NACIONES UNIDAS

CONSEJO
ECONOMICO
Y SOCIAL

LIMITADO

ST/ECLA/CONF.19/L.18
16 de noviembre de 1964

ORIGINAL: ESPAÑOL

SEGUNDO SEMINARIO INTERAMERICANO DE REGISTRO CIVIL

Organizado por las Naciones Unidas, a través de la Oficina de Estadística, la Dirección de Operaciones de Asistencia Técnica, la Comisión Económica para América Latina y el Centro Latinoamericano de Demografía, en colaboración con el Gobierno del Perú, el Instituto Interamericano de Estadística, el Instituto Interamericano del Niño, la Organización Panamericana de la Salud y la Asociación Interamericana de Registro Civil.

Lima, Perú, 30 de noviembre a 11 de diciembre de 1964

DESCRIPCION DEL FUNCIONAMIENTO DE LA ZONA DE MEJORAMIENTO DE REGISTRO EN VENEZUELA

Presentado por

Elena de Ochoa
Técnico Jefe de la División de Estadística
Vital del Ministerio de Sanidad y
Asistencia Social, Venezuela

DESCRIPCION DEL FUNCIONAMIENTO DE LA ZONA
DE MEJORAMIENTO DE REGISTRO EN VENEZUELA

Antes de comenzar la descripción del proyecto del trabajo experimental llevado a cabo en Venezuela para mejorar las Estadísticas Vitales y el Registro Civil, es preciso describir algunas características del país, particularmente referentes a su Divisón Político-Territorial.

Venezuela con su población de 8 335 915 habitantes estimada al 1/7/64, ocupa una extensión territorial de 912 050 km2, tiene una densidad de población de 9 habitantes por km2. Como existe concentración en los centros urbanos esta densidad disminuye enormemente en las extensas zonas rurales, observándose a veces la mínima de 7 habitantes por 100 km2 en el Territorio Amazonas. En algunos municipios su accidentada geografía, escasos sistemas de vialidad hacen impenetrables muchas zonas rurales, estos factores dan por resultado la población diseminada en vastas extensiones territoriales, con escasas y difíciles vías de comunicación, alejadas de los Centros de Registro Civil y de los cementerios y como consecuencia directa el subregistro de los actos civiles.

Venezuela está dividida en 23 grandes Entidades Federales (Distrito Federal, 20 Estados y 2 Territorios) que se subdividen en 65 Distritos, al tratarse del Distrito Federal o de los Territorios Federales se denominan "Departamentos", no participan éstos de las mismas características de los Distritos de los Estados en lo que concierne a su régimen fiscal, económico y administrativo, pero para los fines del estudio que nos proponemos son similares.

Estos Distritos o Departamentos en el Distrito Federal y los 20 Estados se dividen a la vez en municipios, los que en el Distrito Federal se denominan parroquias y presentan analogías de organización civil y política con los municipios en los Distritos de los Estados.

Estos municipios o parroquias, en una cantidad que pasa de los 630, constituyen la División Político-Territorial menor del país.

Es al nivel municipal que se efectúan las inscripciones del Registro Civil en Venezuela, estando encargada de ellas las Jefaturas Civiles que funcionan en las cabeceras de municipio. Debido a deficiencias en el Registro Civil tanto en la calidad como en la cantidad de datos, que invalidaban estas inscripciones como base para estadísticas vitales y sanitarias, el Ministerio de Sanidad dispuso otra inscripción independiente del Registro Civil, pero efectuada paralelamente a ésta, en cuanto a mortalidad se refiere, siendo responsables de ella también las mismas Autoridades Civiles encargadas del Registro Civil.

La preocupación de Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en la deficiencia cualitativa y cuantitativa del Registro Civil creó este nuevo sistema de inscripciones. No obstante, conscientes de no poderle atribuir tampoco entera confianza, la sospecha de las deficiencias que seguían

/afectando esta

afectando esta nueva inscripción continuaban siendo motivo de gran preocupación para la División de Epidemiología y Estadística Vital, por lo que en noviembre de 1953 se comenzó a desarrollar un proyecto que tenía por finalidad el mejoramiento de la calidad y cantidad de las inscripciones de hechos vitales en Venezuela para luego, basándose en el mejoramiento cuantitativo,poder efectuar estudios que permitieran deducir el subregistro que había venido afectando al país, y medir los resultados logrados con el plan experimental.

