

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.

ESTUDIO DE LA MORBILIDAD
MUNICIPIO DE TAMAHU, ALTA
VERAPAZ. PRIMER SEMESTRE
FEBRERO A JULIO DE 1976.

JULIO ALFREDO MONZON JUAREZ

JULIO DE 1977

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. ANTECEDENTES
- III. JUSTIFICACIONES
- IV. OBJETIVOS
- V. HIPOTESIS
- VI. MATERIAL, METODOS Y RECURSOS
- VII. ASPECTOS RELEVANTES DE LA REALIDAD FISICA Y ECONOMICO-SOCIAL DE TAMAHU.
 - 7.1 Aspectos físicos
 - 7.2 Aspectos económicos y ocupacionales
 - 7.3 Aspectos poblacionales
 - 7.4 Condición de vida de la población
 - 7.4.1 Area urbana
 - 7.4.2 Area rural
- VIII. PROGRAMAS Y NORMAS DE TRATAMIENTO EN LA ATENCION DE LA DEMANDA ESPONTANEA DEL PUESTO DE SALUD, Y NOTIFICACION SEMANAL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.
- IX. PRESENTACION DE RESULTADOS
- X. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS
- XI. COMPARACION DEL ANALISIS PRECEDENTE CON ESTUDIO SOBRE MORBILIDAD REALIZADO CONTEMPORANEAMENTE EN EL MUNICIPIO DE TACTIC, ALTA VERAPAZ.
- XII. CONCLUSIONES
- XIII. RECOMENDACIONES
- XIV. BIBLIOGRAFIA.

I. INTRODUCCION:

El presente trabajo está basado en el estudio sobre morbilidad efectuado en el municipio de San Pablo Tamahú, departamento de Alta Verapaz, durante el lapso comprendido de febrero a julio de 1976, con ocasión del Ejercicio Profesional Supervisado realizado por el autor en dicho municipio.

Conforme los objetivos e hipótesis propuestos por el protocolo de investigación de 1976 del E.P.S., se resumen experiencias personales y se analizan los datos más relevantes obtenidos del referido estudio de morbilidad, arribando a conclusiones congruentes con las hipótesis propuestas.

El trabajo ha debido complementarse con datos sobre la realidad del medio físico y social, obtenido tanto bibliográficamente como por medio de observación directa. La falta de recursos, especialmente técnicos, ha servido para, quizás paradójicamente, llegar a conclusiones relevantes relacionadas con los objetivos e hipótesis del trabajo.

De los datos obtenidos mediante encuestas y resultados de la atención de demanda espontánea en el puesto de salud de la localidad, han bastado sólo algunos para permitirnos llegar a las conclusiones; sin embargo, a fin de que el lector tenga una idea más completa de la morbilidad en el municipio referido, se anexan otros resultados del estudio efectuado durante el lapso en que la investigación se realizó.

Si el presente trabajo sirve para motivar el estudio de los problemas de salud, no sólo desde la perspectiva meramente médica, sino multidisciplinariamente como lo exige nuestra realidad social, los esfuerzos del autor quedarán plenamente compensados.

II. ANTECEDENTES:

De conformidad con lo expuesto en el Protocolo de Investigación 1976 del Programa de Ejercicio Profesional Supervisado, se cuenta con algunos datos nacionales específicos referentes a prevalencia de enfermedades, y con algunos estudios aislados atinentes a problemas de salud en el país. Entre los primeros, se mencionan algunas encuestas del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria; datos proporcionados por la División Nacional de Tuberculosis sobre encuesta nacional de prevalencia de Tuberculosis realizada en 1957; encuesta de prevalencia de problemas nutricionales realizada entre 1965-1967 por el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Entre los segundos se mencionan los estudios aislados de prevalencia de Oncocercosis o Enfermedad de Robles y de la Enfermedad de Chagas, según estudios iniciales del Dr. Robles y del Dr. Romeo De León, respectivamente. Se mencionan asimismo estudios de diagnóstico de salud a nivel municipal aportados por estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas en distintos trabajos de investigación.

Considerando cabalmente la existencia de grandes lagunas en el estudio integral de los problemas de salud en nuestro país, el referido protocolo de Investigación del Programa de Ejercicio Profesional Supervisado, propuso para el año de 1976 la realización de un estudio completo de la morbilidad a nivel municipal en los lugares de práctica de los estudiantes de último año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. El resultado de tal propuesta ha sido el estudio de morbilidad en los distintos municipios del país en que los estudiantes mencionados han realizado su práctica de ejercicio profesional supervisado. El presente trabajo se inscribe cabalmente dentro de tales estudios, y, con el objeto de relacionarlo de alguna manera con los demás, se efectúa al final una comparación con estudio de morbilidad realizado contemporáneamente en el municipio de Tactic, del departamento de Alta Verapaz, municipio cercano al del objeto del presente trabajo.

III. JUSTIFICACIONES:

Nos parecen adecuadas las justificaciones del mencionado Protocolo de Investigación del Programa de Ejercicio Profesional Supervisado, para proponer estudios de morbilidad en nuestro país.

En efecto, únicamente el conocimiento cada vez más exacto del nivel y estructura de la salud de la población guatemalteca, especialmente de la más olvidada en cuanto al goce efectivo de servicios vitales, puede permitir una adecuada planificación y programación del servicio de salud; la adecuación de los programas de estudio de nuestra Facultad a los problemas más importantes de salud en nuestro país, también puede únicamente lograrse sobre la base de tal conocimiento, y es éste cabalmente el que puede permitirse una debida orientación de programas y normas de tratamiento, así como una adecuada concepción farmacológica y terapéutica.

Tales consideraciones justifican la realización de trabajos como el presente. Pero, en todo caso cabe advertir que, para los efectos de lo considerado, es necesario analizar este trabajo conjuntamente con los realizados en los restantes municipios del país. De lo contrario se corre el riesgo de aislar el problema de salud y desligarlo de su dimensión más integral. En tal sentido, el presente es un aporte a la necesidad de conocimiento integral de los problemas de salud en nuestro país.

IV. OBJETIVOS⁽¹⁾

- 4.1 Determinar con mayor precisión la magnitud de la morbilidad en el municipio de San Pablo Tamahú y sus causas. Conocer la estructura de la morbilidad.
- 4.2 Determinar las características de la población y del ambiente social, económico, político y físico-biológico donde ocurren los fenómenos de salud enfermedad en Tamahú y las relaciones que se establece entre estos factores.
- 4.3 Estudiar más detenidamente los distintos aspectos de la morbilidad para conocer no sólo las enfermedades más frecuentes sino el número de personas que sufren una o más afecciones, utilizando para el efecto la lista del Código Internacional de enfermedades.
- 4.4 Evaluar por medio de este conocimiento, la eficiencia y la eficacia de los Servicios de Salud actuales en el municipio de Tamahú, en lo que respecta al tipo de medidas de Salud Pública preventivas establecidas, y las normas de tratamiento individual de casos.

(1) Objetivos propuestos para el Estudio de Morbilidad a nivel nacional en municipios de la República de Guatemala, en el protocolo de investigación 1976.

V. HIPOTESIS(2)

- 5.1 Las enfermedades infecto-contagiosas, como transmisibles y nutricionales presentan la misma prevalencia que las enfermedades degenerativas y cardiovasculares.
- 5.2 Los datos de morbilidad reportados por los Servicios de Salud del país son iguales cuantitativamente y cualitativamente a los datos obtenidos por estudios de prevalencia en muestras representativas de Tamahú.
- 5.3 Los programas y normas de tratamiento establecidos en los Servicios de Salud, no toman en cuenta las características epidemiológicas de la estructura de la morbilidad de Tamahú.
- 5.4 El cien por ciento de la población de Tamahú tiene posibilidad de recibir atención médica adecuada mediante un diagnóstico y un tratamiento médico oportuno.
- 5.5 Las enfermedades en Tamahú presentan peculiaridades específicas dependiendo del ambiente social, económico, político, cultural y físico-biológico de donde se presentan.
- 5.6 Los sistemas de notificación de enfermedades en Tamahú son deficientes e incompletos.

VI. MATERIAL, METODOS Y RECURSOS:

- 6.1 *MATERIAL:* En lo que respecta a la población analizada, la investigación se realizó así:
 - 6.1.1 En la primera y segunda encuesta, se analizaron 46 familias del área urbana y 20 familias del área rural, correspondiendo a las primeras un total de 235 miembros, y a las segundas un total de 93 miembros.
 - 6.1.2 En la demanda espontánea del puesto de salud, se atendieron durante el período de la misma, un total aproximado de 750 personas, pertenecientes tanto al área urbana como al área rural.
- 6.2 *METODOLOGIA:* El presente trabajo se desarrolló básicamente con el empleo de las siguientes técnicas:
 - 6.2.1 Observación directa de la realidad física y económico-social del municipio de Tamahú.
 - 6.2.2 Recopilación bibliográfica de datos sobre esa misma realidad.
 - 6.2.3 Encuesta conforme Protocolo de E.P.S. y según los siguientes elementos:
 - 6.2.3.1 Se levantó un mapa del área urbana y la rural
 - 6.2.3.2 Se tomaron aleatoriamente 50 viviendas del área urbana y 20 del área rural, mediante tablas específicas.
 - 6.2.3.3 Se efectuaron dos encuestas en diferentes fechas en ambas áreas (urbana y rural). La segunda encuesta se completó con examen clínico a todos los encuestados.
 - 6.2.4 Entrevistas, tanto en visitas domiciliarias, como en el propio Puesto de Salud al atender la demanda espontánea.
 - 6.2.5 Examen clínico.
- 6.3 *RECURSOS:*
 - 6.3.1 Materiales

- Puesto de salud local tipo C
- Clínica médica
- Papelería y útiles de escritorio
- Formulario de encuestas del E.P.S.
- Forma 4 para control de la demanda espontánea
- Vehículo: motocicleta
- Bibliografía
- 6.3.2 Humanos:
 - Un técnico en Salud Rural
 - Una enfermera auxiliar
 - Promotores de salud
 - Intérpretes (colaboradores voluntarios)
 - El Director del Puesto de Salud local, autor de este trabajo.

VII. ASPECTOS RELEVANTES DE LA REALIDAD FISICA Y ECONOMICO-SOCIAL DE TAMAHU

7.1 ASPECTOS FISICOS

Tamahú municipio del departamento de Alta Verapaz cuenta con una extensión territorial de 112 Kms. Es uno de los 14 municipios que forman el departamento. Está situado al suroriente de la cabecera departamental, dista de ésta 48 Kms. Colinda al norte con San Juan Chamelco y Cobán (A.V.), al este con San Miguel Tucurú (A.V.), al sur con Purulhá (B.V.), y al oeste con Tactic (B.V.) El banco de marca establecida por la Dirección General de Caminos en el parque de la cabecera municipal está a 1,048.93 Mts. SNM. Latitud 15° 21' y Longitud 90° 13'. La principal ruta que atraviesa el municipio de Este a Oeste es la nacional 5-e que del Estor (Izabal) conduce a Huehuetenango. En Tactic (paraje de San Julián) más o menos 12 Kms. de la cabecera municipal de Tamahú, también entronca con la ruta nacional 5 que de la capital conduce a Alta Verapaz.

Actualmente el territorio municipal se encuentra dividido por la cabecera municipal, 6 aldeas, 10 fincas y 22 caseríos; unidad entre sí con los municipios vecinos por medio de caminos de herradura y veredas. Lo que dificulta la movilización, no sólo por el tipo de caminos, sino además la evidente ausencia de medios adecuados y rápidos de locomoción (varias aldeas y caseríos distan de la cabecera municipal de 6 a 7 Hrs. de marcha a pie), lo que determina indudablemente la dificultad de acceso a servicios médicos como es el médico, servicio éste último que se brinda exclusivamente por el único Centro de Salud existente en la cabecera municipal, a no ser por el servicio de comadronas que sí se efectúa en el interior del municipio.

Su clima es templado y se marcan 2 estaciones predominantes: Invierno y Verano. Cada una de ellas dura 6 meses aproximadamente. El invierno de mayo a octubre y el verano de noviembre a abril.

Rodean este municipio los ramales de la Sierra de las Minas al Sur y al Norte los de la Sierra de Sta. Cruz. El río Polochic atraviesa el municipio de Occidente a Oriente, ya

que nace en las montañas de Rocjá en jurisdicción de Tactic. Entre los fenómenos topográficos más sobresalientes se encuentran en el lado suroriental de la cabecera municipal un manantial de aguas sulfurosas al cual la tradición le atribuye poderes terapéuticos en afecciones cutáneas y reumáticas.

Por el lado nororiental se encuentra la vertiente llamada Aguas de Zarza, por la abundante vegetación de dicha planta en sus márgenes. Su agua es de gran pureza natural y su fuente se utilizó hasta hace pocos años en la fabricación de bebidas gaseosas.

7.2 ASPECTOS ECONOMICOS Y OCUPACIONALES.

Entre sus recursos naturales se cuenta con Oro y Hierro. Además es una zona eminentemente agrícola cuyo producto principal es el Café, cultivándose en gran escala y siendo su calidad inmejorable por la altura apropiada para su cultivo; cultivándose también: maíz, frijol, chile, pacayas, naranja y otros frutos propios del clima.

Analizando el grupo de población mayoritario; encontramos que posee características generales similares dentro del sistema de explotación en que viven. Según su ocupación, pueden apreciarse los siguientes sub-grupos:

- a) **El Mozo Colono:** Grupo formado por casi 203 familias constituye la fuerza de trabajo permanente de las fincas de café de la región; parte de su salario lo recibe en efectivo y otra parte trabajando una pequeña parcela propiedad de la finca y escasa para ser habitable.
- b) **El Propietario Minifundista:** En este sector se agrupan casi 500 familias, es el típico minifundista, sus tierras tienen una extensión promedio de una manzana. Practica en una época del año la agricultura de subsistencia y en otra época "baja" a la región del fértil Valle del Polochic o bien es "enganchado" por contratistas para "levantar" las cosechas en grandes fincas algodoneras y cafetaleras de la Costa Sur del país, devengando un precario salario y viviendo en condiciones poco humanas. En los últimos años esta población comienza a tener algún tipo de organización como las cooperativas de las aldeas: Chimolón, Pantíc y Naxombal.

