

**SECRETARIA DE SALUD DE HONDURAS
SUB SECRETARÍA DE RIESGOS POBLACIONALES
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA**

**ANALISIS DE SITUACIÓN DE SALUD
SEGÚN CONDICIONES DE VIDA
(ASIS-SCV)**

HONDURAS

2000

**Apoyo técnico/Financiero de Representación OPS/OMS
Honduras**

El presente documento es producto de un proceso de recopilación y análisis de información coordinado y dirigido por el Departamento de Epidemiología de la Secretaría de Salud.

El equipo básico de redacción estuvo constituido por:

- DR. José Orlando Solórzano
- DR. Marco Tulio Carranza
- Dra. María Guadalupe Romero
- Lic. Rodulio Perdomo

En la elaboración de este documento al comienzo se contó con orientación técnica del Dr. Marco Antonio Pinel.

También se contó con la asesoría técnica del Dr. Miguel Machuca, consultor del programa especial de análisis de salud de la Representación de OPS/OMS de Honduras.

Este documento esta destinado principalmente a los tomadores de decisiones en el Sector Salud y a los integrantes de los equipos multidisciplinarios de los diferentes niveles de atención de la Secretaría de Salud.

Se estimula el envío de aportes y/o recomendaciones, así como la actualización periódica.

INDICE		Páginas
I.-	Introducción	2
II.-	Bases Conceptuales y Metodológicas del ASIS-SCV	4
III.-	Elementos Situacionales del Contexto Relacionados con Situaciones de Salud	23
1.-	Situación Macroeconómica	23
2.-	Situación Social	26
2.1.-	Situación Social de la Población más vulnerable	28
2.2.-	Situación Reciente acerca del Gasto Social	31
2.3.-	Manifestaciones del Proceso de Deterioro Social en Relación con la Red de Servicios Públicos de Salud	32
IV.-	Análisis General de la Situación de Salud	39
V.-	Análisis de Situación de Salud- Enfermedad Según Condición de Vida en el Nivel Regional	53
VI.-	Conclusiones	101
VII.-	Bibliografía	103

Introducción

El análisis de Situación de salud según Condiciones de Vida –ASIS-SCV-, en el nivel nacional, constituye un puente de entendimiento que intenta conectar: los procesos de vigilancia epidemiológica, los procesos de asignación de recursos y la propia búsqueda de equidad en salud como principio básico de la agenda vigente de Reforma en Salud.

Los hallazgos del ASIS-SCV en base a información de 1999, son suficientes para validar y continuar el esfuerzo que se ha venido ejecutando en el nivel regional y de áreas. Se ha logrado disponer de evidencia acerca de la existencia de patrones de ocurrencia diferenciada de enfermedades según los estratos de NBI construidos.

Existe; por tanto, un conjunto hasta ahora inédito de datos procesados que han facilitado la confirmación de varias hipótesis acerca de una distribución particular de los riesgos de enfermar asociados a estratos de condiciones de vida. Por el momento se dispone de información acerca de un conjunto de enfermedades que pueden denominarse como *trazadoras* del Perfil de salud-enfermedad de las diferentes poblaciones agrupadas en los estratos. En el futuro inmediato podrán incorporarse otros problemas de salud que enriquezcan la percepción, más amplia y diversificada, de las situaciones de salud que acontecen en la geografía heterogénea de Honduras. Pero esto será posible en la medida que los sistemas de información de la Secretaría pueda adecuarse a los requerimientos de variables: ambientales, étnicas, socio-culturales y otras que intervienen en la vida cotidiana de las personas. Por el momento, los indicadores de NBI, del censo de población o de los CEFASA, son los únicos disponibles para caracterizar la situación de los hogares. Las limitantes del sistema de información puede; sin embargo, superarse en el futuro inmediato y; a su vez, mejorar el análisis de situación de salud. Todo ello es indicativo de que se abre un universo vasto de opciones y posibilidades de utilizar el ASIS-SCV como uno de los ejes primordiales del proceso de reasignación de recursos inherente al proceso de reforma en curso de ejecución.

