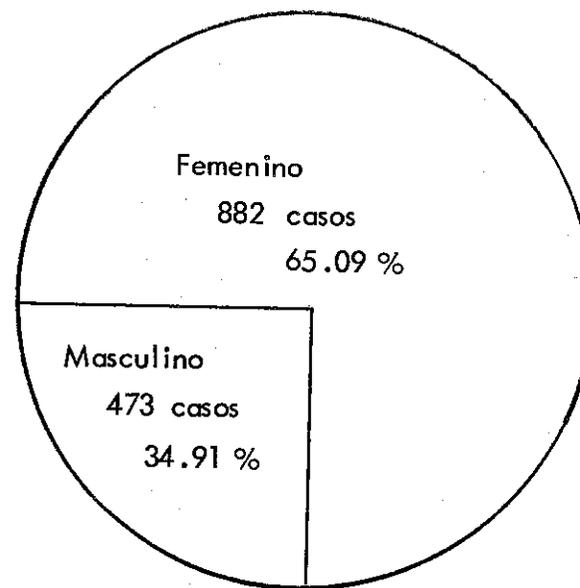
ANALISIS

Como podemos observar, el índice mayor por Sexo corresponde al Sexo Femenino durante todo el período investigado, encontrándose 882 casos de dicho Sexo, los cuales representan un 65.09% del total de casos. Para el Sexo Masculino están reportados 473 casos que representan el 34.91%.

Durante todo el período se reportaron un total de 1355 Casos que representan el 100%.

Ver Gráfica No. 2

GRAFICA No. 2



Distribución por Sexo
de febrero/76 a enero/77
Puesto de Salud El Asintal, Retalhuleu

Distribución Feb./76- Julio/76	Distribución Ag./76-enero/77
Masculino: 172 Casos = 32.82%	Masculino: 301 Casos = 36.22%
Femenino: 352 " = 67.18"	Femenino: 530 " = 63.78"
Totales: 524 " = 100.00%	Totales: 831 " = 100.00%

ANALISIS

En el Cuadro anterior, que representa la Distribución por Sexo por Semestres, podemos observar que en los 2 semestres el índice mayor está representado por el sexo femenino, 67.18% en el primero y 63.78% en el segundo; el sexo masculino representó el 32.82% en el primero y 36.22% en el segundo. Durante el primer semestre se reportaron 524 casos y en el segundo la cifra fue de 831.

RESULTADOS

Morbilidad por Grupos Etarios. Distribución por 5 Causas Principales de Morbilidad

Grupos Etarios	5 Causas principales de Morbilidad	Casos
0 - 4 años	1. Enteritis y otras enf. diarréicas	77
	2. I.R.S.	65
	3. DPC G-II	53
	4. Infec. Piel y T.C.S.	50
	5. Parasitismo Intestinal	46
5 - 9 años	1. Parasitismo Intestinal	22
	2. DPC G-II	20
	3. Anemia	20
	4. I.R.S.	8
	5. Piel y T.C.S.	7
10 - 14 años	1. Parasitismo Intestinal	20
	2. Infec. Piel y T.C.S.	12
	3. DPC G-II	11
	4. I.R.S.	9
	5. Amigdalitis Aguda y Crónica	8
15 - 19 años	1. Anemia	9
	2. Parasitismo	6
	3. Enfermedades Venéreas	5
	4. Faringitis Aguda	3
	5. I.R.S.	3
20 - 24 años	1. Anemias	11

Continúa....

Continuación

	2. Enfermedad Péptica	9
	3. Parasitismo Intestinal	4
	4. Infec. Piel y T.C.S.	4
	5. Faringitis Aguda	4
25 - 29 años	1. Amigdalitis	7
	2. Tb. Pulmonar	5
	3. Infec. Piel y T.C.S.	5
	4. I.R.S.	4
	5. Anemias	4
30 - 34 años	1. Anemias	6
	2. Tb Pulmonar	5
	3. Enfermedad Péptica	3
	4. Trichomoniasis Vaginal	3
	5. Enf. inflamatorias del ojo	2
35 - 39 años	1. Anemias	8
	2. Tb pulmonar	6
	3. Desnutrición Crónica Adulto	4
	4. Micosis	4
	5. Parasitismo	3
40 - 44 años	1. Anemias	6
	2. Desnutrición Crónica Adulto	6
	3. Neuropatías	3
	4. Parasitismo Intestinal	3
	5. Faringitis Aguda	2
45 - 49 años	1. Infec. Piel y T.C.S.	3
	2. Parasitismo Intestinal	3

Continúa.....

continuación.....

	3. Anemias	3
	4. Micosis	3
	5. Influenza	2
50 - 54 años	1. Infec. Piel y T.C.S.	3
	2. Parasitismo Intestinal	3
	3. Anemias	3
	4. Influenza	2
	5. Infección Urinaria	2
55 - 59 años	1. Anemias	6
	2. D.C.A.	6
	3. Lumbago de Esfuerzo	3
	4. Tb Pulmonar	2
	5. I.R.S.	2
60 - 64 años	1. Anemias	2
	2. Traumatismos	2
	3. D.C.A.	2
	4. Neuropatías	2
	5. Infec. Piel y T.C.S.	1
65 - 69 años	1. D.C.A.	4
	2. Parasitismo Intestinal	1
	3. Anemias	1
	4. I.R.S.	1
	5. Infec. Piel y T.C.S.	1
70 - 74 años	1. D.C.A.	2
	2. Anemias	2

Continúa.....

continuación.....

	3. Neuropatías	1
	4. Neumonías	1
	5. Enfermedad Péptica	1

75 - 79 años

	1. D.C.A.	4
	2. Estomatitis Aguda	2
	3. Anemias	1
	4. Infec. Piel y T.C.S.	1
	5. Bronquitis Crónica	1

80 y + años

	1. D.C.A.	5
	2. Lumbago de Esfuerzo	2
	3. Infec. Piel y T.C.S.	1
	4. Enteritis y otras enf. diar.	1
	5. Artralgias	1

ANALISIS DE LA DISTRIBUCION POR GRUPOS ETARIOS

Se puede observar en esta Distribución que el mayor número de causas de morbilidad está dado también por procesos comunes en nuestras poblaciones, tales como procesos infecciosos de vías respiratorias altas, de piel y T.C.S.; procesos infecciosos y parasitarios del tracto gastrointestinal; también ocupan un lugar de importancia las enfermedades carenciales tales como DPC G-II y Anemias. Todos estos procesos, comunes de 0-29 años - principalmente. Llama la atención que en el grupo etario de 15-19 años el rubro correspondiente a Enfermedades Venéreas ocupa el tercer lugar con 5 casos y en el de 20-24 años, el de Enfermedad Péptica ocupa el segundo lugar con 9 casos.

En los otros Grupos Etarios también encontramos algunos de

continuación.....

estos procesos considerados comunes en nuestras comunidades, tales como anemias, Tb pulmonar, parasitismo intestinal, influenza é I.R.S.

En el grupo de 30-34 años están reportados 3 casos de Enfermedad Péptica, que ocupan el tercer lugar; el cuarto lugar es ocupado por Trichomoniasis Vaginal con 3 casos y el quinto lugar por enfermedades inflamatorias del ojo.

Desde el grupo etario de 35-39 años, la D.C.A. ocupa un lugar de importancia; 1o., 2o y 3er. lugar en algunos grupos, hasta en el de 80 años y más, en el cual ocupa el 1er. lugar con 5 casos.

Los Traumatismos fueron de poca importancia en esta Distribución, ya que solamente en el grupo de 60-64 años se reportaron 2 casos.

En los grupos de 40-44 años y 70-74 años, las Neuropatías ocuparon el 3er. lugar y en el de 60-64 años ocuparon el 4o. lugar.

Los procesos infecciosos bronco-pulmonares también fueron de importancia en los grupos etarios de 70-74 años y 75-79 años.

Por último, en el grupo de 80 años y más, fue reportado 1 caso con Diagnóstico de Artralgia, lo cual sólo puede ser tomado como un signo o síntoma.

RESULTADOS

PRIMERAS CONSULTAS Y RECONSULTAS DE FEBRERO/76 a ENERO/77

PRIMERAS CONSULTAS	RECONSULTAS
1046	309
77.19%	22.81%

ANALISIS: se vieron 1046 casos en Primera Consulta, que representan el mayor porcentaje, 77.19% y 309 casos en Reconsulta, que representan el 22.81%. Ver gráfica No. 3.

TOTAL DE EMBARAZADAS CONTROLADAS EN PRIMERA CONSULTA Y RECONSULTA

Embarazadas Nuevas: 115
Embarazadas Recons: 86
Total: 201
Total Embarazadas Esperadas: 771
Nivel de Cobertura alcanzado: 26.07 X 1000.

Total de Niños de 0-4 años controlados

Niños 0-11 meses controlados: 179
Niños 1-4 años controlados : 245
Recién nacidos controlados : 22
Total : 446
Población de 0-4 años: 2694
Nivel de Cobertura alcanzado: 16.55 X 1000.

