

UNIVERSIDAD GALILEO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE A LOS SERVICIOS
DE SALUD DEL NIVEL PRIMARIO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y
ASISTENCIA SOCIAL EN EL DEPARTAMENTO DE SANTA ROSA

INVESTIGACIÓN

PRESENTADA A LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POR MANUEL VICTOR MARTINEZ OLIVET Y NERY ROLANDO LÓPEZ AGUIRRE.

PREVIO A CONFERIRSE EL TITULO DE

GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

MAESTRO

GUATEMALA, DICIEMBRE DE 2017

INDICE GENERAL

CAPÍTULO I

MARCO METODOLÓGICO

1.1 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	1
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.2.1 Definición del problema.....	2
1.2.2 Especificación del problema.....	2
1.2.3 Delimitación del problema.....	3
1.2.3.1 Unidad de Analisis.....	3
1.2.3.2 Sujetos de investigación.....	3
1.2.3.3 Tamaño de la muestra.....	3
1.2.3.4 Ámbito geográfico.....	3
1.2.3.5 Ámbito temporal.....	4
1.3 HIPOTESIS.....	4
1.4 Objetivos de la Investigación.....	4
1.4.1 Objetivo General.....	4
1.4.2 Objetivos específicos.....	4

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Adulto mayor.....	6
2.1.1 Definición.....	6
2.1.2 Alteraciones en el adulto mayor.....	6
2.1.3 Principales problemas de salud.....	6
2.1.4 Situación de salud del adulto mayor de Guatemala.....	7
2.1.5 Aspectos psicológicos y sociales.....	7
2.1.6 Marco legal.....	8
2.1.6.1 Constitucional.....	8
2.1.6.2 Marco de salud.....	9
2.1.6.3 Municipal.....	10
2.2 Perfil Epidemiológico.....	10

2.2.1 Definición.....	10
2.2.2 Perfil epidemiológico en Guatemala.....	11
2.3 Situación de salud en Guatemala según el Ministerio de Salud Pública y	
Asistencia Social MSPAS.....	16
2.3.1 Demografía.....	16
2.3.2 Morbimortalidad en Guatemala.....	20
2.3.2.1 Mortalidad.....	20
2.3.2.2 Morbilidad.....	22
2.4 Aspectos del departamento de Santa Rosa.....	24
2.4.1 Datos Generales.....	24
2.4.2 Situación de salud del departamento de Santa Rosa según el Ministerio de	
Salud Pública y Asistencia Social MSPAS.....	26
2.4.2.1 Mortalidad.....	27
2.4.2.2 Morbilidad.....	28
2.4.2.3 Calidad de vida.....	30

CAPÍTULO III

MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.1 Métodos de investigación.....	34
3.1.1 Tipo de Estudio.....	34
3.1.2 Técnicas.....	34
3.1.3 Instrumentos.....	35
3.1.4 Cronograma de Actividades.....	35
3.1.5 Recursos.....	36
3.1.5.1 Recursos humanos.....	36
3.1.5.2 Recursos materiales.....	36
3.1.5.3 Recursos financieros.....	37

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	38
4.1 RESULTADOS.....	38
4.2 DISCUSIÓN.....	45

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES.....47
5.2 RECOMENDACIONES.....48

CAPÍTULO VI

BIBLIOGRAFÍA.....50

CAPÍTULO VII

ANEXOS.....52

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICAS

CAPITULO III

Tabla No. 1 Proyecciones de población, según año Guatemala 2015.....	16
Gráfica No. 1 Pirámide Poblacional Guatemala 2017.....	17
Gráfica No. 2 Distribución porcentual de la población por área urbana y rural, Guatemala 2010.....	18
Gráfica No. 3 Mortalidad, proporción de tasas en relación al total de causas Guatemala 2005-2013.....	20
Tabla No. 2 Razón de Mortalidad.....	21
Gráfica No. 4 15 Primeras causas de mortalidad por grupo de edad, Guatemala 2012.....	22
Tabla No. 3 Enfermedades no transmisibles 2013.....	23
Tabla No. 4 Enfermedades no transmisibles, tasas de prevalencia y promedio porcentual de variación Guatemala 2006-2014.....	24
Gráfica No. 5 Distribución poblacional, por municipio de Santa Rosa.....	25
Tabla No. 5 Consolidado Poblacional.....	27
Gráfica No. 6 Porcentaje de pobreza y pobreza extrema 2006 y 2011 en el Departamento de Santa Rosa.....	30
Gráfica No. 7 Porcentaje de pobreza y pobreza extrema 2006 y 2011 en el Departamento de Santa Rosa.....	32
Gráfica No. 8 Población afiliada al IGSS atendida en el Programa de Enfermedad, Maternidad y Accidentes (EMA) y de Invalidez, Vejez y Sobrevivencia (IVS) Serie histórica 2009-2013.....	33

CAPITULO IV

Gráfica 1 Principales causas de morbilidad en la población de 65 años o más de departamento de Santa Rosa, Año 2017.....	38
Gráfica No. 2 Veinte Primeras Causas de Mortalidad en Personas Mayores en el Departamento de Santa Rosa, Año 2016.....	39
Gráfica No. 3 Morbilidad por Tipo de Atención en Servicios del Sistema Primario de Atención Del Departamento de Santa Rosa.....	40
Gráfica No. 4 Veinte Primeras Causas de Morbilidad en el Departamento de Santa Rosa Año 2016.....	41
Gráfica No. 5 Mortalidad en Adultos Mayores del Departamento de Santa Rosa con Tasas de Mortalidad por Año.....	42
Gráfica No. 6 Veinte Primeras Causas de Mortalidad del Departamento de Santa Rosa Año 2016 (todas las edades).....	43
Gráfica No. 7 Proyección Poblacional Total del Departamento de Santa Rosa Año 2013 al 2017 Comparado con Población Adulta Mayor.....	44

INTRODUCCIÓN

Un país sin el conocimiento de la situación de salud de su población no puede establecer intervenciones eficaces y efectivas que encaminen sus políticas públicas, y los recursos disponibles a mejorar la calidad de vida de su población.

En la actualidad es común saber que el desarrollo de un país se mide por la situación de salud de sus habitantes, existen aspectos importantes que tomar en cuenta al hablar de la salud pública de un país, y que intervienen en el proceso salud-enfermedad, determinantes y condicionantes que modifican el desarrollo de las poblaciones.

La situación de salud de Guatemala actualmente afronta grandes retos, entre estos, los grandes cambios demográficos que marginan a grupos poblacionales, los limita y en casos extremos los excluye de sus derechos fundamentales a la salud.

El adulto mayor de Guatemala es un grupo poblacional vulnerable que cada día crece, según datos del Instituto Nacional de Estadística para este año 2017 se estima una población de un millón ciento veinte mil novecientos noventa y ocho personas adultas mayores de 60 años. (Instituto Nacional de Estadística de Guatemala, 2017). Con la creciente población y la deficiencia de los sistemas de salud del país que no evolucionan acorde a sus cambios demográficos, es importante profundizar el conocimiento sobre la situación de salud de las poblaciones más vulnerables del país.

Es por ello que se planteó la siguiente investigación con el objeto de determinar el perfil epidemiológico del adulto mayor que asiste a los servicios de salud del nivel primario del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el departamento de Santa Rosa, por ser este uno de los departamentos más grandes y con mayor crecimiento poblacional del país.

Los principales resultados permiten mostrar que el perfil epidemiológico del adulto mayor de Santa Rosa no se pudo determinar ya que no existen datos concretos y actuales relacionados al adulto mayor que ayuden a establecer los daños reales a la salud de este grupo poblacional.

1.1 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Las personas mayores de Guatemala son un grupo poblacional con una situación vulnerable que merece mayores intervenciones, basadas en evidencia, políticas públicas que se cumplan, asignación de presupuesto para atender a este grupo poblacional, así como especialistas en el tema para que obtengan una atención integral que mejore su calidad de vida.

La situación del estado de Guatemala hoy por hoy no garantiza, ni el acceso, ni el derecho a la salud de ningún grupo poblacional del país, por ende la situación de salud de las personas mayores se relega de las prioridades de país, ni se vislumbra que el curso de estas situaciones cambie, debemos empezar por conocer la situación de salud-enfermedad y todas las condicionantes y determinantes que intervienen en el proceso biológico, social, cultural y económico, para establecer intervenciones eficientes y eficaces.

Conocer el perfil epidemiológico de los adultos mayores de Santa Rosa, permitirá como precedente conocer la vulnerabilidad de este grupo poblacional, para sustentar intervenciones directas que cambien el curso de la salud de dicho grupo poblacional y a futuro verificar avances o retrocesos, en un análisis comparativo, que permitirá que este grupo sea incluido dentro de las políticas y planes de acción de los servicios públicos, más allá de lo que actualmente se les ofrece, tanto departamentales como nacionales, por ser reproducible así mismo alentará a otros departamentos del país a conocer la situación de sus adultos mayores para que se encamine a la mejora global de la situación del adulto mayor.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 Definición del problema

La situación del adulto mayor en Guatemala experimenta actualmente al igual que todos sus grupos poblacionales cambios demográficos, epidemiológicos, socioculturales y de país propiamente dicho, que en conjunto determinan la situación de salud y la calidad de vida, conocer estos aspectos es de vital importancia para impulsar políticas públicas y acciones en sectores a fines para actuar en base a una situación actual y real.

En la población adulta mayor estos cambios son mas dramáticos, su población esta aumentando al igual que su expectativa de vida, los retos para los servicios de salud cada día son mayores, la carencia de insumos, la falta de instalaciones adecuadas y acordes para atender integralmente al adulto mayor y la falta de acción por los organos competentes en materia legal los priva de derechos fundamentales como la salud, servicios de salud, y una vida digna.

Para que el sistema de salud nacional actue en pro del bienestar de la población y específicamente en este grupo poblacional vulnerable es necesario tener en cuenta la situación actual del adulto mayor en cada departamento.

El perfil epidemiológico del adulto mayor contempla el analisis de la morbilidad, la mortalidad y la calidad de vida de este grupo poblacional, con estas tres características podremos conocer la situación de salud real de este grupo poblacional en esta área geográfica, para establecer intervenciones eficaces y acordes para utilizar mejor los recursos limitados.

1.2.2 Especificación del problema

¿Cuál es el perfil epidemiológico del adulto mayor que asiste a los servicios de salud del nivel primario del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el departamento de Santa Rosa?.

1.2.3 Delimitación del problema

1.2.3.1 Unidad de análisis

Jefatura de Área de Salud como ente encargado del Nivel Primario de Atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el departamento de Santa Rosa.

1.2.3.2 Sujetos de investigación

Todos los pacientes de 65 años o más que fueron admitidos o tratados ambulatoriamente en los servicios de salud del primer nivel del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el departamento de Santa Rosa, durante el año 2013 al 2017.

1.2.3.3 Tamaño de la muestra

Todos los pacientes de 65 años o mas que fueron admitidos o tratados ambulatoriamente en los servicios de salud del primer nivel del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el departamento de Santa Rosa.

1.2.3.4 Ambito geográfico

En el Area de Salud de Santa Rosa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el municipio de Cuilapa del departamento de Santa Rosa, Guatemala.

El municipio de Cuilapa es la cabecera departamental del departamento de Santa Rosa.

El departamento de Santa Rosa cuenta con 759 localidades con 74 630 viviendas y una población estimada en los 390 594 habitantes, se encuentra situado en la región IV o región Sudeste, su cabecera departamental es Cuilapa (conocido como el ombligo de América por encontrarse en el centro del continente, limita al Norte con los departamentos de Guatemala y Jalapa; al Sur con el Océano Pacífico; al Este con el departamentos de Jutiapa; y al Oeste con el departamento de Escuintla.

Se ubica en la latitud 14° 16' 42" y longitud 90° 18' 00", y cuenta con una extensión territorial de 2,295 kilómetros cuadrados. Por su configuración geográfica que es variada, sus alturas oscilan entre los 214 y 1,330.25 metros sobre el nivel del mar, con un clima que varía desde el frío en las montañas hasta el cálido en la costa del Pacífico, pero generalmente es templado. (Jefatura de Area de Salud del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social del Departamento de Santa Rosa, 2017)

1.2.3.5 Ambito temporal

La investigación se realizó con la información de los períodos del 2013 al 2017.

1.3 HIPÓTESIS

El perfil epidemiológico que se determinó mediante el análisis de la morbilidad y la calidad de vida, así como la caracterización del adulto mayor en el departamento de Santa Rosa no es suficiente para determinar la situación real del adulto mayor en el departamento de Santa Rosa.

La hipótesis se acepta ya que no se logró determinar los daños a la salud en base a datos actuales y reales en este grupo poblacional con lo cual no se pudo determinar el perfil epidemiológico planteado, los datos de la calidad de vida son inexistentes y solo se cuentan con datos del 2011 sobre algunos aspectos, la caracterización del adulto mayor no se pudo establecer por los mismos motivos.

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general

Determinar el perfil epidemiológico del adulto mayor que asiste a los servicios de salud del primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el Departamento de Santa Rosa.

1.4.2 Objetivos específicos

1.4.2.1 Determinar la situación de morbilidad de la población.

1.4.2.2 Describir la situación de mortalidad en la población.

1.4.2.3 Describir la situación demográfica y socioeconómica de la población en estudio.

1.4.2.4 Caracterizar al adulto mayor.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Adulto Mayor

2.1.1 Definición

La Organización de las Naciones Unidas considera adulto mayor a toda persona mayor de 65 años, para los países desarrollados, y mayor de 60 años en países en desarrollo. (Mayores, 2004)

2.1.2 Alteraciones en el adulto mayor

El envejecimiento biológico no siempre se corresponde con los años. Algunos octogenarios tienen unas facultades físicas y psíquicas que nada tiene que envidiar a generaciones más jóvenes, mientras que otras personas mayores sufren un deterioro a edades mucho más tempranas. Aunque algunas variaciones que se observan en la salud de las personas mayores reflejan su herencia genética, la mayor parte se debe a su entorno físico y social puesto que, además, este entorno determina sus posibilidades de desarrollarse y sus hábitos de salud. No debe olvidarse que estos factores influyen en el envejecimiento desde la infancia: un adulto mayor nacido en un entorno desfavorecido tiene la propensión a presentar problemas de salud y, probablemente, menos acceso a los servicios y la asistencia que pueda necesitar. (Organización Mundial de la Salud, 2017)

2.1.3 Principales problemas de salud

Las personas mayores que viven en países de ingresos bajos y medianos soportan una carga de morbilidad más elevada que las que viven en países ricos. Con independencia del lugar donde viven, las principales causas de muerte en personas mayores son las cardiopatías, el accidente cerebrovascular y las neumopatías crónicas. En cuanto a las causas de discapacidad, son fundamentalmente el deterioro sensorial (principalmente en los países de ingresos bajos y medios bajos), el dolor en el cuello y la espalda, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, los trastornos depresivos, las caídas, la diabetes, la demencia y la artrosis. (Organización Mundial de la Salud, 2017)

2.1.4 Situación del adulto mayor de Guatemala

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como rector de la salud y en cumplimiento del mandato constitucional de conducir, regular y vigilar lo relacionado a la salud y en concordancia con los objetivos trazados por el gobierno, define la misión de proporcionar la movilización social de recursos hacia los grupos más postergados del país.