Con gastos sufragados por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela, se llevó a cabo este proyecto, en conjunto de dicho Ministerio y la "United States Operation Mission" por órgano de la OCISP (Oficina Cooperativa Interamericana de Salud Pública) en Venezuela. El estudio, preparación y aplicación del proyecto en cuestión, estuvieron a cargo de un Asesor Técnico cuyos servicios fueron aportados por el Instituto de Asuntos Interamericanos de Operaciones en el Exterior, de los Estados Unidos, en colaboración con la Oficina Nacional de Estadística Vital del Servicio de Salud Pública de aquel país.

Los primeros 14 meses los invirtió el mencionado técnico en el estudio y preparación del citado proyecto, dedicándose primeramente a mejorar la calidad del certificado de defunción, la natalidad fue diferida para más tarde. Este certificado de defunción, siguiendo el mismo diseño del que teníamos en vigencia en aquella época, conservó su estructura, que consistía en la separación de la certificación civil de la médica, fueron ampliadas algunas secciones cuyo espacio limitado suministraba una información muy restringida. El renglón relativo a Profesión, que escuetamente en una línea pedía esta información, fue ampliado introduciendo a este respecto las recomendaciones de COTA.

Otras modificaciones importantes sufridas por el certificado de defunción fueron: la asignación de una amplia sección a las muertes accidentales, que permitiera la exposición detallada de las circunstancias que rodeaban estas muertes y consecuentemente una correcta clasificación de ellas, y la inclusión de una sección para la información detallada acerca de las posibles causas de muertes sin asistencia médica (causas desconocidas), a las cuales en el anterior certificado se le había destinado muy poco espacio.

Como las nuevas ampliaciones aumentaban considerablemente la dimensión del certificado de defunción, se decidió utilizar ambas caras, destinando una a la certificación civil y la otra a la médica, lo que en la práctica dificultó los trabajos de codificación, perforación y archivo, por lo que fue necesario posteriormente volver al sistema antiguo, figurando ambas certificaciones en un solo lado del certificado actual, aumentando considerablemente su dimensión.

Para garantizar la utilización correcta de este documento se proyectaron instrucciones adecuadas para los funcionarios que debían intervenir en estas inscripciones, o sea el Cuerpo Médico y las Autoridades Civiles.

/Desde el

Desde el año 1950 en que se había adoptado la Certificación Internacional de la causa de muerte encabezando la certificación médica, la División de Estadística Vital había seguido una política de entrenamiento a los médicos, mediante folletos instructivos y de averiguaciones escritas o telefónicas, en todos los casos en que no siguiendo las instrucciones impartidas, los diagnósticos fueran obscuros o incompletos, se continuó con esta política, elaborando nuevos folletos y estableciendo contacto personal con los médicos que incurrían en suministrar diagnósticos deficientes.

El plan de entrenamiento para los médicos en el proyecto que se desarrollaba consistió además en charlas con ilustraciones, mediante cuadros numerados, de 1 metro de longitud por 60 centímetros de altura, que se pasaban al público, el expositor disponía de un folleto cuyas páginas llevaban la numeración de los cuadros los cuales describía, así podía leer y explicar adicionalmente el texto correspondiente a los gráficos en forma de conversación, pudiendo el público asistente interrumpir haciendo preguntas cuando deseara cualquier aclaratoria.

Esta Guía explicaba las razones de la ejecución del proyecto y su importancia en favor de la salud pública, se exponía la descripción del certificado de defunción y el método correcto de llenarlo, suministrando interesantes ejemplos de causas de muerte. La guía médica constaba aproximadamente de 50 páginas y se requería una inversión de más o menos 45 minutos para su exposición, prolongándose estas sesiones de acuerdo con el interés que demostrara el auditorio en las preguntas que formulara.

En forma similar se proyectó una guía para las Autoridades Civiles, acompañada de un texto explicativo para ser también comentado por el conferenciante, pudiendo los oyentes hacer preguntas durante o después de la conferencia.

Esta charla, requería más tiempo que la de los médicos, debido a la mayor cantidad de datos que las Autoridades Civiles deberían anotar en el acto de inscripción de una defunción, y también porque tratándose de individuos de un nivel educacional bajo era preciso hacerles detalladas explicaciones cada vez que hacían una pregunta. Por resultar muy larga esta exposición y por consiguiente muy cansada, posteriormente se suprimió la lectura del texto, y al mostrarles los cuadros se les hacía una clara y concisa exposición de lo que debían contestar en cada sección del certificado de defunción.

