

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA



ENCUESTA MEDICO SANITARIO
EN LA VILLA EL CONGO

DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD EN DICHA VILLA

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

MIRIAM CIDALIA MORALES VARGAS

PREVIA A LA OPCION DEL TITULO DE

DOCTOR EN MEDICINA

DICIEMBRE 1968



U N I V E R S I D A D D E E L S A L V A D O R

R E C T O R

DR. JOSE MARIA MENDEZ

S E C R E T A R I O

DR. JOSE RICARDO MARTINEZ

* * * * *

F A C U L T A D D E M E D I C I N A

D E C A N O

DRA. MARIA ISABEL RODRIGUEZ

S E C R E T A R I O

DR. RICARDO ALBERTO CEA

JURADOS QUE PRACTICARON LOS EXAMENES
DE DOCTORAMIENTO PRIVADO

CLINICA OBSTETRICA:

Presidente: Dr. Jorge Bustamante
Primer Vocal: Dr. Angel Quan
Segundo Vocal: Dra. Martha Gladis Urbina

CLINICA MEDICA:

Presidente: Dr. José Benjamín Mancía
Primer Vocal: Dr. José Simón Basagoitia
Segundo Vocal: Dr. Andrés Amador.

CLINICA QUIRURGICA:

Presidente: Dr. Carlos González Bonilla
Primer Vocal: Dr. Juan Nasif Hasbún
Segundo Vocal: Dr. Alejandro Gamero Orellana

CLINICA PEDIATRICA:

Presidente: Dr. Guillermo Guillén Alvarez
Primer Vocal: Dr. Eduardo Suárez Mendoza
Segundo Vocal: Dr. Arturo Alvarez Borja

J U R A D O D E T E S I S

Presidente: Dr. Miguel Angel Aguilar Oliva
Primer Vocal: Dra. Concepción de Herrera Rebollo.
Segundo Vocal: Dr. Alberto Aguilar Rivas

D E D I C A T O R I A

A mi querido padre:

Emilio Morales Brito

A la memoria de mi querida e inolvidable
madre:

Alicia Vargas de Morales (Q.D.D.G.)

A mis hermanos y familiares,

A mis profesores y amigos.

A G R A D E C I M I E N T O

A Dios Todopoderoso

A todas aquellas personas que en una ú otra forma contribuyeron a la culminación de tan feliz triunfo.

P L A N D E T R A B A J O

I INTRODUCCION

Primera parte

II LA COMUNIDAD DEL CONGO

Reseña histórica Geografía

- a) Generalidades
- b) Clima
- c) Población
- d) Vivienda
- e) Agricultura e Industria
- f) Vías de comunicación
- g) Educación
- h) Condiciones socio-económicas
- i) Aspectos Médico-Sanitarios.

Segunda parte

III ESTUDIO DE LA NATALIDAD Y MORTALIDAD

- a) Nacimiento por mes, residencia y sexo
- b) Tasas de Natalidad
- c) Mortalidad general
- d) Mortalidad infantil
- e) Tasa de Mortalidad específica por edad
- f) Mortalidad según causa, edad y sexo.

Tercera parte

IV ESTUDIO DE LA MORTALIDAD

- a) Selección de la muestra
- b) Métodos de estudio
- c) Descripción encontrada en la muestra
- d) Morbilidad encontrada en la muestra

Cuarta parte

V DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO DE LA SITUACION

VI RECOMENDACIONES

VII BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Ha sido para mí muy grato y de especial interés realizar este pequeño trabajo que es como una mínima contribución a la gran obra de Planificación de Salud que se está tratando de llevar poco a poco en todo el país.

Ya algunos compañeros han realizado trabajos similares a nivel local con el fin principal de cubrir progresivamente el territorio del país y atender a los habitantes de acuerdo con su agrupación natural en familias y en comunidades, respetando su modo de vivir y sus características culturales.

Aunque en sí el tema es muy sencillo, no por eso tiene menos importancia ya que el conocimiento de estos datos elementales, hasta hoy desconocidos en su mayoría, hacen urgente la necesidad de su difusión en todos los niveles culturales del país, ya no digamos en el médico.

Todos sabemos que para estar mejor capacitados para prevenir y curar las enfermedades, es necesario conocer a fondo la reacción de las gentes ante la enfermedad, los trastornos socioeconómicos que provocan una afección por simple que parezca y la repercusión de todo ésto sobre la salud popular.

La finalidad principal es obtener el mayor número de datos posibles para darnos una idea más o menos exacta de la situación de salud en esta pequeña comunidad de la República, utilizarlos para hacer los reajustes del caso y una mejor redistribución de los recursos.

En resumen nos servirán todos los datos recopilados en esta encuesta Médico-Sanitaria para presentar un diagnóstico y pronóstico de la situación de salud en una pequeña área de la República que apenas se inicia en cuanto a su atención médica por lo que creo que los datos no serán muy exactos pero que modestamente esperamos contribuir al mejor conocimiento de la Patología nacional, dejando abierta la senda de la investigación para futuros y más provechosos estudios y a la vez poner nuestro grano de arena en la metodología de planificación en salud la cual señala una serie de etapas que hay que cumplir para poder llegar a elaborar un plan ajustado a la realidad, recursos disponibles, factibilidad de ejecución y evolución, ya que este método sigue el mismo procedimiento científico que va de la observación sistemática de los hechos hasta la formulación de una hipótesis, procedimiento similar al que emplea el clínico frente a un paciente, solamente que aplicado en este caso a un universo.

San Salvador, Diciembre de 1968.

PRIMERA PARTE

La Comunidad del Congo:

Reseña Histórica: A lo largo de la línea férrea tendida entre la estación del Sitio del Niño y la Ciudad de Santa Ana, se formó a fines del siglo pasado la Aldea del Congo, jurisdicción de Coatepeque.

En 1910 dicha Aldea tenía una población de 500 habitantes y le correspondía los Tres Cerritos denominados de los Siete Príncipes, excepción del Municipio. Durante la administración del General de División Maximiliano Hernández Martínez y por el Decreto Legislativo del 20 de Marzo de 1933 se erigieron un pueblo, con el nombre de El Congo, los de El Congo: El Guineo, San José Las Flores, El Rodeo, El Pezote, La Preza y La Laguna, que se segregaron de la jurisdicción de Coatepeque.

El Gobernador del Departamento de Santa Ana quedó encargado de conocer a los vecinos de dichos cantones para que eligieran sus primeras autoridades Municipales: Un Alcalde, dos Regidores y un Síndico.

El asiento de estas autoridades se fijó en el Cantón El Congo y el nuevo Municipio incorporado en el distrito de Santa Ana, Departamento de Santa Ana.

Título de Villa: El pueblo de El Congo fué elevado a la Categoría de Villa durante la administración del Teniente Coronel Oscar Osorio y por Decreto Legislativo el 15 de Agosto de 1955.

Arqueología: Cerca de la estación ferroviaria de El Congo está el famoso "Idolo del Congo" de forma esferoidal y atribuido a la cultura Maya-Quiché, este monolito indudablemente pertenece a la civilización Tzumalense.

Geografía: Generalidades. La Villa de El Congo pertenece al -- Distrito de Santa Ana de cuya cabecera dista 14 kilómetros hacia el sureste. Está situado a 868 metros de altura sobre el nivel del mar. Cuenta con una población de 11,426 habitantes - de los cuales 2,209 forman la población urbana y 9,217 forman la población rural.

Comprende los Cantones siguientes: El Guineo, San José Las Flores, Montebello, Los Pinos, La Laguna, El Pezote, El Rodeo y La Preza. Hay muchos otros cantones que rodean a El Congo, pero que pertenecen a Coatepeque.

El clima generalmente es cálido y el tiempo es muy lluvioso en los meses de Mayo a Noviembre. En cuanto a población se refiere, tenemos que predomina la rural; la vivienda es bastante pobre, en la zona rural el noventa por ciento más o menos de las casas son ranchos de paja y algunos construídos con adobe o ladrillos. No existe un estudio detallado de la vivienda rural por lo que no se puede suministrar datos exactos.

En cuanto a vivienda urbana se refiere, deja mucho qué desear pues gran parte de ésta vive hacinada en mesones insalubres. Existe en el medio urbano 361 casas de las cuales 56 son mesones, muchos todavía sin medios apropiados para mejorar su saneamiento como escasez de agua y servicios sanitarios.

Son muy raras las construcciones de concreto y mixto. La mayoría son de bahareque o de adobe y ya sabemos que el aseo de este tipo de construcción es muy difícil y en la mayoría de casas las paredes constituyen el habitat de numerosos insectos (cucarachas, chinches, etc.) y roedores, los cuales son fuente de numerosas enfermedades.

Agricultura e Industria: Como la mayoría de la población es de pobres recursos económicos, casi todos están dedicados a las faenas agrícolas, aún los urbanos. La mayoría no posee tierras propias sino que arriendan terrenos de otras personas para hacer sus cultivos.

El principal cultivo lo constituye el café y la piña. Otros productos en muy poca cantidad. El ganado es relativamente poco, pero siempre se encuentra carne de res y de cerdo, ya que varias familias se dedican al destace.

Existe en el pueblo tres gallineros grandes que producen un promedio de mil a mil quinientos huevos a la semana cada uno. Algunos los exportan a Guatemala.

En cuanto a la industria es relativamente poca, pues la mayoría de la población urbana se dedica al comercio en pequeño, existen muchas tienditas y unas cuantas grandes, hay además cinco farmacias más o menos surtidas.

Una familia de El Congo posee una fábrica de paletas y sorbetes que distribuye sus productos en toda la República por medio de camiones que por la mañana salen a repartir paleteros con su respectivo carretón, a los distintos departamentos y a varios

cogen para que entreguen el producto de la venta. Hay dos familias que se dedican a exportar piña a otros países y además poseen muchas plantaciones de maíz y frijol.

Otra familia posee la empresa de buses que van del Congo a Sonsonate, Santa Ana, San Salvador, El Lago de Coatepeque, Ahuachapán y viceversa; esta misma familia posee una gasolinera con la cual existen dos, las cuales dan buen rendimiento ya que El Congo lo atraviesa carretera pavimentada que al final del pueblo hacia el Sur se divide en dos: una para el Lago de Coatepeque y la otra para El Cerro Verde y Sonsonate y hacia el Norte termina en la bifurcación hacia San Salvador y Santa Ana. Industrias que debemos mencionar son los ladrilleros de barro y cemento, tejeras y producción de carbón de leña.

Vías de Comunicación: El Congo está comunicado con San Salvador Santa Ana, Sonsonate, por carretera pavimentada, así como por ferrocarril.

Existe servicio regular de autobuses inter-urbanos que comunican las diversas poblaciones entre sí y que facilitan el transporte de las gentes de los distintos cantones.

Cuenta además con servicio telefónico, telegráfico y postal.

Educación: En la Villa de El Congo se imparte únicamente educación primaria y Plan Básico. Existe un Kindergarten, dos escuelas urbanas para educación primaria y seis escuelas rurales también para primaria. Además tenemos el Plan Básico que funciona en el Convento de la localidad bajo la dirección del señor Cura

Iglesias católicas.

Condiciones Socio-Económicas: En lo que se refiere al medio Socio-Económico, elevadas proporciones de las familias al igual que el resto de El Salvador, viven carentes de servicios satisfactorios de agua y de sistema de eliminación de excretas, condenando a sus habitantes a convivir en un medio altamente contaminado por los deshechos humanos.