- c) **El Comerciante Natural:** Constituye el grupo natural menos numeroso, siendo su ubicación tanto urbana como rural. Se dedican al comercio de productos artesanales en tiendas y puestos en el mercado de la localidad. Además poseen comedores y carnicerías por lo que tienen un ingreso económico mayor que el de los otros grupos. Poseen rasgos culturales mixtos, dedicándose algunos de ellos a la explotación de los aldeanos, apoderándose de sus tierras por medio de "transacciones comerciales".
- d) **El Mozo Voluntario:** Estas familias no poseen tierras, por lo que para poder subsistir se ven obligados a trabajar en las fincas cafetaleras de la región en época de cosecha; o bien emigrar a las fincas del Valle del Polochic y a la Costa Sur. En la actualidad tienden a desplazarse a la región norte del departamento de Alta Verapaz y al sur del Petén, donde aún existen tierras baldías con la esperanza de asentarse en ellas. La mayoría de la población subsiste apenas, encontrándose en una situación precaria que le impide acceder fácilmente a servicios vitales, entre ellos por supuesto el de salud.

7.3 ASPECTOS POBLACIONALES Y CULTURALES:

La población estimada de Tamahú en 1976, es de 6,433 habitantes⁽³⁾. Con un 83o/o perteneciente al área rural y un 17o/o al área urbana⁽³⁾, la población de Tamahú es esencialmente indígena con dos grandes grupos nativos, los kekchíes y los Pocomchíes que constituyen la población natural. Este grupo de población habita en aldeas, caseríos y fincas de café. Podemos afirmar que no están integrados a la vida nacional en lo que se refiere a conocimientos básicos y dominio de la tecnología moderna, así como a la recepción de servicios de salud. Sin embargo son los que más participan en el proceso productivo, generando la riqueza nacional a través de su fuerza de trabajo. En otras palabras es el grupo mayoritario, explotado, y el que menos beneficios recibe.

(3) Poitevín, Rodolfo. República de Guatemala, departamento de Alta Verapaz, población calculada para los años 1972-1980. Guatemala, Ministerios de Salud Pública y Asistencia Social, unidad de planificación y estadística. pp. 35-39

A la población mayoritaria de Tamahú le es obviamente aplicable lo que, en términos generales, se predica de los grupos indígenas de nuestro país en lo que respecta a valores culturales que, sin ser por supuesto negativos o sin valor, son ajenos a ciertos valores modernos indispensables para un mejor acceso a los adelantos técnicos. Este acceso se ve mayormente dificultado por el problema de vivir en una sociedad donde paradójicamente un idioma extraño (el español), es el oficial, y debido a la distancia social. Tales afirmaciones son constatadas de manera directa con el trato del médico con la población, pues es evidente el problema de comunicación al necesitarse frecuentemente intérpretes. En cuanto al mundo cultural diferente del indígena, me parece muy significativa la constatación directa de que, al encuestar, o entrevistar a la población mayoritaria, esta no distingue los conceptos sano-enfermo; a este último respecto, en la mayoría de los casos el paciente afirma estar enfermo únicamente cuando se siente imposibilitado para realizar sus labores habituales; ello implica indudablemente una despreocupación generalizada por la demanda espontánea del servicio médico, y la necesidad de motivar una mayor preocupación en la población por sus problemas de salud, a fin de que el diagnóstico y tratamiento médico oportuno llegue realmente a la totalidad, o, cuando menos, a la mayoría de la población.

7.4. *CONDICIONES DE VIDA DE LA POBLACION* (4)

7.4.1 *AREA URBANA.*

- a) **Vivienda:** En su gran mayoría las viviendas son construidas con paredes de adobe o madera, su techo es lámina acanalada de zinc galvanizada, un piso de tierra nivelado. Dos cuartos ocupados como dormitorios, comedor y su cocina independiente. Poseen camastrones y los cuartos son ocupados por tres o mas personas, en algunos casos los animales domésticos son parte del conjunto familiar. La ventilación se logra mediante una que otra ventana y la puerta que sirve de acceso a la vivienda. Cuentan con servicio de energía eléctrica para la iluminación

artificial proporcionada por el INDE. Poseen servicio de agua potable municipal.

- b) **Letrinas:** En el área urbana la mayoría de viviendas cuentan con letrinas alejadas, por lo general en el fondo del terreno que ocupa la vivienda. Son construídas sobre un pozo ciego circundadas por bajareque o caña con su techo de lámina.
 - c) **Abrigo:** Los pobladores del área urbana visten a la usanza ladina y usan calzado de cuero.
 - d) **Alimentación:** La dieta básica del habitante de Tamahú está determinada por el consumo de granos básicos: maíz, frijol, arroz; por lo regular una vez a la semana, el día de mercado pueden adquirir carne de res o cerdo, y eventualmente llegan a éste verduras o legumbres.
- Actualmente se esta incrementand el cultivo de árboles frutales, así como también el de verduras y legumbres.
- e) **Servicios Médicos:** El área urbana cuenta con su servicio permanente en el puesto de salud aún en días festivos.
 - f) **Hábitos:** La población de Tamahú en general carece de hábitos de higiene regulares, tales como bañarse, lavarse las manos, cepillarse los dientes, usar ropa limpia diariamente.

7.4.2 *AREA RURAL.*

- a) **Vivienda:** La vivienda en el área rural está constituída por el típico "rancho" con paredes de caña y techo de paja; en un área reducida que debe dar cabida al dormitorio, comedor y cocina. Con su puerta única como medio de ventilación. El piso es de tierra desnivelado; en una esquina por lo regular encontramos lo más inmediato a la puerta, una mesita pequeña con santos, flores y candelas. En la otra esquina interior está colocada la cocina: un conjunto de piedras y leños. Generalmente se destina la parte del centro del rancho como dormitorio lo más cercano posible al "pollo" para sentir su calor durante las frías noches de invierno.

No poseen camas, duermen sobre petates

(4) Fuente: Observacion directa.

tendidos al suelo. Ocupan el área de dormitorio de 5 a 7 personas en compañía de animales domésticos y aves de corral; lo que indudablemente produce un hacinamiento perjudicial a la salud de los moradores del rancho.

- b) Letrinas: No cuentan con letrinas, es una minoría la población que ya las utiliza. Usualmente efectúan sus necesidades fisiológicas al pie de las matas de café, aprovechando las heces como abono para sus matas.
- c) Agua Potable: No cuentan con sistema de agua potable. Para consumir el preciado líquido deben surtirse de la quebrada más próxima a la vivienda por medio de tinajas de barro o toneles de metal.
- d) Iluminación Artificial: Al no contar aún con servicio de energía eléctrica, logran su iluminación artificial mediante el tradicional y antiquísimo "cándil" de gas o en su defecto mediante candelas.
- e) Abrigo: Su vestuario es sencillo, la mujer usa el tradicional corte y su güipil; aún en época de frío no tienen costumbres de usar sweater. El hombre al igual que la mujer viste sencillo: pantalón de manta o de dril y camisa de manta. Son pocos los aldeanos que utilizan el calzado ya sea por falta de costumbre o porque no lo consideran necesario.
- f) Alimentación: Se determina básicamente por el consumo de maíz, frijol y café; en muy raras ocasiones o en días festivos consumen carne de res o carne de aves de corral. Los frutos no sólo por lo escaso no los consumen, sino que además tienen la creencia en el caso particular de los cítricos que les "pica" la dentadura. La leche y sus derivados no son artículos de consumo, aún en la cabecera municipal. Los huevos por lo regular los venden.
- g) Servicios Médicos: Para beneficiarse del servicio médico, deben acudir a la cabecera municipal cuando así lo requieran, aunque para ello dependiendo del lugar en donde se encuentre su comunidad tengan que caminar a pie de 6 a 7 Hrs. por veredas y extravíos. Únicamente cuentan con los servicios de una comadrona empírica y un promotor de salud adiestrado.

- h) Hábitos: Los hábitos higiénicos están ausentes en su totalidad, pues, al carecer de agua potable o quebrada cercana a la vivienda, únicamente acarrear el agua para la utilización en la cocción de sus alimentos, y consideran que es un desperdicio utilizarla por ejemplo para bañarse o lavarse las manos.

En las condiciones de vida descritas, no sería difícil aventurar, aún sin exámenes clínicos, la afirmación de que los estados de morbilidad más frecuentes, por lo menos algunos de ellos tienen que ver con tales condiciones de vida.

VIII. PROGRAMAS Y NORMAS DE TRATAMIENTO EN LA ATENCION DE LA DEMANDA ESPONTANEA DEL PUESTO DE SALUD, Y NOTIFICACION SEMANAL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.

Durante la realización de la práctica de E.P.S. rural en Tamahú, en la que se basa el presente trabajo, no se contó por parte de la Dirección General de Servicios de Salud ni de la propia Facultad de Ciencias Médicas, con programas, normas o guías específicas para el tratamiento de los pacientes a atender. La supervisión por parte de Servicios de Salud, fue más de orden administrativo que médico, realizándose más o menos cada 15 días. Por parte de la Facultad de Medicina se supervisó en dos oportunidades durante los 6 meses de práctica.

La atención del paciente demandante consistió en una breve entrevista, tratando de obtener de ella una escueta historia clínica (ayudado siempre por el personal de enfermería en la traducción del dialecto); luego le eran tomados sus signos vitales y se procedía al examen físico de la región a que éste refiriera dolencia.

El tratamiento se basó en el diagnóstico clínico y no epidemiológico.

Se careció de recursos de ayuda diagnóstica básicos; por ejemplo: efectuar un examen de heces fecales, determinar una hemoglobina, no digamos un frote o cultivo de cualquier material infeccioso. Estas fueron limitaciones para un mejor y preciso diagnóstico final.

Las normas de tratamiento quedaron limitadas a los recursos existentes en el puesto de salud. Cada puesto de salud recibe trimestralmente un lote de medicamentos consistentes principalmente en

antibióticos tipo penicilina, analgésicos tipo ácido acetil salicílico, antitusivos tipo dextrometorfan, en número reducido que no alcanza para cubrir el trimestre, además de la ausencia de otros medicamentos imprescindibles.

El sistema de receta no funcionó en el puesto de salud, pues en Tamahú no existe una farmacia y la precaria situación económica de las personas demandantes les impide comprar la receta fuera de Tamahú.

El estudio de morbilidad iniciado durante el primer semestre de 1976, no se pudo aplicar durante el mismo debido a que los datos procesados al final del semestre, lo cual fue un obstáculo grande aunque se tuviera la voluntad de enfocar el problema de la morbilidad como un problema de causas más hondas que exceden el mero enfoque médico.

Al puesto de salud acudieron por demanda espontánea más o menos de 5 a 8 pacientes diarios, dando un promedio de 125 al mes. Durante los 6 meses de febrero a julio fueron aproximadamente 750 pacientes vistos, incluidos todos entre: embarazos, enfermedad común, escolares, traumatismos, heridas, recién nacidos.

Para la notificación de las enfermedades transmisibles se contó con un código, en donde se incluyen las enfermedades más importantes; la notificación se efectuó semanalmente mediante el uso de un telegrama dirigido a la sección de estadística de la Dirección General de Servicios de Salud; dicha notificación coincide con la reportada en el presente trabajo. Sin embargo, tales datos no abarcan todos los resultados de los estudios de prevalencia efectuados durante la práctica del E.P.S. rural; consiguientemente los reportes de Servicios de Salud no coinciden en toda su amplitud con los resultados de dicho estudio de prevalencia.

La ausencia de pruebas de diagnóstico: exámenes de Lab., rayos X, debido a falta de equipo apropiado y de recursos no permite que la notificación semanal y mensual (forma 4) refleje toda la realidad de la morbilidad. De manera que la notificación, especialmente en su contenido, es deficiente e incompleta.

IX.

IX. PRESENTACION DE RESULTADOS. DATOS GENERALES, AREA URBANA 1a. ENCUESTA.

Total de familias:	46 = 100o/o
Total de miembros:	235 = 100o/o

CUADRO No. 1 LUGAR DE NACIMIENTO

Municipio	200 miembros = 85.1o/o
Otros:	35 miembros = 14.9o/o

CUADRO No. 2 RELACION CON JEFE DE FAMILIA RELACION CON JEFE DE FAMILIA

Jefe:	46 miembros = 19.6o/o	Suegra: 1 miembro = 0.4o/o
Conyuge	31 miembros = 13.2o/o	Madre: 3 miembros = 1.3o/o
Hijos	138 miembros = 58.7o/o	Otros: 16 miembros = 6.8o/o

CUADRO No. 3 SEXO

Masculino:	113 miembros = 48.0o/o
Femenino:	122 miembros = 52.0o/o

CUADRO No. 4 EDADES

0 a 4 años	50 miembros	21.3o/o
5 a 9 años	47 miembros	20.0o/o
10 a 14 años	29 miembros	12.3o/o
15 a 44 años	77 miembros	32.8o/o
45 o más años	32 miembros	13.6o/o

**CUADRO No. 5
ESTADO CIVIL**

Solteros:	150 miembros	63.8o/o
Casados:	33 miembros	14.1o/o
Unidos:	44 miembros	18.7 o/o
Viudos:	8 miembros	3.4o/o

**CUADRO No. 6
GRUPO ETNICO**

Naturales	150 miembros	63.8o/o
Ladinos	85 miembros	36.2o/o

**CUADRO No. 7
CONDICION MIGRANTE**

No migrantes:	225 miembros	95.7o/o
Migrantes E.	10 miembros	4.3o/o

**CUADRO No. 8
INSTRUCCION EN AÑOS APROBADOS**

1er. año	23 miembros	9.8o/o	E.S.C.	5 miembros	2.1o/o
2do. año	22 miembros	9.4o/o	E.S.I.	1 miembros	0.4o/o
3er. año	11 miembros	4.7o/o	E.U.	0 miembros	0.0o/o
4to. año	16 miembros	6.8o/o	A.	129 miembros	54.9o/o
5to. año	14 miembros	5.9o/o			
6to. año	14 miembros	5.9o/o			

E.S.C.	Escuela Superior completa
E.S.I.	Escuela Superior incompleta
E.U.	Educación universitaria
A.	Analfabetos

**CUADRO No. 9
OCUPACION**

Agricultor:	36 miembros	15.3o/o
Industrial:	7 miembros	3.0o/o
Servicios:	8 miembros	3.4o/o
Oficios D.	52 miembros	22.1o/o
Comercio:	8 miembros	3.4o/o
Estudiantes:	44 miembros	18.7o/o
Otros:	80 miembros	34.1o/o