Ambas instrucciones para Médicos y Autoridades Civiles probaron ser más efectivas cuando se presentaban a pequeños grupos, con tiempo suficiente para la discusión, por lo que aconsejamos en el caso de la introducción de un programa similar que estas reuniones se hagan a grupos limitados y con la mayor frecuencia posible.

/Para experimentar

Para experimentar este proyecto se seleccionó un área del Estado Lara por estar cercana a Caracas, (6 horas por una buena carretera y servicio aéreo frecuente), además por poseer características urbanas y rurales y zonas montañosas que se consideraban necesarias para llevar a cabo dicho plan. Además de reunir las características necesarias fue seleccionado el Estado Lara porque en su capital, Barquisimeto, venía ya funcionando una Zona experimental de Epidemiología dirigida por un competente Médico Epidemiólogo adscrito a la División de Epidemiología, que podría prestar gran colaboración al respecto, como efectivamente lo hizo. Esta Area Experimental estuvo en su principio integrada por dos Distritos, Iribarren y Palavecino que comprendían a la vez 9 municipios.

En resumen, dicha área experimental se consideró especialmente adecuada para ensayar este proyecto, por contener la representación de elementos urbanos y rurales con sus características inherentes.

En dos municipios,Catedral y Concepción, está situada la capital del Estado siendo éstos casi totalmente urbanos. Los otros siete municipios son de carácter rural y están constituidos por una pequeña capital y un número de caseríos enteramente rurales.

Con la colaboración del Gobierno del Estado se efectuaron una serie de reuniones en la forma ya descrita, con los diferentes Jefes Civiles, Secretarios y Comisarios de los 9 municipios que integraron el Area Experimental, a fin de hacerles conocer la revisión sufrida por el certificado de defunción y explicarles la responsabilidad que les incumbía en la expedición del certificado de defunción,al dar una información cierta y completa de todas las muertes que ocurrieran en sus respectivas jurisdicciones, capacitándolos así para suministrar dicha información.

Al mismo tiempo se llevaron a cabo reuniones con los médicos en la Unidad Sanitaria, Seguro Social y Hospital Central de Barquisimeto, participando en estas charlas alrededor del 80 por ciento de los médicos que ejercían en esa ciudad.

El Médico Jefe de la División de Epidemiología y Estadística Vital, el Médico adjunto de dicha División, el Técnico Jefe de la Sección de Estadística Vital, el Técnico Asesor de la Oficina Cooperativa Interamericana de Salud Pública y el Adjunto a éste dirigieron ambas charlas.

Los nuevos certificados fueron distribuidos y se pusieron en uso de inmediato, recogiéndose los modelos anteriores en existencia en las Jefaturas Civiles de estos dos Distritos. En el resto de los otros Distritos del Estado Lara, que no entraban en el Area Experimental, continuó en vigencia el anterior certificado.

Al comienzo del experimento el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social adscribió sólo un empleado, en calidad de Adjunto, al Asesor Técnico de la Oficina Cooperativa de Salud Pública. Las charlas se llevaron a cabo en Barquisimeto pues esta ciudad, además de ser la capital del Estado, está

/formada por

formada por las partes urbanas de las capitales de los municipios Catedral y Concepción del Distrito Iribarren incluído en el experimento; los Jefes Civiles, Secretarios de Jefaturas y Comisarios (quienes son las Autoridades Civiles en los caseríos) afluyeron a la ciudad de Barquisimeto procedentes de los 9 municipios comprendidos en los Distritos Iribarren y Palavecino; los gastos de viaje y permanencia en Barquisimeto (1 día) fueron sufragados del presupuesto asignado al Proyecto. Mediante la charla preparada y explicaciones adicionales se efectuó así el primer paso de entrenamiento de este personal, lo que posteriormente fue complementado con visitas de inspección a algunas cabeceras de municipio, efectuadas por el personal directivo de la División de Epidemiología y Estadística Vital, Médico Jefe de la Zona Epidemiológica de Lara, el Asesor Técnico de la Oficina Cooperativa Interamericana de Salud Pública y el Adjunto a éste.

Las instrucciones a los médicos fueron reforzadas por las averiguaciones y literatura que continuó efectuando y repartiendo la División de Estadística Vital a través de la Unidad Sanitaria.

