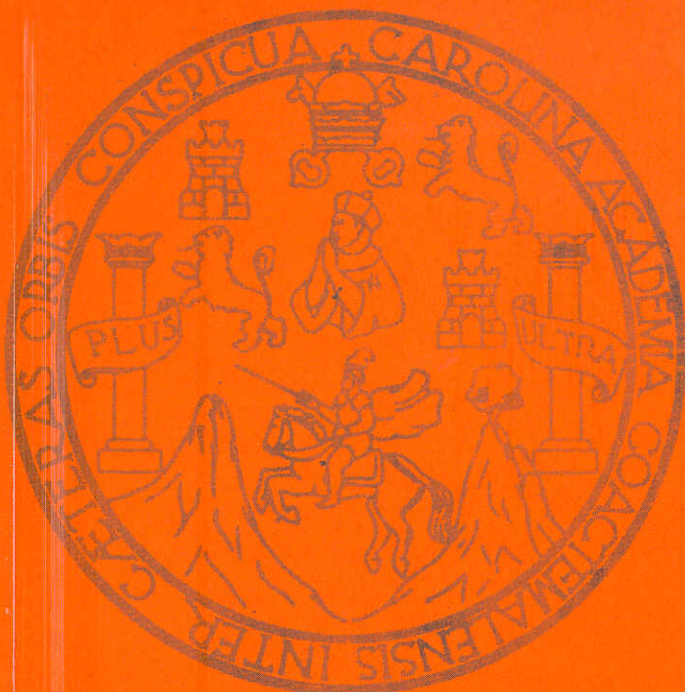


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"DIAGNOSTICO DE MORBILIDAD DE SAN PEDRO
PINULA, JALAPA"

TIMOTEO SANTIZO PEDOGGIO

PLAN DE TESIS

- I INTRODUCCION
- II OBJETIVOS
- III HIPOTESIS
- IV DEFINICION DE TERMINOS
- V MATERIAL Y METODOS
- VI EXPOSICION DE RESULTADOS
- VII CONCLUSIONES
- VIII RECOMENDACIONES
- IX BIBLIOGRAFIA
- X ANEXOS

DIAGNOSTICO DE LA MORBILIDAD DE SAN PEDRO PINULA, JALAPA

INTRODUCCION

El presente trabajo se efectuó durante los meses de Agosto-76 a Enero-77, formando parte del Programa de Ejercicio Profesional Supervisado (E P S) a nivel rural.

El Ejercicio Profesional Supervisado de la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, constituye la ultima etapa curricular establecida por la misma, y dentro de sus objetivos es la de proyectarse hacia las comunidades de nuestro pais, para llevar a las mismas servicio de atención médica y docencia. Por medio de la investigación nos proporciona la oportunidad de conocer y afrontar las ingentes necesidades de nuestra población a nivel rural y mediante el estudio de las mismas proponer soluciones acordes a ellas, pudiendo así ayudar en mínima parte a solucionar la problemática de salud del pais y específicamente de la población de San Pedro Pinula.

Por otro lado, sabemos que los datos de morbilidad del país son insuficientes cuantitativa y cualitativamente, siendo la morbilidad uno de los mejores indicadores del nivel de salud de una población, por lo que considero oportuno presentar el siguiente estudio que aportará datos de importancia para elaborar programas y soluciones viables, efectivas y eficaces para la población del Municipio de San Pedro Pinula, Departamento de Jalapa.

OBJETIVOS

GENERALES:

- a) Cumplir con los objetivos de la Universidad de San Carlos de Guatemala, de investigar y denunciar la problemática del país, específicamente de la comunidad donde se efectúa la práctica de Ejercicio Profesional Supervisado rural.
- b) Contribuir a aumentar y completar la información ya existente, para poder establecer el diagnóstico de la morbilidad del país.
- c) Que la relación médico-paciente, sea extendida a una relación medico-comunidad, con el fin de dar docencia y así efectuar prevención de la morbilidad.

ESPECIFICOS:

- a) Conocer las características del nivel y estructura de morbilidad en el Municipio de San Pedro Pinula, Jalapa.
- b) Contribuir al conocimiento general de la morbilidad en Guatemala.
- c) Conocer los factores condicionantes y determinantes que inciden en las características de la morbilidad
- d) Poner en práctica lo aprendido a lo largo del currículum de estudios de la Facultad de Ciencias Médicas, en lo que específicamente se refiere a comprender y practicar el Método Científico.

HIPOTESIS

- a) Las enfermedades Infecto-contagiosas, Transmisibles y Nutricionales presentan la misma prevalencia que las Enfermedades Degenerativas y Cardiovasculares.
- b) El 100% de la población guatemalteca tiene posibilidades de recibir atención médica adecuada, mediante un diagnóstico y tratamiento médico oportuno.
- c) Las condiciones socioeconómicas de nuestra población determinan que la morbilidad en el país está caracterizada por Enfermedades Infecto - contagiosas, Transmisibles y Nutricionales.

DEFINICION DE TERMINOS:

En el presente trabajo se hace uso de distintos terminos con el objeto de unificar criterios, se presenta un listado de los siguientes conceptos utilizados.

SANO:

Persona libre de cualquier defecto fisico y mental, que manifieste encontrarse en un estado de bienestar fisico, mental y social satisfactorio.

ENFERMEDAD:

Acualquier alejamiento subjetivo u objetivo de un estado de bienestar fisico, mental y social causado por enfermedad, traumatismo o inhabilidad. Condición que causa alguna inhabilidad durante un periodo dado (el sujeto está sufriendo de.....).

Criterios de Enfermedad para definirla:

- a) la opinión del individuo afectado o la persona responsable.
- b) El examen clínico hecho por médico u otro personal de salud.
- c) prueba de diagnóstico.

MORBILIDAD:

Es fundamentalmente una desviación de un estado de bienestar físico y mental, provocado por un proceso morbido o un traumatismo y de la que es consciente el individuo afectado. La morbilidad no solo comprende las enfermedades evolutivas o de curso pro-

gresivo, sino también las deficiencias, es decir los defectos crónicos o permanentes de carácter estático debidos a una enfermedad, un traumatismo o una malformación congénita. La existencia de morbilidad en una persona a causa de una enfermedad, un traumatismo o una deficiencia determinada recibe el nombre de estado morbooso.

ENFERMEDAD AGUDA Y CRONICA:

La distinción se funda en diversos criterios como las indicaciones médicas, la gravedad, la duración, etc.

INCIDENCIA:

Describe la medida de la frecuencia de las enfermedades que comenzaron durante un período definido de tiempo. Se debe asentar claramente si el término se refiere a enfermedades o a personas enfermas.

PREVALENCIA:

Punto de prevalencia: (La prevalencia más específica en un punto señalado del tiempo) se utiliza en la descripción de la medida de la frecuencia de enfermedad en existencia en un punto particular del tiempo.

Período de Prevalencia: (O más específicamente, prevalencia anual, mensual, semanal) describe la medida de las enfermedades en existencia en cualquier tiempo durante un período definido (es decir un año, un mes, una semana).

TASA DE INCIDENCIA

Numero de casos de una enfermedad que aparezcan durante el periodo especifico de tiempo, en una unidad especificada de población.

Tasa de Prevalencia:

El denominador es el numero promedio de personas expuestas al riesgo durante el periodo definido de tiempo o el numero estimado de personas en un punto medio de ese periodo. El numerador es el numero de personas enfermas algunas vez durante el mismo periodo de tiempo.

DEMANDA EXPONTANEA:

La población que siente necesidades de atención médica y demanda la misma sin programación previa.

DEMANDA DIRIGIDA:

La población que recibe atención médica respondiendo a la promoción de una cobertura previamente establecida en un programa de salud. (Protocolo de Investigación. 1976.)

DESCRIPCION DEL AREA

San Pedro Pinula, Municipio del Departamento de Jalapa (región Oriental del país). Municipalidad de 2a. categoría, cuenta con una extensión de 376 Km².

Colinda al Norte con el Jicaró (Progreso) y San Diego (Zacapa), al Este con San Luis Jilotepeque (Jalapa) al Sur con Monjas y San Manuel Chaparrón (Jalapa) y al Oeste con Jalapa.

Sobre la ruta Nacional Numero 18 que conduce al Departamento de Chiquimula, de la cabecera departamental de Jalapa, hay aproximadamente 20 kilometros a la cabecera Municipal de San Pedro Pinula, de aquí 20 kilometros a San Luis Jilotepeque y unos 14 kilometros a la cabecera Municipal de Ipala.

La cabecera municipal se encuentra a una altura de 1097.08 metros sobre el nivel del mar, latitud 14°39'44; longitud 89°50'47'.

El clima es templado y se marcan dos estaciones: La seca y la lluviosa.

El municipio cuenta con un pueblo que es la Cabecera de San Pedro Pinula, 25 aldeas, 37 caseríos y 55 fincas.

Existen en los alrededores de la cabecera municipal, dos balnearios denominados: Los Chorros y Agua Tibia, quedando el primero a 4 kilometros de la cabecera, perteneciendo a la Aldea El Pinalito; en tanto que el segundo se encuentra a orillas de la población.

HISTORIA Y COSTUMBRES:

El municipio fué fundado durante la época colonial en el último tercio del siglo XVIII, es mencionado como perteneciente a la parroquia de Xalapán (Jalapa) a 4 leguas de la cabecera.

San Pedro Pinula tenía en esa época 943 familias con 2957 habitantes. El Arzobispo Cortéz y Larraz en su descripción geográfica moral, agrega que en el tiempo de su visita pastoral llevada a cabo entre 1768-1770, el cura de San Pedro Pinula obligó por el tiem-

po de seis meses a los indios, que remitieran a Chiquimula cien indios cada semana para los trabajos de varias casas del mismo Chiquimula (los terremotos de 1765 habían destruido el poblado), por lo que dichos indios no pudieron sembrar sus milpas, padeciendo los mismos varias vejaciones en las conducciones hechas al Golfo, pues no les habían satisfecho ni la mitad de los fletes que ganaron. En esa época se hablaba en el Municipio el Pocomán.

Por decreto del 27 de Agosto de 1,836 y para la administración de Justicia, la Asamblea adscribió a San Pedro Pinula al circuito de Jalapa. Al dividirse el Departamento de Mita en dos circuitos por decreto del 22 de febrero de 1,848 paso al distrito de Jalapa al crearse el mismo por decreto número 107 del 24 de noviembre de 1,873.