La distribución socio-económica es inferior que la de muchas poblaciones del país. Clase alta formada por terratenientes, comerciantes y algunos profesionales que únicamente son dueños de la mayor parte de la tierra de la Villa pero que no residen en ella, sino en la capital u otros departamentos y solamente llegan por temporadas, a excepción de unas tres familias que no han emigrado.

Clase media: pequeños terratenientes, maestros y pequeños industriales. Hay que hacer notar que la mayoría de los de la clase media poseen su vehículo propio.

Clase baja: obreros, campesinos y otros. Como ya dijimos antes la mayoría de la población es de pobres recursos económicos.

Aspectos Médico-Sanitarios: Desde principios de este año funciona la Unidad de Salud, edificio nuevo de construcción moderna e higiénica aunque todavía no equipada completamente, con dos salas para ingresos de pacientes, una sala de partos, farmacia, consultorio médico, consultorio odontológico, cuarto de curaciones, sala de espera, dormitorio médico, dormito-

rio de enfermeras, comedor, cocina, bodega y su tanque propio - para agua; algunos de los cuales no funcionan todavía por falta de equipo.

Tenemos además servicio de Planificación Familiar, instalado por los miembros de la Asociación Demográfica y que funciona en horas extras.

Está atendida por un personal constituido por un Médico, un Odontólogo, una Enfermera Graduada, una Auxiliar de Enfermería, una Secretaria, un Ordenanza, a tiempo completo, y un Inspector Sanitario a medio tiempo.

La demanda de atención médica es demasiada en relación - con los recursos, pues no es posible atender a todos los pacientes que llegan a la Unidad ya sea en demanda de atención médica o de vacunación, a pesar de que no toda la población es accesible a la Unidad.

En cuanto a aspecto sanitario se refiere, las condiciones-higiénicas de la población dejan mucho que desear, son malas. - El tren de aseo consta de un carretón de tracción animal el - cual es insuficiente para recoger toda la basura, notándose las calles muy sucias, descuidadas y aún abandonadas en su mayoría. La basura es depositada en una barranca en las afueras de la - población, donde periódicamente es enterrada.

El servicio actual de agua potable es insuficiente, pues algunos días cae únicamente durante algunas horas, por lo mismo hay pocas letrinas de lavar y hay muchas casas sin ellas teniendo los habitantes que hacer sus necesidades fisiológicas en las calles o lugares aledaños

Otro problema de salubridad lo constituye el destace clandestino de animales, malas condiciones higiénicas del rastro y del mercado municipal.

Otro más lo constituye el gran número de salones - con cinqueras y mujeres de mal vivir que fomentan el alcoholismo y la prostitución. Todos estos hechos en unión de la insalubridad de las viviendas colectivas juegan un factor importante y decisivo en la patología local y de una manera general puede decirse que el medio es hostil a la salud de los Congoleños.

SEGUNDA PARTE

ESTUDIO DE LA NATALIDAD Y MORTALIDAD.

En esta parte del estudio se analiza la Natalidad y Mortalidad acaecidas en El Congo entre los años 1958 a 1967 inclusive.

Para obtener estos datos me serví exclusivamente de los Libros del Registro Civil que lleva la Alcaldía Municipal de esta localidad.

Para la Natalidad se lleva un Libro de Nacimientos y para la Mortalidad un Libro de Defunciones.

Muchos factores, tales como la ignorancia, estado económico pobre, distancias, los escasos medios de transporte, etc. contribuyen grandemente a la falta de veracidad e inexactitud de estos datos.

En cuanto a los nacidos vivos sobre todo de la población urbana no hay mucho problema pues son inscritos casi en su totalidad; son pocas las omisiones que ocurren; los que constituyen un problema para el análisis estadístico son los nacidos muertos ya que especialmente la gente del área rural tiene la idea de que por nacer muertos no es necesario que sean reportados y es necesario hacer notar que por la falta de educación, esta gente no comprende la importancia de este registro.

Tal vez se puedan mejorar estos datos en el futuro, con el desarrollo de mejores vías de comunicación y mejor comprensión de su importancia.

C U A D R O No.1

MOVIMIENTO DEMOGRAFICO REGISTRADO DURANTE LOS
AÑOS 1958 a 1967 EN LA VILLA EL CONGO.

AÑO	NACIMIENTOS			DEFUNCIONES			POBLACION TOTAL HABITANTES
	M	F	ST	M	F	ST	
1958	234	246	480	148	92	240	8,522
1959	271	242	513	74	95	169	8,866
1960	222	232	454	81	66	147	9,173
1961	269	256	525	92	85	177	9,521
1962	245	226	471	106	91	197	9,795
1963	244	258	502	103	95	198	10,099
1964	252	231	483	94	95	189	10,391
1965	271	257	528	104	75	179	10,740
1966	257	254	511	97	77	174	11,077
1967	266	288	554	114	93	207	11,426

DATOS OBTENIDOS EN LA SECCION DEL REGISTRO CIVIL DE LA
ALCALDIA MUNICIPAL

C U A D R O No.2

NACIMIENTOS SEGUN MES, RESIDENCIA Y SEXO 1957-1968

MES	U R B A N O S			R U R A L E S			T O T A L E S		
	M	F	ST	M	F	ST	M	F	T
ENERO	103	106	209	198	165	363	301	271	572
FEBRERO	62	75	137	130	149	279	192	224	416
MARZO	63	60	123	142	125	267	205	185	390
ABRIL	60	63	123	146	126	272	206	189	395
MAYO	67	76	143	156	164	320	223	240	463
JUNIO	63	59	122	132	140	272	195	199	394
JULIO	64	55	119	120	112	232	184	167	351
AGOSTO	67	56	123	131	115	246	198	171	369
SEPTIEMBRE	65	56	121	130	132	262	195	188	383
OCTUBRE	78	70	148	164	149	313	242	219	461
NOVIEMBRE	59	66	125	123	128	251	182	194	376
DICIEMBRE	57	53	110	110	121	231	167	174	341
TOTALES	808	795	1603	1682	1626	3038	2490	2421	4911

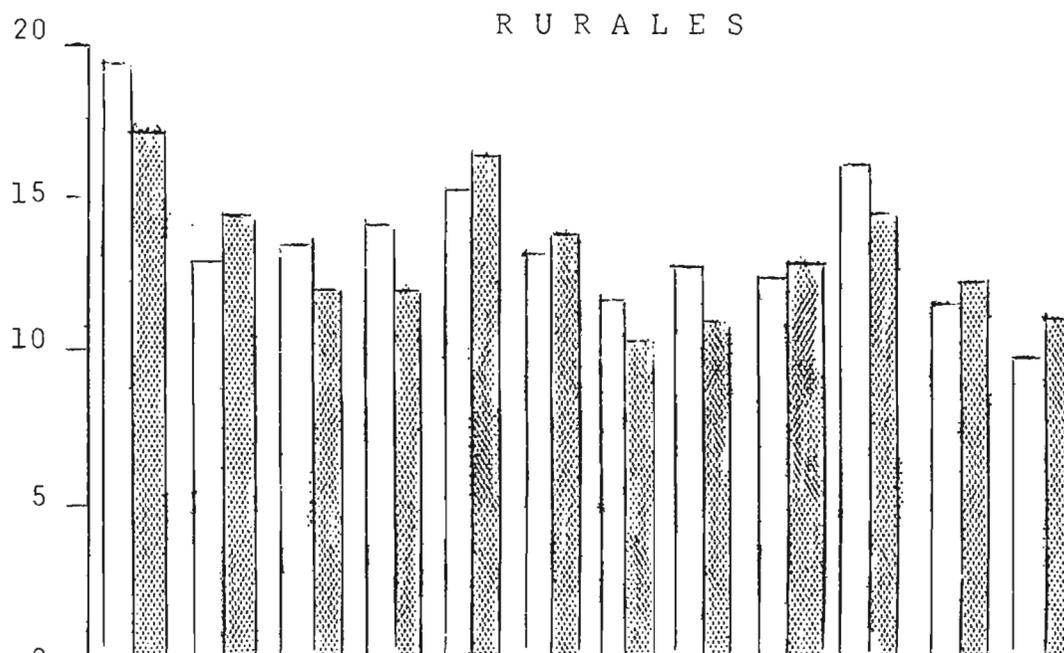
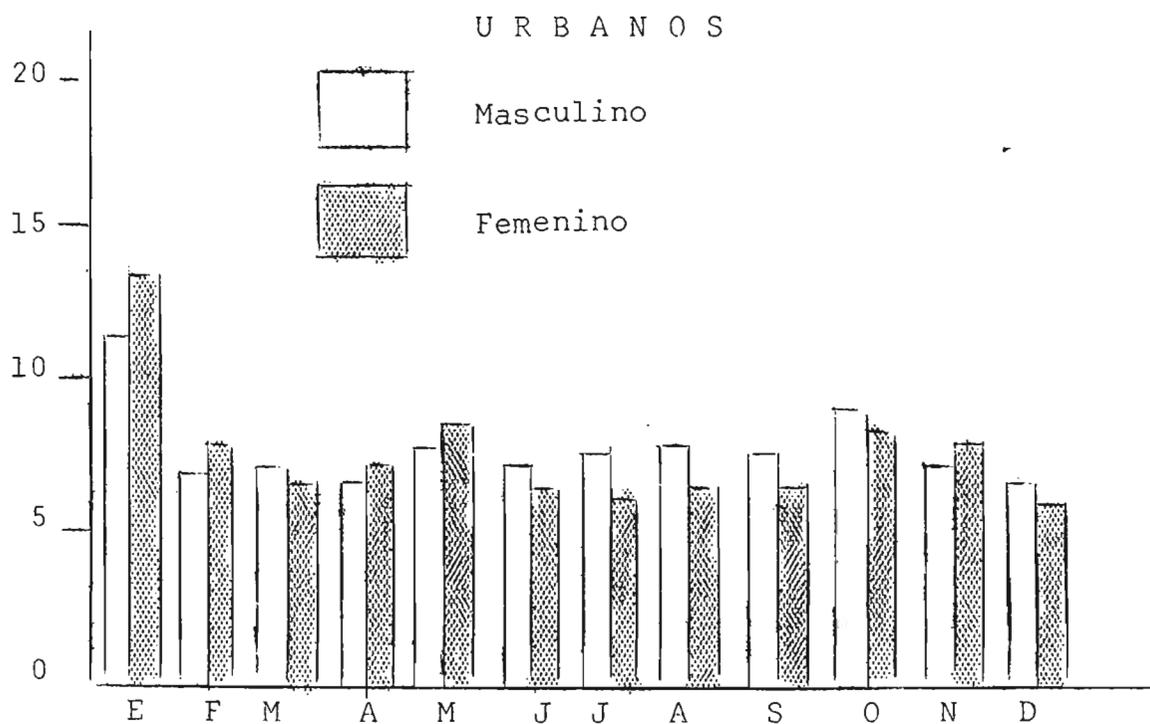
C U A D R O No.3

PROMEDIO DE NACIMIENTOS EN EL CONGO SEGUN MES, RESIDENCIA
Y SEXO 1958 - 1967.