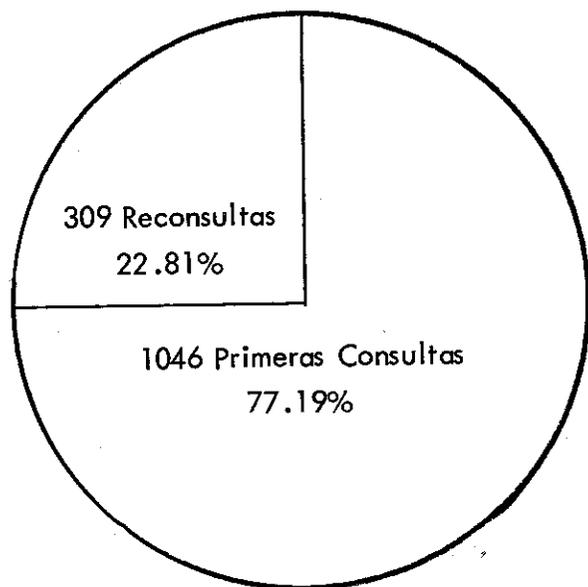
ANALISIS:

Se puede observar que durante todo el período se controlaron 115 embarazadas Nuevas, con un promedio de 9.58% por mes. En relación a las embarazadas en Reconsulta, se controlaron un total de 86. Se controlaron un total de 201. El Nivel de Cobertura alcanzado fue de 26.07 X 1000.

Se controlaron un total de 446 niños de 0-4 años del total de 2694; con un Nivel de Cobertura de 16.55 X 1000.

Analizando lo anterior, nos damos cuenta que el Grupo Materno-Infantil alcanzó un Nivel de Cobertura deficiente.

GRAFICA No. 3



Distribución de Primeras Consultas y Reconsultas
de febrero/76 a enero/77
Puesto de Salud El Asintal, Retalhuleu

RESULTADOS

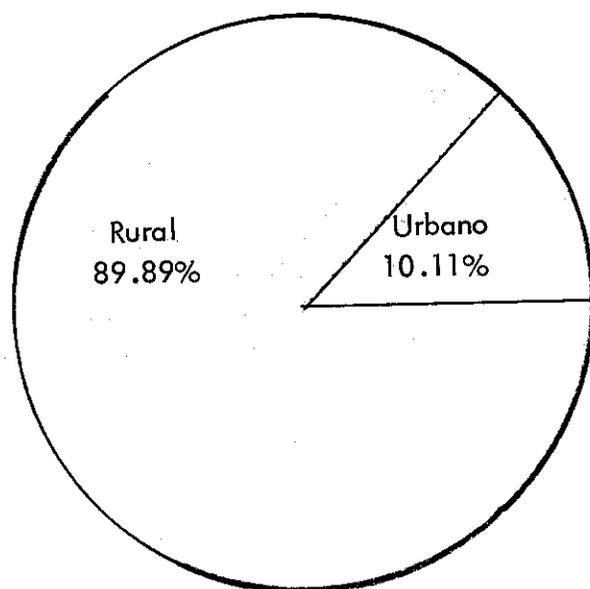
Distribución por Lugar de Procedencia	
Urbano	Rural
137	1218
10.11%	89.89%

ANALISIS

En el cuadro anterior se puede observar que el mayor número de pacientes vistos corresponden al área rural, con 1218 casos, que representan 89.89%; del área urbana sólo fueron controlados 137 casos, que representan el 10.11%, lo cual vá, mas o menos de acuerdo con la Característica de la Población, ya que el área urbana por habitantes representa el 6.8% del total de la población.

Ver Gráfica No. 4

GRAFICA No. 4



Análisis Comparativo de Morbilidad observada en Períodos Diferentes en el Asintal, Reu, por Demanda Espontánea a El Puesto de Salud

Morbilidad de agosto/75 a enero/76

No.	Diagnóstico	Porcentajes
1	DPC, diversos grados	15.89%
2	Anemia	13.30%
3	Influenza	11.64%
4	G.E.C.A.	8.31%
5	Enf. bronco-pulmonares	8.13%
6	Parasitismo Intestinal	7.76%
7	Enfermedades de la Piel	7.76%
8	Infección Urinaria	5.73%
9	Enfermedades Ginecológicas	3.69%
10	Gastritis	2.58%
11	Embarazo	15.15%
Total		100.00%

Morbilidad de agosto/76 a enero/77

No.	Diagnóstico	Porcentajes
1	I.R.S.	12.03%
2	Infec. Piel y T.C.S.	8.54%
3	Enf. Infec. y Parasitarias	7.58%
4	Enteritis y otras enf. diar.	5.17%
5	Otros estados de desnut.	4.21%
6	DPC G-II	3.61%
7	Anemias por deficiencias	2.65%
8	Enf. Inflamatorias del ojo	2.65%
9	Bronquitis y Asma	2.53%
10	Helminiasis	1.92%
Total		100.00%
11	Embarazo	8.78%

ANALISIS COMPARATIVO

Como podemos observar, en el primer cuadro de agosto/75 a enero/76, el porcentaje más alto está dado por procesos que son comunes en nuestras comunidades, tales como las enfermedades carenciales y los procesos infecciosos de vías respiratorias y tracto gastrointestinal. Les siguen en su orden, las enfermedades de la piel, infecciosas é inflamatorias, infecciones urinarias, enfermedades ginecológicas y gastritis que ocupa el último lugar. El grupo de Embarazadas se dá como referencia, no como proceso patológico, con un 15.15% del total de casos, el cual ocuparía teóricamente el 2o. lugar como grupo afectado.

En el otro semestre investigado, de agosto/76 a enero/77, podemos observar también que el mayor porcentaje está dado por procesos patológicos considerados comunes en nuestras poblaciones, tales como procesos infecciosos de vías respiratorias altas, de piel y T.C.S. y gastrointestinales; así también, las enfermedades carenciales ocupan lugares de importancia.

A diferencia con el otro semestre, aparecen entre las 10 principales causas de morbilidad, las enfermedades inflamatorias del ojo en el mismo lugar que ocupa infección urinaria en aquel semestre (8o. lugar). En el primer cuadro, los últimos lugares son representados por las enfermedades ginecológicas y gastritis, y en el último semestre (agosto/76 a enero/77) por enfermedades bronco-pulmonares, que también ocuparon en el otro semestre uno de los primeros lugares, y enfermedades parasitarias producidas por helmintos. Al igual que en el otro semestre, en el último in-vestigado también el grupo de Embarazadas ocuparía el 2o. lugar teóricamente, como grupo afectado, ya que presenta el 8.78% del total de casos vistos durante el semestre, incluidas solamente las primeras consultas.

En ambos semestres se llegó a la conclusión, por lo observado y estudiado, de que los condicionantes de toda la patología presentada son los mismos ya conocidos, tales como alimentación deficiente, bajos salarios, hacinamiento, mala disposición de basuras, ausencia de letrinas, etc.

RESULTADOS

MORTALIDAD SEGUN REGISTRO CIVIL DE FEBRERO/76 A ENERO/77 EN EL MUNICIPIO DE EL ASINTAL, REU.

DISTRIBUCION POR MESES

<u>Meses</u>	<u>Defunciones</u>	<u>Porcentajes</u>
Febrero/76	9	7.2%
Marzo/76	14	11.2%
Abril/76	10	8.0%
Mayo/76	9	7.2%
Junio/76	8	6.4%
Julio/76	3	2.4%
Agosto/76	16	12.8%
Septiembre/76	8	6.4%
Octubre/76	9	7.2%
Noviembre/76	16	12.8%
Diciembre/76	12	9.6%
Enero/76	11	8.8%
Totales	125	100.0%

ANALISIS

Según los datos del cuadro anterior, reportados por el Registro Civil de la Cabecera Municipal, durante el período investigado hubo un total de 125 defunciones con un promedio de 10.4 defunciones por mes. Los meses de agosto y noviembre presentaron cada uno el mayor número de defunciones, con 16 por mes, correspondientes al 12.8% cada uno. Les sigue el mes de marzo/76 con 14 defunciones que representan el 11.2%. Enseguida está ubicado el mes de diciembre/76 con 12 defunciones reportadas, para 9.6%; le sigue el mes de enero/77 con 11 defunciones = 8.8%; abril/76 con 10 defunciones = 8.0%; febrero, mayo y octubre/76 reportaron 9 defunciones por mes, representan cada uno el 7.2%; junio y septiembre/76 con 8 defunciones cada uno, que representan el 6.4% del total. El mes con menor número de defunciones fue julio/76 con 3 casos, que representan el 2.4%.