Por acuerdo gubernativo del 4 de julio de 1,949 se abrió el servicio público de una oficina de correos y telecomunicaciones en la cabecera Municipal.

El acuerdo del ejecutivo del 28 de junio de 1,962 fijó los límites del Municipio del Progreso.

Segun los antepasados, la cabecera municipal se encontraba en lo que es hoy la Aldea Santo Domingo, luego con la venida de familias de Honduras y San Manuel Chaparrón se fundó la cabecera Municipal en donde actualmente se encuentra. (10)

POBLACION:

El Municipio de San Pedro Pinula cuenta con 25,883 habitantes, de los cuales 23,309 viven en el área rural y 2,574 en el área urbana (90/10%).

RELIGION:

La religión predominante es la Católica, aunque también existen algunos grupos de Protestantes y Testigos de Jehová.

La fiesta titular de la localidad es del 1 al 5 de febrero, denominándosele de Candelaria en honor a la Virgen de la localidad.

EDUCACION:

En el Municipio, existe en la cabecera municipal una escuela primaria mixta y un Instituto de Educación Básica (1, 2, y 3) además a nivel rural existen 26 escuelas.

Hasta el año de 1972 el porcentaje de analfabetos mayores de 15 años es del 80% (12002), en tanto que alfabetos es de 20% (3343). (9)

ECONOMIA:

Además de la ganadería que es la principal riqueza, se elabora en suficiente cantidad crema, queso y mantequilla. El maíz y el frijoles son los principales productos que se cultivan.

Entre las industrias están la fabricación de sombreros de palma y algunas tenerías.

FUENTE DE AGUA:

La Cabecera municipal cuenta con un abasto de agua potable que fué construido por la Dirección de Obras Públicas, el cuál surte 60,000 litros diarios..

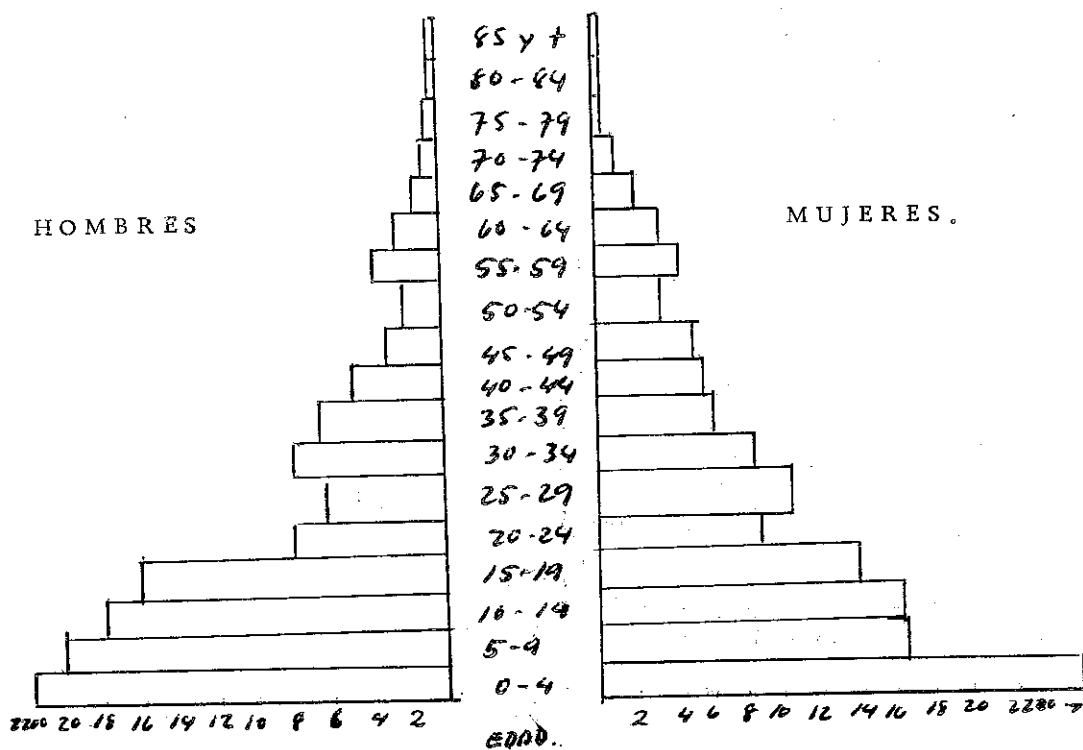
PIRAMIDE DE LA POBLACION DE SAN PEDRO PINULA, JALAPA, 1976
(POBLACION CALCULADA 1976 UNIDAD DE PLANIFICACION Y ESTADISTICA M.S.P. y A. S.)

HOMBRES

MUJERES

-10-

PIRAMIDE DE POBLACION DE SAN PEDRO PINULA
JALAPA, POBLACION CALCULADA, UNIDAD DE
PLANIFICACION 1976, ESTADISTICA DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y A.S.



MATERIAL Y METODOS

MATERIAL:

- a) Población urbana del Municipio de San Pedro Pinula
- b) Población de la Aldea Santo Domingo.

RECURSOS:

- a) Estudiante EPS de la Facultad de Ciencias Médicas durante el semestre comprendido de Agosto-76 a Enero 77.
- b) Supervisor docente de la Fase III de la Facultad de Ciencias Médicas para el área de Jalapa.
- c) Personal Paramédico
- d) Protocolo de Investigación, 1976 (Dr. Angel Sánchez).
- e) Instrumentos específicos de trabajo
Papeletas de Encuesta (anexo)
Instrumentos proporcionados por la Facultad de Ciencias Médicas
Mapa de la localidad encuestada (anexo)
- f) Papelería de la demanda espontánea al Centro de Salud.
- g) Equipo médico de diagnóstico clínico.

METODO:

- 1) La encuesta de morbilidad se desarrollo tanto a ni-

vel urbano como rural, para lo cual se efectuaron los siguientes pasos:

- a) El universo: lo constituyó la totalidad de las viviendas del área urbana del Municipio, así como de la Aldea Santo Domingo, para lo cual se actualizó el mapa de cada localidad.
- b) La unidad de muestreo lo constituyó la familia que habita la casa seleccionada: en el caso de que existan dos o más familias, se tomó la familia que tenía mayor tiempo de residir en la casa o bien la que tenía una posición jerárquica más importante, siempre u cuando las distintas familias tengan un régimen económico distinto.
- c) Se demarcó el área con base a cualquier límite identificable más fácilmente; cerco, río, camino, etc.
- d) Se procedió a numerar las manzanas o sub-unidades, haciendo una serpentina; marcando con una X la inicial y luego se procedieron a numerar el resto.
- e) Se encuestaron cincuenta familias del área urbana del Municipio y veinte de la Aldea.
- f) Para determinar la vivienda que dió inicio a la muestra, así como al resto de unidades muestrales, se utilizó la tabla de números aleatorios de Murray R Spiegel. (8)
- g) Se identificó la ubicación física de la primera unidad de la muestra y a continuación se identificaron las siguientes unidades muestrales.

La metodología varió según los aspectos específicos a investigar, así también como los instrumentos que se aplicaron:

- a) Se efectuó una visita domiciliaria a las unidades seleccionadas previamente con el objeto de aplicar la boleta de encuesta de morbilidad y se preguntó a cada miembro de la familia los datos pertinentes en el caso de ser mayor de edad. En ausencia de algún miembro o por ser menor de edad, los datos fueron proporcionados por la persona responsable del hogar.
- b) Estudio de la Demanda Espontánea al Centro de Salud.

Para el efecto se utilizó la hoja de INFORME MENSUAL DE CONSULTA GENERAL Y EMERGENCIAS que proporciona el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a los Centros de Salud.

Este estudio comprendió el análisis semanal, mensual y semestral de la demanda espontánea y los mismos se estudiaron con las siguientes variables:

Sexo, edad, diagnóstico, procedencia (Municipio, Aldea, Caserío o Finca), tipo de consulta (primera o reconsulta), persona de salud que dió la consulta médica.

Estos datos fueron comparados con los resultados de la encuesta de morbilidad.

- c) Estudio de Notificación Semanal de Enfermedades

des Cuarentenables y Transmisibles bajo Vigilancia Epidemiológica

Se notificó semanalmente las enfermedades las distintas dependencias, y se tabuló mensual y semestralmente para comparar los resultados con los obtenidos en la encuesta y a tener otra fuente para determinar la morbilidad del Municipio en estudio.

d) Instrumentos de Trabajo

Se contaron con los siguientes instructivos:
Boleta de encuesta de prevalencia de morbilidad.

Código internacional para razones de encuesta de morbilidad de setenta causas O.M.S. (anexo).

Hoja de informe mensual de consulta general y emergencias.

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

1) PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD DE LAS MUJERES EMBARAZADAS ENCUESTADAS, SEGUN TRIMESTRE DE EMBARAZO. (Anexo-I)

Se encontraron Seis mujeres embarazadas, estando cuatro en el segundo trimestre (66.6%), en tanto, que para el tercero y primer trimestre de embarazo se encontró un caso para cada uno (16.6%), estas personas no refirieron patología, habiendo sido referidas al Centro de Salud para su control prenatal.

Considero que la ausencia de patología en estas personas se debe a que la encuesta fué de preguntas dirigidas. Se pudo apreciar que es frecuente la mala nutrición y como consecuencia la Anemia, pero, fué respetada la opinión de las personas respecto a su salud, encontrándonos con dichos resultados.

2) PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD SEGUN LA INSTRUCCION DE LA POBLACION ENCUESTADA. (anexo-II)

La enfermedad más frecuente en la población ALFABETA es la Artritis Reumatoidea con 10 casos (12%), siguiéndole la Infección del Aparato Respiratorio Superior con 6 casos (7.2%)

En la población ANALFABETA la morbilidad más frecuente se encuentra con 9 casos cada una de las siguientes enfermedades: Artritis Reumatoidea (10.8%) e Infección del Aparato Respiratorio Superior (10.8%)

Se incluyeron en este cuadro únicamente a las personas mayores de 7 años, ya que antes de ésta edad no asisten a la escuela, por lo que el total de casos para este renglón de escolaridad es de 83 (100%)

La morbilidad general se presentó con mayor frecuencia en el grupo de alfabetos con 43 casos(52%) , luego a-nalfabetos con 40 casos(48%) .