MES	U R B A N O S			R U R A L E S			T O T A L E S		
	M	F	ST	M	F	ST	M	F	T
ENERO	10.3	10.6	20.9	19.8	16.5	36.3	30.1	27.1	57.2
FEBRERO	6.2	7.5	13.7	13.	14.9	27.9	19.2	22.4	41.6
MARZO	6.3	6.	12.3	14.2	12.5	26.7	20.5	18.5	39.
ABRIL	6.	6.3	12.3	14.6	12.6	27.2	20.6	18.9	39.5
MAYO	6.7	7.6	14.3	15.6	16.4	32.	22.3	24.	46.3
JUNIO	6.3	5.9	12.2	13.2	14.	27. 2	19.5	19.9	39.4
JULIO	6.4	5.5	11.9	12.	11.2	23.2	18.4	16.7	35.1
AGOSTO	6.7	5.6	12.3	13.1	11.5	24.6	19.8	17.1	36.9
SEPTIEMBRE	6.5	5.6	12.1	13.	13.2	26.2	19.5	18.8	38.3
OCTUBRE	7.8	7.	14.8	16.4	14.9	31.3	24.2	21.9	46.1
NOVIEMBRE	5.9	6.6	12.5	12.3	12.8	25.1	18.2	19.4	37.6
DICIEMBRE	5.7	5.3	11. 0	11.	12.1	23.1	16.7	17.4	34.1
TOTALES	80.8	79.5	160.3	168.2	162.6	303.8	249.	242.1	491.1

Promedios mensuales de Nacimientos en El Congo por
Residencia y Sexo 1958 - 1967

G R A F I C A No.1



En el cuadro No.3 y en la Gráfica No.1 está la distribución por mes, residencia y sexo en los 10 años de estudio desde 1958 - 1967. Estos datos son cifras promedios de todos los años.

Se observa en primer lugar que la Natalidad es mucho mayor en la población rural.

En cuanto a las inscripciones encontramos mayor número de nacimientos durante el mes de Enero. Esto puede ser explicable por el hecho de que cuando un nacimiento se inscribe con 15 o más días de retraso a partir del nacimiento, los padres tienen que pagar una multa, así que los nacidos en los últimos días de Diciembre, o sea en período de vacaciones, (cuando el Registro Civil está cerrado) son anotados como nacimientos de Enero para evitar pagar multa.

Le siguen en frecuencia a Enero, los meses de Mayo y Octubre y la explicación es que la gente aprovecha las vacaciones de Agosto y Diciembre para casarse y entonces los concebidos en esos meses, nacen en Mayo y Octubre

C U A D R O No.4

TASAS POR MIL HABITANTES DE NATALIDAD GENERAL
 POR AÑO EN EL CONGO DE 1958 - 1967.

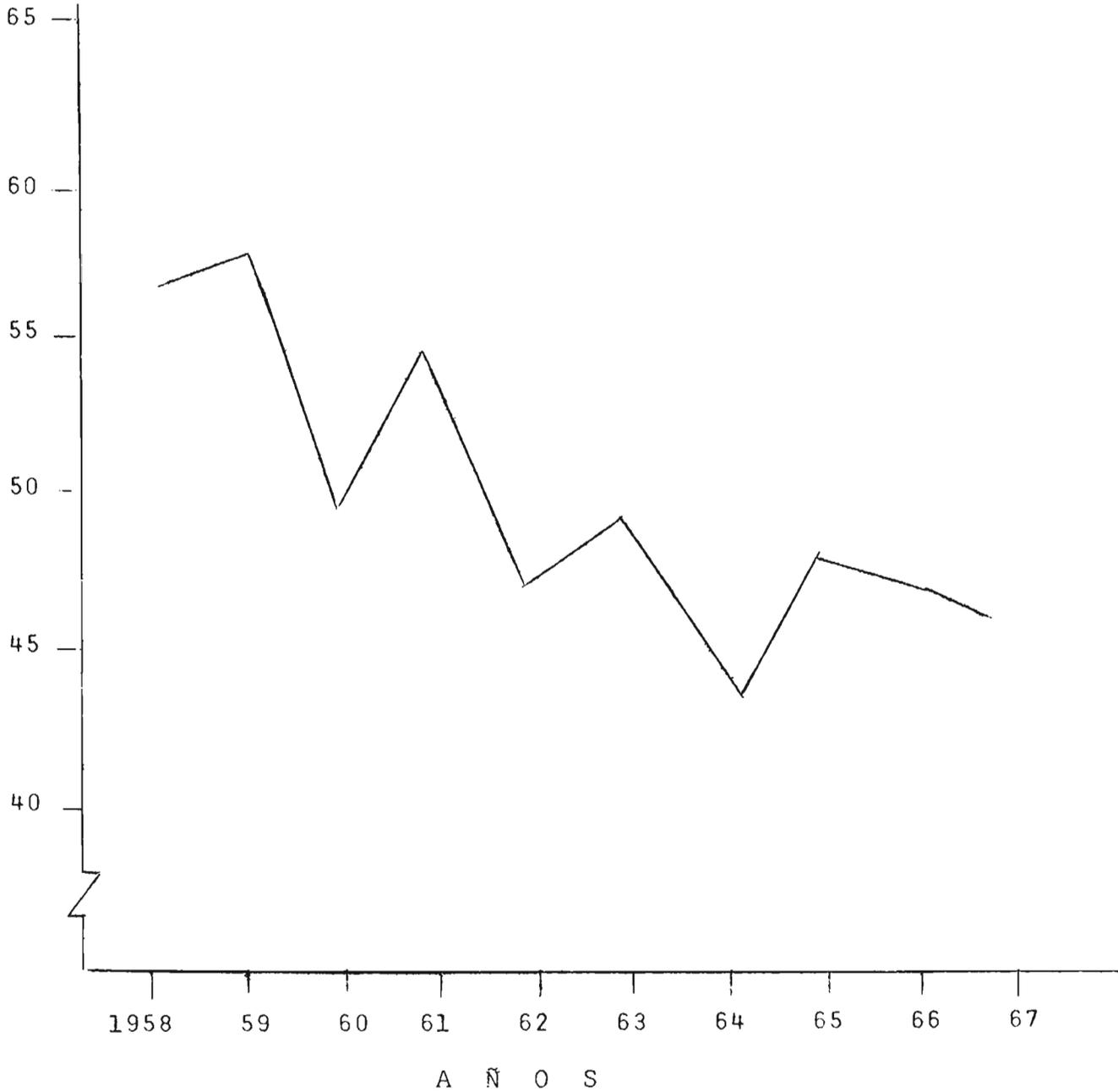
AÑO	TASAS POR 1000
1958	56.4
1959	57,
1960	49.
1961	55.
1962	47.
1963	49.
1964	44.
1965	48.
1966	47.

$$\text{NATALIDAD GENERAL} = \frac{\text{No.de nacidos vivos en el año X 1000}}{\text{Población de ese año}}$$

TASAS DE NATALIDAD GENERAL POR MIL
1958 - 1967

G R A F I C A No.2

TASAS X 1000



Al observar la Gráfica de la Natalidad General llama la atención lo elevado de nuestras tasas pero llama la atención - el marcado descenso que se observa de 1958 a 1967, cosa no observada en otras tesis revisadas, en las cuales las tasas tienden a elevarse.

Comparando con las tasas de Natalidad General en El Salvador encontramos:

NATALIDAD GENERAL		
AÑO	EL CONGO	EL SALVADOR
1958	56.4	47.3
1959	57.	45.9
1960	49	46.5
1961	55	45.2
1962	47	48.4
1963	49	49
1964	44	47.1
1965	48	46.9
1966	47	45.4
1967	46	46.5

ESTUDIO DE LA MORTALIDAD.

Mortalidad como sabemos, significa la relación de defunciones con la población en que ocurren.

En esta parte se ha analizado las muertes ocurridas en El Congo en el período 1958-1967.

Como dije anteriormente y al igual que para la natalidad como único medio de referencia, tuve el libro de Defunciones - del Registro Civil.

A la par de las Defunciones, se han analizado sus causas, éstas al igual que en otras localidades donde se ha realizado esta clase de trabajo han constituido un verdadero problema ya que el diagnóstico que aparece anotado en los Libros de la Alcaldía han sido hechos por los familiares del difunto, a veces amigos o por el Secretario de dicha Alcaldía. Por lo tanto difícilmente sabremos lo que ocurre con las causas de muerte pues en realidad hay algunas como "repentina", "fuego marcial" etc. de las cuales no se puede deducir ninguna impresión diagnóstica.

En algunas comunidades como Armenia es obligación dar en la Unidad de Salud, por lo menos los síntomas para que el médico o las enfermeras hagan por lo menos un diagnóstico aproximado.

Es curioso darse cuenta cómo nuestra gente en su ignorancia nomina a cada una de las afecciones con términos propios muy peculiares o también cómo atribuye enfermedades y muertes a varias causas, lógicamente absurdas. Estos casos han dado la oportunidad de conocer las creencias, léxicos y supersticiones popu-

lares respecto a las enfermedades, muertes y causas.

A pesar de haber investigado, no se comprobó la existencia de cementerios particulares o no registrados.

En las siguientes páginas encontramos las muertes clasificadas de tres maneras: según mes, residencia y sexo; según edad, residencia y sexo; según causa, edad, residencia y sexo.

C U A D R O No.5
 MUERTES EN EL CONGO SEGUN MES, RESIDENCIA Y SEXO
 1958 - 1967

MES	U R B A N O			R U R A L			T O T A L E S		
	M	F	ST	M	F	ST	M	F	T
ENERO	29	20	49	40	35	75	69	55	124
FEBRERO	23	26	49	44	29	73	67	55	122
MARZO	25	19	44	61	39	100	86	48	144
ABRIL	38	32	70	78	45	123	116	77	193
MAYO	31	27	58	75	75	150	106	102	208
JUNIO	30	24	54	56	52	108	86	76	162
JULIO	26	23	49	52	45	97	78	68	146
AGOSTO	31	26	57	48	60	108	79	86	165
SEPTIEMBRE	25	26	51	59	55	114	84	81	165
OCTUBRE	31	28	59	59	46	105	90	74	164
NOVIEMBRE	32	21	53	40	47	87	72	68	140
DICIEMBRE	31	24	55	48	43	91	79	67	146
TOTALES	352	296	648	660	571	1231	1012	867	1879