**CUADRO No. 10
AFILIADOS AL IGSS**

Si	15 miembros	6.4o/o
No	220 miembros	93.6o/o

**CUADRO No. 11
ENFERMOS**

Si	83 miembros	35.3o/o
No	152 miembros	64.7o/o

**CUADRO No. 12
REFERIDOS AL PUESTO DE SALUD**

si	21 miembros	8.9o/o
no	214 miembros	91.1o/o

CUADRO No. 13

MUJERES CON 15 AÑOS O MAS

Total:	54	mujeres
Embarazos	275	= 100 o/o
Abortos	5	= 1.8o/o
Nacimientos	270	= 98.2o/o
No. de hijos Nac. vivos:	270	= 100 o/o
No. de hijos muertos:	83	= 30.7o/o
No. de hijos sobrevivientes:	187	= 69.3

**LISTA DE CAUSAS PRINCIPALES DE MORBILIDAD
ENCONTRADAS EN EL MUNICIPIO DE TAMAHU,
DEPARTAMENTO DE ALTA VERAPAZ.**

Código

CODIGO:

EM	3	Disentería Bacilar
EM	5	Amibiasis intestinal
EM	8	Enfermedad diarreica
EM	9	T.B. pulmonar
EM	20	Sarampión
EM	33	Micosis
EM	34	Helmintiasis
EM	47	Anemias ferroprivas
EM	52	Ojos
EM	53	Cataratas
EM	69	Infección respiratoria superior I.R.S

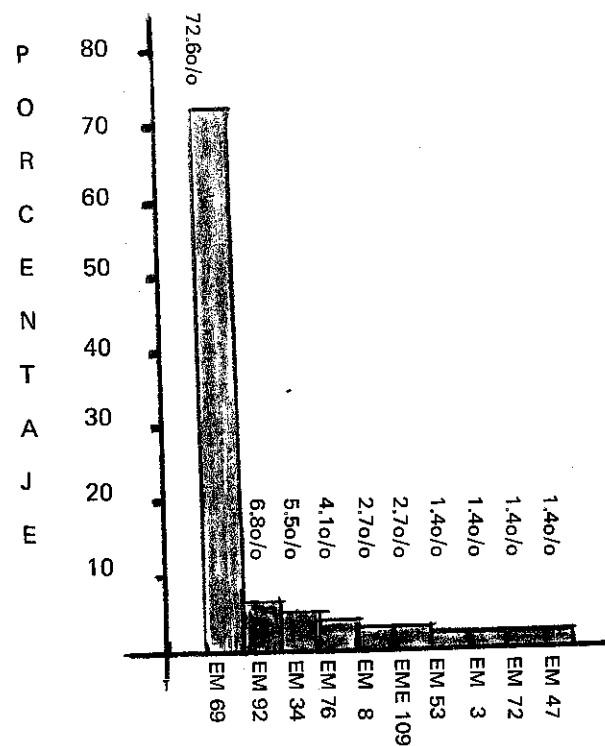
Código

EM	70	Bronconeumonia
EM	71	Asma bronquial
EM	72	Amigdalitis
EM	75	Dientes
EM	76	Enfermedad Péptica
EM	90	Piodermitis
EM	92	Artritis
EM	99	Rubeola
EM	104	Heridas
EM	109	Traumatismos

71

CAUSAS PRINCIPALES DE MORBILIDAD
1era. ENCUESTA AREA URBANA

Código	Grupo de causa	No de casos	o/o sobre los casos
EM	69	I.R.S.	53 Casos 72.6o/o
EM	92	Artritis	53 6.8o/o
EM	34	Helmintiasis	4 5.5o/o
EM	76	Enf. Péptica	3 4.1o/o
EM	8	Enf. Diarreica	2 2.7o/o
EME	109	Traumatismos	2 2.7o/o
EM	53	Cataratas	1 1.4o/o
EM	3	Disentería B.	1 1.4o/o
EM	72	Amigdalitis	1 1.4o/o
EM	47	Anemia Ferrop.	1 1.4o/o
	Total	73	100.0o/o



GRAFICA No. 1

PRIMERA ENCUESTA AREA URBANA

En esta gráfica se puede observar que la mayor morbilidad correspondió al rubro comprendido dentro de la I.R.S. con un porcentaje elevado como lo es el 72.6o/o reafirmando así lo observado en otros estudios similares,⁽⁵⁾ al decir que en nuestra área rural, una de las principales causas de morbilidad la constituyen enfermedades del aparato respiratorio.

En segundo lugar encontramos el rubro comprendido dentro de las enfermedades articulares, aún con un porcentaje sumamente bajo de 6.8o/o su presencia es evidente. Su etiología no es precisa, pero podría estar determinada por la humedad, el medio ambiente, la longevidad, los trabajos duros del área rural.

El tercer rubro corresponde a las enfermedades parasitarias con un porcentaje de 5.5o/o; porcentaje relativamente bajo. Para afirmar mejor el diagnóstico de morbilidad por parasitismo necesitamos de una técnica más depurada y no únicamente de una entrevista verbal, es decir necesitamos obligadamente efectuar un simple examen de heces fecales. La ausencia de exámenes como el referido podría ser la razón del porqué la notificación de la morbilidad es deficiente.

El cuarto rubro corresponde al código EM 76, el determinado para enfermedades pépticas, marca un porcentaje de 4.1o/o, porcentaje bajo, aunque es una entidad frecuente para nuestra población indígena que se determina por sus hábitos alimenticios: frijol, café, chile, etc., y no al stress como sucede en los pobladores de una ciudad.

El quinto rubro corresponde al de enfermedades diarreicas con un porcentaje sumamente bajo de 2.7o/o. La razón podría estar determinada por la fecha en que fue realizada la encuesta (mes de abril), es a partir del mes de mayo, cuando surge la incidencia de esta morbilidad. Podrán notar que en la segunda encuesta se observa un incremento de la misma.

Llama la atención que ultimamente se detectó un caso de anemia ferropriva y un caso de desintería bacilar, ambos con un indicador de 1.4o/o. Su causa está determinada por carecer de medios para poder utilizar un laboratorio y así hacer la determinación de una hemoglobina en el caso de las anemias, para poder catalogar el caso como tal, pues los signos físicos concomitantes muchas veces no son suficientes. Se encontró un caso aislado de cataratas congénitas Bil. lo que nos da una pauta para pensar en la morbilidad durante el embarazo y subsecuentemente.

DATOS GENERALES, 1era. ENCUESTA AREA RURAL

Total de familias	20	100o/o
No. de miembros	93	100o/o

CUADRO No. 1.1 LUGAR DE NACIMIENTO

Aldea: 80 miembros	86.0o/o
Otros: 13 miembros	14.0o/o

CUADRO No. 1.2 SEXO

Masculino 38 miembros	40.9o/o
Femenino 55 miembros	59.1o/o

CUADRO No. 1.3

RELACION CON JEFE DE FAMILIA

Jefe: 20 miembros	21.5o/o	Padre: 1 miembro	1.1o/o
Cónyuge: 16 "	17.2o/o	Madre: 1 "	1.1o/o
Hijos: 49 "	52.6o/o	Otros: 6 "	6.4o/o

CUADRO No. 1.4

EDADES

0 a 4 años	18 miembros	19.4o/o
5 a 9	15	16.1o/o
10 a 14	9	9.7o/o
15 a 44	39	41.9o/o
45 ó +	12	12.9o/o

CUADRO No. 1.5 ESTADO CIVIL

Casados 13 miembros	14.0o/o
Solteros 54	58.1o/o
Unidos: 20	21.5o/o
Viudas 6	6.4

CUADRO No. 1.6 GRUPO ETNICO

Naturales: 93 miembros	100o/o
------------------------	--------

(5) Rodas, E. Marco, A. Estudio de Morbilidad del municipio de Tacti, Alta Verapaz, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1976.

INSTRUCCION EN AÑOS APROBADOS

CUADRO No. 1.7
INSTRUCCION EN AÑOS APROBADOS

1er. año	8 miembros	8.6o/o	E.S.C.	0 miembros	0.0o/o
2do.	10	10.7o/o	E.S.I.	0 miembros	0.0o/o
3er.	0	0.0o/o	E.U.	0	0.0o/o
4to.	1	1.1o/o	A.	74	79.6o/o
5to.	0	0.0o/o			
6to.	0	0.0o/o			

CUADRO No. 1.8
CONDICION MIGRATORIA

No migrantes: 93 miembros	100o/o
Si 44 miembros	47.3o/o
No 49 miembros	52.7o/o

CUADRO No. 1.9
ENFERMOS

CUADRO No. 1.10

OCUPACION

Agricultor:	24 miembros	25.8o/o	Of. Domésticos	20 miembros	21.5o/o
Industrial:	13 miembros	14.0o/o	Estudiante	9 miembros	9.6o/o
Servicios:	0 miembros	0.0o/o	Otros	27 miembros	29.0o/o

CUADRO No. 1.11
REFERIDOS AL PUESTO DE SALUD

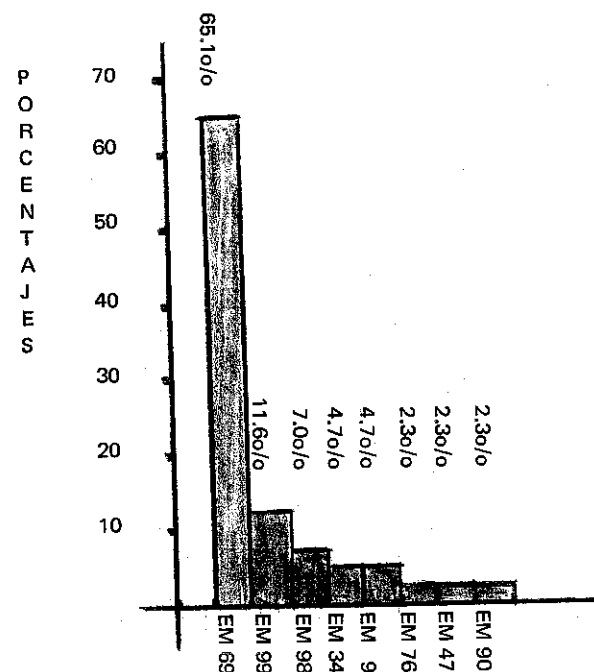
Si 12 miembros	12.9o/o
No 81 miembros	87.1o/o

CUADRO No. 1.12
MUJERES CON 15 AÑOS O MAS

Total	29 mujeres
Embarazos:	106 100o/o
Abortos	0 0.0o/o
Nacimientos	106 100o/o
No. de hijos Nac. vivos	106 100o/o
No. de hijos muertos	38 35.9o/o
No de hijos sobrevivientes	68 64.1o/o

CAUSAS PRINCIPALES DE MORBILIDAD AREA RURAL 1era. ENCUESTA

Código	Causas de morbilidad	No. de casos	o/o sobre casos
EM 69	I.R.S.	28 Casos	65.1o/o
EM 99	Rubéola	5	11.6o/o
EM 92	Artritis	3	7.0o/o
EM 9	T.B. pulmonar	2	4.7o/o
EM 34	Helminthiasis	2	4.7o/o
EM 76	Enf. Péptica	1	2.3o/o
EM 47	Anemia Ferrop.	1	2.3o/o
EM 90	Piodermitis	1	2.3o/o
		43	100.0o/o



GRAFICA No. 2 PRIMERA ENCUESTA AREA RURAL

El primer indicador corresponde a la I.R.S., código representativo de la morbilidad del aparato respiratorio con un porcentaje alto de 65.1o/o siendo su determinación como en el área urbana por factores propiamente de ambiente y hacinamiento interfamiliar.

El segundo rubro corresponde a una de las causas más frecuentes de morbilidad dentro de nuestros niños indígenas, como lo son las enfermedades infecto-contagiosas, en este caso particular al de la Rubéola con un porcentaje de 11.6o/o. Se ha comprobado por estudios realizados en el INCAP, que nuestros niños del área rural por sus deficiencias nutricionales son fácil presa para padecer de enfermedades infecciosas y parasitarias, estableciéndose así círculo sinérgico ente infección y nutrición.⁽⁶⁾

El tercer rubro corresponde al de las enfermedades articulares con un porcentaje de 7o/o, porcentaje relativamente bajo, pero debemos tomar en cuenta como en el área urbana que su presencia es significativa, partiendo del conocimiento que su etiología aún no está determinada.

El cuarto rubro corresponde a otra entidad frecuente caracterizada por las condiciones socio-económicas de vida de nuestra gente del área rural como lo es la Tuberculosis Pulmonar con un porcentaje de 4.7o/o. No es una muestra representativa, pero al persistir esas condiciones de vida su número dentro de algún tiempo si llegará a ser significativo.

Los restantes rubros corresponden, al igual que en el área urbana a: Parasitismo, Enfermedad Péptica, Anemia Ferropriva y Piodermitis lo que indica que la morbilidad se mantiene latente. Correspondiéndoles a ambas por separado un 2.3o/o.

Como mencionabamos anteriormente para un diagnóstico más preciso necesitamos hacer uso de las pruebas diagnósticas básicas: exámenes de heces, orina, hematología. Y no confiar como sucedió durante la encuesta a una persona se le preguntaba sobre el estado de salud de los demás miembros de la familia.

(6) Leal, E. Palma, J. Samayoa, R. Castillo, C. Desnutrición. Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1976. pp. 1-5 (folleto mimeografiado).

CUADRO No. 1.2.2
PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD SEGUN LA
INSTRUCCION DE LA POBLACION ENCUESTADA.

MORBILIDAD	Grupo de causas:	Código	INSTRUCCION ALFABETOS					Educación Primaria	Educ. Sec. incom-	Educ. Anal. Sec. fabe-	Total	No. o/o
			1	2	3	4	5	6				
I.R.S.		EM 69	1							45	53	73.6
ARTRITIS		EM 92		3	1	2	2	2		1	5	6.9
HELMINTI		EM 34								2	4	5.2
ENF. PEPT.		EM 76	1	1				1		2	3	4.1
E. DIARRE.		EM 8			1					1	2	2.7
TRAUMAS		EME 109		1			1			0	2	2.7
CATARATA		EM 53								1	1	1.2
DISENTE.		EM 3								1	1	1.2
ANEMIA F.		EM 47								1	1	1.2
AMIGDALA		EM 72								1	1	1.2
Total			1	5	2	2	3	5	0	55	73	100.00

ENCUESTA DE MORBILIDAD
ABRIL DE 1976
MUNICIPIO DE TAMAHU, ALTA VERAPAZ.