10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD

10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD DE FEBRERO/76 A ENERO/77 EN EL ASINTAL, RETALHULEU, SEGUN DATOS TOMADOS DE REGISTRO CIVIL.				
No.	Causa de Mortalidad	No. de Casos	% 96 Casos	% 125 Casos
1	Fiebre	34	35.42	27.20
2	Ataque de Lombrices	11	11.46	8.80
3	Mortinato	9	9.37	7.20
4	Infec. Intestinal	8	8.33	6.40
5	Inanición	7	7.29	5.60
6	Septicemia	6	6.25	4.80
7	Neumonía	6	6.25	4.80
8	Sarampión	6	6.25	4.80
9	Ignorado	5	5.21	4.00
10	Anemia	4	4.17	3.20
Total Casos		96	100.00%	
Total Casos Período		125		76.80%

ANALISIS

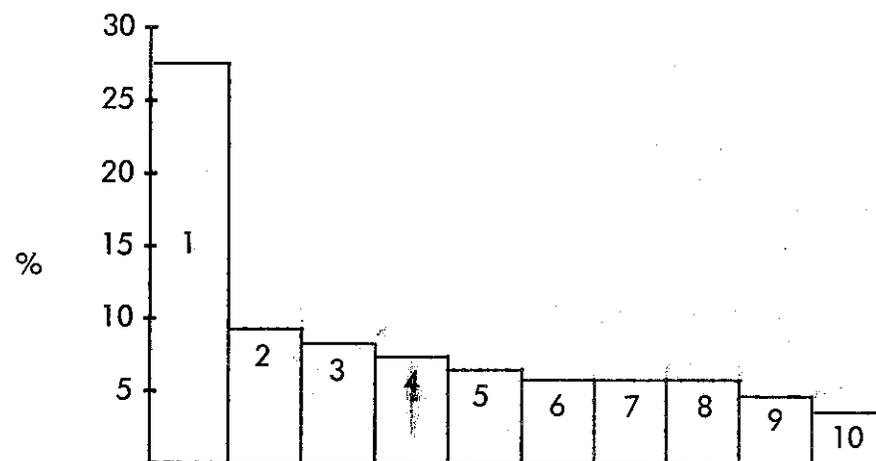
En base a los datos presentados en el cuadro anterior, nos podemos dar cuenta que la mayoría de Causas de Mortalidad no son Diagnósticos de Defunción aceptables y que son escasos los Diagnósticos que se podrían aceptar como tales; además, son pocos los que se pueden aceptar también como Causas Directas de Muerte. A pesar de todo, observamos que la Causa de Mortalidad llamada "Fiebre" ocupa el 1er. lugar con 34 casos que representan el 27.20%; le siguen en su orden, Ataque de Lombrices con 11 casos = 8.80%; Mortinato con 9 defunciones = 7.20%; Infección Intestinal con 8 defunciones = 6.40%; Inanición, 7 defunciones = 5.60%; Septicemia, Neumonía y Sarampión, con 6 Defunciones cada una; 5 Causas Ignoradas y 4 de Anemia.

Las 10 Principales Causas de Mortalidad arrojan un total de 96 defunciones que representan el 76.80% de las 125 defunciones reportadas.

De todos los Certificados de Defunción solamente 2 fueron extendidos por este servidor y algunos que fueron extendidos por algunos médicos, principalmente del Hospital Nacional de Retalhuleu, con lo cual es comprensible la deficiencia de todos los demás Dx de defunción; además, que fueron extendidos por el Registrador Civil casi en un 98%. Otras causas de esta deficiencia serán analizadas más adelante.

Ver Gráfica No. 5.

GRAFICA No. 5



10 Principales Causas de Mortalidad

Según Registro Civil, de Feb./76 a enero/77

OTROS RESULTADOS

Distribución por Residencia Habitual del Fallecido			
Urbano:	8 defunciones	=	6.40%
Rural:	117	"	= 93.60%
Total:	125	"	= 100.00%

ANALISIS:

Se puede observar que el mayor número de Defunciones ocurrieron en el Area Rural con un total de 117 que representan el 93.60%; y en el Area Urbana ocurrieron solamente 8 Defunciones que representan el 6.40%. Esta distribución está de acuerdo con la de la Población Urbana y Rural (6.8% y 94.2%).

DISTRIBUCION POR SEXO

DISTRIBUCION POR SEXO EN EL PERIODO			
Masculino	Femenino	Ignorado	Totales
65	59	1	125
52%	47.20%	0.80%	100%

ANALISIS:

El Sexo más afectado fue el Masculino con 65 Defunciones que representan el 52%; 59 de Sexo Femenino que representan el 47.20%; 1 Defunción de Sexo Ignorado = 0.80%.

8. ANALISIS GENERAL

Entre las 10 principales causas de Morbilidad por Demanda Espontánea a El Puesto de Salud de El Asintal, Retalhuleu, encontramos lo siguiente: I.R.S. en primer lugar, con 127 casos que corresponden al 9.37% del total de casos; en 2o. lugar, Infecciones de Piel y T.C.S., para un 7.23%; Enteritis y otras enfermedades diarreicas ocupan el 3er. lugar, con 6.72%; el 4o. ocupado por Enfermedades infec. y parasitarias con 6.49%; el 5o. ocupado por Anemias por deficiencias, que arrojan un 5.98%; 6o., Otros estados de Desnutrición, para 5.61%; 7o., Bronquitis y Asma, 3.47%; 8o. lugar ocupado por DPC G-II, para 3.25%; 9o., Tb pulmonar, con 2.43%; y el último lugar es ocupado por Neumonías, para 2.14%.

Durante todo el período investigado, de feb./76 a enero/77, se vieron un total de 1355 casos; las 10 principales causas de morbilidad arrojaron un total de 714 casos que representan el 52.69% del total de casos.

En la distribución por Sexo durante todo el período investigado, el índice mayor corresponde al Sexo Femenino con 882 casos, que representan el 65.09%; al Sexo Masculino le correspondieron 473 casos que representan el 34.91%.

En la Distribución por Sexo por Semestres, en los 2 casos el índice mayor está representando por el sexo femenino, 67.18 % en el primero y 63.78 en el segundo; el sexo masculino representó el 32.82% en el primer semestre y 36.22 en el segundo. Durante el primer semestre se reportaron 524 casos y en el segundo la cifra fue de 831.

En la Distribución de Morbilidad por Grupos Etarios, el ma

yor número de causas de morbilidad está dado también por procesos infecciosos y carenciales. Más comunes de 0-29 años. Las enfermedades venéreas ocuparon lugar de importancia en el grupo etario de 15-19 años. En los otros grupos etarios también se encuentran algunos de esos procesos considerados comunes. La enfermedad péptica también ocupa lugares de importancia.

La Trichomoniasis vaginal y las enfermedades inflamatorias del ojo ocuparon lugares de importancia en el grupo etario de 30-34 años. En el grupo etario de 35-39 años, la D.C.A. ocupa un lugar de importancia, hasta el grupo de 80 años y más. En los grupos etarios de 40-44 años, 70-74 años y 60-64 años, las Neuropatías ocuparon lugares de importancia. En el grupo de 80 años y más se reportó un caso con Diagnóstico de Artralgia, el cual a todas luces es equivocado.

Durante todo el período se vieron un total de 1046 casos en Primera Consulta, que representan el 77.19% y 309 casos en Reconsulta, para un 22.81%.

Analizando los datos reportados, el Grupo Materno-Infantil sigue siendo el más afectado.

En la Distribución por lugar de procedencia, el 89.89% fueron del Area Rural y solamente el 10.11% para el Area Urbana.

En la Distribución por meses de la Mortalidad, según Registro Civil, el mes con mayor número de defunciones fue agosto/76 con 16 defunciones que representan el 12.8%; el que reportó menor número de defunciones fue julio/76 con 3 defunciones que representan el 2.4%.

Durante todo el período investigado hubo un total de 125 defunciones, con un promedio de 10.4 defunciones por mes.

Dentro de las 10 principales causas de Mortalidad, el mayor número le corresponde a "Fiebre" que representa el 27.20%; el último lugar fue ocupado por "Anemia" para 3.20%. Todas estas 10 Causas representaron el 76.80% del total.

En relación a la Distribución por residencia habitual del fallecido, el mayor número de Defunciones ocurrieron en el Area Rural con 117 defunciones (93.60%) y en el área Urbana ocurrieron solamente 8 defunciones (6.40%).

El Sexo más afectado fue el Masculino con 65 defunciones (52%); y el Femenino con 59 defunciones (47.20%); se reportó un caso de sexo ignorado.

ANÁLISIS DEL SUB-PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CERTIFICACION DE DEFUNCION A NIVEL NACIONAL

INTRODUCCION: Como es bien sabido, dicho Sub-Programa se inició en el mes de agosto de 1976 con el objeto de tratar de mejorar los Certificados de Defunción con la colaboración directa del Estudiante de Medicina EPS y como parte de su práctica EPS Rural, en vista de una serie de factores que durante muchos años han incidido para que dichos Certificados sean verdaderamente deficientes, extendidos en la mayoría de casos por personas ignorantes en la materia. A pesar de todo el deseo que se tenía para sacar adelante dicho Sub-Programa, una serie de factores incidieron también para que no se pudiera llevar a cabo, por lo que en el presente Análisis se pueden observar los factores por los cuales fue imposible llenar el cometido que se perseguía y para que sirva de refuerzo a los objetivos que justifican dicho Sub-Programa en toda la República, principalmente en el Area Rural.