C U A D R O No.6

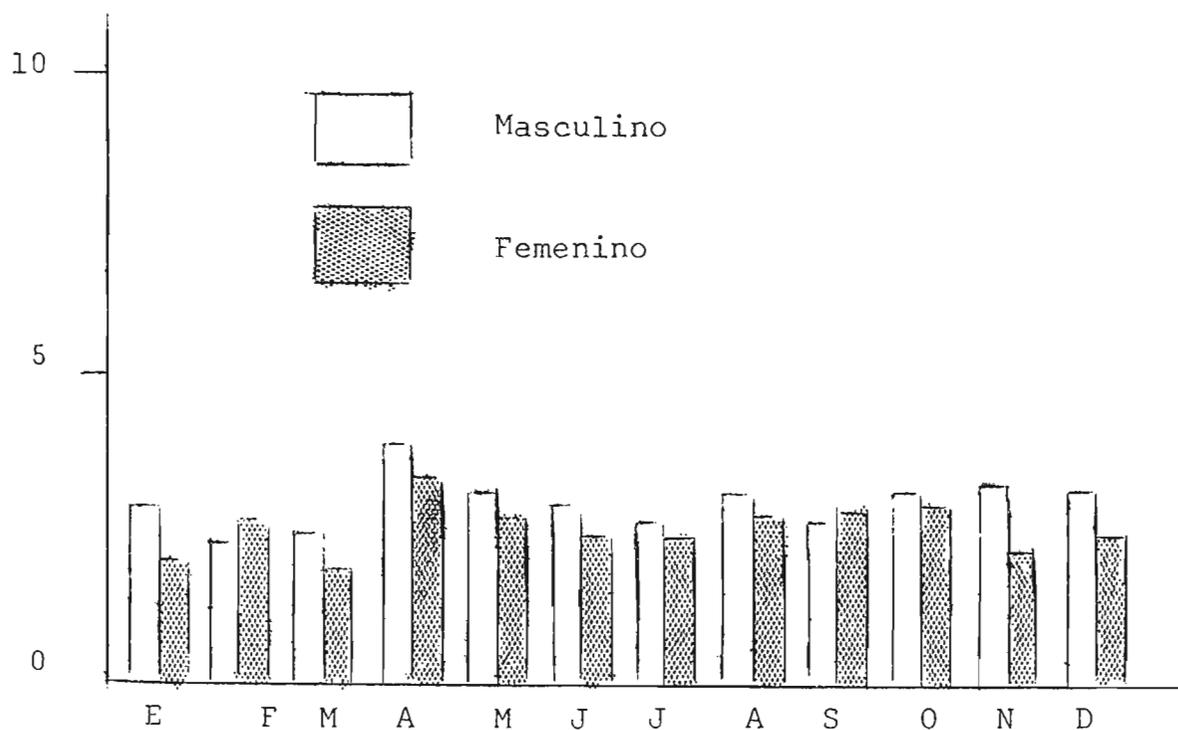
PROMEDIO DE MUERTES EN EL CONGO SEGUN MES, RESIDENCIA
Y SEXO 1958 - 1967

MES	U R B A N O			R U R A L			T O T A L E S		
	M	F	ST	M	F	ST	M	F	T
ENERO	2.9	2.	4.9	4.	3.5	7.5	6.9	5.5	12.4
FEBRERO	2.3	2.6	4.9	4.4	2.9	7.3	6.7	5.5	12.2
MARZO	2.5	1.9	4.4	6.1	3.9	10.	8.6	5.8	14.4
ABRIL	3.8	3.2	7.	7.8	4.5	12.3	11.6	7.7	19.3
MAYO	3.1	2.7	5.8	7.5	7.5	15.	10.6	10.2	20.8
JUNIO	3.	2.4	5.4	5.6	5.2	10.8	8.6	7.6	16.2
JULIO	2.6	2.3	4.9	5.2	4.5	9.7	7.8	6.8	14.6
AGOSTO	3.1	2.6	5.7	4.8	6.	10.8	7.9	8.6	16.5
SEPT.	2.5	2.6	5.1	5.9	5.5	11.4	8.4	8.1	16.5
OCT.	3.1	2.8	5.9	5.9	4.6	10.5	9.	7.4	16.4
NOV.	3.2	2.1	5.3	4.	4.7	8.7	7.2	6.8	14.
DIC.	3.1	2.4	5.5	4.8	4.3	9.1	7.9	6.7	14.6
TOTALES	35.2	29.6	64.8	66.	57.1	123.1	101.2	86.7	187.9

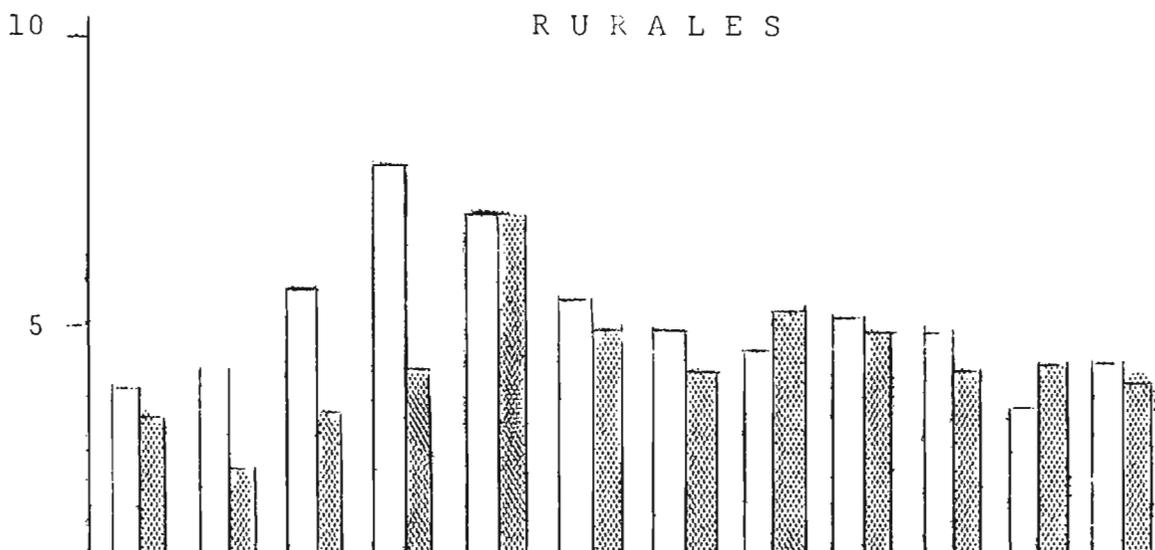
PROMEDIO MENSUAL DE MUERTOS POR MES, RESIDENCIA Y SEXO

G R A F I C A No.3

U R B A N O S



R U R A L E S



En los cuadros y gráficas anteriores hay varios hechos interesantes que analizar.

Hay una ligera diferencia entre los datos encontrados en la población rural y urbana en cuanto a variaciones y frecuencia.

En la población urbana las cifras oscilan entre 2 y 3 muertes por mes como promedio y se nota predominancia en el mes de Abril.

En la población rural las cifras oscilan entre 4 y 7 y se encuentra igual predominancia durante el mes de Abril.

En cuanto a sexo se guarda una relación entre ambos sexos casi igual y constante.

En otros trabajos similares se encontró predominancia en la época lluviosa (Mayo, Junio y Julio) donde la morbilidad es más alta debido probablemente a la mayor difusión de los gérmenes y contaminación de los alimentos debido a la fruta abundante y la gran cantidad de moscas.

C U A D R O No.7

MUERTES EN EL CONGO SEGUN EDAD, RESIDENCIA Y SEXO

1958 - 1967

EDAD	URBANOS			RURALES			TOTALES		
	M	F	ST	M	F	ST	M	F	T
Menos de 1 mes	51	47	98	124	93	217	175	140	315
De 1 a 11 m.	51	50	101	149	94	243	200	144	344
De 1-4 años	97	71	168	171	172	343	268	243	511
De 5-14 "	9	21	30	35	35	70	44	56	100
De 15-24 "	9	9	18	20	22	42	29	31	60
De 25-44 "	27	20	47	35	31	66	62	51	113
De 45-64 "	33	40	73	48	37	81	81	77	158
De 65-79 "	37	36	73	40	46	86	77	82	159
De 80 y más a.	15	5	20	23	20	43	38	25	63
Desconocida	1	0	1	1	0	1	2	0	2

C U A D R O No.8

PROMEDIO DE MUERTES EN EL CONGO SEGUN EDAD Y SEXO

1958 - 1967

EDAD	M	F	TOTAL
Menos de 1 mes	17.5	14.	31.5
De 1 a 11 meses	20.	14.4	34.4
De 1 a 4 años	26.8	24.3	51.1
De 5 a 14 "	4.4	5.6	10.
De 15 a 24 "	2.9	3.1	6.
De 25 a 44 "	6.2	5.1	11.3
De 45 a 64 "	8.1	7.7	15.8
De 65 a 79 "	7.7	8.2	15.9
De 80 y más años	3.8	2.5	6.3
Desconocida	0.2	0.	0.2

Se nota el predominio en el grupo etario de 1 a 4 años.
En cuanto al sexo casi son similares.

TASAS DE MORTALIDAD GENERAL, INFANTIL Y ESPECIFICAS PARA CADA GRUPO ETARIO.

La tasa de Mortalidad (Tasa de defunciones) expresa el número de defunciones acaecidas en un grupo de población dentro de un tiempo determinado; respecto a las tasas brutas totales, generalmente el número de defunciones por mil habitantes durante un año. Las Tasas específicas se refieren a una edad determinada, a una enfermedad, sexo o algún otro factor, también durante un año y en una población adecuada al propósito determinado que puede ser de 1,000, 10,000 o generalmente 100.000 habitantes.

Para obtener los datos de las tasas de Mortalidad en el presente trabajo, se hizo con datos de muertes durante un año y una población de 1.000 que es adecuada para el Congo.

Las diferentes tasas de Mortalidad para un año se obtienen así:

$$\text{MORTALIDAD GENERAL} = \frac{\# \text{ muertes}}{\text{Poblac.General}} \times 1.000$$

$$\text{MORTALIDAD INFANTIL} = \frac{\# \text{ muertes en 1 año}}{\text{nacidos vivos}} \times 1.000$$

$$\text{MORTALIDAD POR GRUPOS ETARIOS} = \frac{\# \text{ muertes grupo etario}}{\text{Poblac. a riesgo}} \times 1.000$$