Dentro de este marco, la atención de las personas de 60 años y más se integra como un componente de atención especial ya que tradicionalmente este grupo de pobladores ha sido marginado, calificándoles como personas que no están insertas en la vida productiva del país, ni forman parte de la economía formal, por lo que se conoce como un grupo vulnerable sujeto de atención. Esta inclusión lleva implícito también, el reconocimiento de que la salud de las personas de edad es un elemento clave para el desarrollo integral del país, pues el envejecimiento de nuestra población repercutirá sensiblemente no solo sobre los gastos de asistencia sanitaria, sino también sobre los tipos de ésta, las instituciones sociales y los establecimientos que requerirán, y la concepción óptima de los servicios de salud. (Jefatura de Area de Salud del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social del Departamento de Santa Rosa, 2017)

2.1.5 Aspectos psicológicos y sociales

Entre 2015 y 2050, la proporción de la población mundial con mas de 60 años de edad pasará de 900 millones hasta 2000 millones, lo que representa un aumento del 12% al 22%. El envejecimiento de la población es más rápido en la actualidad que en años precedentes. Es posible que la proporción de personas mayores de los países de altos ingresos que necesitan ayuda para realizar actividades básicas como la comida y el aseo haya disminuido ligeramente en los últimos 30 años, pero la prevalencia de las limitaciones menos graves de la funcionalidad es prácticamente la misma. La discriminación contra las personas de edad avanzada no solo les afecta a ellas, sino que también ocasiona graves consecuencias para la sociedad en general. Las distintas manifestaciones de esta discriminación, ya sean prejuicios, actitudes, prácticas o plíticas,

perpetúan estas creencias desvalorizantes y pueden dificultar la adopción de políticas más racionales y menoscabar la calidad de la atención sanitaria y social que se presta a las personas mayores. (Organización Mundial de la Salud, 2017)

2.1.6 Marco legal

2.1.6.1 Constitucional

La Constitución Política de la República de Guatemala, en el título I, capítulo único artículo 1 menciona la protección a la persona. El Estado de Guatemala se organiza para proteger a la persona y a la familia, su fin supremo es la realización del bien común posteriormente el artículo 51 del capítulo II hace mención sobre la protección a menores y ancianos. El Estado protegerá la salud, física, mental y moral de los menores de edad y de los ancianos, les garantiza su derecho a la alimentación, salud, educación, seguridad y previsión social.

La Procuraduría General de la Nación y la Procuraduría de Derechos Humanos por medio de sus Secretarías de Atención a la Ancianidad o Adulta Mayor tienen como finalidad vigilar la protección de los Derechos Humanos de este grupo, la atención de denuncias, la investigación de casos, supervisar entidades prestadoras de servicios y capacitación sobre derechos humanos, con una cobertura nacional.

El 10 de febrero de 1997, el organismo ejecutivo aprobó la Ley de Protección para las personas Adultas Mayores, mediante el decreto 80- 96 del Organismo Legislativo.

La finalidad de esta Ley es tutelar los intereses de las personas, asimismo que el Estado garantice y promueva el derecho de los adultos mayores a un nivel de vida adecuado en condiciones que les ofrezcan educación, alimentación, vivienda, vestuario, asistencia médica geriátrica y gerontológica, integral, recreación, y esparcimiento y los servicios sociales necesarios para una existencia útil y digna, siendo beneficiarios de la ley todas las personas de 60 años o más, residentes en el territorio nacional, de conformidad a lo que establece la Constitución Política de la República de Guatemala, sin distinción de ninguna naturaleza, por credo político o religioso, etnia o condición social.

En el capítulo II de dicha Ley se especifica que toda persona adulta mayor tiene derecho a que se le de participación en el proceso de desarrollo del país y gozar de sus beneficios, además se declara de interés nacional, el apoyo y protección a los adultos mayores.

Asimismo el Estado y sus instituciones deberán contribuir a la realización del bienestar social satisfactorio de las personas adultas mayores, quienes tienen derecho de recibir la protección del Estado en lo referente a:

La creación de mecanismos institucionales de previsión social para garantizar su derecho a la alimentación, salud, educación, seguridad, vivienda, recreación, esparcimiento y trabajo; fomentar y fortalecer las instituciones que realicen actividades de atención a la persona adulta mayor; velar porque las personas que carezcan de familia o que se encuentren abandonadas, sean ubicadas en hogares estatales o privados; y promover la formación de agrupaciones, cooperativas, clubes de servicio y pequeña empresa.

En el capítulo III, se consigna la responsabilidad de la familia de asistir y proteger al adulto mayor, asimismo se sientan las bases para la prevención y sanción de malos tratos, ofensas, humillaciones o lesiones. (Jefatura de Area de Salud del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social del Departamento de Santa Rosa, 2017)

2.1.6.2 Marco de Salud

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, conjuntamente con las Universidades del país, en los establecimientos de Educación Pública y Privada y cualquier otra organización de salud, fomentarán la investigación y estudio de la población senescente. Se designa al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para coordinar con otros organismos, las acciones que tiendan a proteger a los ancianos, desarrollar programas especiales de educación nutricional, salud bucal y salud mental.

El Estado promoverá programas de vivienda, tomando en cuenta las necesidades físicas y psicológicas de las personas de la tercera edad. En el mismo capítulo III, se consigna que toda persona en la tercera edad tiene el derecho a tener un ingreso económico seguro, mediante el acceso sin discriminación al trabajo, así como a tener pensiones decorosas a su retiro, que le permitan un nivel de vida adecuado y a la satisfacción de

sus necesidades mínimas. El Ministerio de Trabajo y Previsión Social, es el responsable de la vigilancia de esta disposición, así como de promover cursos de capacitación para que cuando se retiren de sus fuentes de trabajo, estén capacitados para seguir siendo productivos.

En este mismo capítulo se le asigna al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social ampliar la cobertura de los servicios de atención médica integral a pensionados del interior del país y de ampliarla a particulares que deseen contribuir al régimen de Invalidez, Vejez y Sobrevivencia (IVS). (Jefatura de Area de Salud del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social del Departamento de Santa Rosa, 2017)

2.1.6.3 Municipal

Las municipalidades del país se les asignan la responsabilidad de eliminar las barreras arquitectónicas para que las personas que sufran de discapacidades físicas, puedan movilizarse sin dificultad. A los prestadores de servicios públicos y privados se les invita a efectuar descuentos o exoneraciones en el consumo doméstico y demás servicios esenciales, a la población adulta mayor, cuando comprueben por medio de estudios socio-económicos que éstos los cubren con su propio peculio.

En abril de 2002, el Presidente de la República emite el Acuerdo Gubernativo No. 135-2002 Reglamento de la Ley de Protección para las personas adultas mayores, el cual tiene como objetivo desarrollar las disposiciones de la Ley de Protección para las personas adultas, así como regular la estructura de los órganos administrativos contemplados en la Ley. (Jefatura de Area de Salud del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social del Departamento de Santa Rosa, 2017)

2.2 Perfil epidemiológico

2.2.1 Definición

El perfil epidemiológico es la expresión de la carga de enfermedad (estado de salud) que sufre la población, y cuya descripción requiere de la identificación de las características

que la definen. Entre estas características están la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida. (Facultad de Ciencias Médicas USAC, 2016)

2.2.2 Perfil epidemiológico de Guatemala

El perfil epidemiológico de Guatemala que se publicó en el año 2011 con el apoyo de la Unión Europea contempló tres fases: definición de categorías de análisis, revisión de fuentes secundarias de información y entrevistas a profesionales expertos. Se privilegiaron fuentes oficiales, nacionales y sectoriales, que permitieran conocer aspectos de la situación epidemiológica nacional, aun cuando éstas pueden adolecer de limitaciones en actualidad o comparabilidad, y manejar grados variables de consistencia o representatividad. La información se organizó en tres categorías (determinantes, riesgos y daños a la salud), que permiten establecer posibles relaciones entre ellas y vincularlas a condiciones transversales (interculturalidad y género) y acciones de salud (niveles de prevención).

Este esquema permite analizar las tres transiciones que se han descrito en el país: demográfica, nutricional y epidemiológica.

- **Condiciones transversales:** Entre las condiciones históricas y sociales que han influido en la reproducción de relaciones desiguales en el país, se destacan los aspectos étnicos y de género. La cuestión étnica es una característica demográfica fundamental de la sociedad, que ha definido dos matrices culturales: la criolla y la maya. La matriz cultural criolla se ha caracterizado por buscar hegemonía y subalternidad, la maya por la resistencia y concomitante conflictividad. Cada matriz cultural desarrolla una cosmovisión y un modelo de atención en salud propia. Los aspectos de género han establecido una división sexual del trabajo y un carácter hegemónico de la cultura patriarcal, que considera que la mujer “por naturaleza” es inferior. A pesar de significativos aportes de la mujer en los ámbitos productivo, reproductivo y de trabajo comunitario, se mantienen aún importantes deferencias en ingresos, participación política y seguridad social. (Instituto de Salud Incluyente, 2011)

- **Determinantes:** La ubicación geográfica del país, y su consecuente conformación geológica, no sólo favorecen una variabilidad de altitudes y regímenes de humedad y precipitación, también han convertido el territorio en paso de miles de migrantes de la región y escenario importante para el tráfico inter hemisférico de estupefacientes. La población del país, dispersa y en su mayoría residente en zonas rurales, experimenta una transición demográfica, con distintos niveles de avance, condicionada principalmente por descensos sostenidos en natalidad y mortalidad. Debido a que 70% de la población tiene menos de 30 años, los cambios en la estructura de la población son muy lentos y se calcula que el país gozará en los siguientes 30 a 40 años del bono demográfico. (Instituto de Salud Incluyente, 2011)

El proceso de producción está conformado por todas las actividades laborales en donde las personas están insertas, que conllevan por sí mismas riesgos y enfermedades. El 42% de la población en edad de trabajar se dedica a actividades agrícolas, en la mayoría de casos en medio de condiciones adversas (concentración de tierras productivas, baja tecnificación y poco acceso a créditos), lo que repercute en los ingresos de las familias y favorece una producción de subsistencia. Grandes superficies utilizadas en cultivos permanentes provocan flujos migratorios temporales y contratación de mano de obra a destajo, mientras los cultivos temporales cada vez son más vulnerables a fenómenos climáticos inestables; todo esto repercute en inseguridad alimentaria. (Instituto de Salud Incluyente, 2011)

Posiblemente el principal “compensador” de ingresos que se ha desarrollado en los últimos años dentro de la economía de muchas familias sean las remesas familiares.

Los niveles de pobreza son un buen indicador de las condiciones de vida que han persistido, con muy pocas variaciones, al interior de muchas familias del país: 54 de cada 100 guatemaltecos son pobres y 13 extremadamente pobres. Durante los últimos años se ha visto una polarización, urbanización y disminución de la pobreza en zonas rurales. A lo largo de los años se ha demostrado una relación estrecha entre la pobreza y los

riesgos y daños a la salud. Entre 1995 y 2009 a nivel nacional se han logrado importantes avances en educación, resaltan: el incremento de cobertura principalmente en la educación primaria y la disminución del analfabetismo. (Instituto de Salud Incluyente, 2011)

Cabe destacar que los avances en matrícula y terminación escolar han tenido un ritmo muy similar en todas las regiones del país.

- Riesgos: La cobertura en el acceso al agua entubada en el país sobrepasa el 75%. En los últimos quince años se ha incrementado un 24% en áreas rurales, pero ha descendido un 14% en zonas urbanas. Debido al bajo porcentaje de hogares que consume agua segura y a la limitada red de alcantarillado, sobretodo en áreas rurales, las enfermedades gastrointestinales tienen condiciones para mantenerse endémicas. A los tradicionales factores considerados como riesgos ambientales, se unen los cada vez más frecuentes desastres naturales, que causan daños ambientales, en infraestructura vial, sistemas de abastecimiento de agua, sistemas de riego, etc. Estos fenómenos ambientales son un factor más que se agrega a los riesgos de inseguridad alimentaria existentes. (Instituto de Salud Incluyente, 2011)

El acceso de los alimentos estará principalmente condicionado por la producción local, el ingreso mensual de las familias y su nivel de educación. Durante los últimos años se ha mantenido una persistente reducción de granos básicos, compensada con importaciones. El indicador que mejor refleja la situación de consumo insuficiente de alimentos es la desnutrición en los distintos grupos de población. Esta es una condición cíclica, de alta prevalencia en niños menores de cinco años, escolares y personas adultas (incluyendo mujeres en edad fértil), cuyas variaciones en el tiempo son tan pequeñas como las observadas en los niveles de pobreza. La transición alimentaria en el país agrega a la desnutrición, problemas de sobrepeso y obesidad. (Instituto de Salud Incluyente, 2011)

En los últimos quince años ambos fenómenos se incrementan, tanto en zonas urbanas como rurales, en estas últimas la obesidad se ha incrementado un 143%. Aumentos tan drásticos van de la mano no sólo con cambios en los estilos de vida, sino con una clara ausencia de acciones de prevención y promoción. Las dos principales drogas lícitas de mayor consumo son el alcohol (24% hombres y 5% en mujeres) y el tabaco (24% hombres y 4% en mujeres).(Instituto de Salud Incluyente, 2011) Siete de cada diez habitantes son atendidos, con distintos niveles de resolución y entrega de servicios, por el Ministerio de Salud; cerca de dos por una seguridad social muy concentrada y uno por seguros privados. No obstante, el lugar de atención que con más frecuencia la población busca es la clínica privada. (Instituto de Salud Incluyente, 2011)

A esto puede contribuir la entrega de servicios básicos, principalmente dirigidos al grupo materno infantil, una red aún débil en el primero y segundo nivel y la baja capacidad resolutive.

- Daños: Durante las últimas décadas la mortalidad general en Guatemala ha disminuido a expensas de dos fenómenos interrelacionados: la mortalidad prematura en menores de cinco años y la mortalidad por enfermedades transmisibles. En los últimos 23 años la mortalidad infantil ha disminuido cerca de 60%, sobretodo en el grupo postneonatal. Estos cambios muestran patrones diferenciados, principalmente por lugar de residencia y condición étnica. La disminución en la mortalidad por causas transmisibles se ha acompañado de un incremento sostenido y rápido de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), conformándose de esta forma la transición epidemiológica. (Instituto de Salud Incluyente, 2011)

Entre 1986 y 2005 las defunciones por ECNT se han incrementado 61%. En una zona urbana cercana a la ciudad se encontraron prevalencias de 8% para diabetes y 13% para hipertensión arterial, ambas condiciones aumentaban conforme la edad. Información del IGSS en relación a las ECNT revelan alta y creciente demanda de estos padecimientos en los servicios de consulta externa y hospitalización, así como la importancia que poseen en las defunciones registradas, la discapacidad y los costos de servicios contratados. La

mortalidad proporcional por tumores se ha incrementado sensiblemente de 3% en 1986 a cerca de 10% en 2005, extendiéndose su geografía sobretodo en el oriente del país. En las mujeres es más frecuente el cáncer de cérvix y en hombres el cáncer de piel. (Instituto de Salud Incluyente, 2011)

A pesar que una de cada cuatro personas entre 18 y 65 años reconoce padecer por lo menos un trastorno de salud mental, con frecuencia estas patologías son subestimadas y reciben poca atención. Los tres trastornos más comunes en la población son los trastornos neuróticos, el estrés post traumático y los trastornos depresivos. Coincidentemente la primera década del presente siglo fue una de las épocas más violentas en la historia reciente del país, período en el que los homicidios se incrementaron 140%. Estos tienen una mayor incidencia en zonas costeras, fronterizas y de mayor actividad económica, y el principal grupo de riesgo son los hombres jóvenes. (Instituto de Salud Incluyente, 2011)

En relación a la violencia de pareja, una de cada dos mujeres alguna vez casadas o unidas reportó que experimentó en el transcurso de su vida alguna forma de violencia de su pareja, incluyendo violencia física. Entre 1986 y 2005 las defunciones por enfermedades transmisibles han disminuido 50%. Esta disminución varía dependiendo de la región del país y la condición étnica de la población. No obstante, las infecciones respiratorias y las enfermedades diarreicas continúan con elevada prevalencia en las edades extremas de la vida. Mientras el paludismo y la oncocercosis han disminuido de forma importante, el dengue continúa provocando epidemias, las más reciente en 2009 y 2010. Otra enfermedad transmisible que continúa extendiéndose geográficamente es el VIH, estimándose un ritmo de 21 nuevas infecciones diarias. La tuberculosis se presenta en asociación con el VIH en el 12% de casos. (Instituto de Salud Incluyente, 2011)

2.3 Situación de salud en Guatemala según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social MSPAS

2.3.1 Demografía

Guatemala es el país más poblado de Centroamérica. Cuenta con 16.1 millones de habitantes, con una densidad poblacional de 148 habitantes por km². La mayoría de los habitantes guatemaltecos son jóvenes. (Estudio Económico de América Latina y El Caribe 2015, 2015).