RESULTADOS OBTENIDOS EN EL ASINTAL, RETALHULEU

Número de Defunciones Referidas: 2.

Relación de las personas informantes con el difunto: Padre y Tío.

Sexo: 2 Femeninos.

Edad: 11 meses - 8 días y 3 días.

Lugar donde ocurrió la muerte: Aldea El Xab y Aldea Sibaná (Area Rural).

Residencia Habitual del Difunto: Aldea El Xab (2 casos).

Se extendió Certificado de Defunción: ningún caso

Causa Directa de Muerte: D.H.E. y Neumonía.

Causa Básica de Muerte: G.E.C.A. y Septicemia.

Causa Asociada de Muerte: Parasitismo Intestinal y Amnionitis.

Análisis de los Certificados: como se puede observar, el número de Certificados extendidos es verdaderamente bajo, ya que solamente fueron 2, los cuales representan el 1.6% del total de defunciones, que como se sabe fueron 125.

Un padre y un tío fueron los familiares informantes en los 2 casos; los 2 difuntos de sexo femenino; las edades de 11 meses, 8 días y 3 días, respectivamente; los lugares en donde ocurrieron las Muertes fueron en el Area Rural; en relación a la residencia habitual, los 2 residían en Aldea El Xab (Rural); en ninguno de los dos casos fue extendida Certificado de Defunción.

Las Causas Directas de Muerte reportadas en los 2 casos fueron D.H.E. y Neumonía; las Causas Básicas fueron G.E.C.A. y Septicemia; las Causas Asociadas de Muerte fueron Parasitismo Intestinal y Amnionitis.

Obviamente, los elementos de juicio son escasísimos, en vista de lo observado. Pero tales elementos son de peso para darse cuenta aún más de que dicho Programa no caminó adecuadamente por lo que debe motivarse más activamente.

Sin embargo, hay algunos factores que influyeron para que los objetivos del Programa no se pudieran sacar adelante y que son analizados a continuación.

FACTORES INFLUYENTES DEL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA

Estudiante en EPS: en nuestro caso particular, durante toda la práctica se trató de sacar adelante el programa, haciéndose todo lo que estuvo a nuestro alcance.

Registrador Civil: este funcionario también colaboró hasta donde le fue posible al principio, pero por factor tiempo y de otra clase de trabajos, posteriormente su colaboración fue negativa.

Familiares: estos personajes son los que menos colaboran por una serie de factores algunas veces justificados; tales como: falta de tiempo por su horario de trabajo, falta de permisos de parte de los patronos, vías de acceso deficientes y lejanas, falta de medios económicos para poder movilizarse, ausencia de familiares (sustituídos por vecinos) y en algunos casos, por falta de interés.

ANÁLISIS DEL SUB-PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CERTIFICACION DE DEFUNCION A NIVEL NACIONAL

JUSTIFICACIONES DEL SUB-PROGRAMA

"Las justificaciones del SUB-PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE CERTIFICACION DE DEFUNCION A NIVEL NACIONAL están dadas por la necesidad actual de un mejor conocimiento e interpretación de la salud de los guatemaltecos. Para conocer la problemática de salud es necesario el uso de los indicadores para determinar el grado de salud de la población; uno de ellos es la tasa de mortalidad por grupos etéreos y por causas. El mejor conocimiento de este indicador coadyuvará a la planificación y programación de la salud a nivel nacional y local, y servirá dentro de un sistema de control y vigilancia epidemiológica.

A la Facultad de Ciencias Médicas esta información le será útil también para el conocimiento de la situación de salud y para retroalimentar el curriculum de estudios en todos sus niveles, así como de indicador del impacto de los Programas EPS Rural en la comunidad.

Por estas razones además de las educacionales propiamente dichas, se considera conveniente y factible con los elementos programáticos y normas que se detallarán adelante, la formulación y ejecución del Sub-Programa de Mejoramiento de la Certificación de Defunción a Nivel Nacional. Las instituciones participantes en la ejecución de este Sub-Programa serán: la Facultad de Ciencias Médicas, las Municipalidades del interior del país y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social". (6)

ANALISIS Y COMENTARIO

Como podemos darnos cuenta, si se justifica bastante la ejecución de dicho Sub-Programa, en vista de que son obvias las razones para llevarlo a cabo. Sin embargo, tomando en cuenta la participación de las instituciones y los personajes involucrados, ya que la Facultad de Ciencias Médicas no motivó adecuadamente a los estudiantes en EPS Rural; éstos actuaron en forma pasiva en un gran porcentaje; las Municipalidades colaboraron poco o nada y no se diga, el Ministerio de Salud Pública. Dentro de la comunidad tuvo poca aceptación, radicando en ésto la poca practicidad del Sub-Programa. Los resultados, como se verá, no son suficientes para conocer la situación de salud nacional.

OBJETIVOS DEL SUB-PROGRAMA

1. Determinar con mayor precisión las causas de muerte en el área rural de Guatemala.
2. Determinar y conocer las tendencias cuantitativas y cualitativas de las defunciones en Guatemala, en su magnitud y causas.
3. Precisar el indicador Tasa de Mortalidad según grupos etáreos y causas para mejor conocimiento de la realidad de salud-enfermedad de Guatemala, y utilizarlo en la planificación y programación a nivel nacional, regional y local, así como de indicador del impacto de los programas EPS, en la comunidad.
4. Analizar y determinar las características del ambiente social, económico, cultural y físico-biológico tanto del difunto como del núcleo familiar donde ocurrió el fallecimiento.

5. Cumplir con los objetivos educacionales y fines del programa de Ejercicio Profesional Supervisado a nivel rural.
6. Brindar oportunidades de formación al personal de salud, y funcionarios municipales de las comunidades donde se desarrolla el programa.
7. Tabular, codificar y analizar la información que se obtenga mensual, semestral y anualmente, comparándola con los municipios en donde no exista este sub-programa".

ANALISIS:

Como se puede observar, los Objetivos del Sub-Programa eran efectivos y aceptables teóricamente, pero en la práctica no se pudieron cumplir, sin necesidad de analizarlos aisladamente, quedando demostrado con las únicas 2 Certificaciones de Defunción que se extendieron durante los 6 meses y que obviamente, nunca se pudieron cumplir con los Objetivos referidos por falta de material de trabajo y de otros aspectos condicionantes que se analizarán más adelante.

COMPONENTES DEL SUB-PROGRAMA

"El sub-programa de mejoramiento de la certificación de defunción a nivel rural tiene dos componentes:

- 5.1 Certificación Médica (EPS) de Defunción
- 5.2 Análisis y Reporte de los Datos

ACTIVIDADES

El primer componente: Certificación Médica (EPS) de Defunción, tiene las siguientes actividades: (ver diagrama No. 1)

1.- Conocimiento de la Defunción: el secretario municipal o el funcionario municipal para el efecto recibirá en su despacho al familiar más cercano o responsable del difunto en el municipio y que haya sido referido por cualesquiera de las siguientes personas: médicos privados o institucionales, médico EPS, funcionarios municipales o policíacos, personal natural de salud (comadronas, curanderos, etc.) promotores de salud o auxiliares de salud, etc. A esas personas se les tomará los datos generales acostumbrados en el registro civil".

ANÁLISIS DE LOS COMPONENTES: no hay discusión de que los dos componentes son los más importantes para llevar a cabo el Sub-Programa; pero, más adelante nos daremos cuenta si los mismos fueron funcionales.

ANÁLISIS DE LAS ACTIVIDADES DEL PRIMER COMPONENTE:

Actividad No. 1: en relación al Conocimiento de la Defunción de parte del funcionario municipal específico, éste siempre realizó esta actividad, en vista de que siempre recibió en su despacho al familiar más cercano o responsable del difunto referido por cualesquiera de las personas mencionadas en dicha actividad. Este es un buen punto que debe aprovecharse porque la gente está acostumbrada a llegar siempre a hacer estos trámites, no importando la distancia ni el tiempo disponible. Los datos generales son bien tomados en su mayor parte.