C U A D R O No.9

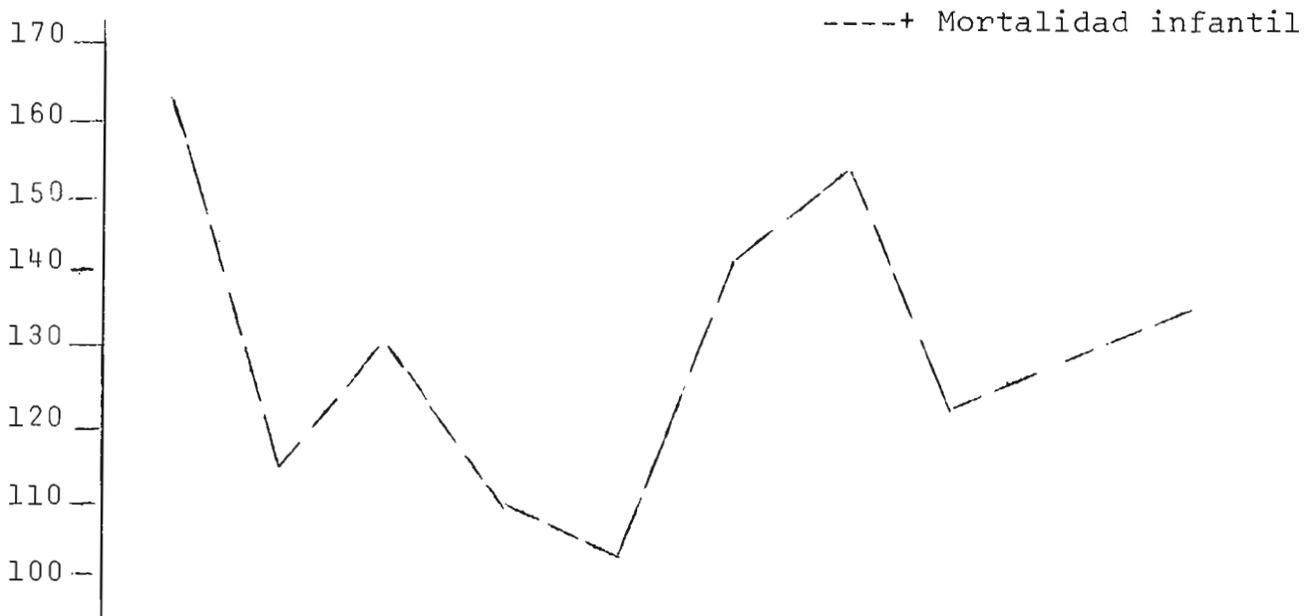
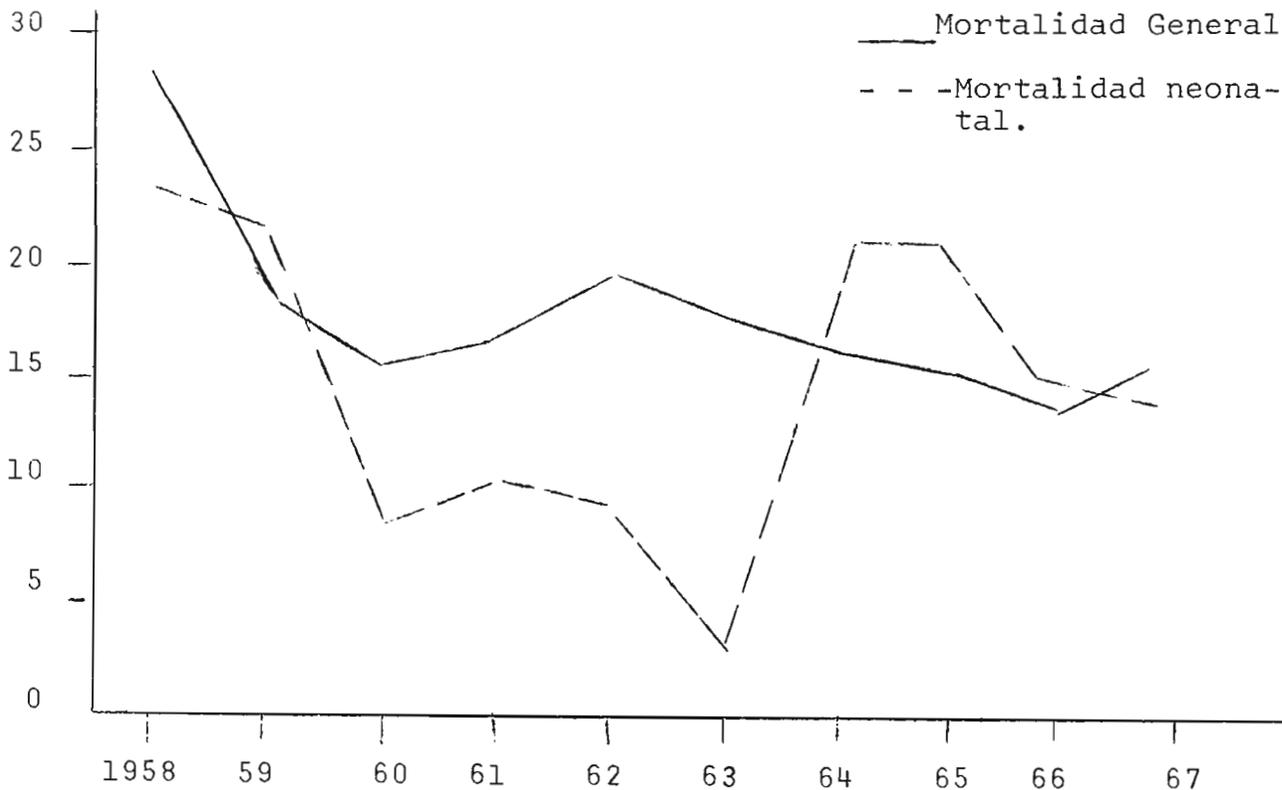
TASAS DE MORTALIDAD GENERAL, MORTALIDAD INFANTIL Y NEONATA
DURANTE EL PERIODO 1958 - 1967 EN EL CONGO.

AÑO	MORTALIDAD GENERAL	MORTALIDAD INFANTIL	MORTALIDAD NEONATAL
1958	28.1	163	23
1959	19	115	21
1960	16	131	88
1961	18	113	12
1962	20	107	10
1963	19	144	4
1964	18	156	21
1965	17	127	21
1966	15	133	17
1967	19	141	16

Los datos de estas tasas son por o/oo

TASAS DE MORTALIDAD GENERAL, INFANTIL Y NEONATAL
EN EL CONGO (1958 - 1967)

G R A F I C A No.4



C U A D R O No.10
MORTALIDAD ESPECIFICA POR EDAD EN EL CONGO 1958-1967
(Tasas X 1.000)

AÑO	E D A D E S					
	1 - 4	5-14	15 - 24	25 - 44	45 - 64	65 y más
1958	7.7	0.9	1.2	2.3	2.5	1.1
1959	8.4	1.6	1.1	1.1	2.2	1.6
1960	6.4	0.7	0.9	1.1	1.5	1.6
1961	6.	1.7	0.8	1.1	1.5	2.6
1962	5.1	1.5	0.4	1.3	1.9	2.
1963	7.1	0.5	0.4	1.1	1.1	1.8
1964	7.1	0.9	0.	1.0	1.2	1.6
1965	6.1	0.5	0.4	1.4	1.0	2.1
1966	6.	0.8	0.2	1.0	1.0	1.3
1967	6.	0.6	0.3	0.6	1.8	0.8

Esta distribución es por grupos etarios.

En los cuadros Nos.9 y 10 y Gráfica 4 es notorio observar cómo las tasas de Mortalidad General, Infantil, Neonatal y Específica por edad, tienden a bajar.

La tasa más alta de Mortalidad en estos diez años se encontró en 1958 (28.1) y la más baja en 1966 (15).

La Mortalidad infantil, aunque presenta variaciones amplias, tiende a permanecer casi igual, lo mismo que la mortinatalidad.

ESTUDIO DE LA MORTALIDAD SEGUN CAUSAS, GRUPOS ETARIOS Y SEXO

En el siguiente cuadro (No.11), se analizan las causas de muerte según edad y sexo, durante los 10 años de estudio (1957-1968).

Como ya indicamos anteriormente, para estos datos también la única fuente de información fueron los Libros del Registro Civil, en los cuales la mayoría de los diagnósticos están muy alejados de lo científico.

Siempre debido al problema anterior y con el objeto de disminuir el margen de error, se hizo en forma panorámica una clasificación convencional de 15 grandes grupos de causas de muerte tal como se puede ver en el siguiente cuadro.

C U A D R O No.11

CATEGORÍA	1 año		1 - 4		5 - 14		15 - 24		25 - 44		45 - 64		65 y más		Sub.T.		TOTALES
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
OTROS	40	28	1												42	28	70
QUINA	8	17	13	15	6	5								1	28	37	65
EDADES RESAGUDAS	54	35	24	19	2	10	3	3	4	4	7	15	7	105	85	190	
EDADES ETARIAS	72	62	101	85	26	25	4	5	10	10	17	12	10	230	214	444	
DIARRHEA	15	15	7	13	1			1				5	10	29	38	67	
DENTERITIS	25	13	17	14	3	3	1	2	3	4	1	8	8	60	43	103	
DIPION	3	7	16	17	16	12	2	1		1		1		39	37	76	
INFEC.	32	23	32	23	2	11	2	9	10	13	19	19	26	120	124	244	
ENFERM.	59	36	18	20	12	6	10	12	15	15	26	51	39	210	164	374	
IDIOTIA			1	1	2		1	15		1				19	2	21	
OTROS							2	5	3	1	1	0		8	7	15	
TRANSITO			1	1	4	3	4	0	10	2	3			23	17	40	
ESP.REC.NAC.	59	34												59	34	93	
ECULIARES																	
N NACIDO	34	26												34	26	60	
ACCIDENTES														8	9	17	
TOTALES	401	296	231	208	74	81	83	38	80	57	84	74	112	100	1012	867	1879

Aún en esta clasificación no se explora a cabalidad la etiología de la muerte, ya que por ejemplo en el grupo de "las demás enfermedades" que comprende enfermedades de origen metabólico, cardiovasculares, neoplásicas y muchos otros términos como alferesía, fuego marcial, etc. y otras no definidas que quedaron asentadas sin anotar ninguna causa de muerte, por lo tanto constituye un enorme grupo de enfermedades no clasificadas.

En el período 1957 - 1968 en El Congo se registraron 1879 defunciones de las cuales las tres principales causas de muerte fueron: en primer lugar las enfermedades parasitarias, con 444 casos, en segundo lugar las demás enfermedades con 374 casos y en tercer lugar el grupo de enfermedades llamado "otras infecciones" con 244 casos.

Enfermedades parasitarias aparecieron anotadas como causa de muerte en todos los grupos etarios, predominando en el grupo de 1 a 4 años, gran cantidad de ellos registrados como "fiebre de lombrices" ó "parasitismo intestinal". Es notorio este dato comparado con otras tesis de este tipo, pues en ninguna de las revisadas encontré cifras tan altas en este grupo.

En cuanto al segundo lugar ocupado por las demás enfermedades, ya especifiqué anteriormente a qué se refería.

Entre las otras infecciones predomina tifoidea, amibiasis presuntiva, anotado como "disentería", paludismo, tuberculosis pulmonar, etc. y muchos que aparecen como "enfermedad infecciosa"

Como era de esperar se encontró entre los demás grupos de enfermedades, gran cantidad de enfermedades respiratorias agudas, diarreas, gastroenteritis, 65 casos de tosferina y 68 casos de tétanos neonatorum.

Los accidentes de tránsito, homicidios, suicidios, y otros accidentes ocuparon los últimos lugares.

Los índices encontrados en este cuadro nos demuestran una vez más el bajo grado de salubridad, las pésimas condiciones sanitarias, la falta de educación y la situación socio-económica alarmante precaria de esta comunidad que nos ocupa.

TERCERA PARTE

ESTUDIO DE LA MORBILIDAD.

Morbilidad es un término general utilizado de diversas maneras que expresa el número de personas enfermas o casos de una enfermedad en relación con la población en que se presentan. Las tasas pueden indicarse en términos de incidencia o de prevalencia. Las tasas de incidencia en relación a una enfermedad determinada se emplean con frecuencia para expresar la morbilidad, incluso a veces clasificada por casos por 100.000 habitantes por año.

Para la realización de esta parte del trabajo se analizaron las enfermedades ocurridas en una muestra de población durante cinco meses, de Marzo a Julio inclusive de 1968. Algunos datos fueron tomados personalmente sobre la prevalencia de enfermedades que ocurrieron en la población durante mi servicio social en esta Villa de El Congo, con la valiosa ayuda del Señor Inspector de Saneamiento y la Enfermera.

a) Selección de la muestra.

Con la orientación de miembros del Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina, procedí a la selección de la muestra.

El primer paso fué seleccionar al azar un grupo de familias estadísticamente representativo de toda la población, entendiéndose por familia a todas las personas acogidas bajo el mismo techo, sin importar que fuesen sólo amigos, agregados o sirvientes del núcleo verdaderamente familiar.

Utilizando el plano de la ciudad y previa numeración de todas las manzanas y las casas, se escogieron 25 familias usando el método "Aleatorio simple" llamado también "Muestra al azar" en el que cada una de las casas, tenía la misma posibilidad de ser incluida en la muestra. Fueron estudiadas durante el período mencionado anteriormente.