CUADRO No. 1.2.3

CAUSAS PRINCIPALES DE MORBILIDAD SEGUN
LA OCUPACION DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS

MORBILIDAD		O C U P A C I O N												T O T A L			
		A I S O.D. C E O															
GRUPO DE CAUSAS	CODIGO	No.	o/o	No.	o/o	N.	o/o	N.	o/o	N.	o/o	No.	o/o	N.	o/o	No.	o/o
I.R.S.	EM 69	4	5.3	2	2.7	1	1.3	10	13.6	2	2.7	1	1.3	33	45.2	53	73.6
ARTRITIS	EM 92	2	2.7					2	2.7	1	1.3					5	6.9
HELMINTIASIS	EM 34											3	4.1	1	1.3	4	5.2
ENF. PEPTICA	EM 76	1	1.3			1	1.3			1	1.3					3	4.1
E. DIARREICA	EM 8											1	1.3	1	1.3	2	2.7
TRAUMATISMOS	EME 109					1	1.3					1	1.3			2	2.7
CATARATAS CONG.	EM 53													1	1.3	1	1.2
DISENTERIA BACILAR	EM 3							1	1.3							1	1.2
AMIGDALITIS	EM 72													1	1.3	1	1.2
ANEMIAS FERROPRIVAS	EM 47													1	1.3	1	1.2
T O T A L		7	9.3	2	2.7	3	3.4	13	17.6	4	5.3	6	7.0	37	56.7	73	100.0

1a. ENCUESTA DE MORBILIDAD
ABRIL DE 1976.
MUNICIPIO DE TAMAHU, ALTA VERAPAZ

A— agricultor
I — industrial
S— servicios

OD— oficios domésticos
C— comerciante
E— estudiante
O— otros.

CUADRO No. 1.2.4

NUMERO Y PORCENTAJE DE PERSONAS SANAS, ENFERMAS, REFERIDAS AL PUESTO DE SALUD Y AL HOSPITAL, (O QUE SE ENCUENTRAN HOSPITALIZADAS) SEGUN GRUPOS ETARIOS.

GRUPOS ETARIOS	SANOS		ENFERMOS		REFERIDOS AL PUESTO DE SALUD		REFERIDOS AL HOSPITAL U HOSPITALIZADOS	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
Menores de 1 año	4	2.7	10	12.0	0	0.0	0	0.0
1 a 4 años	16	10.5	24	29.0	4	19.0	1	100.0
5 a 9 años	35	23.0	13	15.7	3	14.3	0	0.0
10 a 14 años	35	23.0	7	8.4	1	4.8	0	0.0
15 a 44 años	46	30.3	18	21.7	9	42.9	0	0.0
45 ó más años	16	10.5	11	13.2	4	19.0	0	0.0
Total	152	100.0	83	100.0	21	100.0	1	100.0

-35-

1a. Encuesta de Morbilidad
Abril de 1976
Municipio de Tamahu, Alta Verapaz.

CAUSAS PRINCIPALES DE LA MORBILIDAD
SEGUN SU CONDICION MIGRATORIA

CUADRO No. 1.2.5

MORBILIDAD GRUPO DE CAUSAS	CODIGO	CONDICION MIGRATORIA						T O T A L
		No Migrantes		Migrantes Estacionales		Otros		
		No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	
		No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	
I.R.S.	EM 08	53	73.6	0	0	0	53	73.6
ARTRITIS	EM 92	5	6.9	0	0	0	5	6.9
HELMINTIASIS	EM 34	4	5.2	0	0	0	4	5.2
E.N.F. PEPTICA	EM 76	2	2.7	1	1.2	0	3	4.1
E. DIARREICA	EM 8	2	2.7	0	0	0	2	2.7
TRAUMATISMOS	EME 109	2	2.7	0	0	0	2	2.7
CATARATAS	EM 53	1	1.2	0	0	0	1	1.2
DISENTERIA B.	EM 3	1	1.2	0	0	0	1	1.2
AMIGDALITIS	EM 72	1	1.2	0	0	0	1	1.2
ANEMIAS F.	EM 47	1	1.2	0	0	0	1	1.2
T O T A L		72	98.8	1	1.2	0	73	100

1ra. ENCUESTA DE MORBILIDAD
ABRIL DE 1976.

MUNICIPIO DE TAMAHU, ALTA VERAPAZ

CUADRO No. 1.2.6

NUMERO DE ENFERMOS OBSERVADOS DE ENFERMEDADES IN-
FECTO-CONTAGIOSAS, TRANSMISIBLES Y ENFERMEDADES DE-
GENERATIVAS Y CARDIOVASCULARES EN LA CONSULTA EX-
TERNA Y EN LAS ENCUESTAS DE MORBILIDAD EFECTUADAS.

LUGAR DE OBSERVACION	Enfermedades infecto-conta- giosas, trans- misibles y nu- tricionales.		Enfermedades degenerativas y cardiovascu- lares.		TOTAL	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
Demanda Puesto de salud	158	83.6	31	16.4	189	100
1a. Encuesta	99	92.52	8	7.48	107	100
2a. Encuesta	69	87.34	10	12.66	79	100
Ambas encuestas	168	90.32	18	9.68	186	100
T O T A L	326	86.93	49	13.07	375	100

MUNICIPIO DE TAMAHU, A.V.
FEBRERO A JULIO, 1976

**PRINCIPALES GRUPOS DE CAUSAS DE MORBILIDAD
SEGUN URBANO Y RURAL, SEXO Y GRUPOS ESTARIOS**

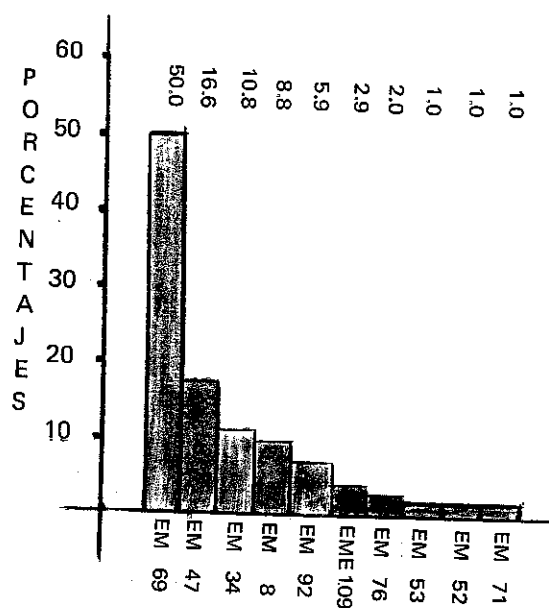
CUADRO No. 1.2.7

Grupo de Causas	Código	U R B A N O										R U R A L										T O T A L	
		0 M	4 F	5 M	9 F	10 M	14 F	15 M	44 F	50 M	6+ F	0 M	4 F	5 M	9 F	10 M	14 F	15 M	44 F	45 M	+ F	Núm.	Porcentaje
I.R.S.	EM 69	16	10	3	6		1	4	7	2	4	3	7		3		1	4	7	2	1	81	73.9
Artritis	EM 92						1	3									1				2	8	7.3
Helminthia	EM 34	1			2	1												1	2			5	4.5
Enf. Pep.	EM 76							3										2				4	3.7
T.B. Pul.	EM 9																	2				2	1.8
Traumat	EME 109					1				1								2				2	1.8
Catarata	EM 53	1																				1	0.9
Rubéola	EM 99								1				1		3		1					5	4.5
Amigdalitis	EM 72	72		1																		1	0.9
Anemia F.	EM 47									1										1		2	1.8

1a. Encuesta de Morbilidad
Abril de 1976
Tamahú, Alta Verapaz

CAUSAS PRINCIPALES DE MORBILIDAD
2a. ENCUESTA AREA URBANA

Grupo de causas	Código	No. de casos	o/o sobre casos		
I.R.S.	EM 69	51	Casos	50.0	
ANEMIAS F.	EM 47	17	"	16.6	
HELMINTIASIS	EM 34	11	"	10.8	
E. DIARREICA	EM 8	9	"	8.8	
ARTRITIS	EM 92	6	"	5.9	
TRAUMATISMOS	EME 109	3	"	2.9	
ENF. PEPTICA	EM 76	2	"	2.0	
CATARATAS C	EM 53	1	"	1.0	
OJOS	EM 52	1	"	1.0	
ASMA BRONQUIAL	EM 71	1	"	1.0	
	Total	102	"	100.0	



GRAFICA No. 3 SEGUNDA ENCUESTA AREA URBANA

Esta gráfica nos muestra un cambio significativo respecto a las anteriores; el número de enfermos ha aumentado. En esta oportunidad se procedió a examinar uno por uno de los encuestados, para así obtener datos más fidedignos, lo cual, se observa con la mayor prevalencia de determinada morbilidad.

El mayor porcentaje 50o/o está determinado por enfermedades del aparato respiratorio I.R.S.

En segundo lugar se nota un incremento; de 1.4o/o (en la 1a. encuesta) a 16.6o/o para las Anemias ferropivas. Siendo determinada su prevalencia únicamente por medio de historia clínica, signos y examen físico.

En 3er. lugar también notamos un incremento en la prevalencia de enfermedades parasitarias; en esta oportunidad fueron detectados 11 casos y en la encuesta anterior únicamente 4 casos. Su diagnóstico se basó en la afirmación de las personas de haber expulsado parásitos con las heces fecales.

El cuarto lugar corresponde a las enfermedades diarreicas con un porcentaje de 8.8o/o.

En 5o. Lugar se reporta nuevamente las enfermedades articulares con un total de 6 casos y un porcentaje de 5.9o/o.

En el 6o. puesto está ocupado por los traumatismos; más frecuentes en nuestra área urbana que rural. Contribuyendo a la morbilidad prevaleciente del municipio. Un total de 3 casos para un porcentaje de 2.9o/o.

Continúan: Enf. Péptica 2 casos, 2.0o/o; Cataratas Congénitas, 1 caso: 1.0o/o, Ojos, 1 caso, 1.0o/o y un caso aislado de Asma bronquial.

Aparte de las 10 principales causas de morbilidad anteriormente detallada, también fueron detectados, 1 caso de Hipertensión arterial y 1 caso de Diabetes Mellitus; no dentro de gente indígena, sino que en gente ladina. En la primera encuesta no se hizo ninguna referencia a éstas, pues, en esa oportunidad no fue revelado por las personas encuestadas.

NOTA: De los datos generales en la segunda encuesta, tanto en el área urbana como la rural, únicamente varió el cuadro referente al número de enfermos:

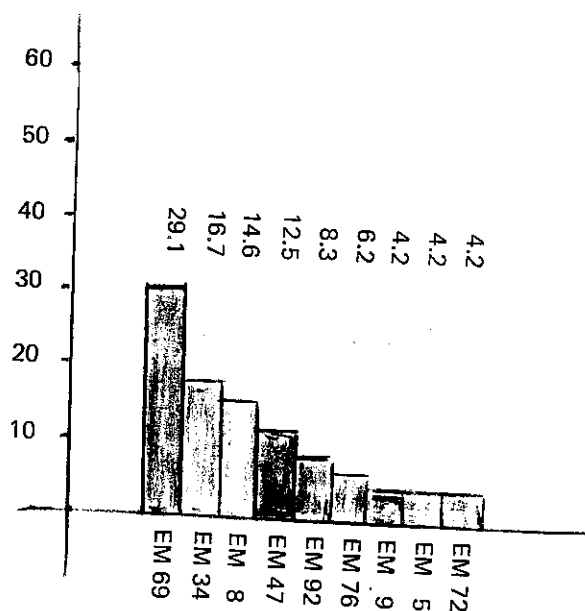
ENFERMOS

Si enfermos:	106 miembros	45.1o/o
No enfermos:	129	54.9o/o

El aumento de prevalencia de enfermedades en ambas poblaciones, está determinado, a que en esta segunda encuesta todos los encuestados fueron examinados clínicamente uno por uno por el autor del presente estudio y se hizo caso omiso de lo referido por ello si estaban o no enfermos. De la primera encuesta se tuvo la triste experiencia de que nuestra gente aún no conoce entre el estar sano o enfermo, para la gran mayoría el estar enfermo significa estar en cama o estar agonizando.

CAUSAS PRINCIPALES DE MORBILIDAD
2a. ENCUESTA AREA RURAL

Grupo de causas	Código	No de casos	o/o sobre casos	
I.R.S.	EM 69	14 Casos	29.1	
HELMINTIASIS	EM 34	8 "	16.1	
E. DIARREICA	EM 8	7 "	14.6	
ANEMIAS FERROP	EM 47	6 "	12.5	
ARTRITIS	EM 92	4 "	8.3	
ENF. PEPTICA	EM 76	3 "	6.2	
T.B. PULMONAR	EM 9	2 "	4.2	
AMIBIASIS INTEST.	EM 5	2 "	4.2	
AMIGDALITIS	EM 72	2 "	4.2	
TOTAL:	Total	48	100.0o/o	



GRAFICA No. 4
SEGUNDA ENCUESTA AREA RURAL

El porcentaje mayor está determinado por 14 casos de I.R.S. a la cual le corresponde un porcentaje de 29.1o/o se nota una baja con respecto a la primera encuesta en la cual se reportaron 28 casos. Esto no indica que se hubiera hecho algo para prevenir este tipo de morbilidad, sino que únicamente es que los otros rubros aumentaron.

En 2do. lugar tenemos 8 casos de parasitismo con un porcentaje de 16.7o/o. Los factores ambientales: físico, biológico y social (7) son determinantes para la prevalencia de este tipo de morbilidad.

En 3er. lugar encontramos 7 casos de E. diarrea con un porcentaje de 14.6o/o al igual que la anterior los factores ambientales son determinantes principalmente en el área rural (situación más precaria que en el área urbana).

Ocupa el 4to. lugar 6 casos detectados de anemia ferropriva con un porcentaje de 12.5o/o.

En 5to. lugar las Enfermedades articulares para un total de 4 casos y un porcentaje de 8.3o/o. Es notable observar que este tipo de patología aún en el área rural siempre se manifiesta.