Tabla No. 1

Proyecciones de población, según año
Guatemala, 2015

Año	Proyecciones de Población	Tasa de crecimiento
2010	14,361,666	2.5
2011	14,713,763	2.5
2012	15,073,375	2.4
2013	15,438,384	2.4
2014	15,806,675	2.4
2015	16,176,133	2.3

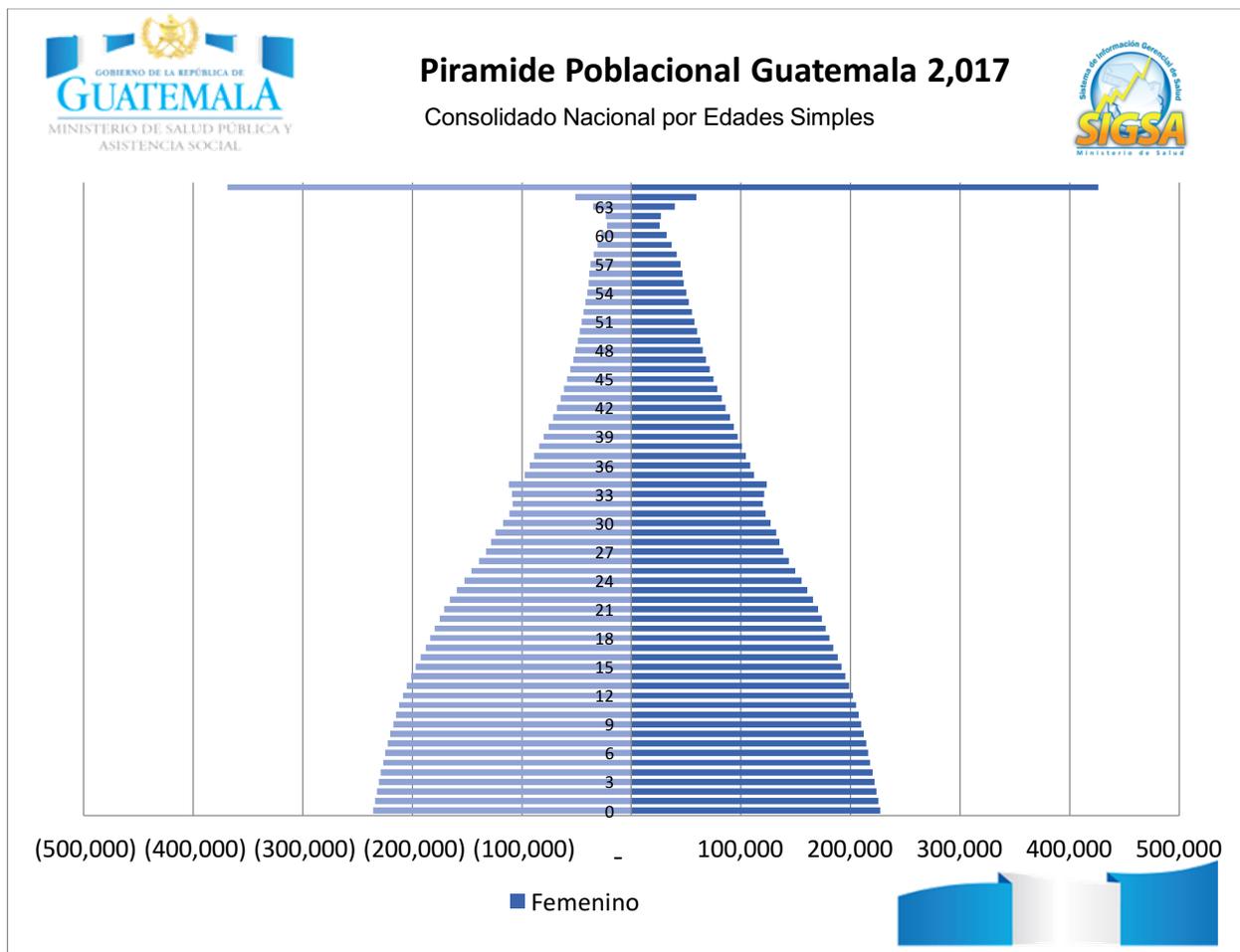
Fuente: Instituto Nacional de Estadística

La Tasa Global de Fecundidad (TGF) es el número promedio de hijas e hijos que nacerían de una mujer de una cohorte hipotética de mujeres, que durante su vida fértil, tuvieran sus hijos/ hijas de acuerdo a las tasas de fecundidad por edad de un determinado período de estudio (normalmente de un año determinado) y no estuvieran expuestas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta el término del período fértil.

Según la V Encuesta Nacional de Salud Materno-infantil 2008-2009 (ENSMI), la tasa global de fecundidad para Guatemala es de 3.6%. La distribución de la población por área de residencia muestra que el 64% de la población habita en el área urbana.

La esperanza de vida al nacer es de 71.3 años; 67.7 años en hombres y 74.8 años en mujeres. (Estudio Económico de América Latina y El Caribe 2015, 2015)

Grafica No. 1



Fuente: MSPAS 2017

La pirámide poblacional de Guatemala evidencia un patrón característico de los países en vías de desarrollo, es decir, una pirámide expansiva de base ancha; sin embargo, se puede apreciar que el grupo etario más numeroso es el de 0 a 14 años y, los grupos etarios se reducen según aumenta la edad. De ahí que la edad promedio de los guatemaltecos sea de apenas 20 años; la más baja de toda Centroamérica. Las proyecciones indican que Guatemala tendría 20.0 millones en 2025 y 25.2 millones en 2040. (Instituto Nacional de Estadística de Guatemala, 2017)

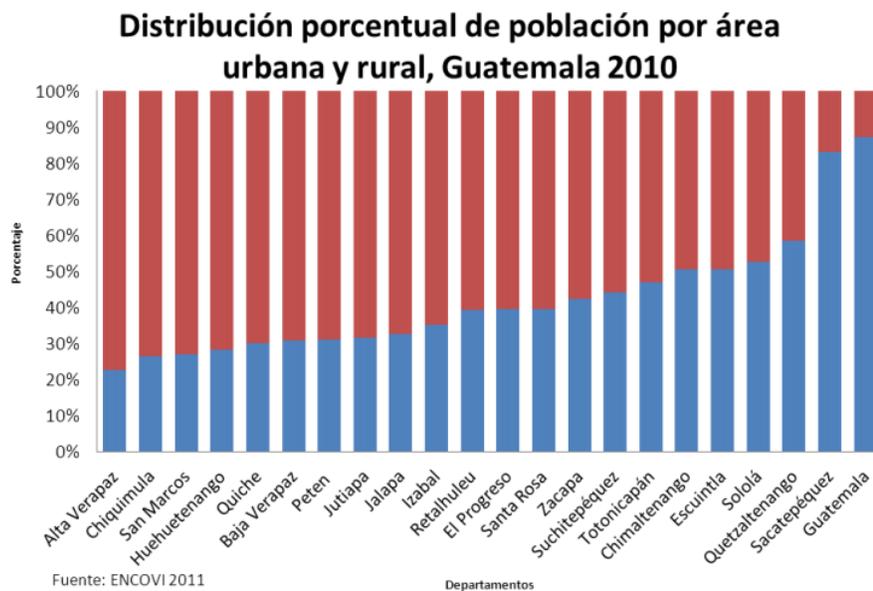
Guatemala, tiene una población relativamente joven, se registra que el 67% de los habitantes cuentan con menos de 30 años de edad, destacando dentro de la población

joven, los ubicados dentro del rango de edad de 10 a 14 años, que representan el 13% de la población total.

El departamento que cuenta con la mayor población es el departamento de Guatemala, que representa el 21.4%, de la población total seguido del departamento de Huehuetenango (7.9%) y el departamento de Alta Verapaz (7.7%). Por su parte los departamentos con la menor población son El Progreso, Zacapa y Baja Verapaz. (Instituto Nacional de Estadística de Guatemala, 2017)

Se registra que la mayoría de población es autodenominada no indígena, existiendo una relación de 66.7 no indígenas, por cada 100 habitantes indígenas. Los departamentos con menor presencia de población indígena son Jalapa, Zacapa y El Progreso; los departamentos con mayor población indígena son Totonicapán, Sololá y Alta Verapaz. (Instituto Nacional de Estadística de Guatemala, 2017)

Gráfica No. 2



Las poblaciones con mayor ruralidad son Alta Verapaz, Chiquimula, San Marcos, Huehuetenango y Quiché, que van de 77% a 70% y las de menor ruralidad son

Guatemala y Sacatepéquez, de 13% y 17%, respectivamente. (Instituto Nacional de Estadística de Guatemala, 2017)

La situación de ruralidad genera espacios representativos en que las inequidades y desigualdades son más manifiestas y, en términos de oportunidades de acceso al desarrollo, se ven reducidas, este contexto los servicios públicos (educación, salud y economía) se ven limitados impidiendo a las familias romper el círculo de pobreza y marginalidad.

El concepto de transición epidemiológica se refiere a los cambios a largo plazo en los patrones de muerte, enfermedad e invalidez que caracteriza a una población específica y que, por lo general, se presentan junto con transformaciones demográficas, sociales y económicas más amplias. Se trata de un concepto dinámico que se centra en la evolución del perfil predominante de mortalidad y morbilidad.

La transición epidemiológica implica un cambio en una dirección predominante: de las enfermedades infecciosas asociadas con carencias primarias por ejemplo, de nutrición, suministro de agua, condiciones de vivienda, a las enfermedades crónicas y degenerativas, lesiones y padecimientos mentales; todos éstos relacionados con factores genéticos y carencias secundarias por ejemplo, de seguridad personal o ambiental, afecto u oportunidades para la plena realización de la potencialidad individual.

En Guatemala, aún no existe un desplazamiento de la mayor carga de morbilidad desde los grupos más jóvenes a los grupos de edad avanzada; lo que está sucediendo es la convivencia entre las primeras causas de enfermedad y muerte de las enfermedades infecciosas y las enfermedades no transmisibles. La disminución de las enfermedades infecciosas y parasitarias ha sido sustancial, pero es aún insuficiente y ha ido acompañada de un incremento rápido de los procesos crónicos. (Jefatura de Area de Salud del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social del Departamento de Santa Rosa, 2017)

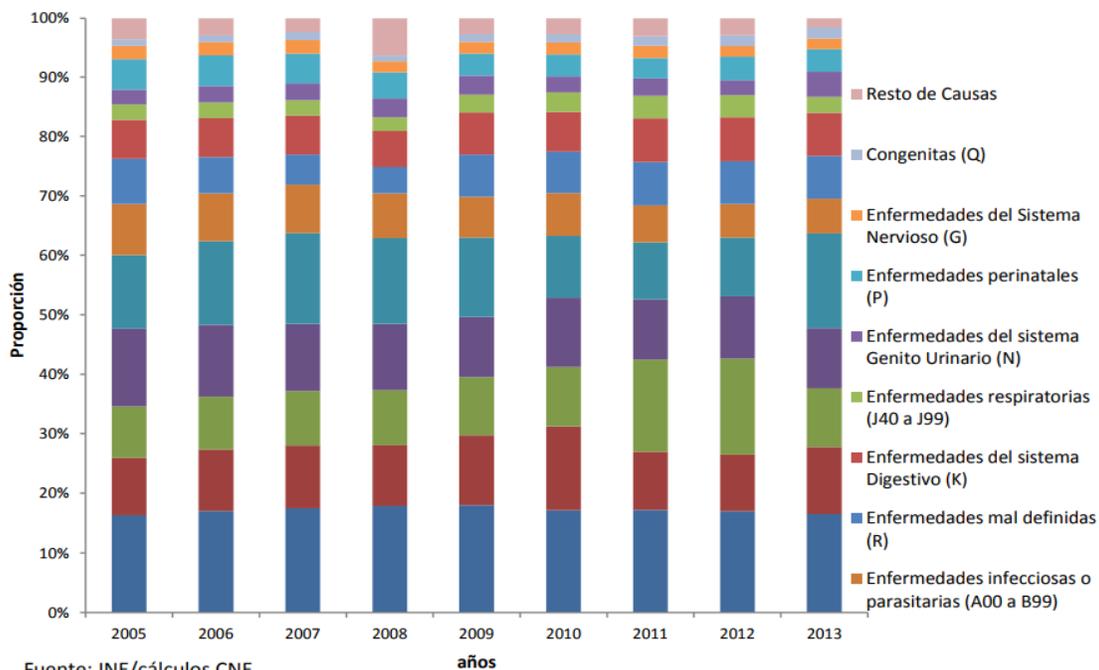
2.3.2 Morbimortalidad en Guatemala

2.3.2.1 Mortalidad

La mortalidad general en Guatemala por grupo de enfermedades, del período 2005 al 2013, se observa que ha sufrido una transición de las causas infecciosas a las causas crónicas (no transmisibles) y las de lesiones externas (muchas de ellas producto de la violencia). La enfermedad renal inicia su ascenso gradual como causa de muerte en 2005 (1% de todas las causas de muerte) para situarse en el año 2012 en un 2%. Con relación a las enfermedades cardiovasculares como causa de muerte, su ascenso ha sido más dramático, ya que del 15% en el 2005 sube al 25% en el 2009 y se sitúa en 20% en el 2012. Las heridas por arma de fuego (HPAF) como causa de muerte, también sufren un alza de 7% en el 2005, del 10% en el 2010 y del 7% en el 2012. En cuanto a las infecciones respiratorias, su comportamiento es diferente, en el 2005 ocupaban el 20% como causa de muerte general y para el 2012, se reduce al 13%. (Jefatura de Area de Salud del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social del Departamento de Santa Rosa, 2017)

Grafica No. 3

Mortalidad, proporción de tasas en relación al total de causas
Guatemala 2005-2013



Fuente: INE/cálculos CNE

La razón de mortalidad por enfermedades no transmisibles con relación a las enfermedades transmisibles ha variado durante los últimos años, registrándose un incremento de dicha razón en el año 2013 en comparación con el año 2008.

Tabla No. 2

Razón de mortalidad
Enfermedades No Transmisibles/Enfermedades Transmisibles
Guatemala 2008-2013

Años	Tasas			Razón
	Lesiones de causa externa	Enfermedades no transmisibles	Enfermedades transmisibles	
2008	95	170	100	1,71
2009	91	168	86	1,95
2010	98	190	108	1,76
2011	83	143	79	1,80
2012	82	145	78	1,85
2013	84	187	81	2,31

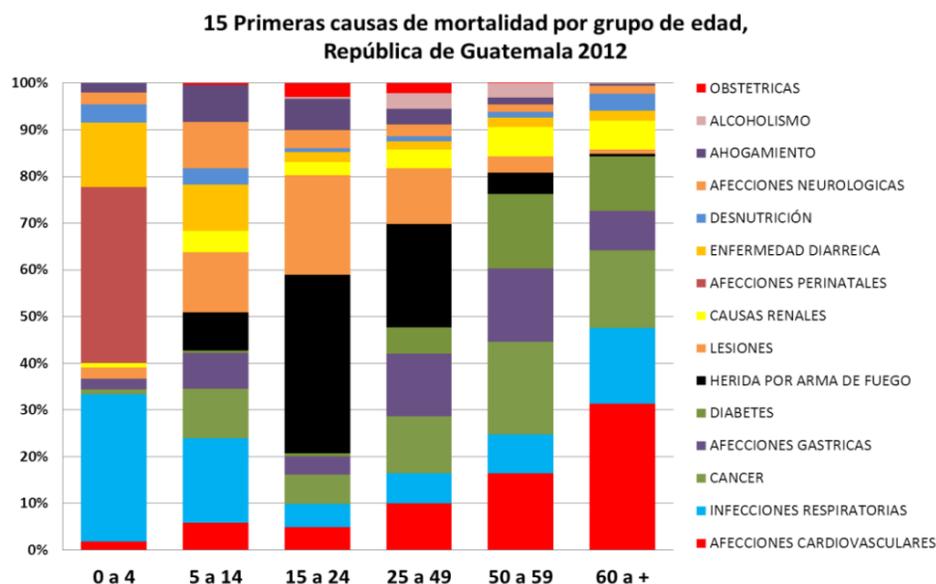
Fuente: INE/cálculos CNE
Tasas por 100 000 habitantes.