Afortunadamente todas las familias escogidas colaboraron casi espontáneamente, de manera que no hubo necesidad de utilizar familias extras.

Como ya lo había comentado anteriormente, hay en esta población, un gran número de viviendas colectivas o mesones en donde para fines prácticos se escogió una sola agrupación familiar.

Para dar una idea completa de la distribución de la muestra, he incluido un plano de la ciudad con las familias del estudio.

b) Método de estudio.

Una vez seleccionadas las familias que nos servirían como muestra representativa en este estudio de morbilidad, nuestro siguiente paso fué comenzar una serie de visitas domiciliarias a manera de entrevistar lo más frecuente posible, generalmente una o dos veces por mes.

Como dije antes el señor Inspector de Sanidad me brindó su espontánea y valiosa colaboración realizando la mayoría de las visitas.

La primera que hicimos sirvió para levantar un censo de todas y cada una de las familias por medio de formularios que incluían: nombre, edad, sexo, relación familiar, características culturales, socio-económicas y ambientales.

Luego fueron visitadas estas familias cada dos semanas, con el fin de recopilar y analizar datos sobre enfermedades sufridas por cada uno de sus miembros y así obtener información necesaria para hacer un diagnóstico, conocer la duración y el tratamiento empleado en cada una de las enfermedades, a la vez se les brindó ayuda médica y se les incitaba para que acudieran a la Unidad de Salud para que así recibieran tratamiento adecuado. La mayoría llegó a la Unidad de Salud, unos para solicitar tratamiento y otros por curiosidad ya que como nunca había habido Unidad de Salud en esta Villa y muchos ni siquiera se habían enterado de su existencia, al ser informados sintieron curiosidad.



DESCRIPCION DE LA MUESTRA.

En el cuadro número 12 se muestra la composición de las familias según número de miembros, edad y sexo. La muestra se compone de 25 familias con un total de 141 personas. La familia más pequeña estaba constituida por 2 miembros y la más numerosa por 10. La más frecuente fué la de 8 familias con 4 miembros cada una con un promedio general de 5.- 6 miembros por familia.

El 61.7 por ciento de esta población pertenece al sexo femenino.

El grupo etario más numeroso es el de 15 a 44 años.

C U A D R O No.12

COMPOSICION DE LAS FAMILIAS SEGUN NUMERO DE MIEMBROS EDAD Y SEXO

No. de miembros	No. de Familias	1 año		1-4		5-14		15-44		45 y más		TOTAL			
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	T	
2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	2	
4	8	0	0	2	5	4	3	3	7	2	6	11	21	32	
5	4	0	1	1	1	0	3	4	7	0	3	5	15	20	
6	5	0	0	1	2	7	5	4	6	3	2	15	15	30	
7	3	0	0	0	2	2	5	4	7	1	0	7	14	21	
8	1	1	0	0	2	2	1	1	1	0	0	4	4	8	
9	2	1	0	2	2	3	4	0	2	2	2	8	10	18	
10	1	0	1	0	0	2	1	2	2	1	1	5	5	10	
TOTALES	25	2	2	6	14	20	22	18	33	9	15	55	86	141	

CUADRO No.13

POBLACION DE LA MUESTRA POR EDAD Y SEXO

EDAD	S E X O		TOTAL
	M	F	
Menos de 1 mes	0	0	0
De 1 a 11 meses	2	2	4
1 año	1	1	2
2 años	2	4	6
3 años	2	4	6
4 años	1	3	4
De 5 a 9 años	8	12	20
De 10 a 14 años	12	10	22
De 15 a 19 años	4	8	12
De 20 a 24 años	3	7	10
De 25 a 34 años	7	10	17
De 35 a 44 años	4	8	12
De 45 a 54 años	7	5	12
De 55 a 64 años	2	3	5
De 65 a 74 años	0	5	5
De 75 a 84 años	0	2	2
De 85 y más años	0	0	0
TOTALES	55	86	141

C U A D R O No.14

COMPOSICION DE LAS FAMILIAS DE LA MUESTRA
SEGUN RELACION CON LOS JEFES, POR SEXO.

STATUS FAMILIAR	MASCULINO	FEMENINO	TOTALES
JEFE	16	9	25
ESPOSA	0	16	16
HIJOS	34	44	78
PADRES	0	3	3
HERMANOS	2	0	2
OTROS FAMILIARES	3	8	11
DOMESTICAS	0	0	0
AGREGADOS	0	6	6
TOTAL	55	86	141

En este cuadro al decir esposo o esposa, nos referimos - en nuestro medio a aquellas parejas que conviven juntas para - formar un hogar, estén o no casados legalmente, predominando - sí, este último grupo.

En los casos en los cuales el Jefe de familia lo consti- tuye una mujer, es debido a viudez o más frecuentemente el aban- dono del hombre, del hogar, lo que obliga a la mujer a hacer - frente a las necesidades de su familia, cosa muy frecuente en- la estructuración familiar de nuestro país.

C U A D R O No.15

ALFABETISMO DE LA POBLACION DE LA MUESTRA EN
MAYORES DE SIETE AÑOS SEGUN SEXO

ALFABETISMO	SEXO			TOTAL
	M	F	No.	PORCENTAJE
NO LEE NI ESCRIBE	9	18	27	23.68
LEE, NO ESCRIBE	1	1	2	1.75
LEE Y ESCRIBE	36	49	85	74.57
NO INDICADO	0	0	0	
TOTAL	46	68	114	100.0

En los 141 miembros de la muestra, 114 eran mayores de siete años de los cuales el 74.57% sabía leer y escribir. Me parece que es un índice muy satisfactorio si lo comparamos con el índice de alfabetización de todo El Salvador.

El mayor número de analfabetos correspondió a las personas mayores. Es notorio el interés de los padres porque sus hijos asistan a la escuela y reconocen que una persona entre mejor preparada es tiene mayores facilidades de progreso.

C U A D R O No.16
 USO DE ZAPATOS EN LA POBLACION DE LA MUESTRA
 EN MAYORES DE UN AÑO POR SEXO

USO DE ZAPATOS	M	F	No.	PORCENTAJE
NUNCA	12	9	21	15.3
SIEMPRE	41	75	116	84.6
TOTALES	53	84	137	100.0

Es muy notorio el gran predominio de las personas que usan calzado en la muestra (84.6%).

Aunque tomando en cuenta que ésto corresponde sólo a la zona urbana, es un hecho de trascendencia, más si tomamos en cuenta que muchas enfermedades son trasmitidas por los pies desnudos: por ejemplo tenemos la uncinariasis que constituye un grave problema muy frecuente en nuestra gente.

En cuanto al sexo encontramos que usa más zapatos el sexo femenino pero se comprende por la facilidad y el menor precio del calzado femenino y también hay que tomar en cuenta que el sexo femenino predominó en la muestra.

Es un hecho de importancia para el futuro el incremento del uso del calzado ya que puede ser un arma para la reducción de la morbilidad por Parasitismo.

C U A D R O No.17

HISTORIA OBSTETRICA DE 48 EMBARAZOS EN MADRES
DE LA MUESTRA CON HIJOS MENORES DE CINCO AÑOS

GESTACION TERMINADA EN:	No.	PORCENTAJE
ABORTOS	6	12.5
NATIMUERTOS	5	10.4
HIJOS VIVOS	26	54.1
HIJOS MUERTOS	11	22.9
TOTAL	48	100.0

En la muestra se investigó este hecho en las madres con hijos menores de 5 años por considerar que podrían recordar - con mejor certeza los datos que los ocurridos muchos años - antes.

A pesar de que la mayoría de las mujeres tienden a negar los abortos, aunque haya sucedido en forma espontánea, el porcentaje fué relativamente alto, de todos modos este dato - es muy discutible y sujeto por lo tanto a grandes errores. Dado a la mucha postitución que existe en esta Villa, el porcentaje debe ser mayor.

Respecto a los nacidos muertos, la frecuencia está más ó menos igual que la de los abortos y a este dato se le puede dar un poco más de crédito ya que casi no existe ningún factor que haga ocultarlo: aunque habiendo encontrado en mi experiencia gran número de casos de sífilis, no se explica por qué no

causa mayor número de partos prematuros con feto natimue^{rtos}.

En comparación con otros trabajos de este tipo realizados anteriormente, en los cuales el porcentaje de los nacidos vivos fué del 80 al 90%, el que nosotros encontramos en nuestro estudio está bastante bajo: 54.1%. Esto se explica tal vez porque esta población nunca había tenido Unidad de Salud en la cual se les prodigarán cuidados prenatales, además la asistencia obstétrica sin parteras adiestradas ha dejado mucho qué desear y por otro lado la irresponsabilidad de las madres, algunas menores de 15 años, ya que tanto en esta población como en el resto del país es de comentar la edad temprana a que se inicia en nuestras gentes la reproducción y la promiscuidad.

COMENTARIO SOBRE LA VIVIENDA.

De las 25 familias visitadas, 14 vivían en casa propia y el resto, 11 alquilaban su vivienda. Es de observar que todas estas personas son muy estables en cuanto a su vivienda - ya que ninguna de las familias en estudio cambió su domicilio durante los meses del presente trabajo.

TECHO: de las 25 viviendas, 21 poseían techo de teja - (84%) 2 de lámina y 2 de paja.

PAREDES: en cuanto a las paredes predominaba el adobe en 16 casas (64%) 6 eran de bahareque y 3 de ladrillo.

PISO: de ladrillo en 10 viviendas (40%) de cemento en 7 y de tierra apisonada en 8.

SERVICIOS SANITARIOS: en 18 viviendas había letrina - (72%) algunas de foso sin servicio de alcantarillado, en 4 encontramos que poseían servicio de inodoro y solamente en 3 no había nada.

El señor Inspector de Saneamiento está poniendo mucho interés por mejorar estas condiciones de higiene.

FUENTE DE AGUA: de las 25 viviendas solamente 13 poseían agua (52%) las 12 restantes tienen que ir a traerla a las casas vecinas o a la pila pública. Esto contribuye mucho al desaseo personal.

DORMITORIOS: 19 de estas familias solamente poseían un dormitorio para todos y en muchos de éstos, la cocina se hallaba incluida en el mismo local donde dormían y la mayoría con pésima ventilación. Todo ésto favorece el contagio de las enfer

medades trasmisibles y la infestación de parásitos.

DISPOSICION DE BASURAS: La mayoría de las familias visitadas tiraban los desperdicios a la calle ó a los barrancos 12. Solamente 10 hacían uso del tren de aseo y encontramos 3 familias que las enterraban o quemaban.

PATRIMONIO: El estatus económico de casi todas las familias en general fué muy pobre y en muy pocos podría considerarse como bueno. Este dato me parece que es de muy difícil apreciación ya que en esta clase de encuestas las personas recelan grandemente al investigar sus pertenencias, piensan que se les va a pedir alguna contribución ó al contrario que se les va a dar alguna ayuda y manifiestan menos de lo que poseen.

ANIMALES: Hay gran cantidad de animales domésticos en las viviendas visitadas, principalmente perros, gatos y aves de corral. Este hecho aumenta a la suciedad y hacinamiento, hacen que sean abundantes los insectos, entre los cuales los más frecuentes son las pulgas.

Tiene trascendencia este hecho, al parecer insignificante, para la trasmisión de enfermedades, principalmente epidémicas.