La escolaridad de la población alfabetizada se encuentra en el renglón del tercer año de primaria.

A pesar de que la población del Municipio de San Pedro Pinula presenta un 80% de analfabetismo y la mayoría de la población se encuentra a nivel rural(9) , ya que en la cabecera municipal las personas tienen mayor oportunidad para asistir a la escuela, en tanto, que a nivel rural es poca, teniendo los niños desde temprana edad que ayudar a sus mayores en los trabajos del campo, siendo esta la causa por la cual no asisten o bien dejan inconcluso el año escolar. Siendo la población urbana la más numerosa en el estudio, debido a la muestra representativa, da la impresión de que el analfabetismo no es factor determinante en la morbilidad general, siendo esto causa importante para la prevalencia de enfermedades prevenibles.

3) . PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD SEGUN LA OCUPACION DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS(anexo-III)

De las 111 personas(100%) enfermas en la encuesta de morbilidad, se encontró que la morbilidad es más frecuente en el renglón de Oficios Domésticos(OF) con 40 casos(36%) siguiéndole en orden de frecuencia las siguientes ocupaciones: Otro(personas sin ocupación, incluidos los niños) con 37 casos(33.3%) ,Agricultura(A) con 23 casos(20.7%) ,Industria(I) 5 casos(4.5%) , Comercio(C) 3 casos(2.7%) Servicios(S) (0.92%) y Estudiantes(E) (0.92%) con un caso cada uno.

La enfermedad más frecuente es la Infección del Aparato

Respiratorio Superior en la ocupación Otro con 15 casos(13.5%) , siguiéndole la Artritis Reumatoidea en ocupación Oficios Domésticos con 13 casos(11.7%)

Considero que estos resultados no reflejan en sí la realidad nacional, ya que por ser encuesta dirigida, la mayoría de la información se obtuvo a través de la persona encargada del hogar, que en muchos casos fue la madre y por falta de conocimientos sobre patología frecuente no las indican o bien cuando son demasiado marcadas así lo hacen, por lo que con frecuencia indicaban su propia patología y a través del examen físico se establecía su enfermedad.

4) NUMERO Y PORCENTAJE DE PERSONAS SANAS Y ENFERMAS, REFERIDAS AL CENTRO DE SALUD Y/O HOSPITAL(O QUE SE ENCONTRABAN HOSPITALIZADAS, SEGUN GRUPO ETARIO) .(Anexo-IV)

De las 639 personas encuestadas que corresponde al 100%, encontré 528 sanos siendo el 82.6%, de estos es grupo etario comprendido entre los 15 a 44 años es el más numeroso con 241(37.7%) , siguiéndole el resto de grupos etarios así: 45 años y más con 84(13.16%) , de 5 a 9 años 73(11.44%) , de 10 a 14 años 69(10.81%) , de 1 a 4 años 55(8.60%) y menores de 1 año con 6(0.93%)

Esto nos indica que un alto porcentaje de la población es joven, sana y mano de obra y siendo un grupo numeroso, que en la demanda espontánea al Centro de Salud es frecuente su consulta, ya que es a este nivel donde las enfermedades presentan alta prevalencia, debido a una serie de factores

como lo son: Situación precaria, mala distribución y utilización de la tierra, falta de higiene y agua potable, letrinas, viviendas inadecuadas y déficit en el aporte de alimentos(1)

De la población total encuestada encuentre 111 enfermos que corresponden al 17.37%, siendo el grupo etario más numeroso al comprendido entre las edades de 45 años y más con 55 personas(8.6%) siguiéndole el resto de grupos etarios así: 15 a 44 años 20(3.13%), 1 a 4 años 16(2.5%), 5 a 9 años 10(1.56%), menores de 1 año 6(0.93%) y de 10 a 14 años 4(0.62%)

Esperaba encontrar que la mayoría de las personas enfermas se encontraran dentro del grupo etario comprendido entre las edades de 15 a 44 años o menos, ya que estos grupos forman el grueso de la población(2) y su demanda espontánea es numerosa. Considerando que los factores que inciden en estos resultados son: la muestra estudiada es pequeña(2.4% total de la población), o bien, como la persona entrevistada la mayor de las veces fue la encargada del hogar y por no estar familiarizada con patología frecuente, y si la conoce la toma como normal, ya sea por la época, la pobreza etc, no dándole importancia por estar acostumbrada a ella y solamente reporta sus dolencias o la de sus mayores.

De las 111 personas enfermas, fueron referidas al Centro de Salud 87(79.3%), al Hospital 3(2.7%) y el resto 21(18.9%) fue tratado durante la visita domiciliaria, y que era posible proporcionarle su tratamiento. De las referidas al hospital fueron por tener patología que solamente era posible resolver a este nivel, siendo por Aborto incompleto(1), herida por arma de fuego-1, y Hernia Umbilical-1.

5) PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD DE LA POBLACION SEGUN SU CONDICION MIGRATORIA(anexo V)

Del total de la población enferma encuestada, encontré que 108 personas que corresponden al 97.2% no son migrantes estacionales, pese a que muchos de los encuestados tienen que recorrer diariamente varios kilómetros por caminos de herradura para trabajar tierras arrendadas, las cuales les proporcionan lo mínimo para su subsistencia, ya que en el área de estudio existen grandes latifundios con grandes extensiones de tierra que no son cultivables por estar dedicada a la ganadería y mucha por ser árida. Los productos que se cultivan son esencialmente los indispensables para la subsistencia como el maíz y el frijol.

Del total de la población enferma encuestada, solamente 3(2.7%) son migrantes estacionales, es decir, que en épocas del año asisten a la costa al corte de café y de caña y mediante esto mejoran sus ingresos, los cuales utilizan para proporcionarle sustento a su familia durante algún tiempo. Estas personas asisten solas, en tanto que sus familias se quedan cultivando la tierra que puede ser utilizada.

6) NUMERO DE ENFERMOS OBSERVADOS DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS, TRANSMISIBLES Y NUTRICIONALES, ENFERMEDADES DEGENERATIVAS Y CARDIOVASCULARES EN LA CONSULTA EXTERNA Y EN LAS ENCUESTAS DE MORBILIDAD EFECTUADAS EN LOS MESES DE OCTUBRE Y DICIEMBRE -76(Anexo -VI)

En la consulta al Centro de Salud, la mayor demanda se presentó con las Enfermedades Infecciosas-Contagiosas, Transmisibles y nutricionales con 220 casos, siendo incluidas únicamente las primeras consultas.

En ambas encuestas el número de enfermedades Degenerativas y Cardiovasculares fue mayor que las Infecciones Contagiosas, Transmisibles y Nutricionales con 13/9 y 14/9 casos respectivamente.

Los países subdesarrollados como el nuestro, presentan mayor incidencia en las Enfermedades Infección-Contagiosas, Transmisibles y Nutricionales, debido a la mala distribución de recursos, carencia de: agua potable, viviendas adecuadas, vías de acceso a las poblaciones y falta de educación, en tanto, que en países desarrollados estas enfermedades son de poca prevalencia, por los programas que tienen en rigor, pero las enfermedades Degenerativas y Cardiovasculares están en aumento(5), contrario a lo que sucede en nuestro país, a pesar de los resultados obtenidos.

7) PRINCIPALES GRUPOS DE CAUSAS DE MORBILIDAD SEGUN URBANO Y RURAL, SEXO Y GRUPO ETARIO. ENCUESTA DE MORBILIDAD (Anexo VII)

Del total de personas encuestadas enfermas se encontró que la enfermedad más frecuente, tanto a nivel urbano como rural es la Infección del Aparato Respiratorio Superior (IRS) con 30 casos que corresponde al 27.02%, siendo el sexo más afectado a nivel urbano el femenino; a nivel rural ambos sexos son afectados por igual; la edad en que se encontró con mayor frecuencia es entre los 0 a 9 años.

A pesar de que a nivel rural las personas viven en condiciones que por su pobreza no les permite tener lo indispensable, presentando mal estado nutricional, sus viviendas son inadecuadas y muchas de ellas cubren parcialmente a sus moradores, siendo frecuente el hacinamiento, careciendo de agua potable un alto

porcentaje de la población, siendo sus hábitos higiénicos deficientes; esperé encontrar en estas personas más patología, no siendo así considero que la muestra en relación al área urbana es pequeña. A nivel urbano se presentan muchas de las características antes citadas, siendo estos factores los que contribuyen a la prevalencia de ésta enfermedad.

El segundo lugar a nivel urbano lo ocupa la Artritis Reumatoidea con 19 casos(17.1%) y la Hipertensión Arterial con 6 casos(5.4%) a nivel rural; es de hacer notar que estas enfermedades se encontraron en las mismas personas en ambas encuestas, con tratamiento médico previo establecido.

8) PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD DE LA POBLACION URBANA Y RURAL, SEGUN ENCUESTA Y POR DEMANDA AL CENTRO DE SALUD. (Anexo VIII).

Del total de la población enferma con morbilidad frecuente siendo 645 personas(100%), estando incluidos los encuestados y la demanda al Centro de Salud, se encontró que la Enfermedad más frecuente es la Infección del Aparato Superior Respiratorio (IRS) con 193 casos que corresponde al 29.9%, encontrándose en la primera encuesta 7 casos urbanos(1.2%), 0.2% y 9 rurales(1.3%) en la segunda encuesta 9 casos urbanos(1.3%) y 5 rurales(0.7%), en la demanda al Centro de Salud a nivel urbano 44 casos(6.8%) y rural 119(18.44%) siguiéndole en orden de frecuencia la Desnutrición Pro-

teico Calórico(DPC) con 81 casos(12.5%), en la primera encuesta a nivel urbano 2 casos(0.31%) y rural 1(0.15%), en la segunda encuesta urbana 5 (0.77%) y rural 0; en la demanda al Centro de Salud: urbana 7(1.08%) y rural 66(10.23%); Enfermedad Péptica(EP) con 67 casos(10.3%) en la primera encuesta a nivel urbano 3 casos(0.46%) y rural 1(0.15%); en la demanda al Centro de Salud, a nivel urbano 17(2.63%) y rural 42(6.51%); Artritis Reumatoidea con 50 casos(7.7%), en la primera encuesta a nivel rural 9 casos(1.39%) y 0 rural; en la segunda encuesta 9 urbano(1.39%) y 1 caso rural(0.15%); en la demanda al Centro de Salud, 8 casos urbanos(1.24%) y 23 rural(3.56%) Tuberculosis Pulmonar con 42 casos(6.5%), tanto en la primera como segunda encuesta se encontraron 3 casos urbanos (0.46%) y 0 rural, en la demanda al Centro de Salud a nivel urbano 4 casos (0.62%) y rural 32(4.96%).