En 6to. lugar tenemos 3 casos reportados con Enf. Péptica con un porcentaje de 6.2o/o, morbilidad que atribuimos a los hábitos alimenticios y no al stress como sucede en las grandes ciudades.

En 7o. lugar, 2 casos de enfermedad pulmonar (tuberculosis), morbilidad que se condiciona por el hacinamiento de las personas en sus viviendas sumado a la desnutrición como causa principal.

En 8o. lugar tenemos 2 casos de Amebiasis intestinal, con un porcentaje de 4.2o/o. Al igual que en la enfermedad diarrea el parasitismo, los factores ambientales son primordiales para que se desarrollen este tipo de morbilidad.

No. DE ENFERMOS

No. de Miembros:	93	100.0o/o
No. de enfermos:	48	51.6
No. de sanos:	45	48.4

(7) Rendon, F. Castillo, C. Palma, J. Consideraciones sobre enfermedad diarrea. Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1976. pp. 1-3 (folleto mimeografiado).

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD
SEGUN LA INSTRUCCION DE LA POBLACION
ENCUESTADA**

MORBILIDAD Grupo de	Código	I N S T R U C C I O N													No.	o/o	o/o
		ALFABETOS								Ed. Sec. Incom- pleta	Ed. Sec comple- ta	Analfa- betos					
		Educación Primaria															
		1	2	3	4	5	6										
I.R.S.	EM	69	3	3	1	1	1			1	41	51	50.				
ANEMIAS F.	EM	47	3		1		1			1	12	17	16.4				
HELMINTIASIS	EM	34		1	1						9	11	10.9				
ENF. DIARREICA	EM	8									9	9	8.3				
ARTRITIS	EM	92		1		1					4	6	5.0				
TRAUMATISMOS	EME	109		1		1					1	3	2.9				
ENF. PEPTICA	EM	76					1				1	2	1.9				
CATARATAS C.	EM	53									1	1	0.9				
OJOS	EM	52									1	1	0.9				
ASMA BRONQUIAL	EM	71			1						0	1	0.9				
TOTAL			6	6	4	1	3	2	0	1	79	102	100.0				

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD SEGUN
LA OCUPACION DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS**

MORBILIDAD			O C U P A C I O N														TOTAL			
Grupos de causas			Código		A		I		S		OD		C		E		O			
			No	o/o	No.	o/o	No	o/o	No	o/o	No	o/o	No	o/o	No	o/o	No	o/o	No	o/o
I.R.S.	EM	69			1	0.9					11	10.9	2	1.9	8	7.8	29	28.6	51	50.0
ANEMIAS FERRO-PRIVAS	EM	47	1	0.9							1	0.9			7	6.8	8	7.8	17	16.4
HELMINTIASIS	EM	34	1	0.9							1	0.9			6	5.0	3	2.9	11	10.9
ENF. DIARREICA	EM	8									4	3.9					5	4.9	9	8.3
ARTRITIS	EM	92	2	1.9							3	2.9	1	0.9					6	5.0
TRAUMATISMOS	EME	109			1		1	0.9			1	0.9			1	0.9			3	2.9
ENF. PEPTICA	EM	76	1	0.9			1	0.9											2	1.9
OJOS	EM	52													1	0.9			1	0.9
ASMA BRONQUIAL	EM	71									1	0.9							1	0.9
CATARATAS CONGENITAS	EM	53															1	0.9	1	0.9
TOTAL:			5	4.6	1	0.9	2	1.9			22	21.5	3	2.9	23	22.5	46	45.7	102	100.0

SEGUNDA ENCUESTA DE MORBILIDAD
JUNIO DE 1976.
MUNICIPIO DE TAMAHU, DEPARTAMENTO DE ALTA VERAPAZ.

A — Agricultor
I — Industrial
S — Servicios
OD — Oficios domésticos
C — Comerciante
E — Estudiante
O — Otros.

NUMERO Y PORCENTAJE DE PERSONAS SANAS, ENFERMAS, REFERIDAS AL PUESTO DE SALUD Y AL HOSPITAL, (O QUE SE ENCONTRABAN HOSPITALIZADAS) SEGUN GRUPOS ETARIOS

GRUPOS ETARIOS	SANOS		ENFERMOS		REFERIDOS AL PUESTO DE SA- LUD		REFERIDOS AL HOSPITAL U HOS- PITALIZADOS	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
Menores de 1 año	2	1.6	8	7.6	0	0.0	0	0.0
1 a 4 años	12	9.3	30	28.3	0	0.0	0	0.0
5 a 9 "	20	15.5	24	22.6	0	0.0	0	0.0
10 a 14 "	21	16.3	12	11.3	0	0.0	0	0.0
15 a 44	59	45.7	16	15.1	1	100.0	0	0.0
45 ó mas años	15	11.6	16	15.1	0	0.0	0	0.0
TOTAL	129	100.0	106	100.0	1	100.0	0	0.0

SEGUNDA ENCUESTA DE MORBILIDAD.

JUNIO DE 1976.

MUNICIPIO DE TAMAHU, DEPARTAMENTO DE ALTA VERAPAZ.

**PRINCIPALES GRUPOS DE CAUSAS DE MORBILIDAD SEGUN URBANO Y RURAL, SEXO Y GRUPOS ETARIOS
SEGUN URBANO Y RURAL, SEXO Y GRUPOS ETARIOS.**

Grupo de Causas:	Código	U R B A N O												R U R A L												T O T A L	
		0	4	5	9	10	14	15	44	45	o +	0	4	5	9	10	14	15	44	45	o +						
		M	F	MF	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	No.	o/o				
I.R.S.	EM	69	9	17	4	4	2	3	1	4	2	5	3	3		3	1	1	1	1		1	65	44.3			
ANEMIAS F.	EM	47	4	1	5	4	1		1		1						1	1	4				23	15.7			
HELMINTIASIS	EM	34	1	1	3	2	1	2	1					1	1	3	1	1					19	12.4			
E. DIARREICA	EM	8	3	1		1			1	3		1	2	2	1	1	1	1					16	10.9			
ARTRITIS	EM	92								1	2	2						1	1		1	10	6.9				
TRAUMATISMOS	EME						2		1	1												3	2.0				
ENF. PEPTICA	EM	76						2										1	1		1	5	3.5				
T.B. PULMONAR	EM	9																2				2	1.4				
AMIBIASIS I.	EM	5																		1		2	1.4				
AMIGDALITIS	EM	72											1						1			2	1.4				

SEGUNDA ENCUESTA DE MORBILIDAD.

JUNIO DE 1976.

MUNICIPIO DE TAMAHU, DEPARTAMENTO DE ALTA VERAPAZ.

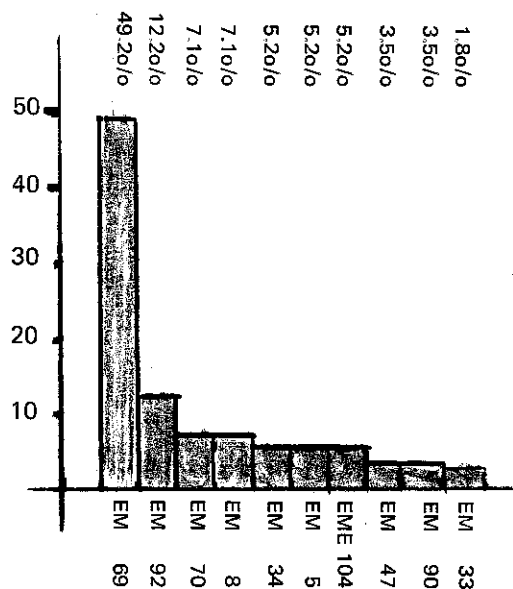
**CUADROS COMPARATIVOS DE CAUSAS DE MORBILIDAD
SEGUN LOCALIDAD DE LA VIVIENDA. URBANA O RURAL**

PRIMERA ENCUESTA		LOCALIDAD				SEGUNDA ENCUESTA				LOCALIDAD			
		URBANO		RURAL		URBANO		RURAL					
		CODIGO	No.	o/o	No.	o/o	CODIGO	No.	o/o	No.	o/o		
MORBILIDAD							MORBILIDAD						
I.R.S.	EM	69	53	72.6	28	65.1	I.R.S.	EM	69	51	50.0	14	29.1
ARTRITIS	EM	92	5	6.8	3	7.0	ANEMIAS FERROP.	EM	47	17	16.6	6	12.5
RUBEOLA	EM	99	0	0.0	5	11.6	HELMINTIASIS	EM	34	11	10.8	8	16.7
HELMINTIASIS	EM	34	4	5.5	2	4.7	ENF. DIARREICA	EM	8	9	8.8	7	14.6
ENF. PEPTICA	EM	76	3	4.1	1	2.3	ARTRITIS	EM	92	6	5.9	4	8.3
T.B. PULMONAR	EM	9	0	0.0	2	4.7	TRAUMATISMOS	EME	109	3	2.9	0	0.0
TRAUMATISMOS	EME	109	2	2.7	0	0.0	ENF. PEPTICA	EM	76	2	0.0	3	6.2
DISENTERIA BACILAR	EM	3	1	1.4	0	0.0	T.B. PUMONAR EM	EM	9	0	0.0	2	4.2
ENF. DIARREICA	EM	8	2	2.7	0	0.0	AMIBIASIS INTEST.	EM	5	0	0.0	2	4.2
CATARATAS CONG.	EM	53	1	1.4	0	0.0	AMIGDALITIS	EM	72	0	0.0	2	4.2
ANEMIAS FERROP.	EM	47	1	1.4	0	0.0	CATARATAS CONG.	EM	53	1	1.0	0	0.0
AMIGDALITIS	EM	72	1	1.4	0	0.0	OJOS	EM	52	1	1.0	0	0.0
PIODERMITIS	EM	90	0	0.0	1	2.3	ASMA BRONQUIAL	EM	71	1	1.0	0	0.0
TOTAL:			73	100.0	43	100.0			102	100.0	48	100.0	

PRIMERA Y SEGUNDA ENCUESTA DE MORBILIDAD.
ABRIL Y JUNIO DE 1976.
MUNICIPIO DE TAMAHU, DEPARTAMENTO DE ALTA VERAPAZ.

**CAUSAS PRINCIPALES DE MORBILIDAD
DEMANDA ESPONTANEA. MES DE FEB. 1976**

Grupo de causas	Código	No. de casos	o/o sobre casos	
I.R.S.	EM 69	28 **	49.2o/o	
ARTRITIS	EM 92	7 **	12.2	
B.N.M.	EM 70	4 **	7.1	
E. DIARREICA	EM 8	4 **	7.1	
HELMINTIASIS	EM 34	3 **	5.2	
HERIDAS	EME 104	3 **	5.2	
ANEMIAS FERROP.	EM 47	2 **	3.5	
PIEL	EM 90	2 **	3.5	
MICOSIS	EM 33	1 **	1.8	
	TOTAL	57 **	100.0o/o	



GRAFICA No. 5
DEMANDA ESPONTANEA AL PUESTO
DE SALUD, MES DE FEBRERO

La 1a. barra nos representa 28 casos de I.R.S. para el porcentaje más alto de 49.2o/o. Morbilidad del aparato respiratorio muy frecuente durante el mes de febrero por persistir aún un ambiente muy frío.

El 2o. porcentaje: 12.2o/o lo ocupan la casilla de enfermedades articulares.

La tercera barra nos muestra una de las complicaciones frecuentes de las enfermedades del aparato respiratorio como lo es en esta oportunidad la bronconeumonía habiendo sido reportados 4 casos para un porcentaje de 7.1o/o.

La 3a., 4a., 5a. y 6a. barra nos muestra morbilidad del aparato gastrointestinal para un porcentaje total de 24.6o/o.

Tenemos a continuación 2 casos reportados de anemias ferroprivas para un porcentaje de 3.5o/o.

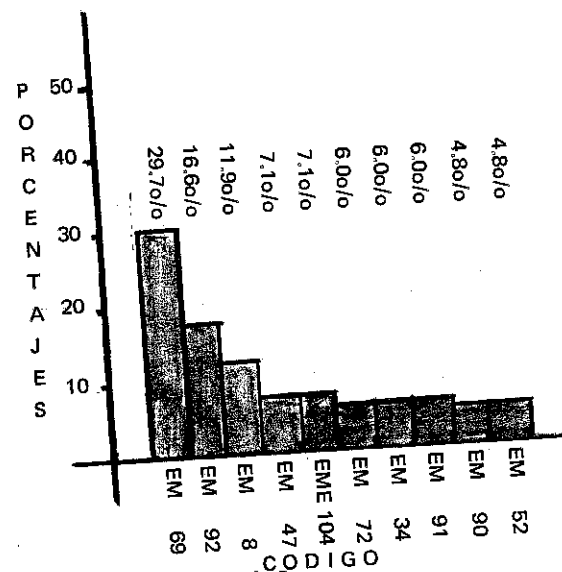
Además de casos de enfermedades de la piel y una micosis para un porcentaje de 5.3o/o.

Podemos notar que en este primer mes de mayor incidencia de demanda al puesto de salud correspondió a morbilidad del aparato respiratorio, siguiendo en su orden el aparato gastrointestinal y luego problemas referentes a piel. El número de casos es relativamente bajo, por la poca afluencia de pacientes al puesto de salud.

Dentro de la demanda al puesto de salud, durante el mes febrero, tenemos también 3 casos de heridas corto-cortantes, producidas principalmente por machetes. Municipio primordialmente agrícola.

CAUSAS PRINCIPALES DE MORBILIDAD.
DEMANDA ESPONTANEA. MARZO DE 1976.

Grupo de causas	Código	No. de casos	o/o sobre casos
I.R.S.	EM 69	25	29.7o/o
ARTRITIS	EM 92	14	16.6
E. DIARREICA	EM 8	10	11.9
ANEMIAS FERROP.	EM 47	6	7.1
HERIDAS	EME 104	6	7.1
AMIGDALITIS	EM 72	5	6.0
HELMINTIASIS	EM 34	5	6.0
OTRAS PIEL.	EM 91	5	6.0
PIEL	EM 90	4	4.8
OJOS	EM 52	4	4.8
TOTAL		84	100.0o/o



GRAFICA No. 6 DEMANDA ESPONTANEA AL PUESTO DE SALUD, MES DE MARZO

Durante este mes acudieron en demanda espontánea al puesto de salud 25 personas presentando sintomatología clínica compatible con un diagnóstico de I.R.S lo que motivó que nuevamente este rubro ocupe el primer lugar con un porcentaje de 29.7o/o; a pesar de que en este mes la temperatura ya ha cambiado radicalmente, de fría a pasado a cálida.