ASPECTO MEDICO

MORBILIDAD.

En esta parte, se analizan y agrupan las enfermedades que padecieron los miembros de las familias de la muestra en los cinco meses de estudio.

En las siguientes páginas describimos la Morbilidad en general, agrupando las causas según la lista internacional de enfermedades proporcionada por la Organización Mundial de la Salud.

C A P I T U L O I

ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

		ATAQUES
Amibiasis	(036)	1
Parasitismo intestinal	(130)	6
Sarampión	(085)	4
Paludismo	(110)	3
Erisipela	(052)	1
Escabiosis	(135)	4
Fiebre tifoidea	(040)	<u>1</u>
Total		<u>20</u>

C A P I T U L O I I

TUMORES O NEOPLASMA

		ATAQUES
Cariona del cervix uterino	(171)	$\frac{1}{1}$
	Total	$\frac{1}{1}$

C A P I T U L O I I I

ENFERMEDADES ALERGICAS, DE LAS GLANDULAS ENDOCRINAS, DEL METABOLISMO Y DE LA NUTRICION:

		ATAQUES
Asma	(241)	2
Dermatitis alérgica	(245)	1
Desnutrición	(286.1)	6
Diabetes Mellitus	(260)	$\frac{1}{10}$
	TOTAL	$\frac{10}{10}$

C A P I T U L O I V

ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS:

		ATAQUES
Anemia	(291)	$\frac{2}{2}$
	TOTAL	2

C A P I T U L O V

ENFERMEDADES MENTALES, PSICONEUROSIS Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD:

		ATAQUES
Neurosis	(310)	$\frac{3}{3}$
	TOTAL	3

C A P I T U L O VI

ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO Y DE LOS ORGANOS DE LOS SENTIDOS:

		ATAQUES
Conjuntivitis	(370)	4
Orzuelo	(372)	1
Otitis media superada	(391)	3
Convulsiones	.	<u>1</u>
	TOTAL	9

C A P I T U L O VII

ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO:

		ATAQUES
Cardiopatía coronaria	(420)	4
Várices	(460)	1
	TOTAL	<u>5</u>

C A P I T U L O VIII

ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO:

		ATAQUES
Resfriado común	(470)	16
Sinusitis	(471)	1
Faringitis aguda	(472)	2
Faringoamigdalitis	(473)	3
Influenza	(481)	29
Bronconeumonía	(491)	1
Bronquitis	(500)	5

C A P I T U L O IX

ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO

		ATAQUES
Caries dental	(530)	6
Síndrome ulceroso	(544)	2
Hernia umbilical	(560)	1
Gastroenteritis, Enterocolitis	(571)	31
Colelitiasis	(584)	<u>1</u>
	TOTAL	41

C A P I T U L O X

ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO

		ATAQUES
Infección urinaria	(600)	2
Metrorragia funcional	(634)	<u>1</u>
	TOTAL	3

C A P I T U L O XI

PARTOS Y COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, DEL PARTO Y DEL PUERPERIO

		ATAQUES
Síndrome menopáusico	(635)	2
Aborto	(650)	<u>1</u>
	TOTAL	3

C A P I T U L O XII

ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO CELULAR

		ATAQUES
Forúnculos	(690)	5
Impétigo	(695)	2
Piodermitis	(695)	8
Absceso post-vacunal	(692)	<u>1</u>
	TOTAL	16

C A P I T U L O XIII

ENFERMEDADES DE LOS HUESOS Y DE LOS ORGANOS DEL MOVIMIENTO

		ATAQUES
Artritis	(725)	3
Mialgias	(744)	<u>2</u>
	TOTAL	5

C A P I T U L O XIV

MALFORMACIONES CONGENITAS NO HUBO CASOS

C A P I T U L O XV

ENFERMEDADES PROPIAS DE LA PRIMERA INFANCIA- NO HUBO CASOS.

C A P I T U L O XVI

SINTOMAS, SENILIDAD Y ESTADOS MAL DEFINIDOS:

		ATAQUES
Dolor abdominal indeterminado	(785)	2
Estado febril indeterminado	(788)	2
Cefalea	(791)	<u>4</u>
	TOTAL	8

C A P I T U L O X V I I

ACCIDENTES, ENVENENAMIENTOS Y VIOLENCIAS SEGUN LA NATURALEZA
DE LA LESION:

		ATAQUES
Traumatismo	(N-856)	<u>1</u>
	TOTAL	1

ACCIDENTES SEGUN LA CAUSA EXTERNA:

		ATAQUES
Traumatismo	(E-902)	<u>1</u>
	TOTAL	1

C U A D R O No.18

FRECUENCIA TOTAL DE ATAQUES POR GRUPOS DE CAUSAS

GRUPOS DE CAUSAS:	ATAQUES
1 Enfermedades del aparato respiratorio	59
2 Enfermedades del aparato digestivo	41
3 Enfermedades infecciosas y parasitarias	20
4 Enfermedades de la piel y del tejido celular	16
5 Enfermedades alérgicas de las glándulas endocrinas, del metabolismo y de la nutrición	10
6 Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	9
7 Síntomas, senilidad y estados mal definidos	8
8 Enfermedades de los huesos y de los órganos del movimiento	5
9 Enfermedades del aparato circulatorio	5
10 Enfermedades del aparato genitourinario	3
11 Enfermedades mentales, psiconeurosis y trastornos de la personalidad	3
12 Partos y complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio	3
13 Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	2
14 Accidentes, envenenamientos y violencias	1
15 Tumores o neoplasmas	1
TOTAL DE ATAQUES	186

En el cuadro anterior, se muestran las diferentes enfermedades que ocurrieron durante los cinco meses de estudio. Está ordenado según la frecuencia con que se presentaron en orden decreciente.

En lugar predominante encontramos las enfermedades del aparato respiratorio que constituyeron el 31 por ciento de todas las enfermedades encontradas.

En el recuento total de estos padecimientos respiratorios o sea 59 ataques, 29 pertenecían a gripe, generalmente personas adultas y algunas con muchos días de padecimiento, en segundo lugar tenemos las afecciones respiratorias superiores agudas sobre todo en niños menores de 5 años también algunos con afección crónica.

El número de infecciones respiratorias severas fué verdaderamente pequeño: lo constituyen en general las bronquitis y en una sola ocasión la bronconeumonía.

En la consulta diaria de la Unidad de Salud durante estos meses se observó mucha bronquitis, entre ésta, muchos casos de bronquitis asmático.

La frecuencia de faringitis y amigdalitis atribuible a bacterias fué baja. Se tiene la impresión de que las formas bacterianas casi siempre complican un proceso inicialmente viral.

Esto como se comprenderá es difícil confirmarlo sin realizar encuestas bacteriológicas: y como es sabido, en esta Unidad, al menos por el momento este tipo de investigaciones

son completamente desconocidas y difícil de realizarlas.

Siguiendo el orden de frecuencia encontramos a las enfermedades del aparato digestivo ocupando un segundo lugar. La mayoría de estos casos fué de gastroenteritis aguda y enterocolitis. Estas enfermedades sobre todo ocurrieron en los menores de 10 años, y fué notorio que en los niños menores de 5 años se mantuvieron estas afecciones casi constantemente en forma crónica. Esto coincide con la Consulta diaria de la Unidad de Salud, en la cual es también sumamente frecuente este hecho.

La Avitaminosis, el Parasitismo, las condiciones de higiene, y nutrición son los factores de base que mantienen la - cronicidad de estos procesos.

Un caso que me impresionó y me llama la atención mencionar, es el de un niño de 1 año 2 meses de edad que según la madre tenía 3 meses de estar constantemente con diarrea y vómitos, estaba sumamente deshidratado y al llevarlo a la Clínica pesó solamente 8 libras, entonces lo remití con urgencia al Hospital y al siguiente día supimos que había muerto a las 24 horas de estar ingresado.

Entre las enfermedades infecciosas y parasitarias, encontramos que predominaba el Parasitismo Intestinal. Se hizo hincapié en que llevaran muestras de heces a la clínica encontrando gran variedad de parásitos. Predominando los ascárides.

También la prevalencia del parasitismo fué casi todo - en los niños menores de 10 años. Muchas madres manifestaron -

que creían normal en un niño tener "lombrices" las cuales se morían al ponerles un collar de ajos.

El sarampión fué escaso, así como los casos de Paludismo y amibiasis, a pesar de que estos dos últimos se presentaron y comprobaron muchos en la Consulta Externa.

Encontramos un caso de erisipela, un caso de tifoidea y 4 casos de escabiosis, esta última es sumamente frecuente - también en la consulta.

En cuarto lugar encontramos las infecciones de la piel que fueron muy frecuentes, especialmente entre los niños y en forma crónica en mayor número de casos, la piodermitis y la forunculosis. Contribuyen mucho a su alta frecuencia la suciedad del ambiente, la falta de aseo personal y la disminución de la resistencia en los organismos infantiles. La mayoría de casos fué en niños cuyas edades oscilaron entre 1 y 14 años: se observó que es una enfermedad a la cual las madres prestan muy poca importancia, por lo que evoluciona en ataques agudos consecutivos hacia la cronicidad sin que las personas hagan esfuerzo alguno por prevenirlas o curarlas.

Comparando con estudios similares vemos que no se encontró la misma frecuencia de enfermedades, por ejemplo en el estudio efectuado en Osicala por el dr. Calderón, las enfermedades de la piel ocuparon el último lugar.

En el grupo de las enfermedades alérgicas nos encontramos con dos casos de asma bronquial y uno de dermatitis alérgica.

En cuanto a desnutrición se presentaron pocos ataques - agudos con sintomatología definida, pues la desnutrición prevalece como enfermedad permanente en grados I y II en gran parte de la población, especialmente la infantil. En mi consulta diaria en la Unidad de Salud yo catalogué de acuerdo a las curvas de peso, el grado de desnutrición de todos los pacientes menores de 7 años y de 2749 pacientes que asistieron a consulta, 813 eran niños desnutridos, 313 de grado I, 436 grado II y 64 grado III.

En el grupo de las enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos encontramos que los casos más frecuentes fueron las conjuntivitis y las otitis media superadas. Hay que mencionar la gran tendencia a la cronicidad - asociada a las afecciones respiratorias.

En el grupo de los síntomas y estados mal definidos se deberían de haber incluido más casos. No se hizo así porque se le dió importancia sólo a entidades clínicas más definidas. De haberlo hecho, este grupo sería innumerable pues ya se conoce los numerosos que son las afecciones y síntomas indefinidos que toda persona manifiesta, en su mayoría son dolencias funcionales sin organicidad evidenciada.

Consultando trabajos similares hay mucho mayor cantidad de ataques de este grupo de enfermedades (Armenia e Izalco).

En las afecciones de los huesos y de los órganos del movimiento, correspondió la mayor parte a ataques de artritis, observados casi todos en personas viejas, como manifestación

de cambios degenerativos. En dos personas jóvenes se encontró mialgias, que ocurrían sobre todo en el período menstrual.

En las afecciones cardiovasculares encontré 4 casos al parecer de cardiopatía coronaria, uno de ellos fué remitido al Hospital San Juan de Dios en I.C.C., regresó a su casa mejorado, pero a la siguiente visita estaba con gripe y nuevamente en insuficiencia. Los 4 casos fueron en personas ancianas. Otro de estos casos, un anciano también en I.C.C. se resistió a ir al Hospital diciendo que prefería morir en su casa. Como a pesar de los consejos continuaba en su empeño, se le indicó en su casa el tratamiento que estuvo a nuestro alcance, luego se complicó con una diarrea y deshidratación severa y murió.