Las tasas de mortalidad por las principales Enfermedades no Transmisibles presentan un alza entre el 2005 y 2013: la tasa de diabetes subió de 22 a 35, la de enfermedades cardiovasculares de 69 a 79 y la de insuficiencia renal crónica de 6 a 14 por 100,000 del 2005 al 2013.

En Guatemala, las ENT afectan a todos los grupos de edad. Estas enfermedades se suelen asociar a los grupos de edad más avanzada, pero la evidencia muestra que más de 45 mil de las muertes a nivel nacional, son atribuidas a las enfermedades no transmisibles y se producen en personas menores de 60 años en mayor porcentaje. Niños, adultos y personas mayores son vulnerables a los factores de riesgo que favorecen las enfermedades no transmisibles, como las dietas malsanas, la inactividad física, la exposición al humo de tabaco o el uso nocivo del alcohol.

El hallazgo en el comportamiento de tasas de mortalidad más relevante es la de causas externas (lesiones, heridas por arma de fuego) en grupo etario de 15 a 24 años, donde la tasa representa 60% del total de muertes. (Jefatura de Área de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del Departamento de Santa Rosa, 2017)

Grafica No. 4



Fuente: INE

2.3.2.2 Morbilidad

Mediante la Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular realizada por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el año 2010 en población adulta mayor de 19 años, se identificó “13,33% con hipertensión arterial y 64.14% personas con alteración de glucosa preprandial; de acuerdo a la estratificación de riesgo cardiovascular propuesta por OMS, en Guatemala 588,497 (8,7%) personas mayores de 19 años tienen un alto riesgo de desarrollar un evento cardiovascular mayor en los próximos 10 años; 313,729 tienen mediano riesgo (4,6%), 4,467 bajo riesgo (0,1%)”, estos datos suman 906687 personas en riesgo. El estudio de factores de riesgo “Villanueva en 2006” identificó una prevalencia de hipertensión arterial de “12,96%”

Las tasas estimadas de prevalencia de diabetes, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, cáncer e insuficiencia renal crónica por 100,000 habitantes para el año 2013, se presentan en la tabla 4. Para esta estimación de tasa de diabetes e hipertensión arterial se utilizaron las tasas de 19% y 13% de la población adulta respectivamente que fueron reportadas por la Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular realizada por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el año

2010, variando únicamente la población que para el año 2013 fue de 15,438,384 habitantes. La estimación de la tasa de Insuficiencia renal crónica se obtuvo de la consolidación de los registros de la Unidad Nacional de Atención al Enfermo Renal Crónico (UNAERC) y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) que son los que manejan casi la totalidad de casos. Un procedimiento similar se utilizó para la prevalencia de cáncer.

Tabla No. 3

Enfermedades no Transmisibles
Tasas estimadas de Prevalencia 2013

ENFERMEDAD	TASA	NO. DE CASOS
DIABETES MELLITUS	10,047	1,551,112
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	6,652	1,027,000
ENF. CARDIOVASCULAR	86	13,280
CÁNCER	59	9,120
INSUF. RENAL CRÓNICA	53	8,160

Fuente PNECNT.

Los registros de morbilidad del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través del Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA), se presentan en la tabla 4; donde las tasas para el período 2008 – 2014, muestran tendencia hacia el incremento; 74% en Hipertensión Arterial, 68% en Diabetes Mellitus y 52% en Enfermedad Renal Crónica. Para el año 2014 la tasa por 100000 habitantes de hipertensión arterial es 789 (12,4580 casos), diabetes mellitus en 583 (92,075 casos) y enfermedad renal crónica en 5,4 (859 casos).

En este período (2008-2014), mediante logaritmo natural, se calculó el promedio porcentual de variación anual, siendo 9,2%; 8,6% y 7% para estos eventos. Se realizó proyección de casos del 2015 al 2020, incrementándose, en hipertensión 267,034 casos, para diabetes mellitus 197,336 casos y enfermedad renal crónica 1,934 casos más.

Reconociendo que son datos que corresponden al 75% de atención que brinda el MSPAS a la población general, sub registro y sub notificación de casos; demandando mejorar la capacidad instalada del MSPAS, instrumental clínico, de laboratorio y capacitación del recurso humano para representar calidad del dato. Además 15% de la población es atendido por el IGSS y otro porcentaje por la iniciativa privada.

Tabla No. 4

**Enfermedades no transmisibles, tasas de prevalencia y promedio porcentual de variación
Guatemala 2008-2014**

Evento	Tasas							% de incremento de periodo	Promedio porcentual de variación anual*	Proyección 2020	
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014			Casos	Tasas
Hipertensión arterial	454	601	633	521	562	744	789	74	9,2	267034	1479
Diabetes mellitus	347	419	447	379	379	565	583	68	8,6	197336	1093
Enfermedad renal crónica	3,6	2,5	5,8	4,5	4,0	5,0	5,4	52	7,0	1834	10

Fuente: SIGSA, cálculos CNE/MSPAS

Tasas por 100 000 habitantes.

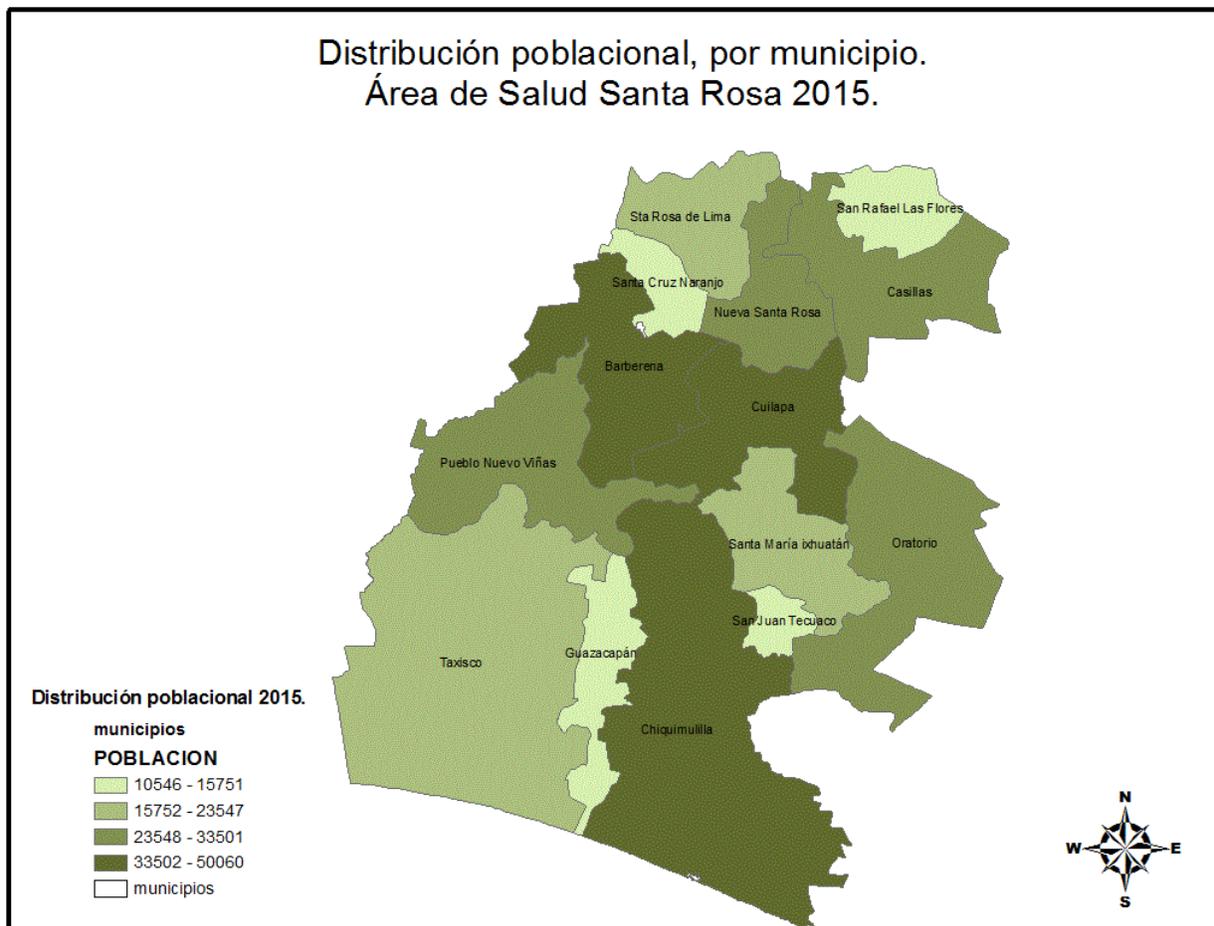
* Incremento medio anual.

2.4 Aspectos del departamento de Santa Rosa

2.4.1 Datos generales

El Departamento de Santa Rosa, cuenta con catorce municipios, de los cuales se defieren en tres regiones, quedando de la siguiente manera: Región Norte: San Rafael Las Flores, Casillas, Nueva Santa Rosa, Santa Rosa de Lima, Santa Cruz Naranjo, Región Centro: Oratorio, Cuilapa, Barberena, Santa María Ixhutatán, Pueblo Nuevo Viñas, Región Sur: Chiquimulilla, Guazacapan, Taxisco, San Juan Tecuaco, con una población de 390,592 habitantes, de los cuales 188277 son masculinos y 202316 femeninos, y con una red de servicio de 14 Centros de Salud, 53 Puestos de Salud, 1 Centro de Atención Materno Infantil, 2 Centros de Recuperación Nutricional, 7 Centros de Atención Permanente y 1 Hospital Nacional Regional. (Jefatura de Area de Salud del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social del Departamento de Santa Rosa, 2017)

Grafica No. 5



Fuente: (Jefatura de Area de Salud del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social del Departamento de Santa Rosa, 2017)

Características geográficas, del departamento de Santa Rosa, se encuentra situado en la región IV o región Sudeste, su cabecera departamental es Cuilapa, limita al Norte con los departamentos de Guatemala y Jalapa; al Sur con el Océano Pacífico; al Este con el departamentos de Jutiapa; y al Oeste con el departamento de Escuintla. Se ubica en la latitud 14° 16' 42" y longitud 90° 18' 00", y cuenta con una extensión territorial de 2,295 kilómetros cuadrados. Por su configuración geográfica que es variada, sus alturas oscilan entre los 214 y 1,330.25 metros sobre el nivel del mar, con un clima que varía desde el frío en las montañas hasta el cálido en la costa del Pacífico, pero generalmente es templado. El idioma pipil ha desaparecido por completo y el Xinca aún es recordado por

pocos ancianos entre la población de los municipios de Chiquimulilla, Taxisco y Guazacapán. En consecuencia el idioma que se habla en todo el departamento es el español. Entre el elemento indígena del departamento, se encuentran restos mezclados de xincas, pocomames y pipiles.

2.4.2 Situación de salud del departamento de Santa Rosa según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social MSPAS

El departamento de Santa Rosa posee una población estimada de 390,592 habitantes,

- La tasa de natalidad más alta la tiene Guazacapan, con 28.00 x c/1,000 hab. Este es un municipio con un porcentaje de ruralidad de 53.00% lo que podría favorecer el poco acceso a educación y servicios de salud; mientras que la más baja tasa resulta en Santa Rosa de Lima, con una tasa de 20.17 x c/1,000 hab., con un porcentaje de ruralidad de 78.46%, pero con mejores accesos a la cabecera y a servicios de salud. (Jefatura de Area de Salud del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social del Departamento de Santa Rosa, 2017)
- La tasa de fecundidad mayor la posee Taxisco con 86.82, seguido San Juan Tecuaco 80.18 y Guazacapan 78.26. Todos ellos son municipios de la Región Sur, costeros, aislados, cuya población tiene que enfrentar distancias más largas y mayor dificultad para transportarse. Estas tasas son muy altas en comparación a Santa Rosa de Lima que posee la tasa más baja del Departamento 55.89. (Jefatura de Area de Salud del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social del Departamento de Santa Rosa, 2017)
- Migrantes: El municipio con mayor número de migrantes es Barberena con 9526/1000 hab., le sigue Pueblo Nuevo Viñas con 6500, que genera una gran cantidad de empleos por los servicios públicos que allí se prestan. (Jefatura de Area de Salud del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social del Departamento de Santa Rosa, 2017)

Tabla No.5

<i>CONSOLIDADO</i>			
<i>Edad</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>Total</i>
<i>< - 1</i>	<i>5489</i>	<i>5292</i>	<i>10782</i>
<i>1 - 4</i>	<i>21620</i>	<i>20821</i>	<i>42441</i>
<i>5 - 9</i>	<i>25501</i>	<i>24771</i>	<i>50272</i>
<i>10 - 14</i>	<i>23384</i>	<i>23196</i>	<i>46581</i>
<i>15 - 19</i>	<i>21846</i>	<i>22182</i>	<i>44028</i>
<i>20 - 24</i>	<i>18511</i>	<i>20055</i>	<i>38566</i>
<i>25 - 29</i>	<i>14944</i>	<i>17155</i>	<i>32099</i>
<i>30 - 34</i>	<i>11264</i>	<i>13639</i>	<i>24903</i>
<i>35 - 39</i>	<i>8718</i>	<i>10870</i>	<i>19589</i>
<i>40 - 44</i>	<i>6401</i>	<i>9135</i>	<i>15535</i>
<i>45 - 49</i>	<i>5755</i>	<i>7719</i>	<i>13474</i>
<i>50 - 54</i>	<i>5313</i>	<i>6568</i>	<i>11880</i>
<i>55 - 59</i>	<i>4693</i>	<i>5266</i>	<i>9959</i>
<i>60 - 64</i>	<i>4156</i>	<i>4458</i>	<i>8614</i>
<i>65 +</i>	<i>10682</i>	<i>11188</i>	<i>21871</i>
<i>Total</i>	<i>188277</i>	<i>202316</i>	<i>390592</i>

Fuente: (Jefatura de Area de Salud del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social del Departamento de Santa Rosa, 2017)

2.4.2.1 Mortalidad

En este aspecto, puede observarse que Guazacapán (79.36%), San Juan Tecuaco (46.46%) y Chiquimulilla (45.55%) presentan la mayor tasa de mortalidad, seguidos por Taxisco (45.02) y Barberena (44.49%), todos por encima de 44 x cada 10 000 habitantes, mientras que el municipio con menor tasa es el de San Rafael las Flores (25.49%).

Para conocer el comportamiento de la mortalidad en el departamento, no solamente es necesario conocer la tasa de mortalidad general, también es importante contar con la información relacionada a la razón o causa de muerte en la población.