El 2do. lugar se encuentra ocupado por las enfermedades articulares con un total de 14 casos correspondiéndole para tal un porcentaje de 16.6o/o. Es una morbilidad que su etiología no está determinada plenamente, sin embargo mes a mes llegan pacientes al puesto de salud refiriendo dolores articulares de los más diversos tipos y en pacientes de distintas edades; principal e indudablemente los de mayor edad.

En 3er. lugar contamos con las clásicas consultas por Enfermedad diarreica, detectando 10 casos para un porcentaje total de 11.9o/o relativamente bajo si tomamos en cuenta las condiciones socio-económicas y culturales en que viven nuestras gentes. Pero la respuesta puede ser que la gran mayoría también de nuestra gente no hace uso del servicio que se les brinda en el puesto de salud.

Durante este mes detectamos 6 casos de Anemia ferropriva, diagnóstico clínico basado únicamente por historia, antecedentes y signos físicos. En nuestro puesto de salud no contamos con medios de ayuda diagnóstica que nos hubiesen ayudado a comprobar nuestro diagnóstico.

La morbilidad producida por heridas (primordialmente producidas por objetos cortantes: machetes), presenta un incremento con respecto al mes anterior 6 casos correspondiéndoles un porcentaje de 7.6o/o pacientes consultando por problemas de dificultad para tragar etiquetándose con el diagnóstico clínico de Amigdalitis aguda, morbilidad poco frecuente que le corresponde un porcentaje de 6.3o/o.

La morbilidad por parasitismo es frecuente, aunque su diagnóstico se basa siempre en lo expresado por las personas, en lo referente a que han expulsado parásitos con sus heces fecales.

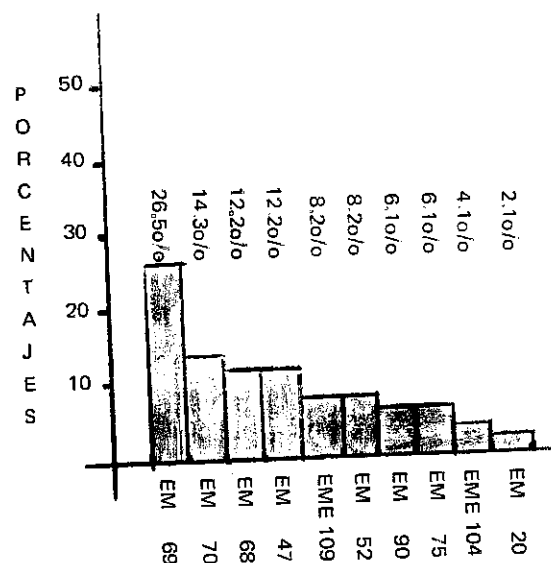
Las enfermedades de la piel, también son una patología frecuente en nuestro medio rural, muchas veces o en su gran mayoría no se diagnostican por no conocer las mismas. Hubo una demanda de 9 casos que les correspondió un porcentaje de 10.8o/o.

También la morbilidad ocular se presenta con regularidad, principalmente la producida por procesos infecciosos. 4 casos con un porcentaje de 4.8o/o.

Durante el mes de febrero, las 10 principales causas de morbilidad, arrojaron un total de 57 casos; durante el mes de marzo los casos se elevan a 84, notamos un incremento de 27 casos.

CAUSAS PRINCIPALES DE MORBILIDAD. DEMANDA ESPONTANEA. ABRIL DE 1976.

Grupo de causas	Código	No. de casos	o/o sobre casos
I.R.S.	EM 69	13	26.5o/o
B.N.M.	EM 70	7	14.3
RUBEOLA	EM 68	6	12.2
ANEMIAS FERROP.	EM 47	6	12.2
TRAUMATISMOS	EME 109	4	8.2
OJOS	EM 52	4	8.2
PIEL	EM 90	3	6.1
DIENTES	EM 75	3	6.1
HERIDAS	EME 104	2	4.1
SARAMPION	EM 20	1	2.1
TOTAL		49	100.0o/o



GRAFICA No. 7
DEMANDA ESPONTANEA AL PUESTO
DE SALUD, MES DE ABRIL.

Durante este mes tenemos únicamente 49 casos en total para las 10 principales causas de morbilidad; un bajón considerable con respecto a la demanda espontánea de los pacientes hacia el puesto de salud. Debemos de hacer notar también que esta baja de afluencia se debe en gran parte que durante el mes de abril se desarrollo la primera encuesta de morbilidad lo que motivó que el autor del presente trabajo estuviera ausente de la atención del puesto de salud.

El primer lugar se encuentra ocupado nuevamente por la morbilidad del aparato respiratorio: la I.R.S. únicamente 13 casos que les corresponde un porcentaje de 26.5o/o.

El 2do. lugar lo ocupa una de las causas mas frecuentes de morbimortalidad del aparato respiratorio como lo es la Bronconeumonia facil presa para nuestros niños y adultos desnutridos.

En 3er. lugar por primera vez encontramos 6 casos de Rubéola con un porcentaje de 12.2o/o enfermedad transmisible frecuente de nuestra área rural. Se ha comprobado por estudios efectuados en el INCAP, que nuestros niños del área rural por sus deficiencias nutricionales son fácil presa para padecer de enfermedades infecciosas y parasitarias, estableciéndose así el círculo sinérgico entre infección y nutrición.

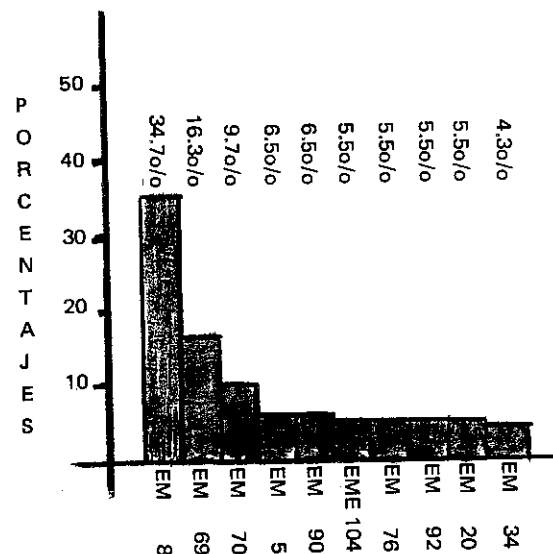
En 4to. lugar tenemos 6 casos de anemias ferroprivas con un porcentaje de 12.2o/o morbilidad que no necesita de mayor explicación, sus causas son obvias.

Esta vez el 5to. lugar está ocupado por los traumatismos externos, producidos por caídas o golpes con objetos romos.

El 10mo. lugar lo ocupa un caso aislado de Sarampión, enfermedad transmisible que es patrimonio de nuestras comunidades. Durante este mes en Telemán, aldea del municipio de Panzos se desarrollo una epidemia de sarampión que provocó mucha mortalidad en el área; el brote se fue extendiendo a los poblados vecinos.

CAUSAS PRINCIPALES DE MORBILIDAD.
DEMANDA ESPONTANEA. MAYO DE 1976.

Grupo de causas	Código	No. de casos	o/o sobre casos
E. DIARREICA	EM 8	32 "	34.7o/o
I.R.S.	EM 69	15 "	16.3
B.N.M.	EM 70	9 "	9.7
AMIBIASIS INTES.	EM 5	6 "	6.5
PIEL	EM 90	6 "	6.5
HERIDAS	EME 104	5 "	5.5
ENF. PEPTICA	EM 76	5 "	5.5
ARTRITIS	EM 92	5 "	5.5
SARAMPION	EM 20	5 "	5.5
HELMINTIASIS	EM 34	4 "	4.3
TOTAL		92 "	100.0o/o



GRAFICA No. 8
DEMANDA ESPONTANEA AL PUESTO
DE SALUD, MES DE MAYO

La primera barra está representada por 32 casos de diarrea, con un

porcentaje total de 34,7o/o. Es una prevalencia lógica, debido a que en el mes de mayo cuando aparecen las primeras lluvias se produce el fenómeno del fecalismo (las heces fecales del suelo son arrastradas por la lluvia hacia riachuelos, quebradas y pozos produciendo la contaminación del agua).

Ahora ocupando el segundo lugar, tenemos a las I.R.S. con un total de 15 casos reportados y un porcentaje de 16.3o/o

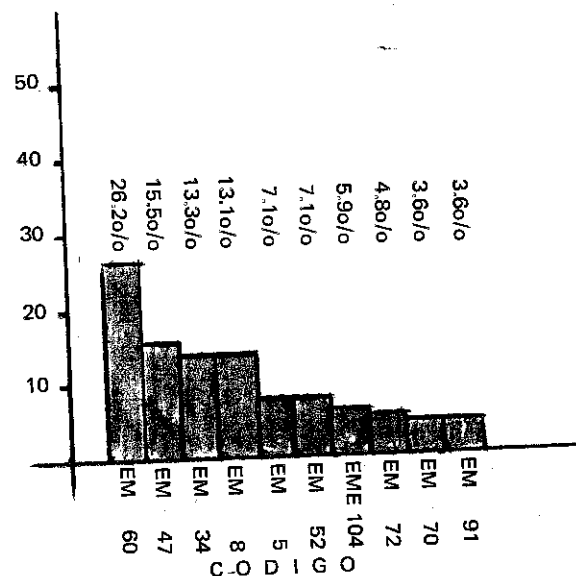
Se reportan nuevamente 9 casos de Bronconeumonia, para un porcentaje de 9.7o/o. La prevalencia de enfermedades gastrointestinales reportan 6 casos de Amibiasis intestinal con un porcentaje de 6.5o/o. Su etiología se ve determinada por el mismo fenómeno del fecalismo.

Son reportados en esta oportunidad 5 casos de Enfermedad Péptica con un porcentaje total de 5.5o/o; morbilidad que también se hace presente dentro de nuestra gente del área rural.

Con respecto a la morbilidad de los meses anteriores únicamente notamos, el cambio significativo de la mayor prevalencia de las enfermedades gastrointestinales al primer lugar y el apararecimiento de cinco casos de sarampión.

CAUSAS PRINCIPALES DE MORBILIDAD.
DEMANDA ESPONTANEA. JUNIO DE 1976.

Grupo de causas	Código	No. de casos	o/o sobre casos
I.R.S.	EM 69	22 **	26.2o/o
ANEMIAS FERROP.	EM 47	13 **	15.5
HELMINTIASIS	EM 34	11 **	13.1
E. DIARREICA	EM 8	11 **	13.1
AMIBIASIS INTES	EM 5	6 **	7.1
OJOS	EM 52	6 **	7.1
TRAUMATISMOS	EME 104	5 **	5.9
AMIGDALITIS	EM 72	4 **	4.8
B.N.M.	EM 70	3 **	3.6
OTRAS PIEL.	EM 91	3 **	3.6
TOTAL		84 **	100.0o/o



GRAFICA No. 9
DEMANDA ESPONTANEA AL PUESTO
DE SALUD, MES DE JUNIO

Durante este mes las diez causas principales de morbilidad, nos dieron un total de 84 casos, ocupando el mayor rubro el código EM 69 de I.R.S. con un porcentaje de 26.2o/o para 22 casos. En segundo lugar 13 casos de anemias ferroprivas con un porcentaje de 15.5o/o.

En tercero, cuarto y quinto rubros son ocupados por entidades referentes al sistema gastrointestinal, como lo son: helmintiasis diarreicas, amebiasis intestinal, que sumados nos dan un porcentaje de 33o/o lo que nos confirma nuevamente que son las entidades que más aquejan en nuestra área rural.

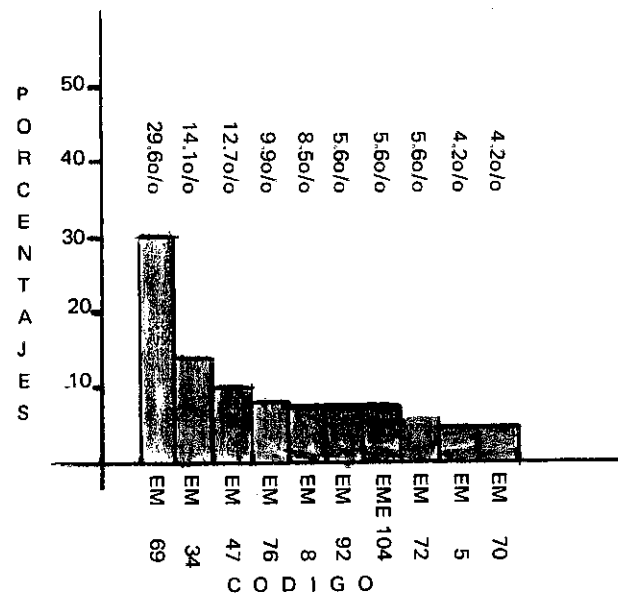
A continuación tenemos causas diversas, pero significativas con un porcentaje de 25o/o y un total de 24 casos, como lo son: enfermedades de los ojos, traumatismos, amigdalitis, bronconeumonías y enfermedades de la piel.

Con cierta regularidad, mes a mes se repiten las mismas causas de morbilidad.

Media vez no se tomen medidas racionales y directas la salud de nuestro pueblo se mantendrá en un mismo ciclo.

CAUSAS PRINCIPALES DE MORBILIDAD.
DEMANDA ESPONTANEA. JULIO DE 1976.

Grupo de causas	Código	No. de casos	o/o sobre los casos
I.R.S.	EM 69	21 "	29.6o/o
HELMINTIASIS	EM 34	10 "	14.1
ANEMIAS FERROP.	EM 47	9 "	12.7
ENF. PEPTICA	EM 76	7 "	9.9
E. DIARREICA	EM 8	6 "	8.5
ARTRITIS	EM 92	4 "	5.6
HERIDAS	EME 104	4 "	5.6
AMIGDALITIS	EM 72	3 "	4.2
AMIBIASIS INTES.	EM 5	3 "	4.2
BRONCONEUMONIAS	EM 70	4 "	5.6
TOTAL		71	100.0o/o



GRAFICA No. 10
DEMANDA ESPONTANEA AL PUESTO DE
SALUD, MES DE JULIO

Durante el mes de julio, 70 casos de morbilidad son el 100o/o coupando el primer lugar 20 casos de I.R.S. con un 29.6o/o del total; nuevamente las enfermedades respiratorias.