Así continuó trabajando este experimento durante un año, al cabo del cual no se consideró suficiente la reunión de Autoridades Civiles sólo al nivel de la capital de Estado y se creyó la conveniencia de la penetración del medio rural, aumentando el número de empleados en calidad de inspectores, lo que vino a sacar a luz lo que habíamos temido, el subregistro de las zonas rurales, al descubrir cementerios clandestinos; a este respecto se hicieron diligencias para la obtención de terrenos y la creación de cementerios que facilitaran las inhumaciones y las inscripciones en épocas de lluvias, y se efectuó el entrenamiento de Comisarios y comadronas, ya individualmente o en pequeños grupos en las Cabeceras de los Municipios.

Se creyó conveniente experimentar con la inscripción de la natalidad en el Area en referencia, en forma similar a la que venía efectuándose en un Area urbana que comprendía la mayor parte de nuestras ciudades, mediante el certificado de nacimiento expedido por el Asistente del parto en los tres días subsiguientes al nacimiento a las Autoridades Sanitarias, pero haciéndolo en una forma similar a la de las inscripciones de mortalidad siguiendo el canal de la Autoridad Sanitaria a la Autoridad Civil local, de allí a la Dirección de Estadística Estatal y de ésta a la División de Estadística Vital en Caracas. Para llevar a cabo este aspecto del proyecto se elaboró un certificado de natalidad rural que pudiera ser fácilmente elaborado por los Comisarios, la mayoría de la información previamente inscrita sólo para ser cotejada. El original de este documento debería ser entregado a la Comadrona que asistió el parto y debería efectuar la denuncia del nacimiento, el duplicado quedaba en poder del comisario en pequeños libros que para fines de control debería presentar mensualmente a la Jefatura Civil en la Cabecera de su Municipio. La comadrona quedaba en la obligación de presentar el certificado de nacimiento rural posteriormente ante la Medicatura Rural, donde se procededería a elaborar el certificado oficial dejando un duplicado y enviando el original a la Jefatura Civil donde efectuaría la inscripción legal (Registro Civil) y enviarían el certificado a la Dirección de Estadística en la Capital de Estado, para su envío mensual a la División de Estadística Vital en Caracas.

/El cotejo

El cotejo nominal que debería efectuar la Jefatura Civil de las inscripciones con los duplicados de los nacimientos rurales que presentaban los Comisarios mensualmente, permitía el control de las inscripciones de la natalidad que ocurre en el medio rural, y al comparecer la comadrona ante la medicatura rural se buscaba el contacto de ésta con la Autoridad Sanitaria para que la instruyese para asistir partos, sobre los cuidados de la madre y el niño, le suministrase curas umbilicales etc., a fin de tratar de disminuir la mortalidad infantil y materna en el medio rural al mismo tiempo que mejorar el registro de la natalidad.

En esta forma trabajó este experimento extendiéndose a todo el Estado Lara y luego al vecino Estado Yaracuy, se dotó de vehículos (jeeps) a los Inspectores, para facilitarles la penetración al medio rural.

Hasta el año 1960 fue posible extender este proyecto referente sólo a la mortalidad a dos Estados más Trujillo y Portuguesa, o sea cuatro Estados en su totalidad situados en la misma zona del Occidente del país, esta extensión se hacía en forma similar a una mancha de aceite, luego para 1961 se extendió hacia el noroeste al incluir el Estado Falcón, y se pensó la conveniencia de experimentar en otras zonas del país incluyendo el Territorio Delta Amacuro al Este del país. Determinó la selección de este Territorio su subregistro notorio ya que su situación en las bocas del Orinoco haciendo inaccesible su población diseminada favorecen el subregistro. Así poco a poco hemos continuado extendiendo este sistema de trabajo en 1963 a 14 Estados, para cubrir en 1964 todo el país, con la sola excepción del Territorio Amazonas que es una región en su mayor parte selvática y difícil de trabajar. Esperamos poder penetrar en esta zona el próximo año 1965.

Lo efectivo de este trabajo no puede apreciarse de inmediato sino a largo alcance, un ejemplo de esto lo vemos en un estudio acerca de la formación de un Area de Mortalidad integrada por los municipios que por ciertas características consideramos que poseían un buen registro, en este estudio referente al año 1961, con excepción del Distrito Federal, (casi su totalidad es urbano por formar casi todo parte de Caracas), los Estados que contribuyeron con la mayoría de sus municipios fueron Lara y Yaracuy con el 68 y 67 por ciento respectivamente, siguiéndole en importancia otro Estado integrado posteriormente a la Zona de Mejoramiento de Registro, que fue Portuguesa con el 61 por ciento de sus municipios.