El grupo rural predominó en la consulta de demanda espontánea(400/135), siendo las causas: es el grupo mayoritario(90%), el de menor recursos económicos, que por su falta de educación, llevándolos a padecer de enfermedades que muchas de ellas con recursos como lo son vivienda adecuada, hábitos nutricionales adecuados, letrización y agua potable pueden prevenirse, así como existencia de medicamentos en los Centros de Salud.

En ambas encuestas, la morbilidad es mayor a nivel urbano, por ser el número de unidades encuestadas superior a las rurales(50/20)

Considero que la disminución de parte de la población urbana a la consulta al Centro de Salud, se debe a que cuentan con mas recursos económicos, hábitos nutricio-

nales aceptables, viviendas adecuadas, agua potable, letrización, higiene y mejores oportunidades de educación, por lo que su patología se ve reducida, y los del área rural por carecer de los factores citados anteriormente, su estado de salud es deficiente, dando oportunidad a que los agentes causales de las enfermedades tengan medios favorables para su desarrollo y como consecuencia la de producir morbilidad en la población (7).

9) PRINCIPALES GRUPOS DE CAUSAS DE MORBILIDAD POR DEMANDA AL CENTRO DE SALUD, SEGUN LOCALIZACION DE LA VIVIENDA, CONSULTA Y RECONSULTA, GRUPO ETARIO (Anexo IX)

En este cuadro la enfermedad más frecuente es la Infección del Aparato Respiratorio Superior(IRS) con 163 casos(30.46%), siendo el sexo más afectado el masculino y el grupo etario el comprendido entre las edades de 0 a 4 años; siguiéndole en orden de frecuencia la Desnutrición Protéico Calórica(DPC) con 73 casos(13.64%); Enfermedad Péptica con 59 casos(11.02%) Parasitismo Intestinal 41 casos(7.66%) Tuberculosis Pulmonar 36 casos(6.72%); Gastroenterocolitis aguda con 36 casos(6.72%); Diarrea Viral 36 casos(6.62%); Anemia 31 casos(5.79%); Artritis Reumatoidea 31 casos(5.79%) y Amebiasis 29 casos(5.42%).

Llama la atención que la Enfermedad Péptica es una patología frecuente en el estudio de la demanda espontánea en el área rural. Considero que los factores que contribuyen a su prevalencia son: el Stress de los habitantes por mejorar su condición de vida, no poder efectuarlo por la falta de recursos y pocas oportunidades para llevarlo a cabo, haber sido el área estudiada afectada por el terremoto, malos hábitos nutricionales y ayunos involuntarios.

La Tuberculosis Pulmonar es una enfermedad que ocupa el sexto lugar en el estudio de la demanda espontánea.

Los factores que hacen la prevalencia de ésta enfermedad, porque los enfermos, principalmente los del área rural sienten que se les desprecia por su afección, no continúan su tratamiento y muchas veces lo venden para asegurarse un ingreso, sabiendo que esto va en contra de su salud, viven a considerable distancia del Centro de Salud, por caminos de herradura, lo que no les permite llegar con regularidad por su tratamiento, siendo esto lo que muchas veces no permite controlar a los contactos.

CONCLUSIONES

1. Los factores condicionantes y determinantes como lo son: Educación, medios de comunicación, economía, agricultura, vivienda, clima, problemas de saneamiento del medio y fuentes de agua potable hacen que las enfermedades Infecto Contagiosas, Transmisibles y Nutricionales presenten mayor prevalencia que las enfermedades Degenerativas y Cardiovasculares. (Anexo-VI y IX)
2. Un alto porcentaje de la población guatemalteca tiene posibilidades de recibir atención médica adecuada, mediante un diagnóstico y tratamiento oportuno, siempre y cuando la distribución de la riqueza sea uniforme, los medios de comunicación y vías de acceso sean adecuados, exista agua potable, letrización y mejoramiento de la vivienda.
3. Los programas y normas establecidos de tratamiento en los Servicios de Salud, no toman en cuenta las características epidemiológicas de la estructura de la morbilidad del Municipio en estudio, por desconocimiento de ellas.
4. La mayor demanda al Centro de Salud lo constituye el grupo rural, por ser el mayoritario, carecer de recursos económicos y educación, llevándolos a padecer de enfermedades, que muchas de ellas con recursos como lo son: vivienda adecuada, agua potable, letrización, higiene personal y hábitos nutricionales adecuados podrían prevenirse.

RECOMENDACIONES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS:

1. Que se efectúen programas de labor preventiva, con el fin de educar a nuestra comunidad y poder así disminuir la morbilidad general.
2. Recopilar los trabajos de investigación por área de trabajo y determinar la morbilidad más frecuente de cada una.
3. Dar a conocer los resultados obtenidos al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y coordinar acciones para la ampliación de los Servicios de Salud.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL:

1. Que los programas de salud se efectúen de acuerdo a las necesidades y características de cada población.
2. Mejorar los sistemas de notificación de las enfermedades en el país.
3. Que los envíos de medicina a los puestos de salud sean de acuerdo a los pedidos hechos por el encargado del mismo.

GOBIERNO CENTRAL:

1. Que se aumente el presupuesto asignado al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para poder contar con recursos adecuados para la atención y prevención de las enfermedades.

2. Propiciar a nivel nacional, una reforma agraria, para que se dé una mejor distribución de los recursos del país.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social
Plán Nacional de Salud, 1975-1977. Tomo I-II
2. Guatemala, Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social. Unidad de Planificación y Estadística. Población calculada año 1972-1980
Departamento de Jalapa.
3. Instituto de Nutricion de Centro America y Panamá. Publicaciones Cientificas No.136. Recopilación No.5 Junio 1, 1966.
4. Instituto de Nutricion de Centroa América y Panamá. Evaluación Nutricional de la Población de Centro America y Panama, 1969.
5. Relaciones entre los Programas de Salud y el Desarrollo Social y Economico. Encuadernación Salud. Publica No.49. OMS.Ginebra 1973.
6. LOGON R F.L. Necesidades de Evaluar la Morbilidad y los Niveles de Salud. Encuadernación. Salud Publica No.27. OMS.Ginebra 1967.
7. ARANDA PASTOR, JOSE. Epidemiología General. Tomo I. Merida, Venezuela, 1971.
8. SPIEGEL MURRAY. Teoría y Problemas estadísticos. Libros McGraw-Hill, Colombia 1969.
9. ARGUETA MOLINA, ENRIQUE AUGUSTO. Diagnóstico de la Situación de Salud del Municipio de San Pedro Pinula. Departamento de Jalapa. Tesis de grado presentada a la Facultad de Ciencias Exactas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Abril, 1975.

10. Diccionario Geográfico de Guatemala. Tomo II
1962.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

FASE III

PROGRAMA E. P. S. Instr ucti vo No.2

PROGRAMA DE INVESTI GACION

ESTUDIO O DE MORBI LI DAD A NIVEL NACI ONAL

LISTA ESPECIAL DE GRUPOS DE CAUSAS PARA TABULACIO-
NES DE MORBI LI DAD

CODIGO	GRUPOS DE CAUSAS:
EM 1	COLERA
EM 2	FIEBRE TIFOIDEA , FIEBRE PARATIFOIDEA Y OTRAS SALMONELOSIS
EM 3	DISENTERIA BACILAR
EM 4	INTOXICACION ALIMENTARIA(BACTERIANA)
EM 5	AMEBIASIS
EM 6	OTRAS ENFERME DADES DEBIDAS A PROTOZOOS
EM 7	ENTERITIS DEBIDA A ESCHERICHIA COLI
EM 8	OTRAS ENTERITIS Y ENFERMEDADES DIARREI- CAS
EM 9	TUBERCULOSIS DEL APARATO RESPIRATORIO
EM 10	OTRAS TUBERCULOSIS INCLUYENDO EFECTOS TARDIOS(Incluye Meningitis , Tuberculosis)
EM 11	LEPRA
EM 12	DIFTERIA
EM 13	TOS FERINA
EM 14	ANGINA ESTREPTOCOCICA Y ESCARLATINA
EM 15	MENINGITIS MENINGOCOCICA
EM 16	TETANOS.
EM 17	POLIOMIELITIS Y OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, DEBIDAS A ENTERO- VIRUS.
EM 18	VIRUELA
EM 19	VARICELA
EM 20	SARAMPION
EM 21	ENCEFALITIS VIRICAS

- EM 22 HEPATITIS INFECCIOSA
- EM 23 RABIA
- EM 24 PAROTIDITIS EPIDEMICA
- EM 25 TRACOMA ACTIVO Y EFECTOS TARDIOS DEL TRACOMA

*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 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 GONOCOCICAS
- EM 32 OTRAS ENFERMEDADES VENEREAS
- EM 33 MICOSIS (Incluye las Dermatomicosis, Moniliasis y Micosis Generalizadas)
- EM 34 HELMINTIASIS.
- EM 35 ONCOERCOSIS
- EM 36 TODAS LAS DEMAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS
- EM 37 TUMORES (Neoplasmas) MALIGNOS DE DIFERENTE LOCALIZACION ANATOMICA
- EM 38 TUMORES (Neoplasmas) MALIGNOS DE LOS TEJIDOS LINFATICOS Y HEMATOPOYETICOS
- EM 39 TUMORES BENIGNOS Y TUMORES DE NATURALEZA NO ESPECIFICADA.
- EM 40 TIROTOXICOSIS CON O SIN BOCIO
- EM 41 DIABETES MELLITUS
- EM 42 DESNUTRICION PROTEINICA (Kwashiorkor)
- EM 43 MARASMO NUTRICIONAL

EM 44	OTROS ESTADOS DE DESNUTRICION
EM 45	AVITAMINOSIS
EM 46	OTRAS ENFERMEDADES DE LAS GLANDULAS ENDOCRINAS Y DEL METABOLISMO
EM 47	ANEMIAS POR DEFICIENCIA FERRICA
EM 48	OTRAS ANEMIAS POR DEFICIENCIA
EM 49	PSICOSIS, NEUROSIS, TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y OTROS TRASTORNOS MEN- TALES NO PSICOTICOS.
EM 50	ALCOHOLISMO
EM 51	ADICION 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 NERVIO_ SO Y DE LOS ORGANOS DE LOS SENTIDOS
EM 59	FIEBRE REUMATICA ACTIVA
EM 60	ENFERMEDADES REUMATICAS CRONICAS DEL CORAZON
EM 61	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS
EM 62	ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON
EM 63	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES
EM 64	TROMBOSIS VENOSAS Y EMBOLIAS
EM 65	GANGRENA
EM 66	HEMORROIDES
EM 67	OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULA- TORIO
EM 68	OTRAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS
EM 69	INFLUENZA
EM 70	NEUMONIA
EM 71	BRONQUITIS, ENFISEMA Y ASMA
EM 72	HIPERTROFIA DE LAS AMIGDALAS Y VEGETACIO_ NES ADENOIDES
EM 73	NEUMOCONIOSIS Y ENFERMEDADES ANALOGAS
EM 74	OTRAS ENFERMEDADES DEL AP. RESPIRATORIO.