La segunda barra nos muestra un 14.1o/o para 10 casos de helmintiasis. En tercer lugar 9 casos de anemias ferroprivas con un porcentaje de 12.7o/o. La barra No. 4 nos indica un 9.9o/o para las enfermedades pépticas. En orden decreciente tenemos diarreas, artritis, heridas, amigdalitis, amebiasis intestinal y bronconeumonías.

No dejando de aparecer estas mes a mes, como flagelo permanente dentro de nuestras gentes, condicionado esto al bajo factor socio-económico imperante.

I
I
C
C
I
I
I
I
I
I
F
C

I
P
P

PRINCIPALES GRUPOS DE CAUSAS DE MORBILIDAD, POR
DEMANDA AL PUESTO DE SALUD SEGUN LOCALIZACION
DE LA VIVIENDA DE LA PERSONA, CONSULTA Y
RECONSULTA. GRUPOS ETARIOS Y SEXO.

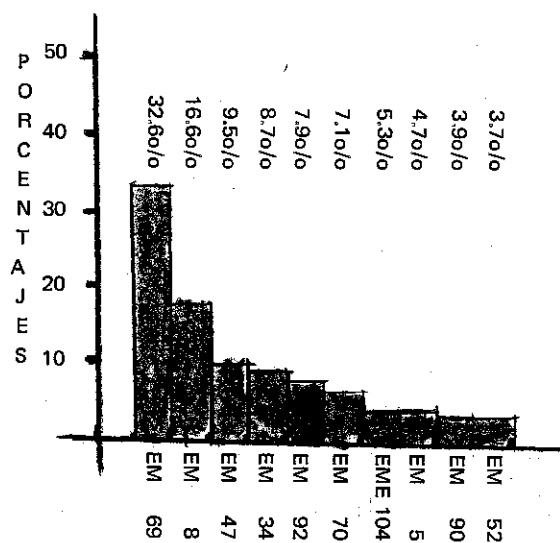
MUNICIPIO DE TAMAHU, DEPARTAMENTO DE ALTA
VERAPAZ, FEBRERO A JULIO DE 1976

MORBILIDAD			PRIMERA CONSULTA										RECONSULTAS																					
MORBILIDAD			CABECERA										MUNICIPAL										ALDEAS											
Grupo de causas	Código		PRIMERA CONSULTA					RECONSULTAS					PRIMERA CONSULTA					RECONSULTAS					TOTAL											
			0	4	5	9	10	14	15	44	45	+	0	4	5	9	10	14	15	44	45	+	0	4	5	9	10	14	15	44	45	+	No.	o/o
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		
I.R.S.	EM	69	11	16	4	5	1	3	6	14	7	7					9	3	3	2	0	0	9	15	2	7							124	32.6
DIARREAS	EM	8	12	11	1	0	1	0	3	1	0	0					8	15	5	4	0	0	1	0	1	0							63	16.6
ANEMIAS	EM	47	1	0	0	1	0	1	1	3	3	2					1	2	1	3	3	0	5	8	0	1							36	9.5
HELMINT	EM	34	0	4	6	2	1	1	0	0	0	0	1	0			3	4	3	2	1	2	1	1	0	1							33	8.7
ARTRITIS	EM	92	0	0	0	0	0	0	2	7	2	2					0	0	0	0	0	3	7	4	3								30	7.9
B.N.M	EM	70	1	2	0	3	0	0	0	0	1	0					6	7	0	1	0	3	0	1	0								27	7.1
HERIDAS	EME	104	1	0	0	1	2	0	7	0	0	0					0	0	0	0	1	0	7	0	1	0							20	5.3
AMEBIASIS	EM	5	0	0	0	2	0	1	1	1	0	0					1	1	1	2	1	0	4	3	0	0							18	4.7
PIEL	EM	90	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0			2	1	2	3	0	1	1	1	0	0							15	3.9
OJOS	EM	52	1	2	0	1	1	1	1	1	0	0					0	2	0	0	1	0	1	1	1	0			1	0			14	3.7
																													380	100.0				

DEMANDA ESPONTANEA AL PUESTO DE SALUD
MESES DE FEBRERO A JULIO DE 1976
MUNICIPIO DE TAMAHU, ALTA VERAPAZ

CAUSAS PRINCIPALES DE MORBILIDAD.
DEMANDA ESPONTANEA AL PUESTO DE
SALUD. FEBRERO A JULIO DE 1976.

Grupo de causas	Código	No. de casos	o/o sobre casos
I.R.S.	EM 69	124	32.6o/o
E. DIARREICA	EM 8	63	16.6
ANEMIAS FERROP.	EM 47	36	9.5
HELMINTIASIS	EM 34	33	8.7
ARTRITIS	EM 92	30	7.9
BRONCONEUMONIAS	EM 70	27	7.1
HERIDAS	EME 104	20	5.3
AMIBIASIS INTEST.	EM 5	18	4.7
PIEL	EM 90	15	3.9
OJOS	EM 52	14	3.7
TOTAL		380 CASOS	100.0o/o



GRAFICA No. 11
DEMANDA ESPONTANEA AL PUESTO DE SALUD
DURANTE LOS MESES DE FEBRERO A JULIO DE 1976

Las diez principales causas de morbilidad durante 6 meses en el municipio de San Pablo Tamahú, Cobán A.V.; arroja un total de 380 casos.

En primer lugar tenemos 123 casos de I.R.S. para un porcentaje de 22.53o/o como representante de las enfermedades del aparato respiratorio. Como es lógico la población más afectada fue la de menor edad, los comprendidos en 0 y 4 años.

En segundo lugar tenemos 63 casos de enfermedades diarreicas para un porcentaje de 16.66o/o como representantes del aparato gastrointestinal. Tanto en el área urbana como la rural, la población más afectada fue la comprendida entre 0 y 4 años.

En tercer lugar tenemos un porcentaje de 9.52o/o para 36 casos de anemias ferropivas. Número relativamente bajo ya que casi siempre D.P.C. y anemia van ligados. En esta oportunidad no contamos con medios de diagnóstico más afinados para un diagnóstico más preciso y fidedigno.

En cuarto lugar tenemos el flagelo del parasitismo con 33 casos para un porcentaje de 8.73o/o. En el área urbana la población más afectada fue la comprendida entre 5 y 9 años; mientras que la rural fue la comprendida entre 0 a 4 años.

En quinto lugar tenemos, las enfermedades articulares con un total de 30 casos, y un porcentaje de 7.93o/o. Tanto en el área urbana como rural, la población más afectada fueron las comprendidas entre las edades de 15 a 44 años; como era de esperarse. El sistema de vida, forma de trabajo y actualmente la longevidad que se está alcanzando, creo sea la razón para detectar actualmente muchos casos de enfermedades articulares, principalmente la artritis degenerativa aunque su etiología no este plenamente identificada.

En 6to. lugar tenemos 27 casos de Bronconeumonía con un porcentaje de 7.14o/o, es ésta una de las complicaciones en general mas frecuentemente observadas. La Bronconeumonía es una enfermedad de niños y adultos; como era de esperarse la población más afectada, tanto en el área rural como urbana, estuvo comprendida entre los 0 y 4 años.

En 7o. lugar tenemos 20 casos de morbilidad producidas por heridas, principalmente por objetos cortantes: machetes, con un porcentaje de 5.29o/o. La población más afectada fue la comprendida entre las edades de 15 a 44 años, tanto en el área urbana como rural.

En 8o. lugar tenemos la Amebiasis intestinal con un total de 17

casos detectados y un porcentaje de 4.49o/o. Como describíamos anteriormente los factores ambientales son primordiales para que se lleve a cabo este tipo de morbilidad: ausencia de letrinas, agua potable, programas de saneamiento ambiental, etc.

El 9no. lugar es ocupado por enfermedades de la Piel con un porcentaje de 3.9o/o para un total de 15 casos.

El décimo lugar pero significativamente es ocupado por 14 casos reportados de morbilidad ocular principalmente debida a procesos infecciosos su prevalencia cada día es más numerosa.

CUADRO No. 8 C
PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD POR
DEMANDA ESPONTANEA, SEGUN LA CALIDAD:
URBANA O RURAL. MESES DE FEBRERO A
JULIO DE 1976.

DEMANDA ESPONTANEA MORBILIDAD	CODIGO	L O C A L I D A D			
		URBANO		RURAL	
		No.	o/o	No.	o/o
I.R.S.	EM 69	74	41.3	50	24.9
E. DIARREICA	EM 8	29	16.2	34	17.0
ANEMIAS FERROPRIV.	EM 12	6.7		24	12.0
HELMINTIASIS	EM 34	15	8.4	18	9.0
ARTRITIS	EM 92	13	7.3	17	8.4
BRONCONEUMONIAS	EM 70	9	5.0	18	9.0
HERIDAS	EME 104	11	6.1	9	4.5
AMEBIASIS INTEST.	EM 5	5	2.8	13	6.4
PIEL	EM 90	3	1.7	12	5.9
OJOS	EM 52	8	4.5	6	2.9
T O T A L :		179	100.0	201	100.0

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

La morbilidad expresa el número de personas enfermas o casos de una enfermedad en relación con la población en que se presentan. Algunas de las hipótesis planteadas en el presente trabajo, obligan a analizar las principales manifestaciones de morbilidad detectadas en el municipio de Tamahú durante el lapso de la práctica de E.P.S. rural efectuada por el autor. Al respecto, es importante analizar los resultados de las dos encuestas realizadas, así como la experiencia derivada de la atención de la demanda espontánea en el puesto de salud.

Al efectuar tal análisis se evidencia que, tanto en las dos encuestas como en los casos de la demanda espontánea, prevalece como primera causa de morbilidad la I.R.S. siendo mayor su incidencia en el área urbana y en la rural. Dentro del estudio efectuado, no encontramos una causa específicamente relevante de dicha manifestación de morbilidad. Dada la etiología de la misma, y para los efectos de las hipótesis planteadas, no podría afirmarse que la I.R.S. dependa de factores económico-sociales o de otros factores de la realidad de Tamahú analizados al principio del trabajo.

En cuanto a las demás manifestaciones de morbilidad, los datos no coinciden en las encuestas ni en los resultados del análisis de la demanda espontánea, sin embargo, se encuentra una cierta equivalencia en algunos casos de morbilidad, y, en la segunda encuesta y en los resultados de la demanda espontánea, la equivalencia en general es mayor, como puede apreciarse en los cuadros anexos relativos a tales datos. Quizá tal equivalencia mayor se deba a que, tanto en la segunda encuesta como en la atención de la demanda espontánea, se efectuaron exámenes físicos, mientras que en la primera encuesta el resultado se detectó básicamente a través de la mera encuesta.

Así por ejemplo, en la primera encuesta el segundo lugar es ocupado por la artritis con un porcentaje de 6.9o/o; mientras que en la segunda encuesta la artritis ocupa el 5to. lugar, lugar que le corresponde también en la demanda espontánea. En la segunda encuesta el 2do. lugar es ocupado por las anemias ferroprivas con un porcentaje de 15.3o/o; mientras que en la demanda espontánea las mismas ocupan un 4to. lugar con un porcentaje de 9.5o/o. En la primera encuesta las anemias ferroprivas ocupan un 8vo. lugar, con un porcentaje de 1.7o/o. El 2do. lugar de la demanda espontánea está ocupado por las enfermedades diarreicas con un porcentaje de 16.6o/o mientras que en la segunda encuesta las enfermedades diarreicas ocupan el 4to. lugar con un porcentaje de 10.6o/o y en la primera encuesta ocupan el 6to. lugar con un porcentaje de 1.7o/o. El 3er. lugar se encuentra ocupado en ambas

encuestas y en la demanda espontánea por el parasitismo con porcentajes de: 5.2o/o en la primera encuesta, 12.7o/o en la segunda encuesta y 8.7o/o en la demanda espontánea.

A continuación tenemos: traumatismos, heridas, enfermedad péptica, complicaciones del aparato respiratorio: como las bronco-neumonías, infecciones de ojos y piel, T.B. pulmonar, amibiasis intestinal, rubéola.

De la interpretación de los datos anteriores, puede deducirse que las causas prevalecientes de morbilidad en Tamahú son en primer lugar las del Aparato Respiratorio; les siguen las nutricionales (representadas por las anemias ferro-privas), el parasitismo y las enfermedades diarreicas; es relevante también la artritis. Luego aparecen con menor prevalencia que las anteriores, traumatismos, heridas, enfermedad péptica, complicaciones del aparato respiratorio como las bronconeumonías, infecciones de ojos y piel, tuberculosis pulmonar, amibiasis intestinal y rubéola.

Puede notarse que, entre las manifestaciones de morbilidad con mayor prevalencia, se encuentran algunas cuya etiología está ligada a condiciones precarias de nutrición y de higiene, condiciones que a su vez, están determinadas por la pobre realidad económico-social de la población mayoritaria; permítasenos opinar, a este último respecto, que tal realidad económico-social precaria también está ligada a factores políticos de poder que impiden la realización de cambios en el sistema social que permitirían además, el acceso de la mayoría de la población a servicios sociales vitales, entre ellos al de salud.

Tomando en cuenta principalmente los resultados de la segunda encuesta y los de la atención de la demanda espontánea, puede observarse también que, en las manifestaciones de morbilidad relacionadas con la desnutrición, parasitismo y enfermedades diarreicas (en las cuales pensamos que incide especialmente la realidad, económico-social de la población), la prevalencia es mayor en el área rural, salvo en la segunda encuesta en lo relativo a las anemias ferroprivas, y en la primera encuesta a lo relativo a la helmintiasis. Congruente con nuestra conclusión de que tales manifestaciones de morbilidad están vinculadas más estrechamente con la realidad económico-social de la población, y aunque en un municipio como el de Tamahú la diferencia urbano-rural es menos significativa que en las concentraciones urbanas principales del país podría deducirse que la referencia prevalencia mayor en el área rural obedece a las más precarias condiciones de vida en ésta que en el área urbana.