"2.- Inscripción final y autorización de entierro del difunto:

En caso el fallecido tenga certificado médico de defunción, el secretario municipal o el funcionario delegado para el efecto recibirá el informe del mismo, y procederá a continuar las normas y requisitos establecidos para el caso, inscribiendo al difunto en el Libro de Defunciones del Municipio, haciendo hincapié en los siguientes datos: Nombre del fallecido; sexo, fecha de defunción; lugar donde ocurrió la muerte; edad del difunto (día, mes, años) y de preferencia revisando el certificado de nacimiento o cédula de vecindad del difunto; fecha de nacimiento; lugar de nacimiento; ocupación u oficio. Residencia habitual, tiempo de residencia en el área. Nombre de las personas encargadas del difunto. Nombre del médico que extendió el certificado médico de defunción, y el diagnóstico final de muerte, para lo cual apuntará las causas básicas, directas y asociadas de muerte. Estos datos los apuntará tanto en el libro de defunciones municipales como en la primera página de la ficha (FORMA A) que el médico EPS dejará en la Alcaldía Municipal, y para lo cual habrá normalizado y a diestrado al funcionario municipal. El secretario municipal instruirá a los familiares del difunto, indicándoles que en la próxima oportunidad antes de que ocurra alguna defunción o esté en estado de gravedad algún familiar, vecino o amigo, se sirvan informar al Centro de Salud para que el Médico EPS llegue al domicilio de la persona enferma, ya sea para prevenir la muerte o para informarse personalmente del proceso morboso que tiene el paciente.

Esta información habrá de cumplirse también en las actividades No. 4 y No. 5. Para llenar las formas el funcionario municipal podrá asesorarse o solicitar colaboración del personal auxiliar de salud de la localidad si es que se ha-

llenar presente, enfermera auxiliar, T.S.R. u otros".

ANALISIS DE ESTA ACTIVIDAD: el funcionario municipal, al tener el Certificado Médico de Defunción del fallecido, siempre inscribió al difunto en el Libro de Defunciones del Municipio, tomando en cuenta los datos más importantes, lo cual me consta personalmente. Los relacionados a la Forma A, pág. No. 1, fueron llenados en los casos referidos (2) a El Puesto de Salud y en el resto, sólo los que interesaban para el Libro de Defunciones. Sin embargo, en ninguno de los 2 casos tenían Certificado de Defunción por lo que no se puede analizar en base a resultados. La ficha (Forma A) le fue dada en número considerable al funcionario municipal, el cual sí fue normalizado y adiestrado convenientemente. El secretario municipal, según se constató, en un principio sí instruyó a los familiares del difunto; posteriormente, ignoramos cuál fué su actitud al respecto. Nunca se informó al Puesto de Salud por parte de los familiares para que se llegara al domicilio de alguna persona enferma.

El funcionario municipal nunca solicitó colaboración de parte del personal auxiliar de salud de la localidad.

Debe hacerse notar que durante los 6 meses de práctica, ocuparon el lugar de secretario municipal 3 personas diferentes, pero las mismas sí fueron adiestradas, ya sea por el EPS o por el mismo funcionario municipal sustituido.

ACTIVIDADES (continuación).

"3.- Referencia a EPS.

En caso el difunto no tenga certificado médico de defunción el secretario municipal referirá a los familiares más

cercanos o responsables del difunto al médico EPS de la localidad por medio de una nota de referencia (FORMA B), solicitándole que determine retrospectivamente la causa de muerte del fallecido al funcionario municipal. Sin embargo, habrá de llenar también la hoja No. 1 de la Forma A, que la adjuntará a la nota de referencia".

ANALISIS DE ESTA ACTIVIDAD: también por los resultados obtenidos, nos damos cuenta que el secretario municipal refirió a muy pocas personas (1.6% del total de defunciones) al médico EPS por medio de la nota de referencia (FORMA B) para que se determinara retrospectivamente la muerte del fallecido. En algunos casos especiales, los familiares del difunto fueron referidos pero éstos ya no aparecieron ni citándoles posteriormente ni tratando de captarlos por otros medios. Sin embargo, estos casos fueron contados.

ACTIVIDADES (continuación)

"4 - Entrevista con Familiares del Difunto

El estudiante de medicina EPS Rural recibirá la nota del secretario municipal y completará los datos solicitados en la ficha (FORMA A); preguntando a los familiares los mismos datos indicados en la Actividad No. 2, así como también todos los necesarios para determinar por historia inmediata anterior, tanto la enfermedad como el proceso que condujo a la muerte al difunto, llegando posteriormente a establecer la causa directa, básica y asociada de muerte (instructivo adjunto No. 1). Una vez cumplida esa actividad, el médico EPS referirá la Forma A completa, llenada por él, al secretario municipal para que proceda a realizar las tareas contempladas en la Actividad No. 2".

ANALISIS: esta Actividad se realizó a cabalidad en los 2 casos referidos. En ninguno de los 2 hubo problemas para determinar por historia inmediata anterior, tanto la enfermedad como el proceso que condujo a la muerte al difunto, llegándose a establecer la causa directa, básica y asociada de muerte en base al Instructivo adjunto No. 1. El único obstáculo para llevar a cabo esta Actividad fue la falta de casos.

ACTIVIDADES (continuación)

"5.- Cita de Familiares a EPS en Próximo Día Hábil; Inscripción y Autorización de Inhumación sin Diagnóstico por Funcionario Municipal

En dado caso, el fallecimiento ocurra en un día inhábil, festivo o fin de semana, en que el médico EPS no se encuentre en la localidad, el secretario municipal ejecutará también las tareas señaladas en la Actividad No. 2 inscribiendo y autorizando el entierro del difunto no asentando el diagnóstico final del fallecido, ya que dará una cita al familiar más cercano o responsable para que en el próximo día hábil se realice una entrevista con el médico EPS, a la que adjuntará la primera página de la Forma A, realizándola según las mismas características que las señaladas en la Actividad No. 4.

Después mandará una nota con el certificado médico de defunción al secretario municipal para que asiente finalmente el diagnóstico de muerte.

(CAUSAS DIRECTAS, BASICAS Y ASOCIADAS, como en la Actividad No. 2)"

ANALISIS: todos los familiares que fueron citados para un próxi

mo día hábil ya no fueron entrevistados debido a que ya no aparecieron por lo que los entierros fueron autorizados no asentando el diagnóstico final del fallecido. Por lo anterior, esta actividad no se pudo llevar a cabo.

ACTIVIDADES (continuación)

"6.- Captación de Familiares que No atienden Cita:

En dado caso, reiteradamente citados los familiares por el secretario municipal o por otros funcionarios municipales, y no acudan a la cita, el médico EPS de la localidad realizará una visita domiciliaria a la vivienda del difunto con el objeto de lograr la entrevista señalada en la actividad No. 5. Para el efecto habrá preguntado al secretario municipal el lugar de la residencia de la familia del difunto. En esta visita domiciliaria el médico EPS se hará acompañar de algún personal auxiliar de salud o promotor de salud, con el objeto de adiestrar en la técnica de la entrevista y en las cuestiones propias de este sub-programa a este personal. Además la participación de este personal podrá ser necesaria si hay problemas de traducción de otros dialectos mayas-quichés al español.

En dado caso la familia del difunto haya decidido trasladarse de localidad, el médico EPS preguntará a los vecinos o amigos el lugar de su traslado, y presentará el caso al Supervisor de la Facultad de Ciencias Médicas, quien podrá continuar buscando a los familiares en otros municipios, valiéndose para el efecto del Médico EPS a donde se hayan trasladado los familiares del difunto.

Después de haber realizado esta actividad y ser sus resultados negativos se discutirá y se determinará cerrar el caso,

asentándose el diagnóstico de defunción que el funcionario municipal con el Médico EPS de la localidad determine, valiéndose de la información que los familiares hayan proporcionado inicialmente. (Forma A, primera página, actividad No. 2).

ANALISIS: se llevaron a cabo algunas visitas domiciliarias pero se tropezó con el problema de la distancia y vías poco accesibles; que el familiar más cercano o pariente del difunto se encontraba cumpliendo con sus horarios de trabajo; que éste regresaba muy tarde; que desconocía los datos de la enfermedad que había llevado a la muerte al difunto; en otros casos, no quisieron dar más información. En ningún caso hubo problemas de traducción. En ningún caso la familia del difunto había decidido trasladarse de localidad, pero algunos sí habían cambiado de domicilio. En un 100% los casos se cerraron por falta de colaboración o por falta de tiempo para realizar dichas actividades.

"El segundo componente: Análisis y Reporte de Datos, tiene las siguientes actividades:

7.- Codificación de Muertes: el médico EPS procederá mensualmente a codificar, para su tabulación los registros de defunción, valiéndose para el efecto de los instructivos adjuntos Nos. 1 y 2, donde se resumen las normas que suelen utilizarse para establecer claramente tanto las causas básicas como directas y asociadas de muerte.

Este procedimiento se considera necesario para pasar a cumplir la siguiente actividad.

8.- Elaboración de Informe Mensual:

El médico EPS en colaboración con el personal auxiliar y

promotor de salud, realizará un informe mensual donde se detallen las principales variables consignadas en la Forma A, así también como las causas directas, básicas y asociadas de muerte. Estos datos serán presentados en una hoja maestra al Supervisor de la Facultad de Ciencias Médicas.