EM 75 ENFERMEDAD DE LOS DIENTES Y DE
SUS ESTRUCTURAS
EM 76 ULCERA PEPTICA
EM 77 APENDICITIS.
EM 78 OBSTRUCCION INTESTINAL Y HERNIA
EM 79 COLELITIASIS Y COLECISTITIS
EM 80 OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO DI-
GESTIVO
EM 81 NEFRITIS Y NEFROSIS
EM 82 CALCULOS DEL APARATO URINARIO
EM 83 HIPERPLASIA DE LA PROSTATA
EM 84 ENFERMEDADES DE LA MAMA, DEL O-
VARIO, DE LA TROMPA DE FALOPIO Y
DEL PARAMETRIO
EM 85 OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO GE-
NITOURINARIO.
EM 86 ABORTO
EM 87 MASTITIS Y OTROS TRASTONOS DE LA LAC-
TANCIA.
EM 88 OTRAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO,
DEL PARTO Y DEL PUERPERIO
EM 89 PARTO SIN MENCION DE COMPLICACIO-
NES
EM 90 INFECCIONES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO
CELULAR SUBCUTANEO
EM 91 OTRAS ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL
TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO
EM 92 ARTRITIS Y ESPONDILITIS.
EM 93 OTROS REUMATISMOS NO ARTICULARES
(Lumbago)
EM 94 OSTEOMIELITIS Y PERIOSTITIS
EM 95 OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA OS-
TEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTI-
VO.
EM 96 ANOMALIAS CONGENITAS
EM 97 TOXEMIAS DEL EMBARAZO
EM 98 CIERTAS CAUSAS DE LA MORBILIDAD PERI-
NATAL.

EM 99

OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS
Y ENFERMEDADES MAL DEFINIDAS

CAUSA EXTERNA DE LA LESION

EME 100

ACCIDENTES DEL TRAFICO

EME 101

OTROS ACCIDENTES

EME 102

INTENTO DE SUICIDIO Y LESIONES AUTO
INFLINGIDAS

EME 103

INTENTO DE HOMICIDIO Y LESIONES PRO-
VOCADAS INTENCIONALMENTE POR OTRAS

EME 104

PERSONAS, INTERVENCION LEGAL
TODAS LAS DEMAS CAUSAS EXTERNAS.

NATURALEZA DE LA LESION

EMN 105

FRACTURAS

EMN 106

TRAUMATISMOS INTRACRANEALES Y OTROS
TRAUMATISMOS INTERNOS°

EMN 107

QUEMADURAS

EMN 108

EFFECTOS ADVERSOS DE SUBSTANCIAS QUI-
MICAS.

EMN 109

TODAS LAS DEMAS LESIONES.

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

BOLETA No. _____
Familia Encuestado

BOLETA DE ENCUESTA DE MORBILIDAD
MUNICIPIO DE: _____
DEPTO DE: _____

NOMBRE DEL MEDICO ENCUESTANTE _____
NUMERO DE LA FAMILIA: _____
NUMERO DEL ENCUESTADO: _____
FECHA: _____

1. NOMBRE _____
2. DIRECCION: _____
3. LUGAR DE NACIMIENTO _____
4. RELACION CON EL JEFE DE LA FAMILIA: ☐ J ☐ C ☐ H ☐ P
☐ M ☐ SO ☐ SA ☐ S ☐ O
5. SEXO: ☐ M ☐ F
6. EDAD _____
AÑOS MESES DIAS
7. ESTADO CIVIL: ☐ S ☐ C ☐ U ☐ V ☐ D ☐ O
8. GRUPO ETNICO: ☐ NA ☐ LA ☐ O
9. CONDICION MIGRATORIA: ☐ NOM ☐ ME ☐ O
10. INSTRUCCION EN AÑOS APROBADOS: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
☐ 6 ☐ ESC ☐ ESI ☐ EU ☐ A
11. OCUPACION: ☐ A ☐ I ☐ S ☐ OD ☐ C ☐ E ☐ O
12. AFILIADO IGSS: ☐ SI ☐ NO

MUJER CON 15 AÑOS O MAS: (Preguntas 15 a 19 inclusive)

13. NUMERO DE EMBARAZOS: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8
☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16
☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20
14. ABORTOS: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9
15. No. HIJOS VIVOS: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12
☐ otro

16. No. HIJOS MUERTOS:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

17. MORTINATOS:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

18. EMBARAZO ACTUAL :

SI	NO
----	----

19. No. de MESES:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

20 ENFERMO:

SI	NO	C	H
----	----	---	---

21. No. DE MESES ENFERMEDAD :

0	1	2	3	4	5	6	7		
8	9	10	11	12	13	14	30	36	42

22. HOSPITALIZADO: HE HR H. IGSS H PRIVADO.

23. DIAGNOSTICO PRINCIPAL: Codigo

24. DIAGNOSTICO SECUNDARIO: Codigo

25. SINTOMAS DOMINANTES: _____

26. REFERIDO AL CENTRO DE SALUD SI NO

27 LABORATORIOS UTILIZADOS PARA DIAGNOSTICO:

NOMBRE	ESPECIMEN	RESULTADO

28. TRATAMIENTO ESTABLECIDO:

a) Plan Diagnóstico	b) Plan Terapéutico	c) Plan Educacional

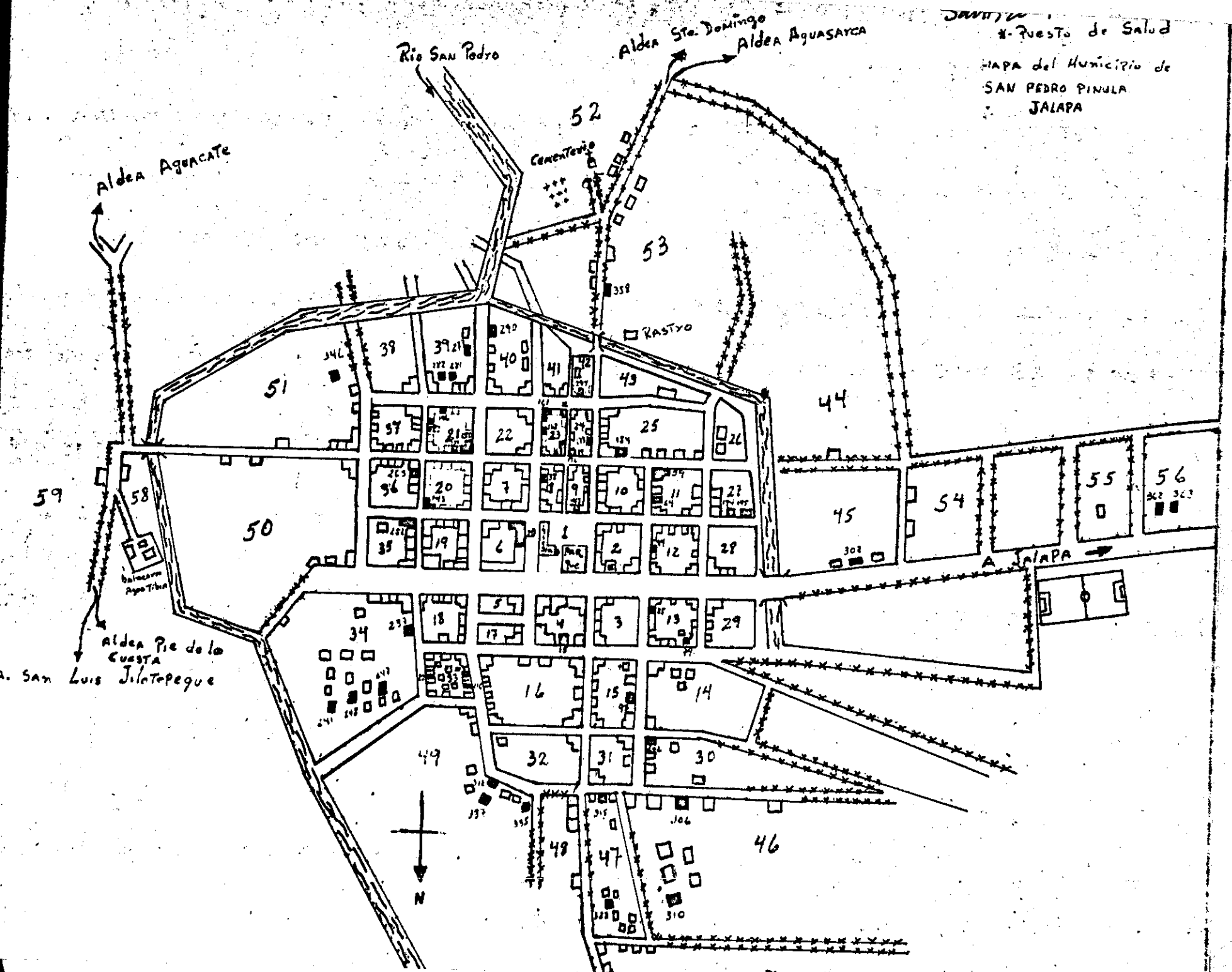
29. OBSERVACIONES _____

ANEXO I

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD DE LAS MUJERES EMBARAZADAS
ENCUESTADAS SEGUN TRIMESTRE DE EMBARAZO. ENCUESTA DE MORBI-
LIDAD.