La mortalidad general en el departamento, existe el predominio de las enfermedades crónicas no trasmisibles, ocupando 8 de las 10 primeras causas, siendo solo las neumonías, bronconeumonías y las septicemia, las únicas trasmisibles, ocupando el segundo lugar, en este sentido es congruente con datos de otros departamentos, en

donde también ocupa los primeros lugares; aunque no se hace ningún reporte de los posibles factores que están afectando a la población para provocar mortalidad por problemas respiratorios agudos, en este sentido la forma en que cocinan los alimentos y la principal fuente de energía en el hogar, pues el consumo de leña constituye una causa importante para el apareamiento de afecciones respiratorias.

Los años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP), de una población reflejan la pérdida de vida útil de la misma, manifestada por los años perdidos debido a una muerte prematura. Los AVPP están relacionados con indicadores de la vida esperada del grupo bajo estudio y se expresan en una razón que indica los años que se pierden por cada mil habitantes. En Santa Rosa, se puede observar que las tres razones más elevadas de AVPP * 1000 personas menores de 65 años son las Heridas por armas de fuego con una razón de 14.1; las Neumonías y bronconeumonías con 7.3; y los IMA con 4.8. Por otro lado, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la Insuficiencia Cardíaca presentan los AVPP más bajos con unas tasas de 0.5, 0.8 y 0.4 respectivamente.

En el presente año, se han reportados trece defunciones, el 62% (8/13) se clasificaron como directas, el restante 38% se encuentran pendientes de discusión. Los municipios con la mayor números de casos de mortalidad son: Santa María Ixhuatán, Barberena y Nueva Santa Rosa, para el departamento de Santa Rosa, es de 55x100,000 NV, dentro de éstos trece casos se encuentra una muerte accidental; las trece muertes son institucionales, con alto predominio de la demora cuarta, en edad promedio de 17 a 42 años, con eslabón crítico de mayor frecuencia: atención del evento obstétrico. (Jefatura de Area de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del Departamento de Santa Rosa, 2017)

2.4.2.2 Morbilidad

Dentro de las 10 primeras causas de morbilidad general en el departamento de Santa Rosa durante el año 2017 se encuentran, la rinofaringitis aguda, amigdalitis aguda, infección de la vías urinarias, gastritis, diarreas y gastroenteritis, parasitismo intestinal, alergias, hipertensión arterial, infección intestinal bacteriana y amebiasis. Cabe señalar

que las tres primeras causas corresponden a enfermedades transmisibles, este comportamiento fue similar al año 2016. Por este motivo y las enfermedades respiratorias constituyen una prioridad en el departamento fue necesario intensificar la vigilancia epidemiológica y desarrollar estrategias para evaluar sistemáticamente los conocimientos existentes en la población acerca de las IRAS a través de charlas educativas en la comunidades.

El departamento de Santa Rosa cuenta con una cobertura de más del 95% en la mayoría de los biológicos, ubicando a Santa Rosa, dentro de los primeros lugares a nivel nacional.

El estudio de cohorte del segundo trimestre del año 2016 se reportaron seis pacientes con Bacilo de Koch positivo para los cuales la condición de egreso de los seis fue problema resuelto. Se está realizando búsqueda activa del sintomático respiratorio para así poder cumplir con las metas establecidas.

Las enfermedades diarreicas de igual forma constituyen un problema de salud importante en nuestro territorio, a pesar de que en el 2016 y 2017 se ubicaron en el sexto y quinto puesto, el departamento de epidemiología ha desarrollado una búsqueda activa de casos diarreicos fortaleciendo el monitoreo por enfermedades prioritarias y buscando soluciones al incremento de caso con enfoque en la prevención y promoción de salud.

Las enfermedades no transmisibles también son prioridad para el departamento, teniendo a la Hipertensión Arterial en el octavo lugar con un total de 5633 casos hasta la fecha del presente año 2017. Para esto se garantizan todos los equipos necesarios para la toma de presión arterial y el abastecimiento de medicamentos para el tratamiento completo. Las estrategias de promoción incluyen los hábitos saludables de vida como la dieta, ejercicio físico, control del peso, hábitos tóxicos y combate al estrés.

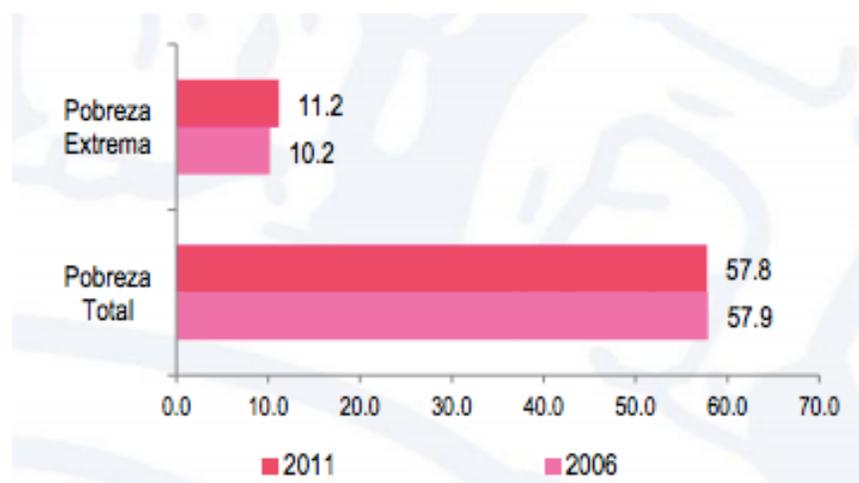
El programa vectores intensifica desde el año 2016, las labores de búsqueda activa de casos por enfermedad vectorial, estratificando los territorios, realizando acciones efectivas para la disminución de los índices de infestación, logrando disminuir la incidencia de Dengue, Chikungunya, Zika y malarías.

2.4.2.3 Calidad de Vida

La situación socioeconómica que se describe es la que maneja el INE en su caracterización departamental del año 2013 como dato más actual, sin obtener datos más actuales por parte de este ente rector de la información nacional y departamental, la cual describe entre otros hallazgos importantes el porcentaje de pobreza extrema en el año 2011 (11.2%) en incremento un punto porcentual con respecto a la última medición cinco años antes en el 2006 (10.2%), lo cual se estima para este tiempo seis años después siendo 2017 un aumento de un punto porcentual (12.2%) respectivamente, siendo el municipio con más pobreza extrema rural San Juan Tecuaco, mientras que la tasa más alta se registró en el municipio de Barberena que también es el municipio con mayor actividad económica comercial, con respecto a datos antiguos o actualizados sobre aspectos demográficos o socioeconómicos en la población adulta de Santa Rosa, ninguna dependencia local o nacional posee datos reales para discutir, y más bien no existen. (Encuesta Nacional de Condiciones de Vida ENCOVI, 2014)

Gráfica No. 6

Porcentaje de pobreza y pobreza extrema 2006 y 2011 en el Departamento de Santa Rosa



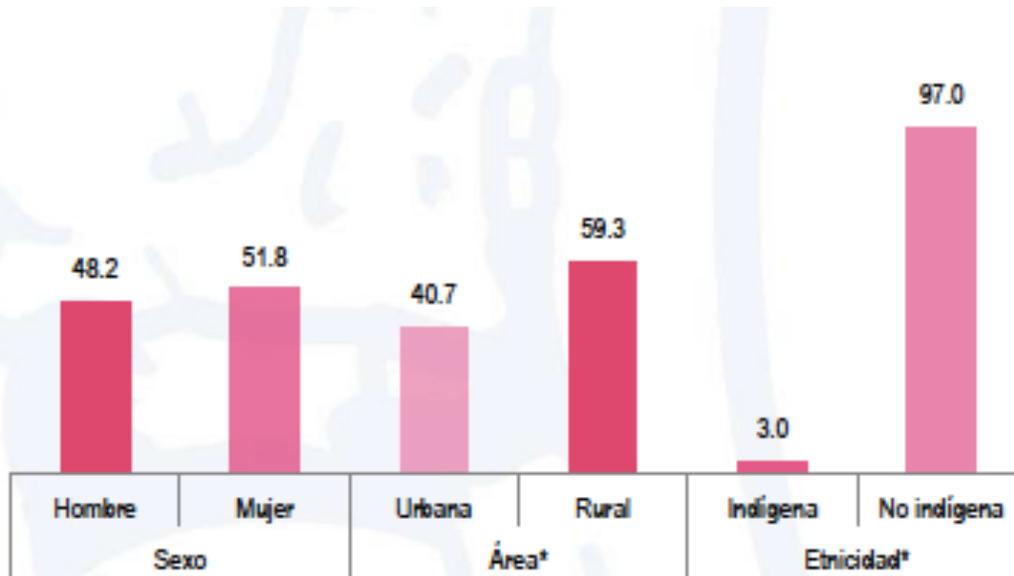
Fuente: (Encuesta Nacional de Condiciones de Vida ENCOVI, 2014)

El departamento de Santa Rosa por sus características geográficas, climáticas y ecológicas, el acceso al agua potable y la pobreza constituye un riesgo epidemiológico y entomológico para la transmisión de enfermedades transmitidas por vectores. Sin embargo las notificaciones de Dengue, Chikungunya y Zika han registrado un descenso en el número de casos en comparación con el año 2016 con registros de 140, 31 y 22 casos respectivamente hasta la semana epidemiológica 36 del presente año. Los casos de malaria también registran una disminución con 31 casos reportados hasta la fecha y 148 registrados durante el año 2016. (Jefatura de Area de Salud del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social del Departamento de Santa Rosa, 2017)

La desnutrición en Santa Rosa representa una problemática muy importante por las condiciones de pobreza existentes. Se han registrado hasta el mes de agosto de 2017 412 casos de desnutrición aguda de los cuales 335 corresponden a moderados y 77 a casos severos., Los distritos que más casos de desnutrición han reportado son Barberena, Taxisco, Chiquimulilla, Guazacapán y Cuilapa. Los niños recuperados hasta la fecha son 246. Se están intensificando acciones de seguimiento y captaciones a niños desnutridos con el objetivo de brindar tratamiento oportuno y obtener un mayor dato de niños recuperados para el 2017. (Jefatura de Area de Salud del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social del Departamento de Santa Rosa, 2017)

Grafica No. 7

Distribución porcentual de la población por sexo, área y etnicidad 2013 en el departamento de Santa Rosa.



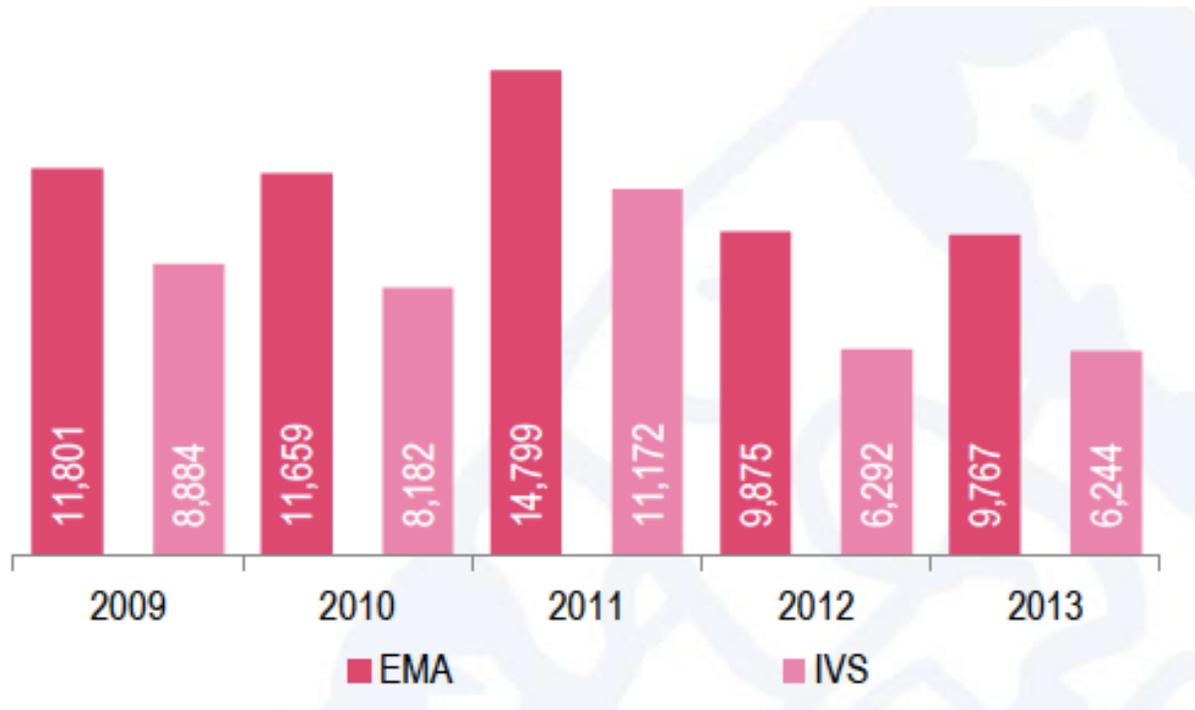
Fuente: INE. Estimaciones y Proyecciones de Población, con base en los Censos Nacionales XI de Población y VI de Habitación 2002.

*Con base en la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida -ENCOVI 2011-

Del total de la población de Santa Rosa el 48.2% son hombres y 51.8% son mujeres. A nivel nacional el porcentaje de población que se identifica como indígena es el 40% en tanto que para el departamento de Santa Rosa es 3.0%. El departamento es mayoritariamente rural debido a que el 59.3% de la población habita en esta área. (Encuesta Nacional de Condiciones de Vida ENCOVI, 2014)

Gráfica No. 8

Población afiliada al IGSS atendida en el Programa de Enfermedad, Maternidad y Accidentes (EMA) y de Invalidez, Vejez y Sobrevivencia (IVS) Serie histórica 2009-2013



Fuente: (Encuesta Nacional de Condiciones de Vida ENCOVI, 2014)

En 2013 la población del departamento de Santa Rosa atendida por el programa EMA fue de 9,767, dato que representaba el 0.8% del total atendido a nivel nacional. Asimismo, la población atendida en el programa IVS fue de 6,244, lo que significa el 0.6% del total nacional. (Encuesta Nacional de Condiciones de Vida ENCOVI, 2014)

CAPITULO III

MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.1 Métodos de investigación

3.1.1 Tipo de estudio

Es un estudio de tipo descriptivo retrospectivo sobre el perfil epidemiológico del adulto mayor del departamento de Santa Rosa admitidos en los servicios de salud del primer nivel de atención del MSPAS en el periodo de 2013 a 2017.

3.1.2 Técnicas

Perfil Epidemiológico: Se solicitó la información al Área de Salud del MSPAS del departamento de Santa Rosa, se revisaron las bases de datos oficiales de los años 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017, de todos los municipios que comprende el departamento de Santa Rosa sin exclusión alguna, mediante el Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA) sobre mortalidad, morbilidad, y calidad de vida.

Se evaluó la situación de morbilidad en el primer nivel de atención en la base de datos oficiales del MSPAS en el Área de Salud de Santa Rosa de los 14 municipios que comprende el departamento de Santa Rosa, en el Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA), específicamente SIGSA 18 de los años 2013, 2014, 2015, 2016, 2017.

Se evaluó la situación de mortalidad en el nivel primario de atención en la base de datos oficiales del MSPAS en el Área de Salud de Santa Rosa de los 14 municipios que comprende el departamento de Santa Rosa, en el Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA), específicamente SIGSA 6 de los años 2013, 2014, 2015, 2016, 2017.

Se hizo una revisión a los datos publicados actuales por el Instituto Nacional de Estadística, MSPAS, y datos proporcionados por el Área de Salud de Santa Rosa, los cuales se analizaron para su interpretación.

Se realizó un análisis de los datos de los objetivos anteriores en forma global para caracterizar a la población en estudio.

3.1.3 Instrumentos

Para determinar el perfil epidemiológico se utilizaron los instrumentos SIGSA 18 y SAGSA 6 los cuales describen los datos de morbilidad y mortalidad del MSPAS para cada año en estudio (2013, 2014, 2015, 2016, 2017), ambos validados por el MSPAS, en población homologa al sujeto de estudio.