El Supervisor de la Facultad de Ciencias Médicas revisará estos datos y dará la asesoría necesaria a efecto de corregir las deficiencias presentadas y asegurar la excelencia y fiabilidad de la información. Estos datos servirán para la presentación semestral y anual de datos".

ANALISIS: en vista del reducido número de casos que fueron referidos (2 en el semestre), estas actividades no se pudieron llevar a cabo completamente, ya que la Codificación de Muertes si se efectuó pero solamente en esos 2 casos, lo cual no es nada significativo. Obviamente, no se elaboró un Informe Mensual ni se efectuó Presentación Semestral ni mucho menos, Anual de Datos.

El resto de actividades del Sub-Programa no se realizaron por muchas razones ya referidas.

"Metas y Cobertura:

Se organizará y ejecutará el Sub-Programa de mejoramiento de la Certificación de Defunción en 150 municipios del interior del país donde exista médico EPS del programa EPS a nivel Rural en el primer año (1976). Paulatinamente de 10 a 20 municipios por año se irá aumentando en los años subsiguientes.

Se alcanzará una cobertura del 100% de las muertes del municipio donde trabaja el médico EPS, de tal suerte que en un municipio determinado de 10,000 habitantes con una tasa de mortalidad general (a nivel nacional de 17 ± 5 , por 1,000 habitantes significando 120 a 220 defunciones anuales a cubrir.

En el segundo año se cubrirán los municipios restantes en el interior del país, utilizando para el efecto a estudiantes de Medicina Integral, a funcionarios municipales o al personal auxiliar de salud, que haya recibido entrenamiento durante el primer año de ejecución del presente sub-programa".

ANÁLISIS: como se puede ver, teóricamente se perseguían buenas Metas y una Cobertura aceptable; sin embargo, las mismas no se pudieron llevar a cabo por toda la serie de problemas apuntados y relatados anteriormente, en cada Análisis presentado.

Se había planificado cubrir en este año (1977) los municipios restantes en el interior del país, pero considero que se tendrá que empezar nuevamente debido a que en un gran porcentaje los Objetivos del Sub-Programa no se cumplieron por falta de motivación y más dinámica en el Programa de parte de todos los participantes y/o colaboradores del mismo; desde la Facultad de Ciencias Médicas hasta los familiares o encargados del difunto. En vista de esto, el Sub-Programa deberá agilizarse mejor con mayor dinámica y motivación si no se quiere fracasar nuevamente.

En relación al Punto relacionado con la Evaluación Interna y Externa del Sub-Programa, se puede decir que dichas Evaluaciones no se pudieron llevar a cabo en vista de que los resultados fueron insatisfactorios desde el punto de vista evaluativo. Además, nunca se organizaron Seminarios específicos para tratar de mejorar realmente el Sub-programa en estudio.

Queda pues la inquietud para que se vuelva a empezar con más dinámica y mejores motivaciones ya que el Sub-programa puede ser muy efectivo y valioso para no quedar en formulaciones teóricas idealistas nuevamente, y poder mejorar la situación de Salud en todo el país.

9. CONCLUSIONES

1. Las enfermedades infecciosas y carenciales si aumentan el índice de morbilidad en la comunidad estudiada, originando verdaderos estados morbosos y que están condicionados por la mala situación socio-económica, malas condiciones de vivienda, alimentación y nutrición deficientes y bajo nivel de educación.
2. La morbilidad observada en 2 períodos diferentes presenta muy poca diferencia ya que los estados patológicos observados, en su gran mayoría son los mismos para cada período.
3. El Programa de Mejoramiento del Certificado de Defunción debe motivarse adecuadamente y aplicarse activamente en todas las Comunidades, en vista de su deficiencia actual y de la poca colaboración de parte de las personas relacionadas con el mismo.
4. En la Comunidad investigada el Nivel de Salud es deficiente debido a la carencia de Programas de Salud más activos y a la falta de conocimientos de algunos personajes de la comunidad.

10. RECOMENDACIONES

Es obvio que el Nivel de Salud de nuestras comunidades es verdaderamente deficiente y que para mejorarlo sería necesario un cambio radical del sistema imperante; sin embargo, si todos los recursos se aprovechan adecuadamente, en acción conjunta y en forma activa, dicha Salud podrá ser más evidente y permanente en nuestras Comunidades Rurales y en todo el país.

Debe incentivarse más a los personajes de la Comunidad para poder cumplir con los Objetivos del Sub-Programa de Mejoramiento de la Certificación de Defunción a Nivel Nacional, en vista de la poca colaboración observada y de los Diagnósticos de Defunción pésimos. Debe motivarse principalmente a los colaboradores directos de las Comunidades.

Deberían organizarse Seminarios previos con los colaboradores directos de la Comunidad para lograr una motivación eficiente y activa.

Los Programas de Salud a Nivel Rural deben ser llevados a cabo en acción conjunta entre la Facultad de Ciencias Médicas y el Ministerio de Salud Pública.

11. BIBLIOGRAFIA

1. Drs. Fernando Rendón, Clementino Castillo y Jorge Palma Moya. Consideraciones sobre enfermedad diarréica. Folleto mimeografiado por la Facultad de Ciencias Médicas, U.S.C. 1976.
2. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Unidad Sectorial de Planificación de la Salud. Población calculada años 1973-1980.
3. Monterroso F., Erik. Análisis de Recursos de Salud y Programa de Salud Materno Infantil del Municipio de El Asintal, Retalhuleu. Noviembre/76. Guatemala. Tesis de Graduación.
4. Morales T., Gonzalo. Estudio de Morbilidad en el Municipio de El Asintal, Retalhuleu. Febrero-julio 1976. Informe final EPS Rural.
5. Sánchez Viesca, Angel, Dr. Estudio de Morbilidad a Nivel Nacional en Municipios de la República de Guatemala. Folleto mimeografiado por la Facultad de Ciencias Médicas, U.S.C. 1976.
6. Sánchez Viesca, Angel, Dr. Sub-programa de Mejoramiento de la Certificación de Defunción a Nivel Nacional. Folleto Mimeografiado por la Fac. de Ciencias Médicas, U.S.C. 1976.
7. OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades. Grupos de Causas para Tabulaciones de Morbilidad.

PROGRAMA DE INVESTIGACION
ESTUDIO DE MORBILIDAD A NIVEL NACIONAL

LISTA ESPECIAL DE GRUPOS DE CAUSAS PARA TABULACIONES
DE MORBILIDAD *

CODIGO: GRUPOS DE CAUSAS:

- EM 1 Cólera.
- EM 2 Fiebre Tifoidea, Fiebre Paratifoidea y Otras Salmonelosis.
- EM 3 Disentería Bacilar.
- EM 4 Intoxicación Alimentaria (Bacteriana).
- EM 5 Amebiasis.
- EM 6 Otras enfermedades debidas a Protozoarios.
- EM 7 Enteritis debida a Escherichia Coli.
- EM 8 Otras enteritis y Enfermedades Diarréicas.
- EM 9 Tuberculosis del Aparato Respiratorio.
- EM 10 Otras Tuberculosis, incluyendo efectos tardíos (incluye Meningitis Tuberculosa).
- EM 11 Lepra.
- EM 12 Difteria.

Lista especial elaborada en base a la lista de 70 Grupos de Causas para Tabulaciones de Morbilidad y de la lista tabular de inclusiones y categorías de cuatro dígitos. OMS; clasificación internacional de enfermedades; Rev. 1965, Vol. 1.

CODIGO: GRUPOS DE CAUSAS:

- EM 13 Tos Ferina.
- EM 14 Angina Estreptococica y Escarlatina.
- EM 15 Meningitis Meningococcica.
- EM 16 Tetanos.
- EM 17 Poliomiелitis y otras enfermedades del Sistema Nervioso Central, debidas a enterovirus.

- EM 18 Viruela.
- EM 19 Varicela.
- EM 20 Sarampión.
- EM 21 Encefalitis Viricas.
- EM 22 Hepatitis Infecciosa.
- EM 23 Rabia.
- EM 24 Parotiditis Epidémica.
- EM 25 Tracoma Activo y efectos tardíos del Tracoma.
- EM 26 Tifus y otras Rickettsiosis.
- EM 27 Paludismo.
- EM 28 Leishmaniasis.
- EM 29 Enfermedad de Chagas.
- EM 30 Sifilis y sus Secuelas.
- EM 31 Infecciones Gonocócicas.
- EM 32 Otras enfermedades Venéreas.
- EM 33 Micosis (incluye las Dermatomicosis, Moniliasis y Micosis Generalizadas).

- EM 34 Helmintiasis.
- EM 35 Oncoctercosis.
- EM 36 Todas las demás enfermedades infecciosas y Parasitarias.

- EM 37 Tumores (Neoplasmas) Malignos de diferente Localización Anatómica.
- EM 38 Tumores (Neoplasmas) Malignos de los tejidos Linfáticos y Hematopoyéticos.