Encontramos además en este grupo un paciente con várices en los miembros inferiores y con una úlcera trófica en uno de los tobillos, como además estaba embarazada se llevó a control prenatal y cuando el embarazo estaba a término se refirió al Hospital.

En las enfermedades del aparato genitourinario, fueron más evidentes 2 casos de infecciones urinarias, y un caso de metrorragia funcional. Estos fueron así considerados sin ninguna ayuda de laboratorio.

Me extrañó un poco no encontrar casos de vaginitis y cervicitis crónica que en la consulta diaria son en extremo frecuentes. Esto es perfectamente explicable: debido a que toda mujer con su recato o vergüenza solamente consulta cuando -

realmente el problema es insoportable.

En el siguiente grupo de enfermedades los casos de Psiconeurosis fueron muy numerosos como es de esperar, pero se tomaron en cuenta aquéllos muy evidentes y molestos.

En el siguiente grupo, que fué el de las afecciones debidas a partos y complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio, los casos encontrados fueron muy pocos, sorprendentemente para lo que yo esperaba y creo siempre se mantendrán bajas, pues en la Unidad de Salud funciona perfectamente tanto el Club de Madres como el Club de Parteras con asistencia numerosa. Con ésto y los demás consejos esperamos la gente busque la atención médica.

También en las enfermedades de la sangre, los casos anotados que son muy pocos, no revelan la verdadera incidencia de anemias. Se tomaron en cuenta solamente los casos graves con sintomatología evidente.

Es usual un grado de anemia ferropriva en todos los niños parasitados.

En el grupo de los accidentes, envenenamientos, y violencias, solamente se encontró un caso de traumatismos varios. Hay que comentar la poca importancia que las personas le dan a sus lesiones, consultando al médico sólo cuando se complican, ya que antes recurren primero al sobador, luego a la farmacia y por último al médico.

La mayoría de casos de traumatismos que han llegado a la Unidad de Salud han ocurrido en niños, dejados al descuido de

sus padres y casi todos estos accidentes perfectamente evitables mediante un poco de previsión. (quemaduras, heridas).

En el último grupo que fué el de neoplasias solamente se encontró un caso de carcinoma del cervix que al principio fué tratado como hemorragia funcional en esta Unidad y luego fué remitido al Hospital San Juan de Dios.

CUARTA PARTE

DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD EN LA VILLA
EL CONGO

Se ha dicho que una de las etapas fundamentales y tal vez determinante de la calidad del proceso de programación es el diagnóstico, ya que la precisión de éste, es tan necesaria para el tratamiento de la salud de una comunidad como para el tratamiento de un individuo.

El diagnóstico no sólo es el conocimiento de la situación sino también su enjuiciamiento y evolución.

Es evidente que los problemas de salud que comparte y ocasiona la comunidad están en estrecha relación con su situación ambiental y con el grado de su desarrollo económico, social y cultural, factores que afectan también la salud de un individuo pero no con igual intensidad. Una población agrupada en densos núcleos, que cuenta con adecuada provisión de agua y con un sistema de eliminación de excretas y que ha alcanzado altos niveles educativos y de ingresos, tiene problemas de salud de naturaleza muy diferente a los de otra que está ubicada en el extremo inferior de la escala del desarrollo económico y social, dentro de la cual he podido catalogar esta Villa, la cual es bastante poblada, con una población predominantemente rural, que dedicadas a trabajos agrícolas se encuentran dispersas en todo el territorio, lo cual dificulta la accesibilidad a la escuela o a los centros para atención de

De donde se deduce que los programas de Salud no deben ser hechos con datos promediales nacionales, sino planificar cada servicio que se irán reuniendo en regiones y luego totalizar lo del país y ésto sin perder de vista los recursos con que se cuenta, pues éstos son escasos.

En el momento actual en que el "Desarrollo" en un término de moda, se ha discutido si Salud tiene algún nexo con él. Implícitamente se le ha reconocido éste, por las siguientes razones:

- 1o.) Procurar dar salud a la población es un fin y a la vez un medio para que haya desarrollo.
- 2o.) Los recursos escasos (humanos y materiales) limitan "Ambiciones" en Salud.
- 3o.) Parte de los logros en el desarrollo son dados por sectores que no son Salud (Educación, vivienda) - que a su vez tienen escasos recursos.

Por estas razones para mejor utilización de los escasos recursos es necesario planificar, lo cual de hecho se ha venido haciendo desde mucho tiempo hasta llegar en el momento actual a constituir un método que sirva para decidir racionalmente las actividades que deben desarrollarse si se desea obtener determinado objetivo.

El estado nutricional está relacionado con la susceptibilidad de la población al medio. La desnutrición es una de las causas más importantes de morbilidad en dicha Villa, afectando principalmente a la población infantil.

En un estudio hecho en la consulta de niños sanos en la Villa de El Congo se encontró que solamente el 25 por ciento de los niños tenían su peso normal. Este dato es similar al obtenido en niños menores de 5 años cuando se elaboró el primer Plan Decenal de Salud en El Salvador.

En cuanto al medio al cual ha sido considerado como el ambiente en que vive esta población, formado por un conjunto de condiciones naturales y otras culturales producto del hombre, lo encontramos son similares en casi todo el territorio.

La mayoría de las tierras cultivadas se dedican a productos de exportación (café, piña) lo que hace que las facilidades para conseguir productos alimenticios sean escasas.

La vivienda es deficiente, sobre todo en el medio rural en donde el rancho pajizo no protege por completo de las inclemencias del tiempo; además carece de servicios de agua y de eliminación de excretas, lo que convierte al medio en altamente contaminado.

La vivienda urbana se encuentra ligeramente en condiciones mejores ya que la mayoría de estas casas son mesones insalubres cuyos techos y paredes constituyen la guarida de numerosos insectos y roedores.

Las condiciones socio-económicas y la instrucción están estrechamente vinculadas, el bajo nivel socio-económico hace que los niños tengan que trabajar a temprana edad, lo que disminuye sus posibilidades de instrucción y es una de las principales causas de que haya un alto porcentaje de analfabetismo -

En resumen el medio ambiente es hostil a la salud de los habitantes y las condiciones precarias en que esta gente vive son factores importantes que no son fácilmente modificados solamente con los recursos de salud con que ahora contamos.

El estado de salud de una comunidad o un área es un fenómeno esencialmente dinámico debido al propio crecimiento de la población, con los cambios de sus grupos de edad, con sus mejoras o desmejoras en condiciones vinculadas con la salud, como la educación, el salario, mejoras en la vivienda o medios de comunicación y una mejor o peor atención a la salud.

Para los lugares en los que no existen servicios de salud, sobre todo accesibles para el medio rural, el pronóstico es en realidad sombrío, así lo era en esta comunidad hasta hace pocos meses, ahora puede decirse que el pronóstico es menos desfavorable y tal vez sea posible mantener la situación, pero para eso es necesario trabajar muy duro sobre todo el personal de la Unidad de Salud de El Congo.

Podríamos asegurar sin temor, que los problemas que plantea esta situación son enormes y de larga duración a pesar de los esfuerzos que se han hecho y se hacen continuamente.

Grandes trabajos espera a la Medicina Preventiva en los años venideros; siendo por el momento el enfoque principalmente curativo por la falta de personal.

Será mediante el saneamiento, la educación, conocimiento de las causas, mejoramiento del estatus socio-económico y familiar que podía verse un verdadero cambio en las condiciones

El sólo hecho de que exista ya una Unidad de Salud, ayudada convenientemente por la comunidad que recibe los servicios nos obliga al optimismo de pensar que la situación futura de esta comunidad tiende a mejorar. Se ha vacunado alcanzando las metas propuestas cuando se ha tenido lo necesario para ello, se ha promovido el saneamiento ambiental (instalación de letrinas, tratamiento de basuras, instalación de agua potable, etc.) se ha introducido atención odontológica, por supuesto se ha dado consulta médica preventiva y curativa con lo cual se cubren los aspectos de fomento, práctica y recuperación de la salud.

RECOMENDACIONES.

Creo conveniente hacer un estudio exhaustivo de la situación de salud en todas las comunidades de la República, por medio de trabajos similares al presente para lograr una mejor distribución de los recursos tanto humanos como materiales, económicos, etc.

En la Facultad de Medicina debería dársele mucha más importancia al estudio de la Medicina Preventiva, ya que tenemos la triste experiencia de que se relega a segundo término, y en la práctica es lo más importante. Así como todos tenemos práctica de las demás asignaturas en los hospitales, sería de muy buen provecho practicar siquiera un minuto de tiempo en las Unidades de Salud situadas en sitios alejados de la capital.

Para esta Villa El Congo, en particular yo recomendaría en primer lugar, que las Autoridades competentes trataran de combatir la prostitución por todos los medios posibles.

Cooperar con las autoridades municipales atendiendo en esta Unidad de Salud a los familiares de los difuntos para que interrogándolos sobre los síntomas presentados antes del fallecimiento poder hacer un diagnóstico que por lo menos se acerque al verdadero, lo cual sería de mucha utilidad para futuros estudios. La suscita ya lo ha iniciado.

Fomentar la Planificación Familiar por medio de pláticas y carteles demostrativos a cargo del Personal de la Unidad de Salud y sobre todo tratar de educar al pueblo, aunque éste debería comenzarse intensivamente en cada hogar, escuelas y otros -

Centros de enseñanza por ejemplo fomentando la higiene, las -
vacunaciones, la alfabetización, etc. Dotar del personal neces
sario a la Unidad, para el logro de sus atribuciones.

Debería pues, sembrarse en cada mente la semilla de la
instrucción sobre estos hechos, para que germinaran los fru-
tos de esfuerzos bien intencionados y persistentes.

B I B L I O G R A F I A

- 1 ALLWOOD PAREDES, JUAN. Los recursos de la Salud Pública en Centro América. San Salvador, Julio-1968.
- 2 CALDERON, RODOLFO A. Estudio de la natalidad, mortalidad y morbilidad en Osicala. Facultad de - Medicina, Universidad de El Salvador. Mayo 1968. Tesis doctoral mimeografiada.
- 3 ESCOBAR, ANIBAL ALBERTO. Estudio de la natalidad, mortalidad y morbilidad en Izalco. Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Octubre de 1964. Tesis doctoral.
- 4 INTERIANO MARTINEZ, BENJAMIN. Diagnóstico y pronóstico de la situación de salud en el Departamento de Sonsonate. Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Mayo de 1967. Tesis doctoral mimeografiada.
- 5 LARDE Y LARIN, J. El Salvador, Historia de sus pueblos villas y ciudades. San Salvador. Ministerio de Cultura.
- 6 LIBROS DE REGISTRO DE NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES. Alcaldía Municipal de El Congo, años 1958-1967. El Salvador.
- 7 MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Plan Decenal de Salud, 1963. San Salvador, El Salvador.
- 8 ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Clasificación internacional de enfermedades. Revisión 1955. Ginebra, Suiza, 1957. vol. 1 y 2.
- 9 ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Programación de la Salud. Problemas conceptuales y metodológicos. 1965.
- 10 ZA VALETA, JOSE FERNANDO. Estudio de la natalidad, mortalidad y morbilidad en América. Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Septiembre de 1964. Tesis doctoral.