Se utilizo el SIGSA 18 que describe la morbilidad general del departamento de Santa Rosa, tomando en cuenta la información de los 14 municipios que lo conforman, validado por el MSPAS, en población homologa al sujeto de estudio.

Se utilizo el SIGSA 6 que describe la mortalidad general del departamento de Santa Rosa, tomando en cuenta la información de los 14 municipios que lo conforman, validado por el MSPAS, en población homologa al sujeto de estudio.

Se tomo en cuenta las publicaciones oficiales del INE, MSPAS, sobre el departamento de Santa Rosa, la cual es información validada por ambos entes en población homologa al sujeto de estudio.

El analisis de la información encontrada en los objetivos anteriores permitio caracterizar al sujeto de estudio.

3.1.4 Cronograma de Actividades

Año 2017						
Descripción	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Elaboracion de protocolo de investigación						
Presentacion del protocolo de investigación						
Revision del protocolo de investigación						

Corrección del protocolo de investigación						
Autorización de Protocolo						
Revisión de Marco Teórico						
Recolección de Datos						
Análisis de Datos						
Entrega de proyecto de tesis						
Entrega de informe final de proyecto de tesis.						

3.1.5 Recursos

3.1.5.1 Recursos humanos

Investigadores: Dr. Nery López, Dr. Manuel Martínez.

Asesora: Mgt. Silvia Estrada.

3.1.5.2 Recursos materiales

Servicio de Internet

Computadora portátil

Impresiones

250 hojas de papel bond tamaño carta

10 folder tamaño carta

3.1.5.3 Recursos financieros

Descripción	Precio unitario	Cantidad	Total
Servicio de Internet por mes	Q316.00	6	Q1,896.00
Computadora portatil	Q0.00	1	Q0.00
Impresiones	Q0.50	250	Q125.00
250 hojas de papel bond tamaño carta	Q0.08	250	Q20.00
10 folder	Q1.5	10	Q15.00
Total			Q2,056.00

CAPITULO IV

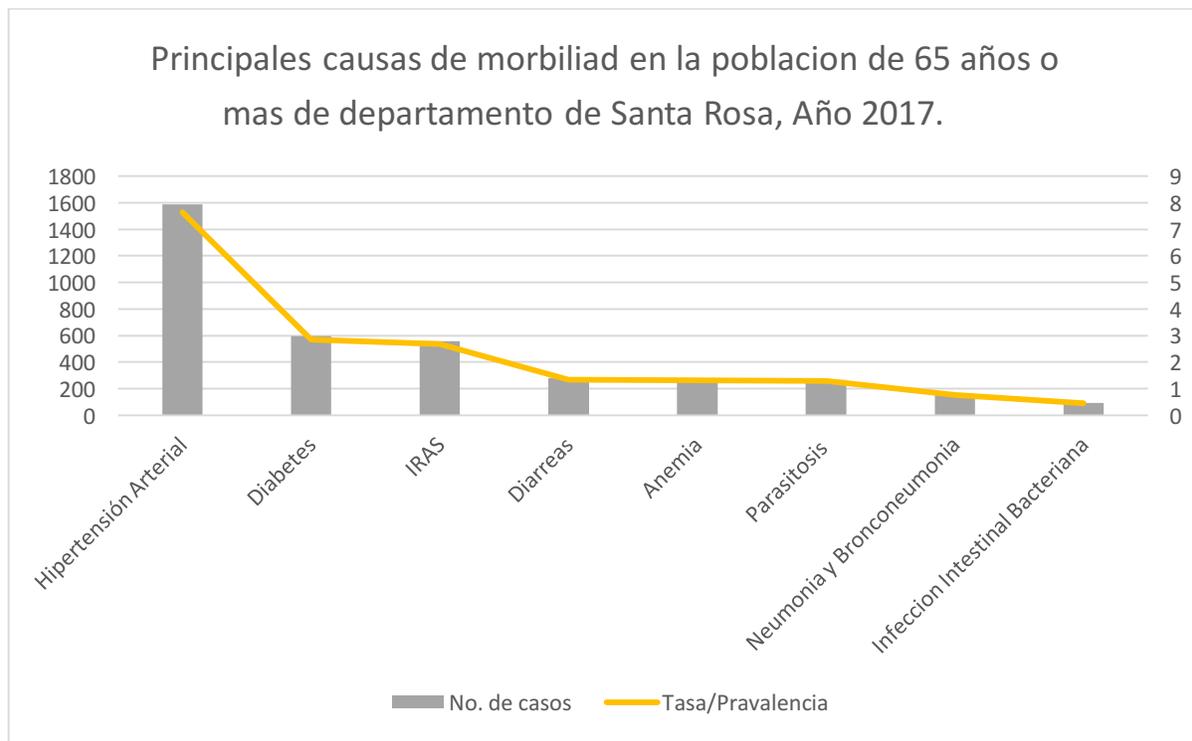
PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

Objetivo General

El perfil epidemiológico basado en la morbilidad, mortalidad y calidad de vida

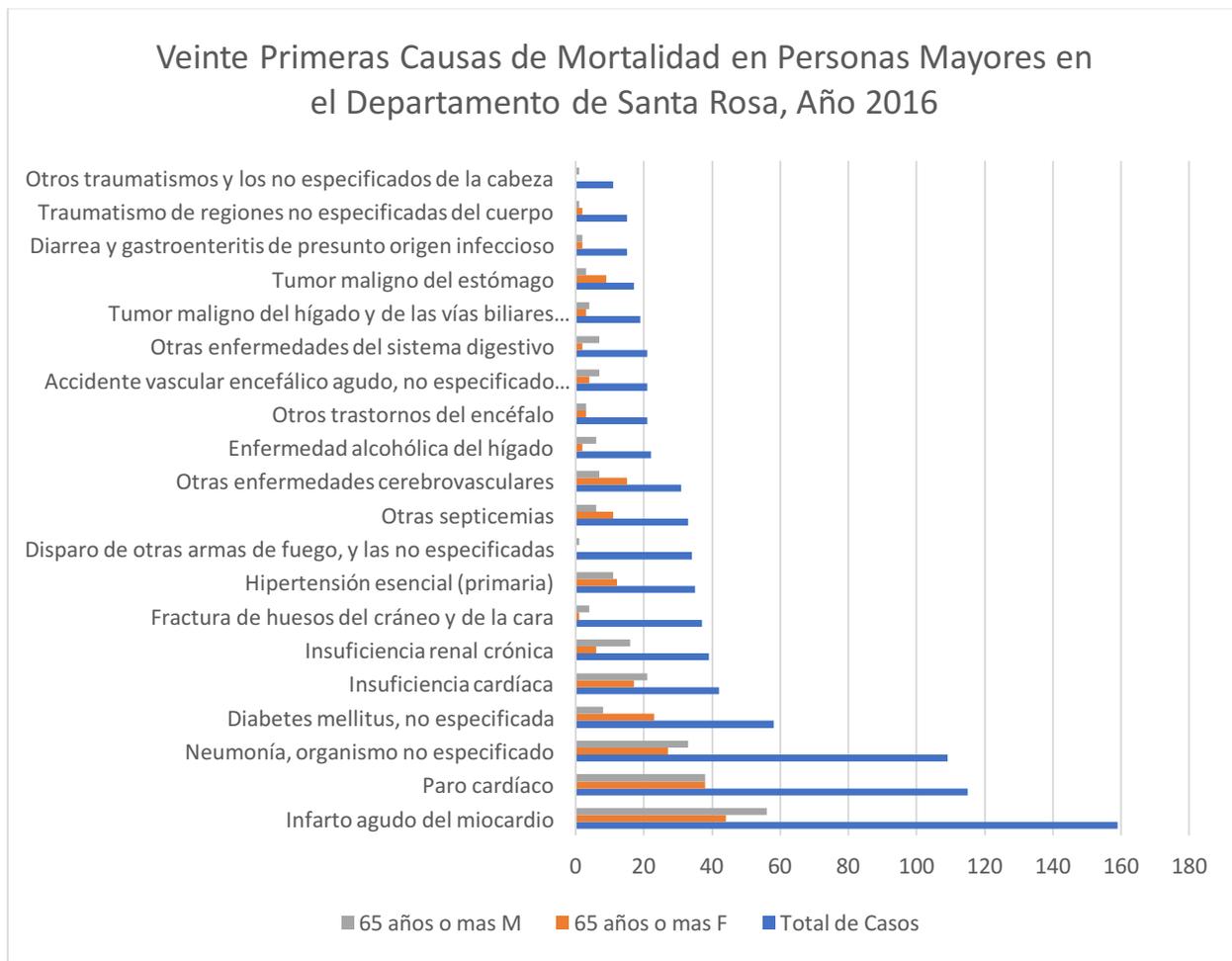
Gráfica No. 1



Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por (Jefatura de Area de Salud del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social del Departamento de Santa Rosa, 2017)

Interpretación: Esta grafica describe la distribución de casos de los principales problemas de morbilidad en la población adulta mayor del departamento de Santa Rosa en el año 2017, las causas crónicas como la Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus son las enfermedades con mayor numero de casos, seguido de las enfermedades infecciosas, entre otras.

Grafica No. 2



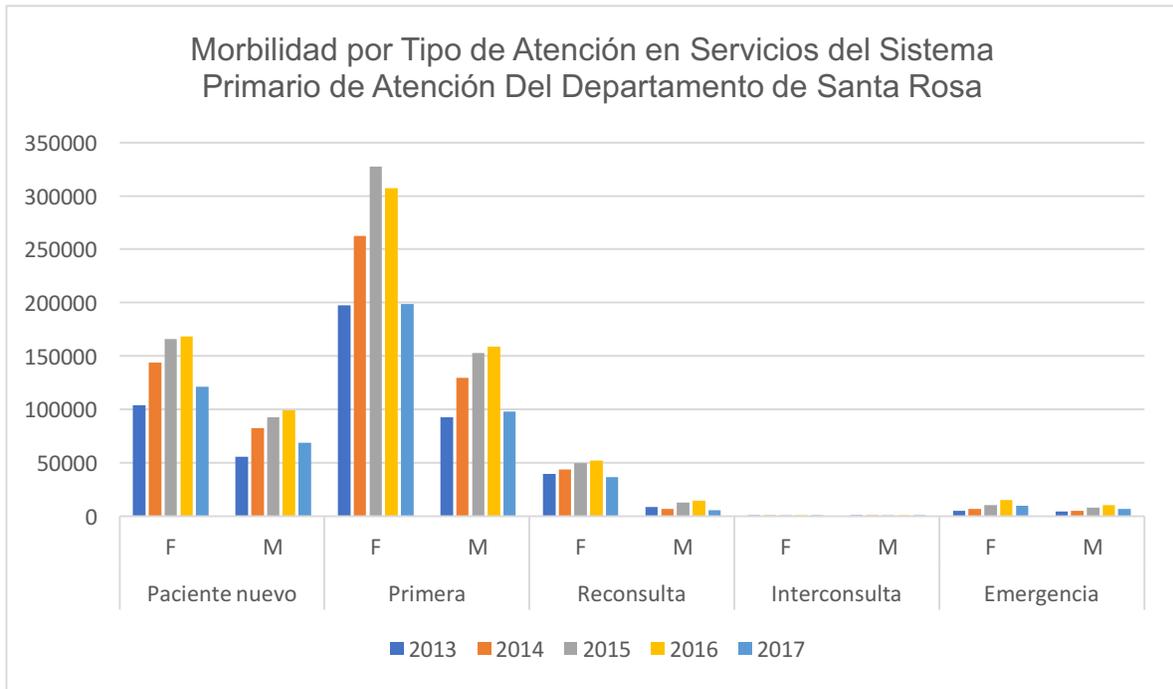
Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por (Jefatura de Area de Salud del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social del Departamento de Santa Rosa, 2017)

Interpretación: Esta gráfica describe la distribución de las veinte primeras causas de mortalidad en personas mayores comparado con el total de casos reportados en el departamento en el año 2016 que corresponde a los datos mas actuales en este rubro, cabe mencional que el mayor numero de muertes es causada por enfermedades crónicas o complicaciones de estas, seguida de enfermedades infecciosas como la neumonía y como tercer causa el cancer en el adulto mayor.

Objetivo No. 2

Morbilidad

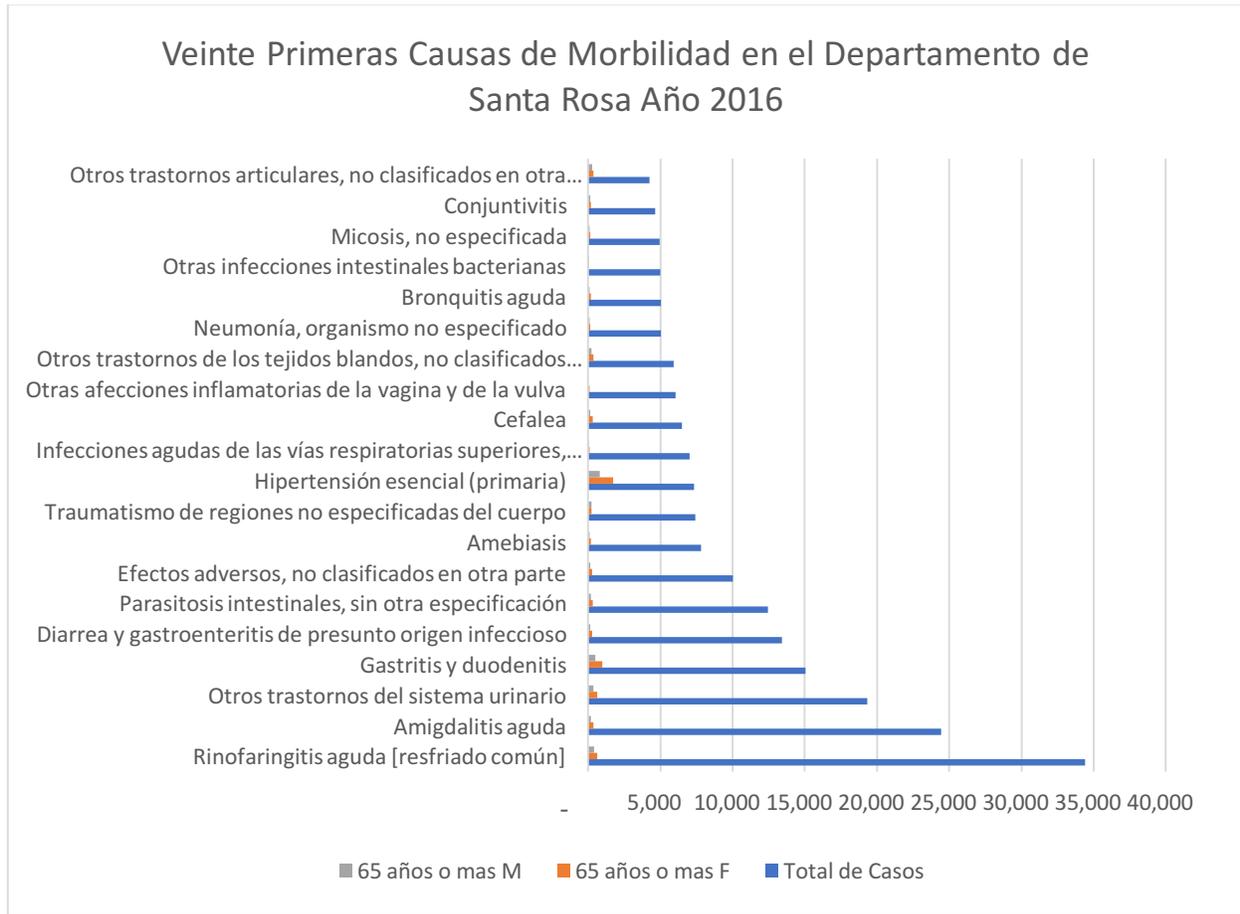
Gráfica No. 3



Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por (Jefatura de Area de Salud del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social del Departamento de Santa Rosa, 2017)

En esta gráfica se describen las producciones por tipo de atención brindada de todos los servicios de salud del primer nivel del año 2013 al 2017, cabe mencionar que la producción de los servicios esta en disminución anual que no concuerda con el crecimiento poblacional del departamento.