En la segunda parte del documento se intenta una aproximación mayor basada en develar las inequidades que existen al interior de cada una de las regiones sanitarias. En este caso, se ha hecho un esfuerzo de visualizar los problemas de salud en la escala municipal para; generar espacios de discusión e intervención

En la parte final de este documento preliminar, se enfatiza acerca de las tareas pendientes en materia de asignación y re-asignación de recursos. El ASIS-SCV plantea, en el nivel nacional, varios desafíos para asegurar el cumplimiento de la intencionalidad de mejorar la prestación de servicios en base a criterios de equidad.

precisamente, buscar la participación de otros actores sociales en la gestión de los problemas de bienestar general de las diferentes poblaciones.

Este documento, dado su carácter preliminar, persigue, al menos, suministrar nuevos elementos de análisis en el nivel central, regional y con otros sectores gubernamentales y no gubernamentales de intervención. Es decir, persigue consolidar un proceso que se ha iniciado con buen suceso en los últimos cinco años y que cada vez reclama la participación de otras instancias con capacidad de influir en las condiciones materiales de vida de los hogares.

II.- Bases Conceptuales y Metodológicas del ASIS-SCV

1.- El porqué y el para qué del ASIS-SCV

El análisis de situaciones de salud según condiciones de vida (ASIS-CV) surge como respuesta a una visión de salud pública que reclama : complejidad, integralidad, eficacia y plena participación de todos los actores sociales en la gestión de los problemas que afectan la salud de la población. Es decir, el ASIS-SCV es resultado de la propia práctica de actuación en salud y; además, de la decisión de concebir la realidad cotidiana de los hogares hondureños como un conjunto diverso y articulado de dimensiones y factores que influyen la prevalencia de determinadas dolencias. Bajo esta concepción: a cada problema de salud-enfermedad corresponde un conjunto diverso de dimensiones y factores que mediatizan su expresión. Muchos problemas de salud no ocurrirían de no existir factores sociales y ambientales facilitantes; también, otros serían más bien fortuitos y no crónicos como es el caso de las dolencias gastrointestinales de los niños de hogares pobres del campo donde prevalecen viviendas con piso de tierra y, en muchos casos, desprovistas de facilidades sanitarias básicas como la disponibilidad de agua o la disposición de excretas.

Es razonable pensar que unos factores estarán siempre presentes en la ocurrencia de un problema de salud determinado., mientras que los mismos factores se identificarán como poco influyentes en otros espacios-población aun tratándose del mismo problema de salud-enfermedad. Esto significa que, además de las condiciones materiales de hábitat, la base territorial juega un papel no despreciable en la expresión de determinadas enfermedades. Se habla, para el caso, de territorios: chagásicos, maláricos y hasta de territorios con morbilidades muy circunscritas como es el caso de la Lepra en la zona sur de Honduras. Es comprensible suponer que las temperaturas medias que rigen en determinados lugares del país también influyen sobre el perfil de morbilidad de algunas poblaciones.

Esta perspectiva de reconocer diversos planos y condiciones influyentes en la generación de problemas de salud, supone dar por sentado que la buena o mala salud es, realmente, resultado de procesos amplios y de diversa naturaleza. P.L. Castellanos expresa cabalmente

esta idea: *“Los límites de este empeño transformador de la salud pública están determinados por los recursos y condiciones naturales, por el modelo y grado de desarrollo económico, por el modelo político y por el desarrollo científico-técnico. Es decir, por los procesos generales de la sociedad.”*¹

Todas estas concepciones que ligan la salud de las personas con procesos y determinantes influyentes de diversa naturaleza, sugieren y perfilan el procedimiento básico del ASIS-SCV en el sentido de intentar apropiarse de elementos trazadores de las condiciones materiales de vida de los pobladores y; por esa vía, discernir la existencia o no de factores que potencian los riesgos de exposición a ciertas enfermedades.

Por la experiencia de los equipos de salud, regionales y de área, se ha demostrado que la agrupación y re-agrupación de los diferentes espacios-población conforme a indicadores de condiciones de vida, constituye una oportunidad valiosa para identificar comunidades en situación de riesgo. De igual forma, el proceso de tipificar comunidades como postergadas y más expuestas a determinados riesgos de salud-enfermedad promueven novedosas formas de atención especial que incluyen: asignación de recursos, entrega de paquetes básicos, organización de agentes comunitarios y otras actividades difícilmente concebibles desde enfoques tradicionales de gestión en salud.