CODIGO: GRUPOS DE CAUSAS:

- EM 39 Tumores Benignos y Tumores de Naturaleza no especificada.
- EM 40 Tirotoxicosis, con o sin Bocio.
- EM 41 Diabetes Mellitus.
- EM 42 Desnutrición Proteínica (Kwashiorkor).
- EM 43 Marasmo Nutricional.
- EM 44 Otros estados de Desnutrición.
- EM 45 Avitaminosis.
- EM 46 Otras enfermedades de las Glándulas Endocrinas y del Metabolismo.

- EM 47 Anemias por deficiencia Férrica.
- EM 48 Otras Anemias por Deficiencia.
- EM 49 Psicosis, Neurosis, Trastornos de la Personalidad y Otros Trastornos mentales no Psicóticos.

- EM 50 Alcoholismo.
- EM 51 Adición a las Drogas.
- EM 52 Enfermedades Inflamatorias del Ojo.
- EM 53 Catarata.
- EM 54 Otitis Media y Mastoiditis.
- EM 55 Meningitis.
- EM 56 Epilepsia.
- EM 57 Jaqueca.
- EM 58 Otras enfermedades del Sistema Nervioso y de los Organos de los sentidos.

- EM 59 Fiebre Reumática Activa.
- EM 60 Enfermedades Reumáticas Crónicas del Corazón.
- EM 61 Enfermedades Hipertensivas.
- EM 62 Enfermedades Isquémicas del Corazón.
- EM 63 Enfermedades Cerebrovasculares.
- EM 64 Trombosis Venosas y Embolias.
- EM 65 Gangrena.
- EM 66 Hemorroides.

CODIGO: GRUPOS DE CAUSAS:

- EM 67 Otras enfermedades del Aparato Circulatorio.
- EM 68 Otras Infecciones Respiratorias Agudas.
- EM 69 Influenza.
- EM 70 Neumonía.
- EM 71 Bronquitis, Enfisema y Asma.
- EM 72 Hipertrofia de las Amígdalas y Vegetaciones Adenoides.
- EM 73 Neumoconiosis y Enfermedades Análogas.
- EM 74 Otras Enfermedades del Aparato Respiratorio.
- EM 75 Enfermedad de los Dientes y de sus Estructuras de Sos
tén.
- EM 76 Úlcera Péptica.
- EM 77 Apendicitis.
- EM 78 Obstrucción Intestinal y Hernia.
- EM 79 Colelitiasis y Colecistitis.
- EM 80 Otras Enfermedades del Aparato Digestivo.
- EM 81 Nefritis y Nefrosis.
- EM 82 Cálculos del Aparato Urinario.
- EM 83 Hiperplasia de la Próstata.
- EM 84 Enfermedades de la mama, del Ovario, de la Trompa
de Falopio y del Parametrio.
- EM 85 Otras enfermedades del Aparato Genitourinario.
- EM 86 Aborto.
- EM 87 Mastitis y otros Trastornos de la Lactancia.
- EM 88 Otras complicaciones del embarazo, del Parto y del
Puerperio.
- EM 89 Parto sin Mención de Complicaciones.
- EM 90 Infecciones de la Piel y del Tejido Celular Sub-cu-
táneo.
- EM 91 Otras Enfermedades de la Piel y del Tejido Celular
Subcutáneo.
- EM 92 Artritis y Espondilitis.

CODIGO: GRUPOS DE CAUSAS:

- EM 93 Otros Reumatismos no Articulares (Lumbago)
- EM 94 Osteomielitis y Periostitis.
- EM 95 Otras enfermedades del Sistema Osteomuscular y del
Tejido Conjuntivo.
- EM 96 Anomalías Congénitas.
- EM 97 Toxemias del Embarazo.
- EM 98 Ciertas Causas de la Morbilidad Perinatal.
- EM 99 Otras enfermedades especificadas y enfermedades mal
definidas.

CAUSAS EXTERNA DE LA LESION:

- EME 100 Accidentes del Tráfico.
- EME 101 Otros Accidentes.
- EME 102 Intento de Suicidio y Lesiones Autoinflingidas.
- EME 103 Intento de Homicidio y Lesiones Provocadas
Intencionalmente por otras personas; intervención
Legal.
- EME 104 Todas las demas causas Externas.

NATURALEZA DE LA LESION:

- EMN 105 Fracturas.
- EMN 106 Traumatismos Intracraneales y otros Traumatismos In-
ternos.
- EMN 107 Quemaduras.
- EMN 108 Efectos Adversos de Substancias Químicas.
- EMN 109 Todas las Demás Lesiones.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
FASE III

INSTRUCTIVO No. 2

LISTA DE CAUSAS DE DEFUNCION POR GRUPO

SUB-PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CERTIFICACION
DE DEFUNCION A NIVEL NACIONAL

CODIGO: GRUPOS DE CAUSAS:

01	Fiebre Tifoidea.
02	Disentería bacilar y amibiasis.
03	Enteritis y otras enfermedades diarreicas.
04	Tuberculosis del Aparato Respiratorio.
05	Otras Tuberculosis, incluyendo efectos tardíos.
06	Difteria.
07	Tos ferina.
08	Angina Estreptocócica y Escarlatina.
09	Infecciones meningocócicas.
10	Poliomielitis aguda.
11	Viruela.
12	Sarampión.
13	Tifus y otras rickettiosis.
14	Paludismo.
15	Sífilis y sus secuelas.
16	Todas las demás enfermedades infecciosas y parasitarias.
17	Tumores malignos, incluyendo los Neoplasmas del tejido linfático y de los órganos hematopoyéticos.
18	Tumores benignos y tumores de naturaleza no específica.
19	Diabetes Mellitus.

CODIGO: GRUPOS DE CAUSAS:

20	Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales.
21	Anemias.
22	Meningitis Meningocócica.
23	Fiebre Reumática Activa.
24	Enfermedades reumáticas crónicas del corazón.
25	Enfermedades hipertensivas.
26	Enfermedades isquémicas del corazón.
27	Otras formas de enfermedad del corazón.
28	Enfermedades cerebrovasculares.
29	Influenza.
30	Neumonía.
31	Bronquitis, Enfisema y Asma.
32	Úlcera Péptica.
33	Apendicitis.
34	Obstrucción Intestinal y Hernia.
35	Cirrosis Hepática.
36	Nefritis y Nefrosis.
37	Desnutrición protéico-calórica.
38	Aborto.
39	Otras complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio. Parto sin mención de complicaciones.
40	Anomalías congénitas.
41	Lesiones al nacer, partos distócicos y otras afecciones anóxicas e hipóxicas perinatales.
42	Otras causas de mortalidad perinatal.
43	Síntomas y estados morbosos mal definidos.
44	Todas las demás enfermedades.
45	Accidentes de vehículos de motor.
46	Los demás accidentes.
47	Suicidio y lesiones autoinflingidas.
48	Las demás causas externas.

GUIA PARA EL USO DE LA LISTA DE CAUSAS DE DEFUNCION
EN LA INVESTIGACION DE MORTALIDAD
PROGRAMA E.P.S. RURAL

(La lista está basada en la lista "B" de la 5a. revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Vol. 1. OMS, 1968).

A continuación se amplía información sobre los Códigos que pueden producir alguna dificultad. Como se puede comprender, cada Código puede agrupar distintas causas de defunción de la misma naturaleza, pero de distinta etiología o mecanismo de producción.

CODIGO:

- 09 Se refiere a infecciones de las meninges, excluyendo las producidas por meningococo.
- 24 Incluye enfermedades del pericardio, válvulas mitral y aórtica, excluyendo aquellas especificadas como arterioescleróticas o hipertensivas.
- 27 Incluye pericarditis aguda no reumática, endocarditis aguda, miocarditis aguda, enfermedad pulmonar del corazón (Cor-Pulmonale, enfermedad Ayerza), insuficiencia cardíaca congestiva, bloqueo cardíaco, trastornos del ritmo, enfermedad mal definida del corazón.
- 30 Incluye neumonía, bronconeumonía.
- 39 Incluye infecciones genitales durante el embarazo, -embarazo ectópico, hemorragias del embarazo (pla-

CODIGO

- centa previa, desprendimiento prematuro de placenta, mola hidatidiforme, eclampsia, hiperemesis gravídica, otras toxemias del embarazo, retención de placenta, hemorragias post-partum sin especificar, -complicaciones infecciosas, trombóticas, hemorrágicas del puerperio.
- 41 Incluye muertes neonatales debida a: lesiones por -parto distócico, desproporción céfalo-pélvica, mala posición del feto, anomalía dinámica del trabajo de parto, enfermedad hemolítica del recién nacido.
- 42 Incluye muerte neonatal por: enfermedades crónicas de la madre, sífilis materna, toxoplasmosis, toxemias del embarazo, placenta previa y otras anomalías de la placenta y el cordón umbilical, inmadurez no calificada.
- 48 Efectos adversos de medicamentos: alcoholismo, intoxicaciones, quemaduras, rayos, asfixia, estrangulación, arma de fuego, punzo-cortante, contundente y otras violencias.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
 FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
 FASE III