Grafica No. 4



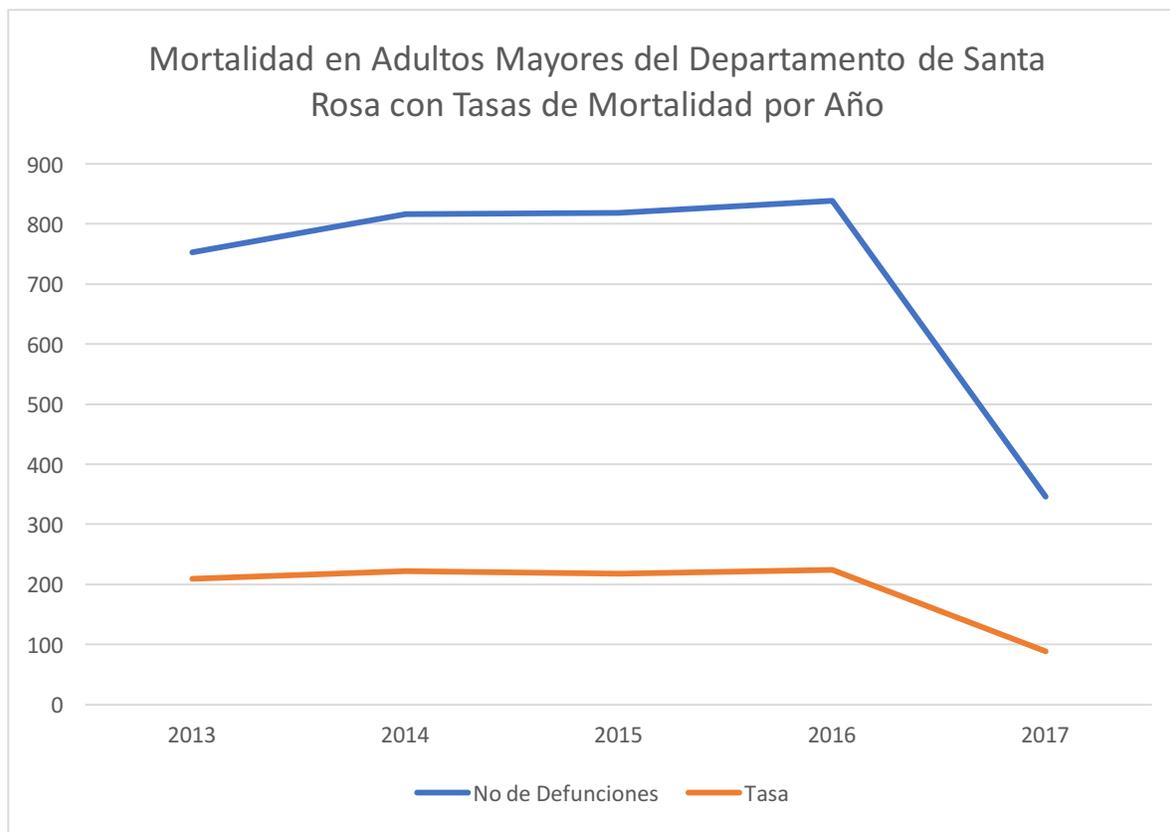
Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por (Jefatura de Area de Salud del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social del Departamento de Santa Rosa, 2017)

En esta gráfica describe las primeras veinte causas de morbilidad en el departamento de Santa Rosa, estos datos son los mas actuales y corresponden al año 2016, aunque cabe resaltar que dentro de estas no esta Diabetes Mellitus, podemos comparar la incidencia en la poblacion adulta mayor comparado el total de casos repostados en este período.

Objetivo No. 3

Mortalidad

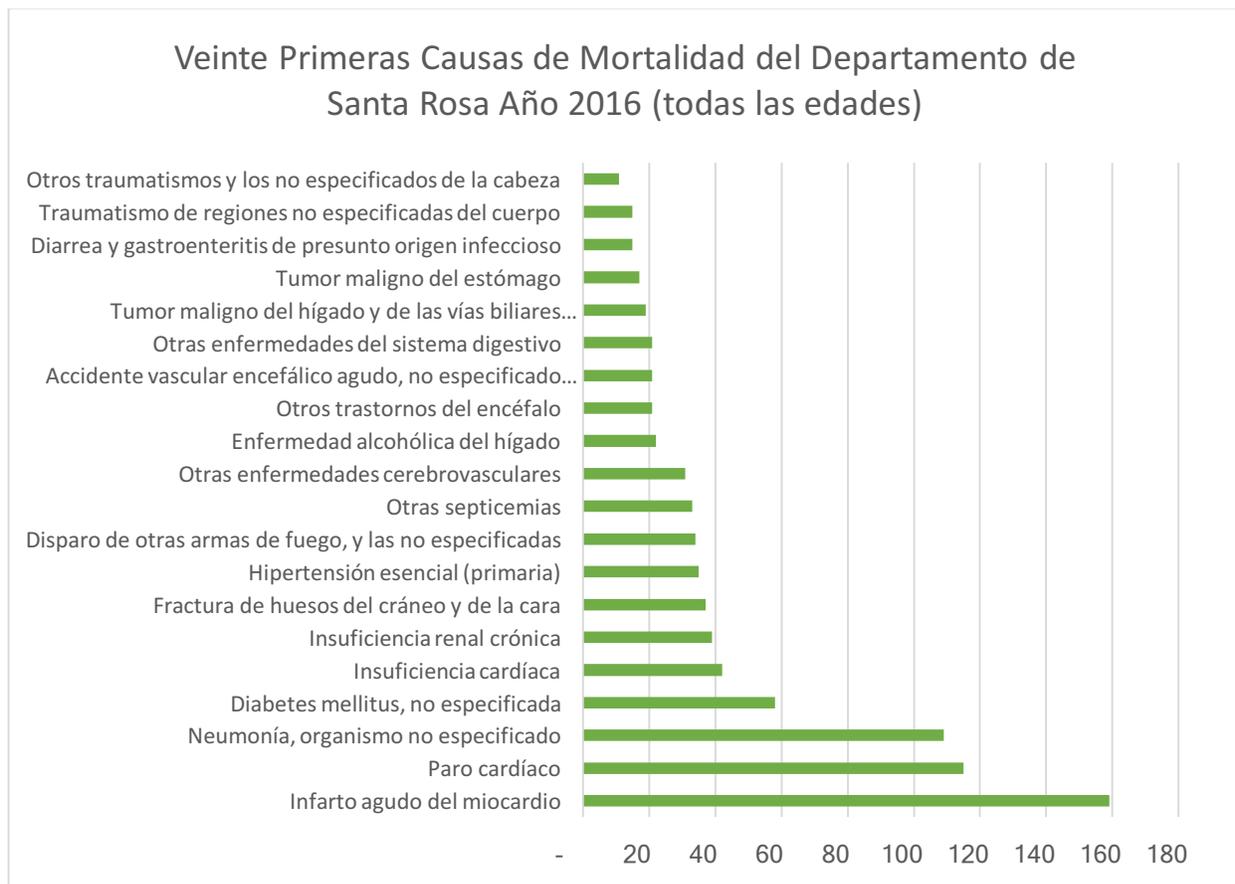
Gráfica No. 5



Fuente: Elaboració propia con datos proporcionados por (Jefatura de Area de Salud del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social del Departamento de Santa Rosa, 2017)

Esta gráfica describe en distribucion anual el numero de defunciones y la tasa de mortalidad que representa en el departamento de Santa Rosa en la población adulta mayor.

Gráfica No. 6



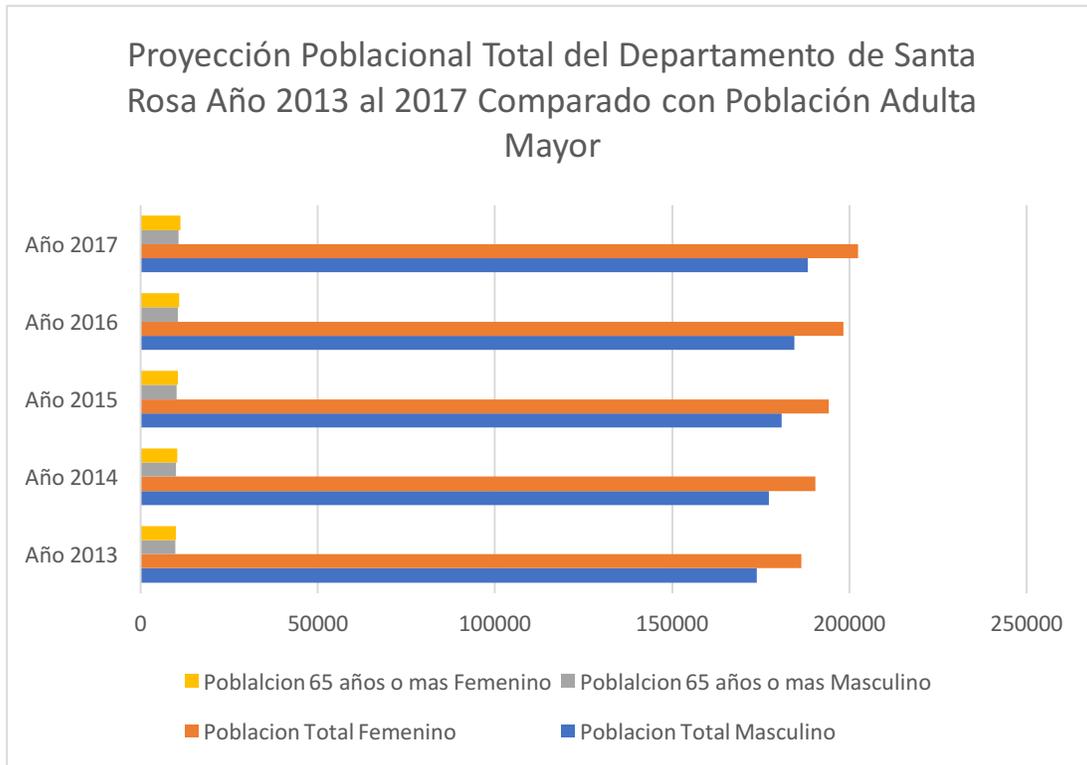
Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por (Jefatura de Area de Salud del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social del Departamento de Santa Rosa, 2017)

Esta gráfica describe la distribución de casos de las principales veinte causas de mortalidad en el departamento de Santa Rosa en el año 2016, tomando en cuenta todas las edades.

Objetivo No. 4 y 5

Situación demográfica

Gráfico No. 7



Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por (Jefatura de Área de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del Departamento de Santa Rosa, 2017)

Esta gráfica compara la cantidad de población adulta mayor del departamento de Santa Rosa en comparación con la cantidad de población total según las proyecciones oficiales del MSPAS, para el año 2017 la población adulta mayor representa el 5.59% de la población total del departamento, aunque el dato real poblacional no se puede determinar hasta que se realice un nuevo censo nacional.

4.2 DISCUSIÓN

Objetivo No.1 Perfil Epidemiológico

El Perfil Epidemiológico del adulto mayor de Santa Rosa requirió del análisis de los daños a la salud en este grupo poblacional en temas de morbilidad, mortalidad y calidad de vida, en lo que respecta a morbilidad encontramos que las primeras causas de enfermedad son por enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes mellitus, seguido por las enfermedades de causa infecciosa como las infecciones del tracto respiratorio y las gastroenteritis, sin tomar en cuenta morbilidad especial sobre grandes síndromes geriátricos, ya que no se cuentan con esos datos.

También pudimos evidenciar el nivel de atención del nivel primario de atención el cual en los últimos 5 años ha ido disminuyendo su producción lo cual no concuerda con las metas propuestas en base al crecimiento poblacional.

La mortalidad en personas mayores en el departamento de Santa Rosa concuerda con las principales causas de morbilidad en este grupo poblacional siendo las enfermedades crónicas de origen cardiovascular y metabólicas el mayor número de casos de muerte así como las complicaciones de estas como lo es el infarto agudo, el paro cardíaco, la insuficiencia cardíaca y la hipertensión, ECV, IRC, entre otras, seguido por las causas infecciosas respiratorias y el cáncer.

Objetivo No.2

La morbilidad en el departamento de Santa Rosa en la población en general repunta en las causas infecciosas respiratorias, urinarias y enfermedad gastrointestinal inflamatoria, e infecciosa como las diarreas y las parasitosis, dentro de las primeras veinte causas descritas la décima en incidencia general es la primera en la población adulta mayor con la hipertensión arterial, seguido por los trastornos gastrointestinales y por último las causas infecciosas, aunque no se presenta en esta incidencia las enfermedades metabólicas como la diabetes, el cual no está reportado en los datos más actuales del año 2016.

Objetivo No.3

La mortalidad en el departamento de Santa Rosa en la población adulta mayor a tenido un comportamiento en los últimos 5 años con leve incremento en el número de casos que cada año son aproximadamente 800 casos nuevos como dato transversal, las principales causas de muerte en todos los casos reportados en el departamento siguen la incidencia que se observa en la población adulta mayor con enfermedades crónicas o consecuencias de estas que causan muerte, seguido de las causas infecciosas, metabólicas, fracturas y cáncer como describimos anteriormente, con lo que podemos afirmar que la mortalidad es una condición de la edad y que en este departamento los grupos poblacionales más jóvenes por su condición de jóvenes poseen ese factor protector que se va perdiendo conforme llegan a edades mayores.

Objetivo No.4

La situación demográfica y socioeconómica de Santa Rosa describe entre otros hallazgos que a pesar del crecimiento poblacional los adultos mayores mantienen un 5.5% de proporción poblacional en el departamento de Santa Rosa, condición que esta sujeta a verificarse con censo real poblacional, ya que estos datos como se dijo con anterioridad son basados en proporciones poblacionales.

Objetivo No. 5

La caracterización del adulto mayor sin datos reales y actuales sobre la situación de este grupo vulnerable no es posible, podríamos escuetamente hablar de la situación general del adulto mayor en Guatemala pero igualmente no se podría fijar una postura real y que deje precedente de tal acción, existe el marco legal que respalda el debido seguimiento que toda dependencia del estado en materia de información e intervención, pero hoy por hoy no se cumple a cabalidad.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Objetivo No.1 Perfil Epidemiológico

El perfil epidemiológico del adulto mayor de Santa Rosa no se pudo determinar en su totalidad, el principal factor que no permitio conocer en detalle y a fondo todos los daños a la salud en esta población en estudio tiene que ver con la falta de información objetiva y clara disponible, ademas de tener en cuenta que los datos que se lograron recabar se comparan con proyecciones poblacionales y no con un censo real, lo cual eleva el sesgo en la concepción de datos vitales como tasas, incidencias y prevalencias de problemas de salud en los adultos mayores. Toda la información relacionada con la población adulta mayor es escueta o inexistente, aun los datos estimados en este grupo poblacional por parte del MSPAS, INE y otras entidades no es especifica por grupos de edad, ya que todo se engloba personas mayores de 65 años o mas.

Lo que se logro determinar es que prevalece el daño a la salud en la población adulta mayor con las enfermedades crónicas como la hipertension y la diabetes, las de causa infecciosa y el cancer aunque es dificil determinar la severidad con que esto afecta ya que no se cuenta con una determinación exacta de la población, y los datos que se manejan es en base a las producciones propias del MSPAS sin tomar en cuenta los casos manejados en el sector privado o los no tratados por ninguna entidad que brinde servicios de salud, tampoco se tomaron en cuenta las producciones de los demas niveles de atención por la premura del tiempo de la investigación y el retardo burocrático en la obtención de la información oficial para dichos rubros.