En este sentido, el ASIS-SCV como herramienta que confiere un peso explicativo preponderante a las condiciones materiales de vida de las personas, busca o trata de identificar las "envolturas" sociales de la enfermedad en los ámbitos concretos de vida de las personas. Esto equivale, por ejemplo, a afirmar que los reiterados episodios de diarrea de los niños del sector rural hondureño seguirán manifestándose y demandando respuestas medicamentosas hasta que se decida intervenir sobre las condiciones materiales de vida de estos niños. No limitando las intervenciones a aspectos concernientes a los materiales del hábitat, a la disposición de agua potable y redes sanitarias; sino también concediendo importancia crucial a aspectos educacionales y culturales como elementos que moldean las actitudes de las personas frente a hechos de la vida y sociedad

Al ASIS-SCV le es inherente proponer tanto más sueros y medicamentos y planes y acciones estratégicas para impulsar cambios radicales en los "envoltorios materiales" que

¹ Castellanos Pedro Luis. Los Determinantes Sociales de Salud-Enfermedad. OPS. 1996. p.2

rodean la vida de las personas, así como demandar nuevas actitudes de los propios pobladores frente a los fenómenos de salud-enfermedad que les afectan o pueden afectarles. Los análisis de situación de salud tradicionales funcionan y han funcionado a la perfección sin recurrir a la participación de los pobladores o demandantes de respuestas de salud; el ASIS-SCV no puede, sin embargo, funcionar adecuadamente sin la plena participación de: usuarios, patronatos, alcaldes y; por supuesto, sin el consenso o acuerdo de los niveles políticos. El personal de salud gana un liderazgo incuestionable cuando discute con los actores sociales los mapas de sus condiciones de vida y enfermedades. Ese es un momento crucial puesto que de tal encuentro surgen las alianzas estratégicas para intervenir en toda suerte de acciones de mejoramiento de las condiciones de vida: letralización, agua potable, limpieza de solares baldíos, operativos anti-vectoriales y otras acciones diversas. Este es el momento fundamental para crear o consolidar las organizaciones sociales de base del sector salud: concejos de desarrollo local, patronatos, comités, organizaciones de voluntarios de salud y otros esquemas organizativos donde los propios pobladores asumen plenamente los problemas de salud y condiciones de vida.

Los objetivos inmediatos de corto o mediano plazo del ASIS-SCV consiste, en la práctica, en lograr erradicar o modificar el patrón de morbilidad/mortalidad fuertemente cargado a enfermedades evitables tratando de inducir cambios substanciales en las condiciones materiales de vida de los hogares hondureños y, consecuentemente, tratando de propiciar un bienestar sostenible e integral en el largo plazo. El objetivo de todo tiempo del ASIS tradicional es poder curar las enfermedades de los demandantes del sistema público de salud.

Esto no es solamente un problema de sutileza del lenguaje, realmente detrás de los planteamientos del ASIS-SCV existe una preocupación por evitar la continua manifestación de enfermedades como : Disentería, Tuberculosis, Malaria, Chagas, Dengue, IRA´S....existe una preocupación subyacente por transformar las condiciones materiales de vida de los hondureños

Los diversos alcances; implícitos en el ASIS-SCV, incluyen una bondad trascendental de este enfoque particular a los problemas de salud-enfermedad: realmente constituye una alternativa metodológica muy sencilla y de bajo costo para países como Honduras, cada vez

más confrontados con una carga creciente y complejizante de morbilidad y mortalidad y; además, operando con restricciones crecientes dado el marco de escasez de recursos.

1. El ASIS-SCV como Aproximación y Apropiación de la realidad compleja de Honduras .

El ASIS-SCV nace entonces de la precariedad, real y concreta, de países como Honduras donde el sistema de salud actúa en un marco de limitada disponibilidad de recursos: los flujos de información, la confiabilidad de los diagnósticos, los niveles de sub-registro, el arribo inoportuno de datos, etc., son todos elementos demostrativos de la necesidad de mejorar los instrumentos actuales de análisis. Tratando de que; justamente, las exigencias de un ASIS-SCV perfectible o mejorable propicien, simultáneamente, un tratamiento sistemático de aspectos sociales presentes en la expresión de problemas de salud y, a la vez, el logro de la exactitud, seguridad y oportunidad de los flujos de información de la red de establecimientos de salud pública.

Este proceder, que solo podrá alcanzarse paulatinamente, reclama, sin embargo, un método y una decisión política que reconozca la pertinencia de los cambios de paradigma de las ciencias de la salud como se gestan desde los últimos veinte años.