SUB-PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CERTIFICACION
 DE DEFUNCION A NIVEL NACIONAL

FORMA A
 PAGINA No. 1

PROGRAMA DE EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO

Municipio de _____ Departamento de _____

Guatemala

BOLETA PARA SER LLENADA POR EL MEDICO EPS. O POR EL FUNCIONARIO MUNICIPAL

Nombre del Médico EPS: _____

Nombre del funcionario Municipal: _____

Nombre de las personas encargadas del Difunto que dan la información: _____

1- Nombre del Difunto: _____

2- Sexo: M F

3- Edad: _____ días _____ meses _____ años

4- Grupo Etnico: NA LA O

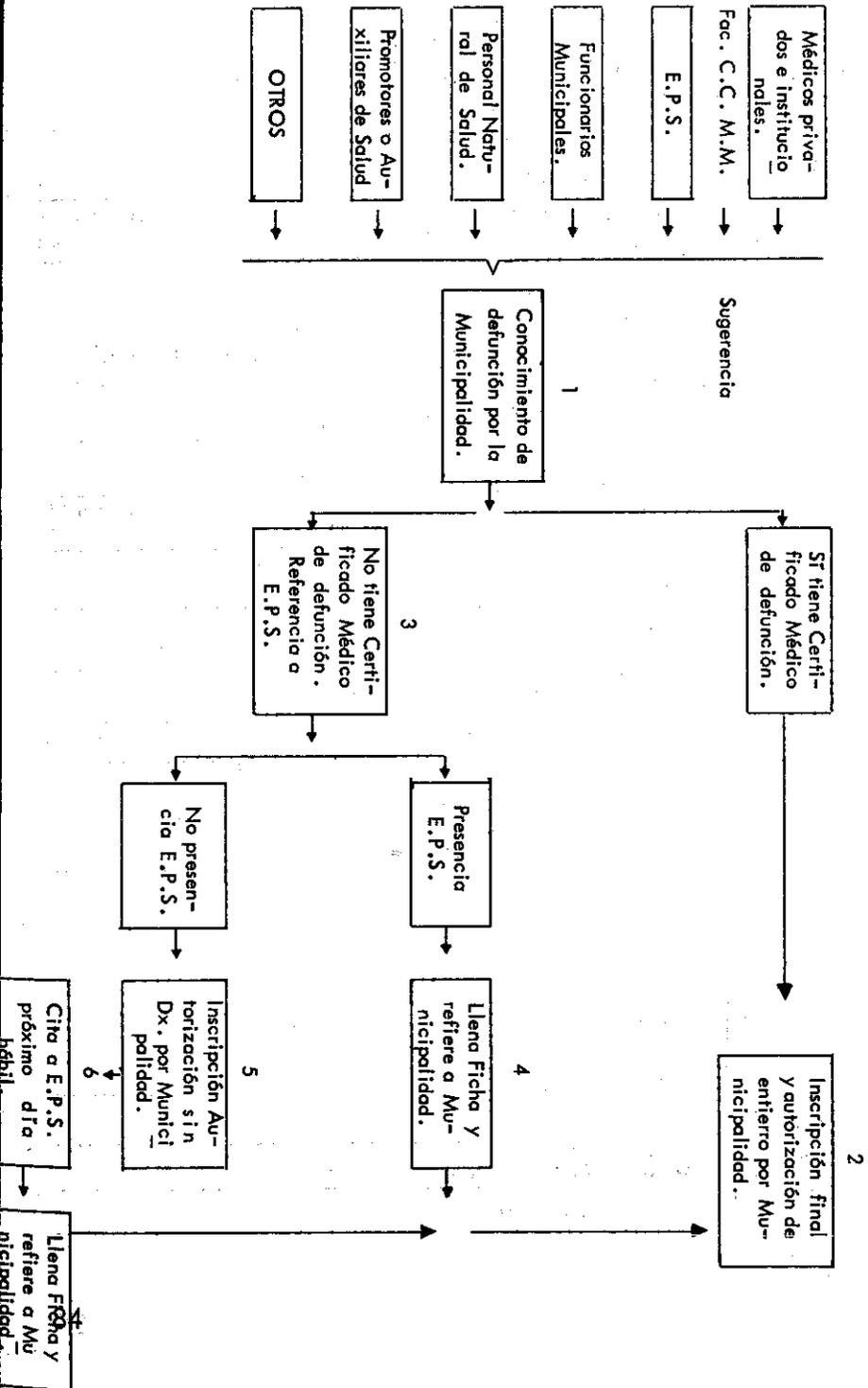
5- Fecha de Nacimiento: _____

6- Lugar de Nacimiento: _____

7- Fecha de Defunción: _____

8- Lugar donde ocurrió la Muerte _____

DIAGRAMA DEL FLUJO DE INSCRIPCION Y ASENTAMIENTO DE UNA MUERTE A NIVEL MUNICIPAL PARA LA CERTIFICACION MEDICA DE DEFUNCION (EPS RURAL)



- 9- Ocupación u Oficio del Difunto: _____
- 10- Instrucción por años aprobados: _____
- 11- Residencia Habitual: _____
- 12- Residencia Actual (personas migratorias) _____
- 13- Tiempo de residencia en el área: _____
 días meses años
- 14- Certificado Médico de Defunción: SI NO
- 15- Nombre del Médico que extendió el Certificado: _____
- 16- Lugar: _____
- 17- Diagnóstico Médico de Causa de Muerte:
 - Causa Directa _____
 - Causa Básica _____
 - Causa Asociada _____
- 18- Entrevistas con Familiares del Difunto:
 - 18.1. Nombre del entrevistado: _____
 - 18.2. Relación: _____
 - 18.3. Resumen del proceso que condujo a la muerte: _____
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____

- 18.4. Signos físicos que presentó la persona durante la enfermedad: _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

18.5. Signos físicos del cuadro final: _____

- | | |
|--------------------------|----------------|
| 18.6. Impresión Clínica: | <u>Código:</u> |
| A) Causa Directa: _____ | _____ |
| B) Causa Básica: _____ | _____ |
| C) Causa Asociada: _____ | _____ |

Abril 8 de 1976.

FORMA B

MUNICIPIO DE _____, de _____ 197

Dr. _____
MEDICO EPS.
CENTRO DE SALUD DE _____
PRESENTE.

Refiero a usted a los señores _____

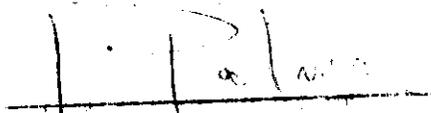
familiares del difunto _____
quién falleció el día _____ de _____ de 1976.

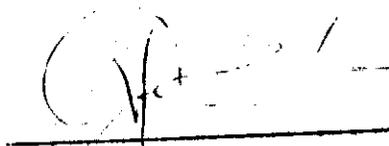
Sírvase enviarme el o los diagnósticos de su causa de muerte.

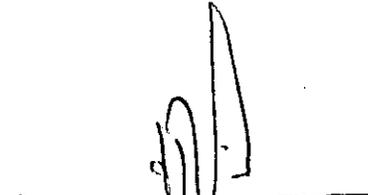
Sin otro particular me suscribo de usted atentamente,

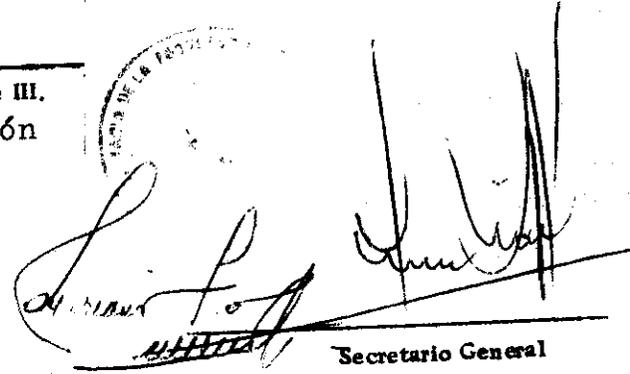
Funcionario Municipal

BR. _____
Juan Gilberto Díaz Herrera.

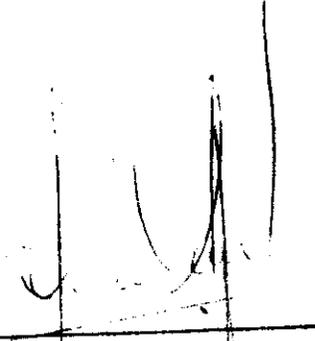

Asesor.
Dr. Jorge Palma Moya.


Revisor.
Dr. Fernando Rendón


Director de Fase III.
Dr. Julio de León


Secretario General
Dr. Mariano Guerrero

Vo. Bo.


Decano


Dr. Carlos Armando Soto