Para los efectos de nuestras hipótesis, es interesante hacer notar igualmente, que, en lo relativo a la comparación entre las enfermedades

degenerativas y cardiovasculares, y las enfermedades infecto-contagiosas, transmisibles y nutricionales, su prevalencia no es la misma. En efecto, conforme el cuadro anexo relativo a tal comparación (1-2-6), los porcentajes correspondientes al primero y segundo grupo de dichas enfermedades son, respectivamente, los siguientes: primera encuesta: 7.48o/o y 92.52o/o; segunda encuesta: 12.66o/o y 87.34o/o; demanda espontánea: 16.4o/o y 83.6o/o; como puede observarse, la prevalencia del grupo de enfermedades infecto-contagiosas, transmisibles y nutricionales, es mayor que la del grupo de enfermedades degenerativas y cardiovasculares.

Con respecto a las posibilidades de acceso de la población de Tamahú a los servicios de salud, nos parecen relevantes los siguientes datos: En la primera encuesta se detectó un 47.4o/o de enfermos en el área rural, y un 41.1o/o en el área urbana. En la 2da. encuesta: 45.1o/o en el área urbana y 51.6o/o en el área rural. Si tales datos son valederos, la demanda espontánea del servicio es muy escasa. En efecto, en la demanda espontánea hemos dicho que se atendió un promedio de 125 casos mensuales, o sea 750 casos durante los 6 meses. Tal cifra representa el 11.7o/o de la población estimada de Tamahú en 1976, que es de 6,433 habitantes⁽⁸⁾; y si se toma en cuenta sólo los 378 casos de las principales causas morbilidad detectados en la demanda espontánea, dicha cifra equivale al 5.9o/o de la referida población total estimada de Tamahú. Estas cifras permiten apreciar la escasa demanda de servicio médico en Tamahú; no creemos que tal demanda tenga que ver con la calidad y la oportunidad de diagnóstico y el tratamiento médicos. Más bien, juntamente con una atención médica adecuada, debe motivarse una mayor demanda de servicio en la población, y promover condiciones para que ésta tenga acceso real al servicio, lo cual evidentemente excede el problema estrictamente médico para caer en el ámbito de otros factores sociales, económicos, políticos, culturales.

Considero que el análisis de morbilidad efectuado hasta el momento nos permite arribar a conclusiones relacionadas con hipótesis al respecto planteado en el presente trabajo. En todo caso, me permito anexar otros cuadros de resultados del estudio realizado durante nuestra práctica de E.P.S., rural, a fin de que puedan servir para otros efectos, o para complementar el análisis.

(8) IDEM

XI COMPARACION DEL ANALISIS PRECEDENTE CON ESTUDIO SOBRE MORBILIDAD REALIZADO CONTEMPORANEAMENTE EN EL MUNICIPIO DE TACTIC, ALTA VERAPAZ.

Las hipótesis del presente trabajo, como se indicó al principio son las propuestas por el protocolo de investigación 1976 del programa E.P.S. para el estudio de morbilidad a nivel nacional en municipios de la República de Guatemala. Tal circunstancia sugiere la conveniencia de comparar los resultados atinente a dichas hipótesis, con los obtenidos contemporáneamente en alguno de los otros municipios del país. Por su proximidad geográfica con Tamahú (15 kilómetros de cabecera a cabecera municipales), hemos seleccionado el municipio de Tactic, A.V. donde, durante el mismo período abarcado por el presente, se realizó un estudio de morbilidad con similares métodos y recursos.⁽⁹⁾

Conforme dicho estudio, y con relación a las hipótesis propuestas, se obtuvieron los siguientes resultados:

1. En lo relativo a la comparación entre las enfermedades degenerativas y cardiovasculares, y las enfermedades infecto-contagiosas, transmisibles y nutricionales, el estudio de Tactic indicó una ligera prevalencia del segundo grupo de enfermedades en la primera encuesta; en la segunda encuesta la prevalencia fue para el primero de los grupos indicados; y en la atención de la demanda espontánea en el puesto de salud, resultó una marcada prevalencia de las enfermedades infecto-contagiosas, transmisibles y nutricionales, con relación a las degenerativas y cardiovasculares (149 casos para el primero y sólo 16 para el segundo). En términos generales, pues, tales resultados coinciden con los del estudio efectuado en Tamahú, donde la prevalencia fue para el grupo de enfermedades infecto-contagiosas, transmisibles y nutricionales.

2. En cuanto a la igualdad cualitativa y cuantitativa de los datos reportados por los Servicios de Salud con los datos obtenidos por estudios de prevalencia de morbilidad, no se encuentra en el estudio de Tactic mayor información. Sin embargo, tomando en cuenta que el sistema de notificación indicado sucintamente en dicho trabajo, coincide con el utilizado durante la realización del presente, nos atrevemos a manifestar que, si se hubiese sacado una conclusión al respecto en el estudio de Tactic, la misma coincidiría con la conclusión a que nosotros arribamos en nuestro estudio. En igual forma nos animamos a opinar en lo que respecta a la deficiencia de los sistemas de notificación de enfermedades, aunque al respecto el estudio de Tactic tampoco haga referencia específica; tal opinión deriva del hecho de que el sistema utilizado fue el mismo que en Tamahú.

3. La afirmación del presente trabajo relativa a que, ni la

(9) idem.

Dirección General de Servicios de Salud ni la propia Facultad de Ciencias Médicas, dieron a conocer programas ni proporcionaron normas específicas de tratamiento, es valedera para el estudio efectuado en Tactic, pues en el mismo no se sugiere siquiera lo contrario; antes bien, parece deducirse que dicha afirmación puede hacerse igualmente para el estudio de Tactic. A tal respecto, pues, coincidirían ambos trabajos. En lo que respecta al tipo de tratamiento, en la breve descripción que de él hace el estudio del Tactic, encontramos igualmente coincidencia en cuanto a que el tratamiento fue meramente clínico y no epidemiológico.

4. Conforme los datos de población reportados en el estudio de Tactic, este municipio cuenta con 8,579 habitantes (datos del censo de 1975 según el propio estudio). Según el mismo estudio, en la primera encuesta, del total del área urbana y rural, resultó un 11.40/o de enfermos; en la segunda encuesta el porcentaje fue del 13.90/o. Según los datos reportados por el estudio en referencia, se atendieron en la demanda espontánea del puesto de Salud, 679 casos; tal número equivale aproximadamente al 7.80/o de la población reportada de Tactic. Si se comparan tales cifras con las resultantes del estudio en Tamahú, pueden observarse las siguientes diferencias importantes: en Tamahú el porcentaje de enfermos detectados es mucho mayor que en Tactic, pues el mismo osciló entre el 41.10/o y el 51.60/o; y en lo que respecta a la diferencia entre los porcentajes de casos atendidos en la demanda espontánea con respecto a la población total, en Tamahú el resultado fue el del 5.90/o mientras que en Tactic fue de 7.80/o, lo que indicaría una relativa mayor demanda del servicio médico en éste último municipio, pero sobre todo indica que, con relación al porcentaje de enfermos detectados en las encuestas, en Tactic sí acudiría más del 500/o de los enfermos a los servicios de Salud, mientras que en Tamahú parecería que la mayoría de enfermos detectados no acuden a dichos servicios. En todo caso, tales diferencias no indicarían necesariamente que la posibilidad de que todos los habitantes de Tactic tengan acceso al servicio médico como consecuencia directa de un diagnóstico y un tratamiento médico oportuno, no sólo porque conforme los mismos datos referidos no es el 1000/o de los enfermos detectados los que acuden a tal servicio, sino que además porque indudablemente la demanda del servicio depende de otros factores que exceden el mero aspecto médico.

5. En lo que respecta a las causas prevalecientes de morbilidad en Tactic, conforme el estudio referido, los resultados de este último fueron sucintamente los siguientes:

En la primera encuesta del área urbana efectuada en Tactic, la causa de mayor prevalencia la constituye la I.R.S. (infección respiratoria superior) al igual que la del estudio efectuado en Tamahú. Respecto al

número de casos la diferencia si es notable: 3 casos en Tactic, y 51 casos en Tamahú. Las otras causas prevalecientes, no se pueden comparar, pues en el estudio de Tactic, no se encontraron causas de morbilidad en el área rural.

En la segunda encuesta efectuada en Tactic, la mayor prevalencia está determinada por Gastroenterocolitis aguda, lo cual no coincide con el estudio de Tamahú, en el cual nuevamente se reporta como causa de prevalencia número uno la I.R.S.

El estudio de la demanda espontánea al puesto de salud, es el que mas se nota la similitud de causas de morbilidad prevalecientes en dichos municipios en lo que respecta a porcentajes de algunas causas, variando únicamente la posición que ocupa la prevaleciente.

Entre las causas de morbilidad relevantes en la demanda espontánea de Tactic, se encuentran algunas en cuya etiología pueden presentarse factores economico-sociales, como son las gastrointestinales y nutricionales.

XII. CONCLUSIONES

1. Las enfermedades infecto-contagiosas, como transmisibles y nutricionales no presentan en Tamahú la misma prevalencia que las enfermedades degenerativas y cardiovasculares. Las primeras presentan una considerable prevalencia con respecto a las segundas.
2. Los datos de morbilidad reportados por los Servicios de Salud del país únicamente coinciden con datos parciales derivados del estudio de prevalencia en nuestras representativas de Tamahú; tales datos se limitan a casos de enfermedades transmisibles.
3. El tratamiento de la morbilidad en Tamahú carece de programas y normas específicas proporcionadas por la Dirección General de Servicios de Salud y por la propia Facultad de Ciencias Médicas. El tratamiento está condicionado por el diagnóstico clínico y por los escasos recursos con que se cuenta en el puesto de Salud, tanto para el diagnóstico como para el propio tratamiento. Dicho tratamiento es meramente clínico y no epidemiológico.
4. Con relación a la población total de Tamahú, sólo un bajo porcentaje de la misma accede al servicio médico. La posibilidad de que todos los habitantes tengan acceso a tal servicio no depende de un diagnóstico y un tratamiento médico oportuno, sino de factores distintos que plantean la necesidad de un enfoque integral del problema de salud con su trasfondo social. Son factores específicos relacionados con esa posibilidad, la falta de conciencia de la población de la necesidad del servicio médico, la falta de divulgación y promoción por las autoridades correspondientes, así como las dificultades de comunicación geográficas. Otro factor importantísimo de tomar en cuenta para explicar el ausentismo de la población, lo constituye el dialecto que es una barrera infranqueable entre el médico y la persona demandante.
5. La causa de morbilidad prevaleciente en Tamahú, con mayor incidencia en el área urbana, es la I.R.S., cuya etiología es difícil de precisar. Ocupan lugar relevante en el estudio de prevalencia las enfermedades nutricionales, parasitarias y diarreicas, en cuya etiología es relevante la precaria condición económico-social de la población de Tamahú, especialmente en el área rural, lo cual

implica que su erradicación no depende del mero tratamiento médico, sino de estudios y soluciones multidisciplinarias integradas.

6. Los sistemas de notificación de enfermedades principalmente en su contenido, son deficientes e incompletos al no comprender en toda su amplitud los resultados de los estudios de prevalencia; a su vez, estos últimos son igualmente incompletos debido a la falta de recursos especialmente técnicos.

XIII RECOMENDACIONES.

1. Coordinar el ejercicio profesional supervisado de los estudiantes de Medicina, con el de otras disciplinas, a fin de enfrentar el problema de salud multidisciplinariamente, dado que dicho problema está inserto dentro de la problemática social global de nuestra población mayoritaria.
2. Acompañar a la prestación de los servicios médicos, una labor de concientización de la población con respecto a sus necesidades más vitales, entre las cuales está por supuesto la referente a la salud.
3. Dotar al puesto de salud de equipo médico suficiente que permita la detección más precisa de las causas de morbilidad.
4. La supervisión por parte de la facultad de Medicina debe ser más constante, ayudando con ello a subsanar dudas que se tengan por parte del estudiante en E.P.S. rural, sobre el manejo de pacientes o sobre algún caso en particular.
5. La dirección del programa de E.P.S. se debe preocupar de programar en el transcurso del 5o. año de la carrera cursillos sobre lenguas indígenas para estudiantes que deseen efectuar su práctica en regiones, en las cuales la población es indígena, como en el municipio de San Pablo Tamahú del departamento de Alta Verapaz; que se habla Pocomchí y Kekchí.

XIV BIBLIOGRAFIA

1. Aguilar, C. German. Ejercicio profesional supervisado. (Tesis (Médico y Cirujano). Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1974.
2. Hasse, T. Franklin, P. Diagnóstico de la situación de salud del municipio de Tamahú, Alta Verapaz. Tesis (Médico y Cirujano). Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1975.
3. Leal, K. Edgar, D. Diagnóstico de salud materno infantil, municipio de Tamahú, Alta Verapaz. Tesis (Médico y Cirujano). Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1976.
4. Leal, El Palma, J. Samayoa, R. Castillo, C. Desnutrición. Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1976. (f. mimeografiado).
5. Martínez, F. Rodolfo. Medidas de política rural necesarias para el desarrollo de Guatemala. Tesis (ingeniero agrónomo). Guatemala, Facultad de Agronomía, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1974.
6. Poitevin, Rodolfo, Republica de Guatemala, departamento de Alta Verapaz, población calculada para los años 1972-1980. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, unidad de planificación y estadística.
7. Palma, J. Castillo, C. sobre las enfermedades transmisibles más comunes en Guatemala. Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1976. (f. mimeografiado).
9. Rojas, Armijo, R. Epidemiológica básica. Argentina, Editorial Universitaria, 1974.
10. Rodas, E. Marco, A. Estudio de morbilidad del municipio de Tactic, Alta Verapaz, Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1976.
11. Santos, L. Miguel, A. Análisis de recursos programa materno infantil, municipio de Tamahú, Alta Verapaz. Tesis (Médico y Cirujano). Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1976.
12. Sánchez, V. Angel. Protocolo de investigación EPS. Estudio de morbilidad a nivel nacional en municipios de Guatemala. Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1976. (f. mimeografiado).
13. Salud Organización Panamericana. El control de las enfermedades transmisibles en el hombre. Washington, OPS. 1971. 11a. ed.

J. A. Monzón J.
Julio Alfredo Monzón Juárez

Dr. Clementino Castillo M

Asesor

Dr. Edgar Leal K

Revisor

Julio de León Méndez

Director de Fase III

Dr. Mariano Guerrero Rojas

Secretario General

Vo. Bo.

Dr. Carlos Armando Soto

Decano