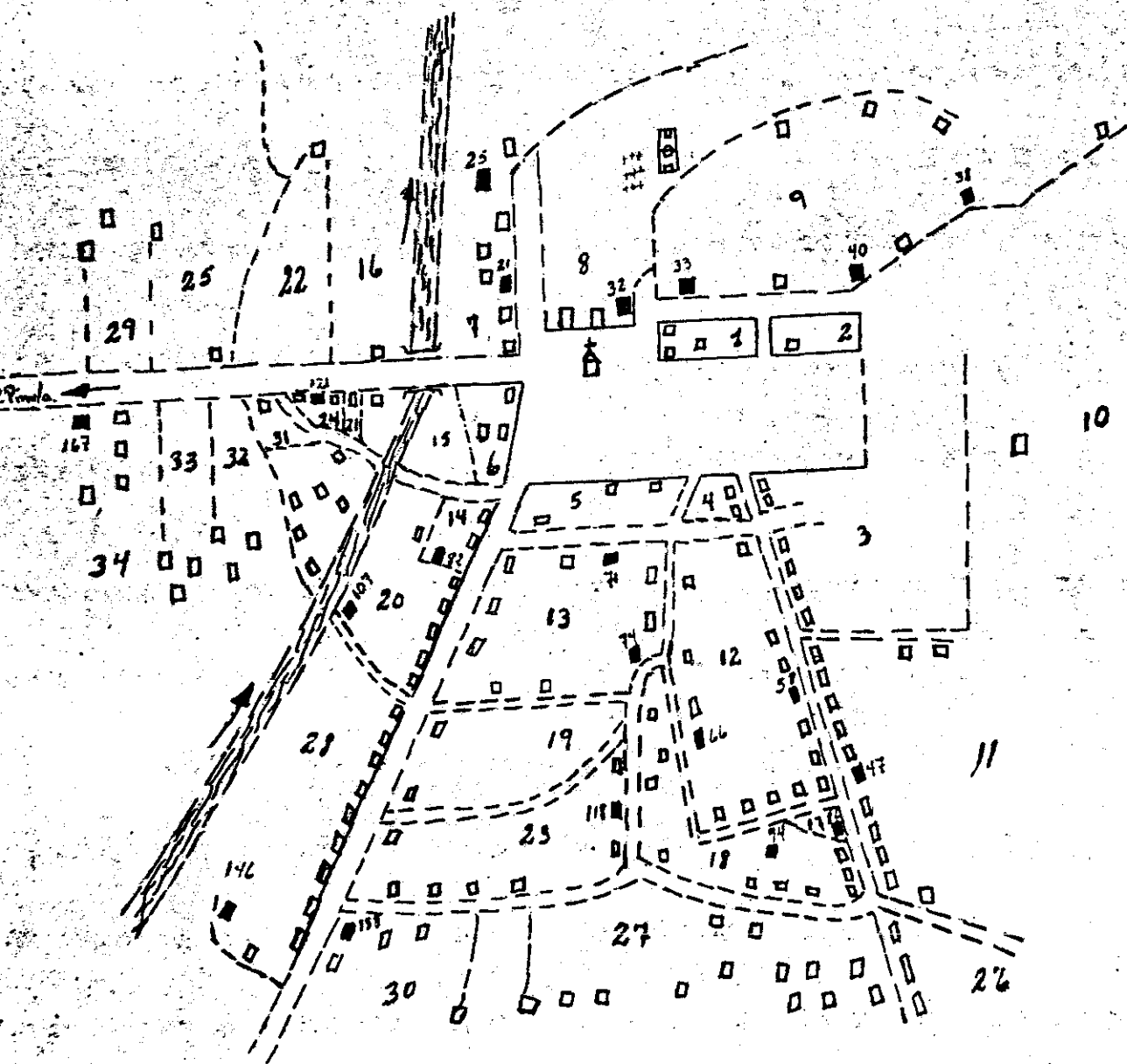
MES DE: Octubre-Dic 1976. MUNICIPIO DE: San Pedro Pinula. DEPTO: Jalapa

MORBILIDAD		EDAD DE EMBARAZO						TOTAL	
GRUPO DE CAUSAS.	CODIGO	1er Trimestre		2o. Trimestre		3er. Trimestre		No.	%
		No.	%	No.	%	No.	%		
		1	16.6	4	66.6	1	16.6	6	100
TOTAL		1	16.6	4	66.6	1	16.6	6	100

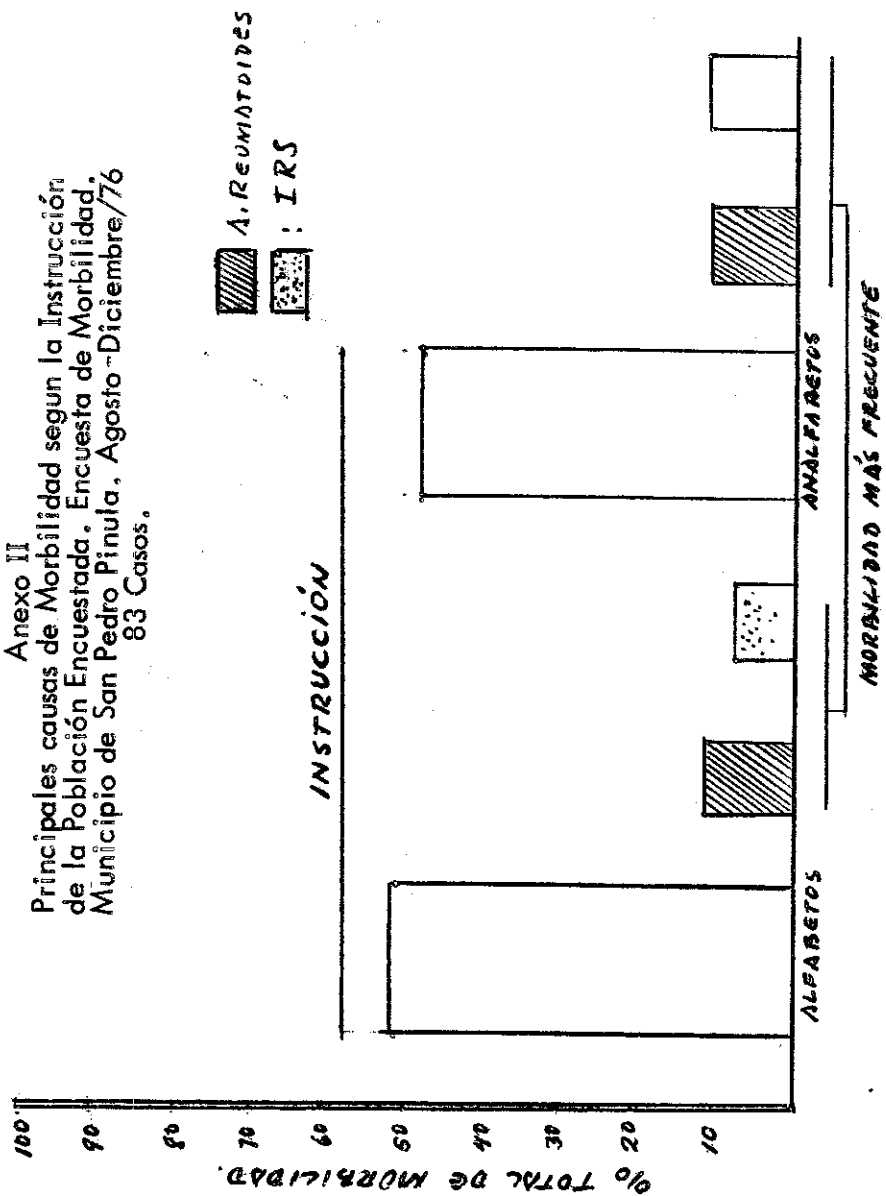


Santizo P.

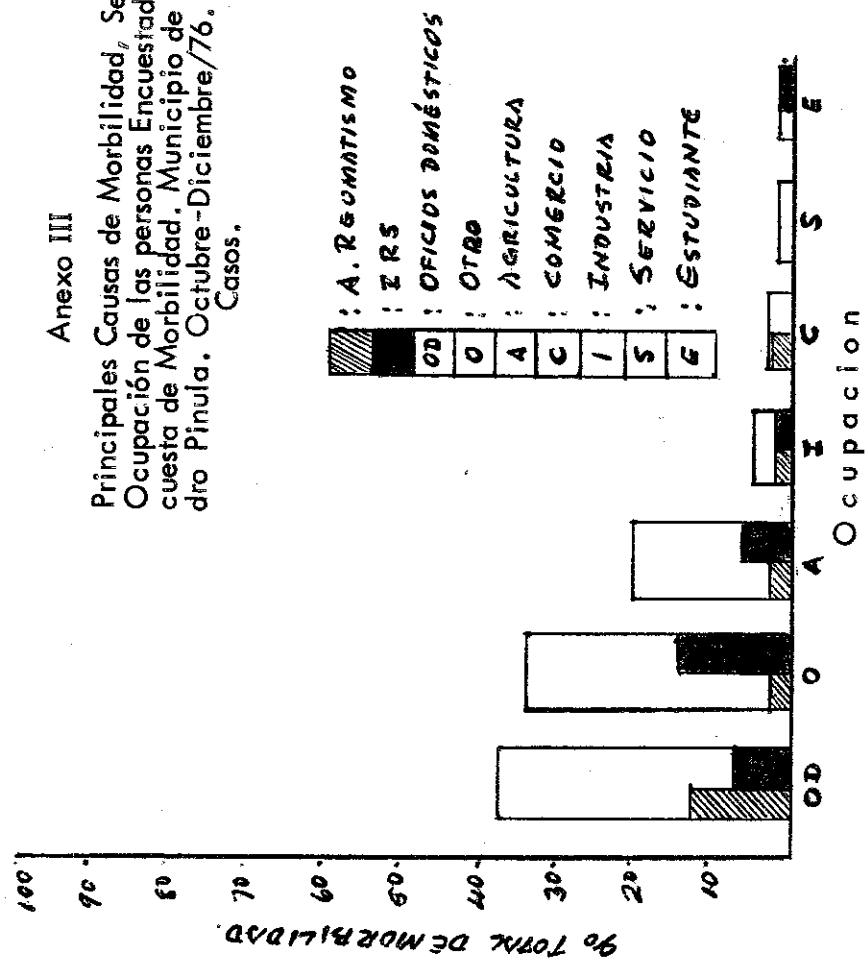
Mapa de la Aldea
Sta. Dominga
Municipio de San Pedro Pinala
Tlalapa.