Objetivo No.2

El adulto mayor de Santa Rosa padece en la mayoría de los casos enfermedades crónicas, infecciosas respiratorias, metabólicas y cancer según la incidencia descrita, lo cual repercute en la calidad y expectativa de vida, como problemas prevalentes en esta población condicionan la muerte a expensas de complicaciones derivadas de estas.

Objetivo No.3

Las principales causas de muerte en todos los casos reportados en el departamento siguen la incidencia que se observa en la población adulta mayor con enfermedades crónicas o consecuencias de estas que causan muerte, seguido de las causas infecciosas, metabólicas, fracturas y cancer como describimos anteriormente, con lo que podemos afirmar que la mortalidad es una condición de la edad y que en este departamento los grupos poblacionales mas jovenes por su condicion de jovenes poseen ese factor protector que se va perdiendo conforme llegan a edades mayores.

Objetivo No. 4

Los datos demograficos y socioeconómicos de la población adulta mayor de Santa Rosa no son actuales y la percepcion actual solo puede estimarse en base a esta información, en un grupo vulnerable a la enfermedad y afectado por las condiciones socioeconomicas y en constante crecimiento es vital la constante revisión e intervención para obtener información por parte de las entidades estatales y no estatales que manejan información vital.

Objetivo No. 5

La caracterización del adulto mayor no fue posible por falta de datos en este grupo poblacional, las entidades a cargo de manejar la informacion vital sobre no posee actualmente una base de datos dedicada al adulto mayor lo que dificulta determinar el tema a fondo sin caer en el sesgo de información.

5.3 RECOMENDACIONES

Objetivo No.1 Perfil Epidemiológico

Es de vital importancia la disposicion de información real y actual sobre los indicadores basicos y daños a la salud en la población adulta mayor del departamento de Santa Rosa y a nivel nacional, para conocer la situación real de salud y poder realizar intervenciones de campo y cambios politicos adecuados que permitan mejorar la calidad y expectativa de vida en este grupo poblacional.

Objetivo No.2

La morbilidad elevada en enfermedades crónicas en la población adulta mayor de Santa Rosa denota la necesidad de intervención temprana en este grupo poblacional para evitar complicaciones, mediante la elevación de la eficiencia de los servicios de salud y garantía del derecho a la salud, a los servicios de salud y a medicamentos, lo cual modificara el curso prevalente de complicaciones y muerte.

Objetivo No.3

El aumento de muertes por complicaciones cardiovasculares como primeras causas de muerte denota la importancia en la prevención, en todos sus niveles para disminuir la muerte por complicaciones de enfermedades crónicas controlables, así como la educación en salud de las familias para cambiar el curso de las enfermedades que causan muerte.

Objetivo No.4

Actualizar la información sobre aspectos demográficos y socioeconómicos para permitir que investigaciones en el campo de la salud pública tomen auge y sienten un precedente importante para toma de decisiones basada en datos reales y actuales.

Objetivo No.5

Para caracterizar al adulto mayor se debe poner en práctica lo antes posible el marco legal del adulto mayor a nivel nacional y las unidades de atención geriátrica a nivel departamental, para conocer y tratar la problemática de este grupo poblacional.

CAPITULO VI

Bibliografía

- Mayores, C. d. (2004). *Bibliotecas UDLAP*. Obtenido de Colección de Tesis Digitales: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf
- Instituto Nacional de Estadística de Guatemala. (2017). *Estadísticas*. Obtenido de Temas/Indicadores: <https://www.ine.gob.gt/index.php/estadisticas/tema-indicadores>
- Jefatura de Area de Salud del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social del Departamento de Santa Rosa. (2017). *Información Pública*. Guatemala: MSPAS.
- Organización Mundial de la Salud. (Mayo de 2017). *OMS*. Obtenido de 10 datos sobre el envejecimiento y la salud: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
- Instituto de Salud Incluyente. (2011). *Salud Integral Incluyente*. Obtenido de ISIS: <http://www.saludintegralincluyente.com/ftp/saludintegralincluyente/DOCUMENTOS/PDF/analisis%20epidemiologicos/An%C3%A1lisis%20epidemiol%C3%B3gico%20Guatemala.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística. (Diciembre de 2015). *Estadísticas Demográficas y Vitales 2014*. Recuperado el 2017, de INE: <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2016/01/13/FijigScCmvJuAdaPlozybqKmr01Xtkjy.pdf>
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. (Septiembre de 2015). *Análisis de la Situación Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles Guatemala 2015*. Obtenido de Centro Nacional de Epidemiología: <http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/Publicaciones/Semanas%20Situacional/analisis%20ent%202015.pdf>
- Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. (Agosto de 2015). *USAID*. Recuperado el Octubre de 2017, de Guatemala Analisis del Sistema de Salud 2015: <https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1862/Guatemala-Analisis-del-Sector-Publico-Salud-Esp-INFORME-COMPLETO-FINAL-Abr2016.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Librería en Línea OPS*. Obtenido de La Tercera Edad: de los 65 a los 100 años: http://publications.paho.org/spanish/PC_590_Tercera_edad.pdf
- Facultad de Ciencias Médicas USAC. (2016). *Perfil Epidemiológico de Guatemala*. Obtenido de SaludPublica1:

<https://saludpublica1.files.wordpress.com/2015/01/perfil-epidemiologico-de-guatemala.pdf>

Estudio Económico de América Latina y El Caribe 2015. (2015). *Comisión Económica para América Latina y El Caribe*. Obtenido de CEPAL:
http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38713/106/S1500733_es.pdf

Encuesta Nacional de Condiciones de Vida ENCOVI. (2014). *Caracterización del Departamento de Santa Rosa 2013*. Recuperado el 2017, de INE:
<https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2015/07/20/7Q6Z9RLckZ24uFJNlmeGeFYwzxRLwwWk.pdf>

ANEXOS

Datos del Sistema de Información Gerencial en Salud



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Sistema de Información Gerencial en Salud -SIGSA-
Datos Correspondientes Del 1/1/2014 Al 31/12/2014
Total de Consultas por Tipo SIGSA3



Datos sujetos a cambios según confirmación de unidades notificadoras

Fecha: 17/noviembre/2017

No.	Servicio de Salud	Paciente Nuevo		Primera		Reconsulta		InterConsulta		Emergencia	
		F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Area SANTA ROSA											
Distrito PUEBLO NUEVO VIÑAS											
1	(C/S) PUEBLO NUEVO VIÑAS	5,119	2,979	11,563	5,220	1,283	182			73	83
2	(P/S) LAS JOYAS	893	424	1,738	704	2					
3	(P/S) LA GAVIA	754	426	1,515	727	11					
4	(P/S) IXPACO	364	218	519	328	1					1
5	(P/S) PESCADOR	594	324	1,559	775						
6	(0808) PUEBLO NUEVO VIÑAS I	3	1	3	1						
Total del Distrito de Salud/Municipio PUEBLO NUEVO VIÑAS		7,727	4,372	16,897	7,753	1,277	182			73	84
Distrito SANTA ROSA DE LIMA											
7	(C/S) SANTA ROSA DE LIMA	2,711	1,455	4,937	2,516	1,895	366	4		18	11
8	(P/S) SALITRE	548	297	983	485	259	47				
9	(P/S) LA CASITA	260	138	561	220	103					
10	(P/S) CERRO GORDO	422	256	723	392	108	27				
11	(P/S) AMBERES	1,507	920	2,598	1,357	632	80			7	8
12	(P/S) RINCONCITO	548	323	1,085	515	284	73				
13	(P/S) PARRAS	197	125	449	250	70	20				
Total del Distrito de Salud/Municipio SANTA ROSA DE LIMA		6,193	3,514	11,336	5,735	3,351	613	4		25	19
Distrito CHIQUIMULILLA											
14	(P/S) SAN RAFAEL LAS FLORES	555	378	953	550	285	50	1		12	34
15	(P/S) NANCINTA	1,580	895	3,059	1,612	422	63			5	10
16	(P/S) LA BOMBA	800	530	1,437	795	117	5				
17	(P/S) SAN MIGUEL AROCHE	895	464	1,282	636	136	3			1	
18	(C/S) CHIQUIMULILLA	12,110	5,865	13,587	5,891	3,208	511	4	2	2,813	1,712
19	(P/S) LOS CERRITOS	1,173	677	2,008	1,074	184	33			1	2
20	(P/S) CASAS VIEJAS	1,021	584	1,890	887	120	7				
21	(P/S) LAS LISAS	1,005	597	1,410	860	365	105			1	1
22	(P/S) EL HAWAI	844	546	1,178	729	127	12			1	2
23	(P/S) EL AHUMADO	1,736	978	3,307	1,609	542	19				8
Total del Distrito de Salud/Municipio CHIQUIMULILLA		21,719	11,514	29,909	14,443	5,504	808	5	2	2,834	1,769
Distrito BARBERENA											
24	(C/S) BARBERENA	14,862	7,890	28,420	13,974	5,172	471			2	2
25	(P/S) CERINAL	10,060	6,227	16,740	9,408	4,391	798	1		965	701

FUENTE: Sigsa 3

Página 1 de 3

No.	Servicio de Salud	Paciente Nuevo		Primera		Reconsulta		InterConsulta		Emergencia	
		F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Total del Distrito de Salud/Municipio BARBERENA		24,722	14,117	46,160	23,382	9,563	1,269	1		967	703
Distrito SANTA MARIA IXHUATÁN											
26	(C/S) SANTA MARIA IXTAHUATÁN	6,187	3,785	9,610	5,294	1,465	201	1	1	561	475
27	(P/S) LLANO GRANDE	459	293	908	507	168	2				1
28	(P/S) SAN JOSE PINEDA	631	425	1,199	666	227	11				1
29	(P/S) ESTANZUELAS	983	574	1,522	856	523	10			7	3
30	(P/S) EL COROZAL	391	257	581	363	167	6			5	10
31	(P/S) EL PITAL	442	287	779	441	141	1				1
32	(P/S) CHUCHUAPA	651	404	1,407	713	234	6			6	10
Total del Distrito de Salud/Municipio SANTA MARIA IXHUATÁN		9,744	6,005	16,006	8,840	2,925	237	1	1	579	501
Distrito SAN RAFAEL LAS FLORES											
33	(C/S) SAN RAFAEL LAS FLORES	4,066	2,439	7,215	3,854	2,320	486	1		371	229
34	(P/S) MEDIA CUESTA	751	424	2,429	922	386	22			3	4
35	(0809A) SAN R LAS F y STAR DE LANEXO 2	61	49	57	43	34	32				
Total del Distrito de Salud/Municipio SAN RAFAEL LAS FLORES		4,878	2,912	9,701	4,819	2,740	540	1		374	233
Distrito TAXISCO											
36	(C/S) TAXISCO	7,049	5,655	12,622	7,782	3,132	473			866	1,027
37	(P/S) CACAHIUTO	844	526	1,770	1,116	418	46			23	38
38	(P/S) MONTEERRICO	1,712	1,045	3,278	1,643	409	67			30	42
39	(P/S) CANDELARIA	767	465	1,501	848	352	65			18	37
40	(P/S) EL PANAL	422	330	1,334	808	228	10			3	16
Total del Distrito de Salud/Municipio TAXISCO		10,794	8,021	20,505	12,197	4,539	661			933	1,160
Distrito SANTA CRUZ NARANJO											
41	(P/S) EL CARMEN	446	247	1,405	532	137	14			3	4
42	(P/S) EL NARANJO	683	410	2,133	770	376	45			9	9
43	(P/S) EL TEOCINTE	723	418	1,640	695	223	10			1	7
44	(C/S) SANTA CRUZ NARANJO	2,467	1,503	6,228	2,486	1,129	162			53	69
Total del Distrito de Salud/Municipio SANTA CRUZ NARANJO		4,319	2,578	11,406	4,483	1,865	231			66	89
Distrito SAN JUAN TECUACO											
45	(C/S) SAN JUAN TECUACO	3,091	1,993	6,177	3,254	1,135	315			336	337
46	(P/S) SAN LUIS TECUACO	1,043	702	1,786	1,104	728	344			37	51
Total del Distrito de Salud/Municipio SAN JUAN TECUACO		4,134	2,695	7,963	4,358	1,863	659			373	388
Distrito NUEVA SANTA ROSA											
47	(P/S) JUMAYTEPEQUE	3,256	1,651	7,691	3,354	865	217			8	3
48	(P/S) CHAPAS	1,699	892	3,034	1,475	160	30			2	
49	(P/S) ESTANZUELAS	917	659	1,482	923	172	11				1
50	(P/S) OJO DE AGUA	952	524	1,802	895	34	1				
51	(P/S) CACALOTEPEQUE	212	87	275	100	7					
52	(C/S) NUEVA SANTA ROSA	9,249	4,753	14,830	6,846	1,985	194			141	67
53	(P/S) LAS LOMAS CC	455	251	912	399	220	81			1	
54	(C/M) NUEVA SANTA ROSA	858	610	892	618	4				55	37

No.	Servicio de Salud	Paciente Nuevo		Primera		Reconsulta		InterConsulta		Emergencia	
		F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Total del Distrito de Salud/Municipio		17,598	9,427	30,918	14,610	3,447	534			207	108
Distrito		GUAZACAPAN									
55	(C/S) GUAZACAPAN	3,038	2,015	6,931	3,945	1,215	18			15	24
56	(P/S) ASTILLERO	702	430	2,035	919	165	24				
57	(P/S) PLATANARES	521	275	1,883	753	97	11			2	
Total del Distrito de Salud/Municipio		4,261	2,720	10,649	5,617	1,477	53			17	24
Distrito		CUILAPA									
58	(C/S) CUILAPA	6,820	3,136	8,847	3,977	1,543	140	2		11	8
59	(P/S) LOS ESCLAVOS	1,076	432	1,869	633	125	3				2
60	(P/S) LOS MATOCHOS	322	151	480	207	42					
61	(P/S) SAN JUAN DE ARANA	847	355	1,375	537	143	6			1	
Total del Distrito de Salud/Municipio		9,065	4,074	12,371	5,354	1,853	149	2		12	10
Distrito		CASILLAS									
62	(C/S) CASILLAS	2,137	1,097	3,723	1,565	659	188				1
63	(P/S) AYARZA	2,838	1,651	4,855	2,402	951	145			1	3
64	(P/S) EL JUTE	856	455	2,269	1,059	94	22				
65	(P/S) GUACAMAYAS	332	170	681	354	34	9				
66	(P/S) SAN JUAN TAPALAPA	1,946	1,037	5,022	2,338	115	14				
67	(P/S) LA ESPERANZA	1,347	751	2,711	1,359	592	127				
68	(CRN Público) CASILLAS	7	12		4	61	134				
Total del Distrito de Salud/Municipio		9,463	5,073	19,261	9,081	2,506	649			1	4
Distrito		ORATORIO									
69	(C/S) ORATORIO	3,824	2,130	8,210	3,747	635	48			14	10
70	(P/S) LAS CABEZAS	2,259	1,349	3,554	1,821	155					1
71	(P/S) COATEPEQUE CC	1,245	651	3,078	1,253	111	3				
72	(P/S) CEIBILLA	343	174	520	236	17					
73	(P/S) EL CACAO CC	118	124	135	158						
74	(P/S) LA PROVIDENCIA CC	817	485	1,453	699	44	3				
75	(P/S) CEIBA GACHA CC	60	34	77	50						
76	(P/S) EL SITIO CC	178	97	250	126	1					
77	(P/S) EL GUAYABO CC	594	352	1,008	467	21					
78	(P/S) LA VIRGEN CC	60	69	73	84						
Total del Distrito de Salud/Municipio		9,496	5,465	18,358	8,741	984	54			14	11
Total del Area de Salud/Departamento		144,113	82,487	261,440	129,413	43,894	6,639	14	3	6,475	5,103