A medida que han ido avanzando estos trabajos en la República hemos hallado subregistro hasta en centros cercanos a Caracas, como fue el caso del Municipio La Victoria, cuya capital del mismo nombre, está comunicada con Caracas por una moderna autopista sólo a una hora de distancia. Nos extrañaba que dada la cercanía de este municipio a Caracas no presentara las características requeridas para su ingreso en el Area de Mortalidad, por lo que fue excluido. Sólo fue posible darnos cuenta de la situación existente, al incluir recientemente al Estado de su ubicación, Aragua, en el Area de Mejoramiento de Registro de hechos vitales. El caso específico de La Victoria es interesante, pues el Inspector nuestro constató

/la existencia

la existencia de 4 cementerios en este Municipio, no eran clandestinos; de éstos sólo uno era urbano, el cual estaba a cargo de un Celador que sabía leer y escribir, llevaba el registro de inhumaciones y cumplía con el envío de la lista nominal mensual de las inhumaciones efectuadas a esta División con toda regularidad, que para fines de cotejo con certificados de defunción, se les exige a todos los celadores de cementerios, por lo que estábamos seguros que la inscripción de defunciones de este lugar era exacto. Pero si bien esto fue cierto en lo que se refería a este cementerio urbano, no lo era al tratar de los rurales, de los cuales nuestro Inspector constató la existencia de tres, cercados sólo con alambre de púas y sin celadores estando a cargo de los Comisarios. En estos cementerios se efectuaban enterramientos sin llevar ningún registro, ni se expedían certificados de defunción, ni se notificaban estas muertes, sólo el Comisario anotaba el nombre del difunto y la fecha de muerte en un libro que guardaba en su archivo personal, la situación anómala confrontada era debida a un completo desconocimiento, por parte de los Comisarios, del deber que les incumbía.

Estos Comisarios fueron entrenados por el Inspector de la Zona de Mejoramiento de Registro de la División de Estadística Vital, y hoy en día se efectúan las inscripciones debidamente y toda esta zona es vigilada constantemente para impedir dichas irregularidades.

Los hallazgos del subregistro en estos caseríos afectaba la mortalidad total del municipio La Victoria en un 14.5 por ciento tanto en 1962 como en 1963.

Aun en centros urbanos, al extender el trabajo de Inspectores a otros Estados, hemos encontrado subregistro como es el caso de Guiria, importante ciudad del Estado Sucre, en donde ocurrían muertes en el Hospital durante la noche o en días feriados de individuos residentes en sitios rurales. En vista de que no eran horas hábiles de trabajo para la Jefatura Civil, y la premura de los deudos en trasladar los cadáveres para su enterramiento en el sitio de residencia, por anuencia del personal de guardia del Hospital, estos cadáveres eran sacados del hospital ante la sola promesa de los deudos del difunto de hacer el denuncio ante las Autoridades Civiles del sitio donde proyectaban enterrar el cadáver, lo que nunca se hacía, pues los cementerios en esos sitios rurales estando en circunstancias parecidas a los del municipio La Victoria que expusimos anteriormente, estaban a la disposición del que quisiera efectuar un enterramiento sin ninguna especie de trámites.

Esta situación fue tratada con el Director del Hospital, suministrándole esqueletos de certificados de defunción para que en tales casos fueran llenados completamente en el hospital y remitidos por esa Institución a la Jefatura Civil de la ciudad de Guiria al día siguiente del fallecimiento.

Otro caso de subregistro urbano se constató en el Estado Barinas, incluido en junio de este año (1964) en la Zona de Mejoramiento de Registro, cuando el Inspector pudo constatar que para los enterramientos que se

/efectuaban los

efectuaban los sábados y domingos u otros días no hábiles de trabajo, la Comandancia de Policía expedía un Permiso de Enterramiento provisional sin requerir la presentación del certificado de defunción, ni compeler a los deudos a presentarse al siguiente día hábil de trabajo a la Jefatura Civil para la expedición del certificado y a la inscripción de estas muertes. En tales casos la inscripción de la defunción era ad livitum de los allegados del fallecido, lo que consecuentemente originó este subregistro que ha llegado a constituir el 16.6 por ciento de las defunciones ocurridas en los primeros siete meses del año en curso en esa ciudad.