Anexo II
Principales causas de Morbilidad segun la Instrucción
de la Población Encuestada. Encuesta de Morbilidad.
Municipio de San Pedro Pinula, Agosto-Diciembre/76
83 Casos.



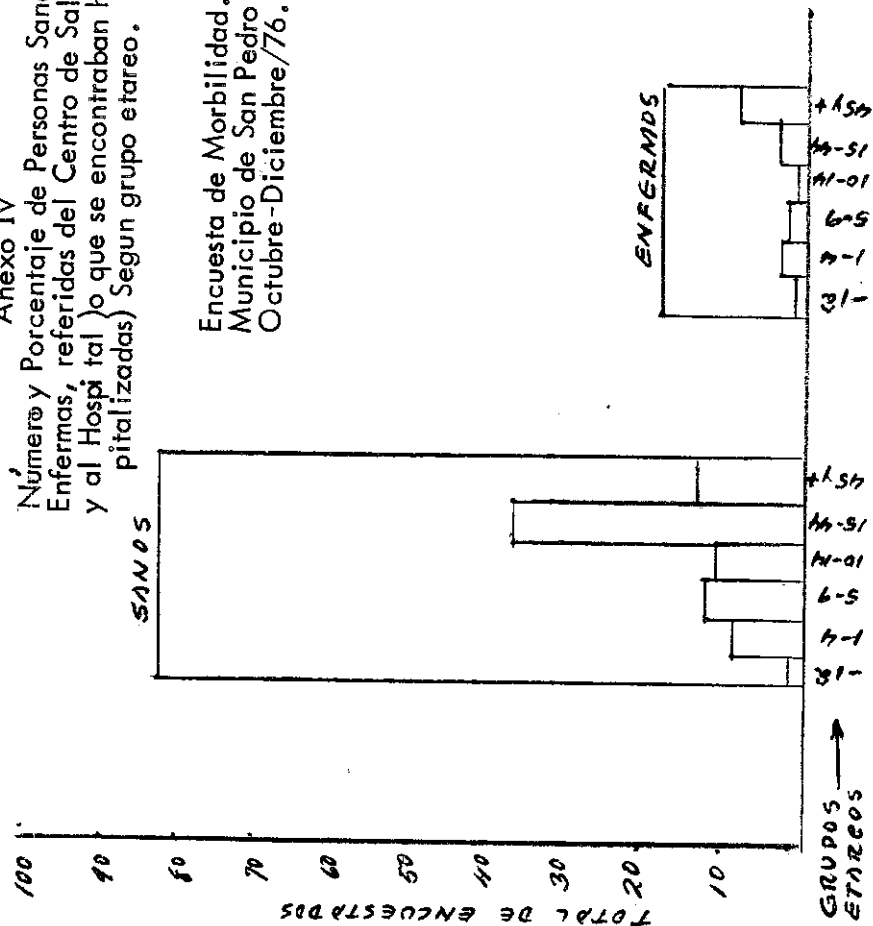
Principales Causas de Morbilidad, Según la Ocupación de las personas Encuestadas. Encuesta de Morbilidad. Municipio de San Pedro Pinula. Octubre-Diciembre/76. 111 Casos.



Anexo IV

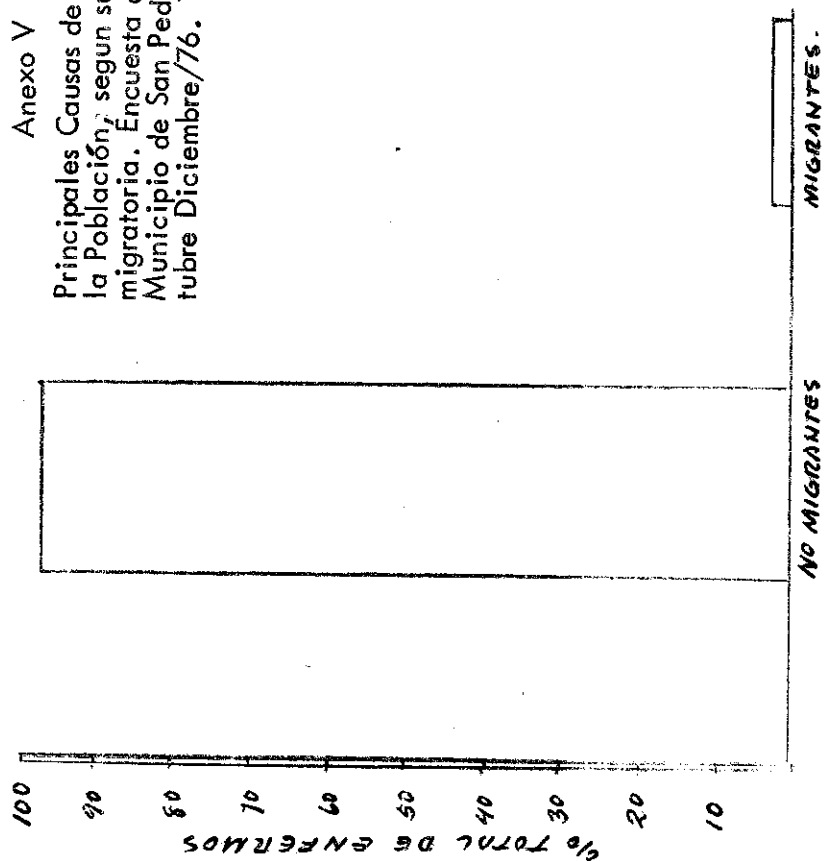
Número y Porcentaje de Personas Sanas, Enfermas, referidas del Centro de Salud y al Hospital (o que se encontraban hospitalizadas) Según grupo etareo.

Encuesta de Morbilidad. 639 casos
Municipio de San Pedro Pinula.
Octubre-Diciembre/76.



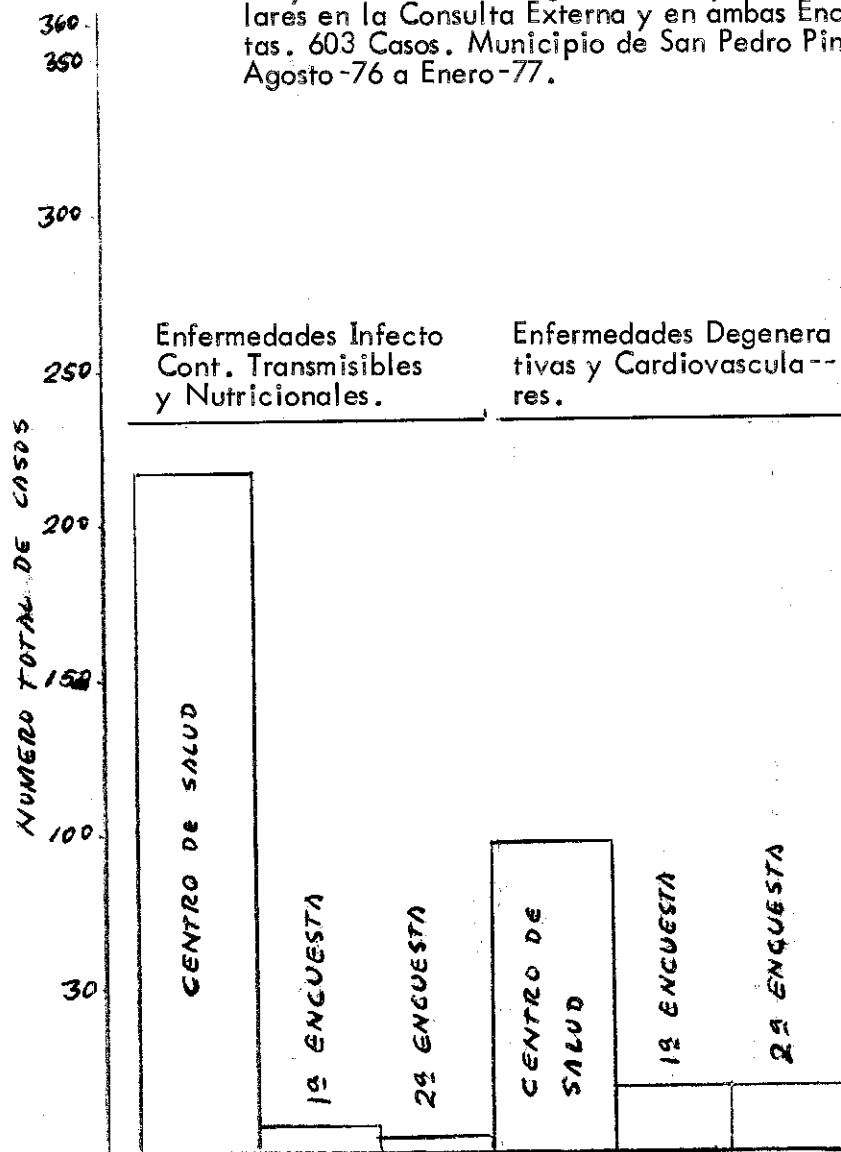
Anexo V

Principales Causas de Morbilidad de la Población, según su condición migratoria. Encuesta de Morbilidad. Municipio de San Pedro Pinula. Octubre Diciembre/76. 111 casos.