Ha sido una situación difícil de solucionar pues no ha sido posible conseguir guardia en las Jefaturas para los días feriados y el Prefecto alude: "que no puede hacer nada porque la gente está acostumbrada a eso y no puede obligarlas a que acudan a la Jefatura a suministrar la información requerida". (sic.)

Este asunto se trata en la actualidad con la suprema autoridad del Estado que es el Gobernador, mientras tanto los familiares se citaron y se entró en contacto con los Médicos asistentes de estos difuntos, obteniéndose los certificados originales de las defunciones subregistradas durante los meses transcurridos del presente año y nuestro Inspector continúa en constante vigilancia para evitar futuras omisiones de estos documentos.

Al elaborar el Area de mortalidad no sospechamos subregistro en la ciudad de Barinas debido a su alta tasa de mortalidad.

Como puede deducirse, los factores que afectan las inscripciones del Registro Civil en Venezuela son de diversa índole, variando de un Estado al otro y aún entre los diversos Municipios de un mismo Estado y en éstos al tratarse de su Zona rural o urbana, por lo que sólo es posible tener conocimiento de estos problemas mediante el contacto directo y constante con el medio.

Los Inspectores en la zona rural establecen la coordinación entre las Jefaturas Civiles, los Médicos Rurales y los familiares del difunto, a fin de aclarar las causas de muerte de personas fallecidas sin asistencia médica. A este respecto el contacto constante del Inspector con las Autoridades Civiles y Médicos Rurales ha dejado ver sus efectos muy particularmente en esta mortalidad por causas desconocidas, en la cual la actuación médica post-mortem va en aumento. En los dos primeros Estados incluidos en el experimento, obsérvase para 1963, que esta intervención médica post-mortem llegó en Yaracuy al 100 por ciento y en Lara al 87.2 por ciento. En Cojedes, Nueva Esparta, Bolívar y Zulia, incluidos en el Area Experimental a fines de 1962, la actuación médica post-mortem alcanzó a 94.5, 85.3, 83.2 y 81.9 por ciento respectivamente.

Este contacto del Médico con los familiares del individuo fallecido sin asistencia médica, nos suministra una valiosísima información acerca de la probable causa de muerte de estas personas, la cual es indicada como

/"dato informativo"

"dato informativo" en el certificado de defunción, y la cual se obtuvo en el 82.2 por ciento de las muertes ocurridas en estas circunstancias durante 1963 en todo el país, siendo esta proporción mayor en los Estados que ingresaron desde hace algunos años en el experimento, así se puede observar que el dato informativo fue suministrado en el 95.0 por ciento de las muertes sin asistencia médica procedentes de Yaracuy, en el 93 por ciento de Portuguesa, en el 90 por ciento de Lara y en el 86 por ciento de Falcón.

El trabajo de los Inspectores es vigilado en el terreno ocasionalmente por algún miembro del personal directivo de la División de Estadística Vital, tomando parte activa el Asesor Médico de la División, quien efectúa además reuniones con el Cuerpo Médico de las diferentes ciudades y entra en discusión acerca de los diagnósticos erróneos o incompletos que figuran en los certificados de defunción.

Se nos presentan obstáculos también de diversa índole para llevar a cabo satisfactoriamente nuestro proyecto, tales como:

a) La inestabilidad del personal del Registro Civil que generalmente es de origen político, por lo que el trabajo del Inspector es agotador debiendo comenzar nuevamente cada vez que se llevan a cabo estos cambios.

b) El bajo nivel educacional de los Comisarios que deben intervenir en estas inscripciones en los sitios rurales.

c) La dificultad en la obtención de un personal idóneo y responsable de Inspectores que efectúen con toda eficiencia un trabajo que no podemos vigilar sino ocasionalmente.

d) La falta de transporte para dotar a todos los Inspectores permitiéndoles la penetración en el medio rural.

e) El aislamiento de centros poblados particularmente en la época de las lluvias.

f) Desconocimiento del Cuerpo Médico Sanitario de la importancia de la inscripción de los hechos vitales, por lo que obtenemos muy escasa colaboración al respecto, interfiriendo a veces en los trabajos del Inspector al tratar de desviarlos hacia otras actividades.

g) Presupuesto deficiente para cubrir debidamente los gastos de viático y movilización del Cuerpo de Inspectores, en el año 1959-1960 trabajando en cuatro Estados se invirtió un presupuesto para este tipo de gastos de $ 26 667 y hoy en día sólo disponemos para trabajar en toda la República (23 Estados) de $ 18 880 anuales.