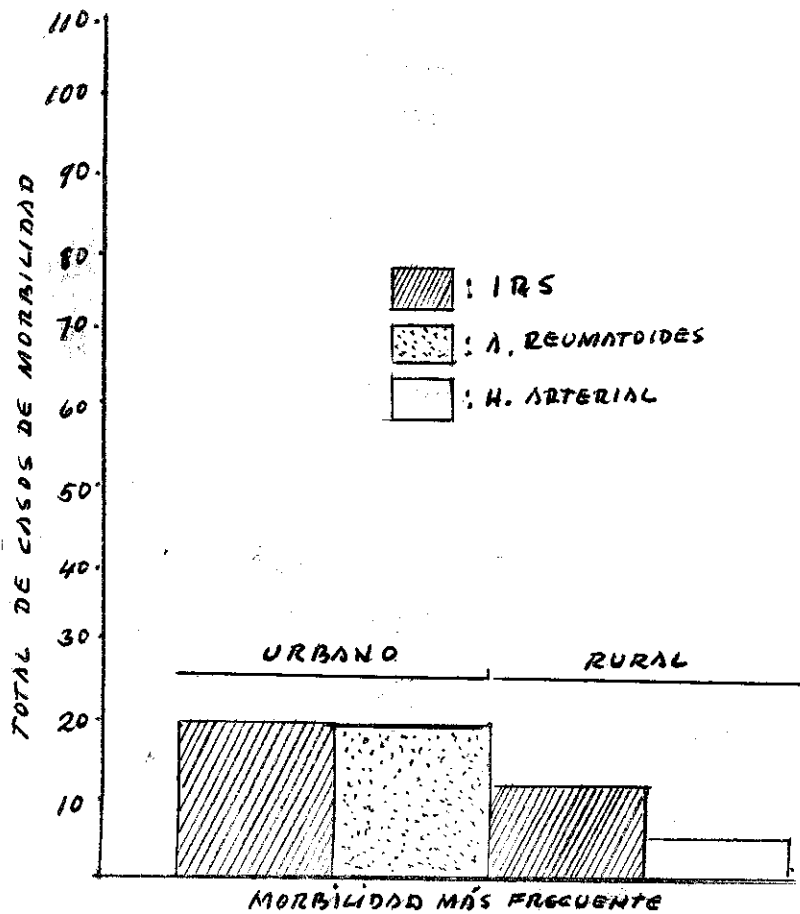
Anexo VI

Número de enfermos Observados de Enfermedades Infecto-Contagiosas, Transmisibles y Nutricionales y Enfermedades Degenerativas y Cardiovasculares en la Consulta Externa y en ambas Encuestas. 603 Casos. Municipio de San Pedro Pinula. Agosto-76 a Enero-77.



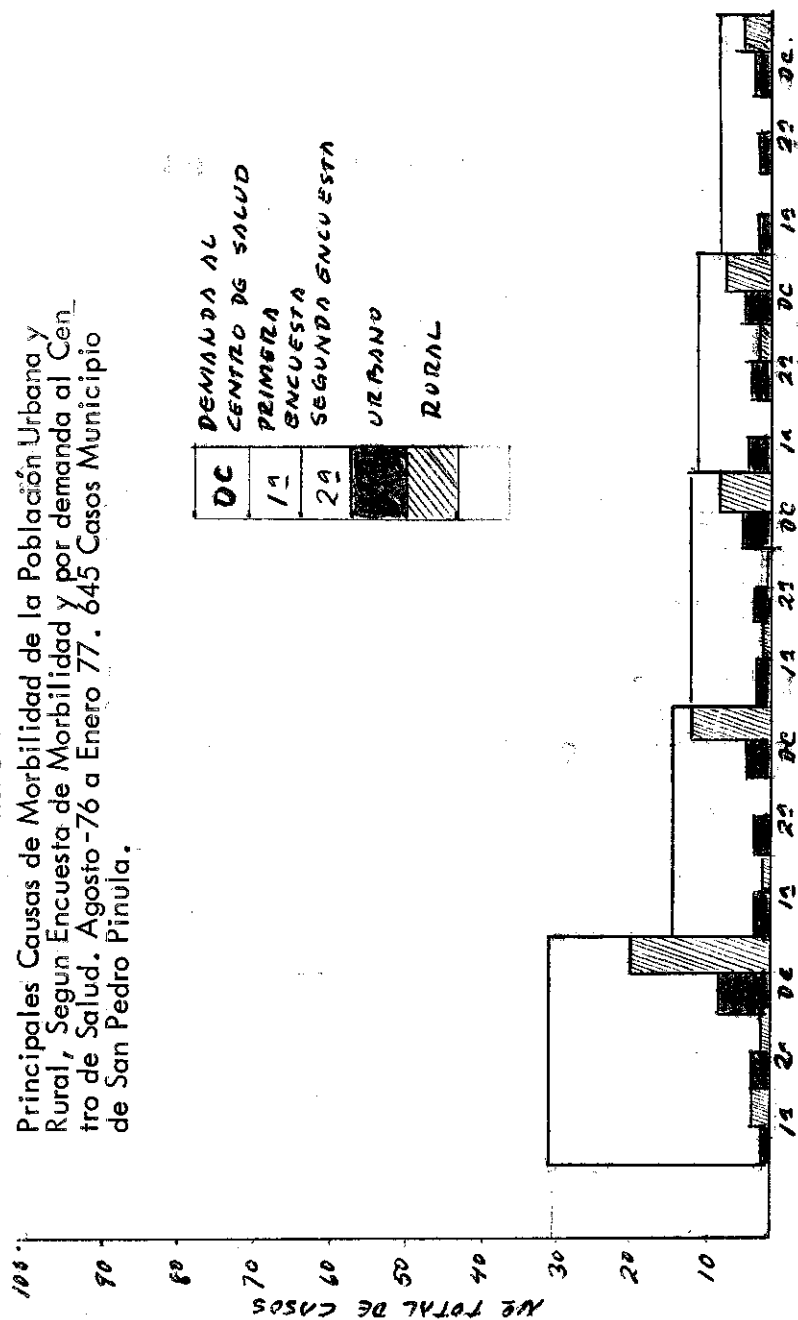
Anexo VII

Principales Grupos de Causas de Morbilidad,
Segun Urbano y Rural, Sexo y Grupo Etareo.
Encuesta de Morbilidad. Municipio de San -
Pedro Pinula 111 Casos.



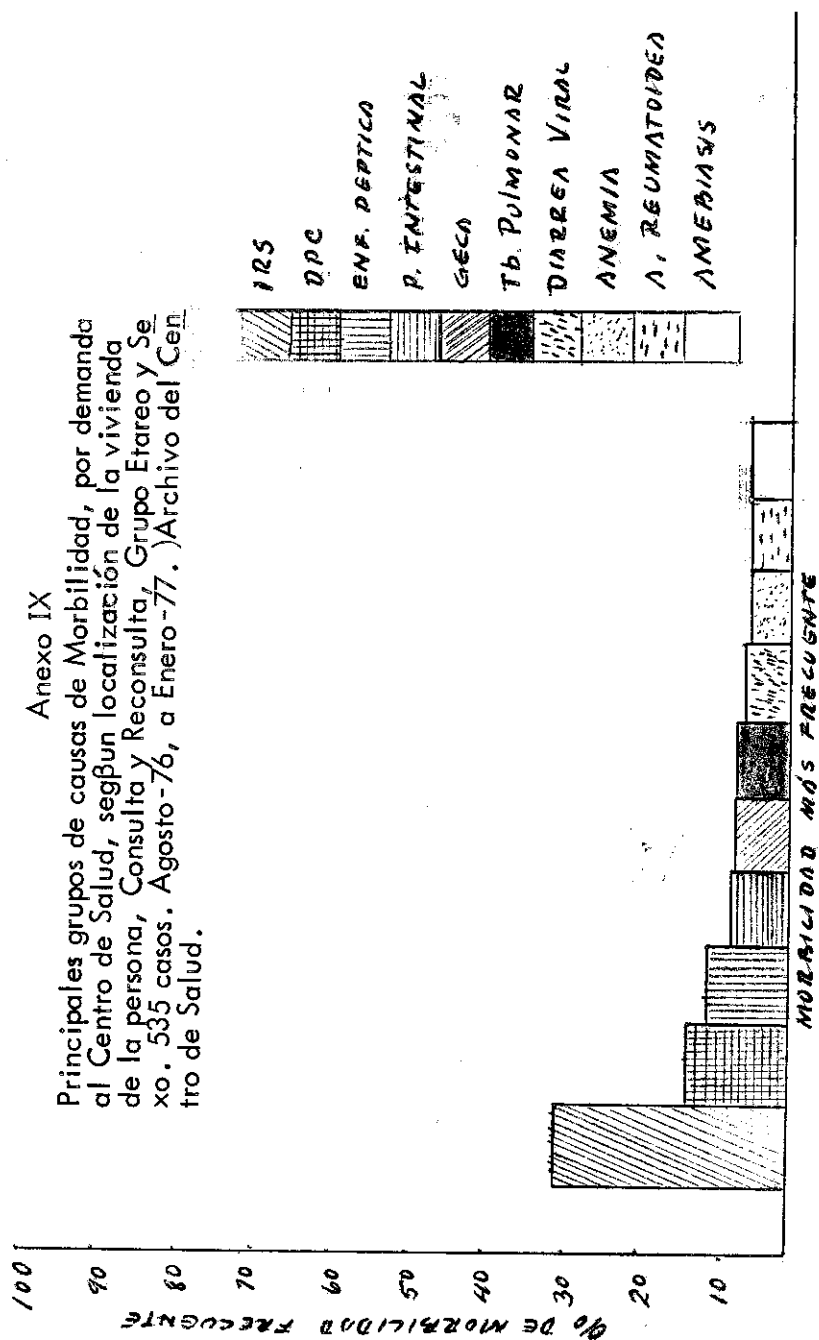
Anexo VIII

Principales Causas de Morbilidad de la Población Urbana y Rural, Según Encuesta de Morbilidad y por demanda al Centro de Salud. Agosto-76 a Enero 77. 645 Casos Municipio de San Pedro Pinula.



Anexo IX

Principales grupos de causas de Morbilidad, por demanda al Centro de Salud, según localización de la vivienda de la persona, Consulta y Reconsulta, Grupo Etareo y Sexo. 535 casos. Agosto-76, a Enero-77. Archivo del Centro de Salud.



Dr. Philip P

Julius F. 2
Assoc.

R. H.
Review

See Crer 12
Director de Fagn III.

Carrie P.
Secretary General

Vo. No.

Californian 107
Declaro