Conviene, sin embargo, siempre tener en cuenta, que herramientas analíticas como el ASIS-SCV no se reducen a incluir lo social en el “*saco*” de las enfermedades que afectan determinado espacio-población; realmente se trata de concebir a las enfermedades en el propio seno de lo social. Y no se trata de simplemente de dar cursos rápidos de sociología a todos los médicos y enfermeras para apreciar, ahora, la importancia de las leyes y determinantes sociales...se trata; mas bien, de construir una **aproximación** viable a la compleja pero discernible realidad de vida de los hondureños, se trata de propiciar un nivel de **apropiación** de las desigualdades e inequidades que afectan de manera diferencial a aquellos espacios población. Se trata, por tanto, de la dotación de una **visión estratégica** al personal local, regional y central de salud para promover acciones decisivas en cuanto a la re-expresión de determinados patrones de morbilidad y mortalidad. ¿Cómo promover efectivamente el bienestar de los hogares hondureños sino es enfocando, de manera intencional, sus condiciones objetivas de vida?.

2.- La construcción del ASIS-SCV

2.1.- Fundamentos para la Investigación-Acción en Salud

El análisis de situación de Salud según condiciones de vida (ASIS-SCV) es; realmente, un procedimiento permanente de investigación-acción que involucra personal del sector salud, la propia población y otros actores. El fundamento principal de este procedimiento radica en buscar asociar, de manera gradual, elementos de la realidad: social, económica, ambiental, cultural y demográfica con los particulares problemas de salud-enfermedad de un país, región, área, departamento, municipio u otras unidades geográficas.

La conjugación de varias dimensiones que intervienen en la gestación y expresión de enfermedades, implica considerar diversas formas de influenciar sobre las *dimensiones mediadoras* en los procesos de salud-enfermedad como una estrategia esencial de búsqueda del bienestar integral, ya no solamente de la Secretaría de Salud sino, principalmente, como estrategia integral del país. En la Estrategia de Combate a la Pobreza impulsada por el actual gobierno se establece, con nitidez, la naturaleza del accionar inmediato que es, plenamente coincidente, con las actividades inherentes al ASIS-CV:

“Las comunidades rurales y urbanas también pueden potenciar su participación en los procesos de desarrollo económico y de reducción de la pobreza, a través de diversos proyectos sociales, productivos y de infraestructura. Asimismo, es básico fortalecer mecanismos que permitan la planificación participativa de todos los sectores de la vida local en: I) la elaboración de planes de inversión social municipal, que contemplen tanto los proyectos sociales de prioridad comunitaria, como las necesidades de mantenimiento de las obras construidas....”²

El ASIS-CV es un método donde, por excelencia, el análisis conjunto de la espacialidad de las enfermedades y de las condiciones de vida es un instrumento de gran eficacia y promotor de la participación de los ciudadanos y de otras entidades. La práctica ha demostrado la existencia de un importante “capital” humano existente en los diversos

actores sociales para participar en acciones que redundarán directa y positivamente en sus propias vidas.

Esto significa que el ámbito de análisis y/o vigilancia tradicional en salud admite ahora; además de la vigilancia de las manifestaciones individuales y sociales generados por agentes patógenos o por otros elementos propios de la dinámica de las sociedades responsables directos de determinadas dolencias, el análisis y/o evaluación de dimensiones y factores sociales y de otra índole que permitirán, en adelante, deducir la presencia de zonas o territorios donde es muy sobresaliente el riesgo de ocurrencia de determinada dolencia.

Se trata, realmente, de socializar las formas de ocurrencia de determinados eventos de salud-enfermedad y su relación con condiciones materiales de vida y con otros elementos ambientales. Este procedimiento data, realmente, de mucho tiempo atrás: John Snow utilizó, en los lejanos años de mediados del siglo XIX, un procedimiento gráfico de visualizar la ocurrencia de casos de Cólera con algunos elementos habitacionales y sanitarios.³

El uso sistemático de este instrumento de análisis como pieza clave de gestión ha generado en Honduras; no obstante su reciente adopción, algunos comentarios de los propios ejecutores y usuarios acerca de la utilidad real del ASIS-SCV: *“..la experiencia del ASIS-CV nos ha servido para identificar las localidades de mayor riesgo de salud-enfermedad...pensamos que muy pronto podremos trabajar no con comunidades de riesgo sino con familias de riesgo..”*⁴

El ASIS-CV como dispositivo facilitador de la vigilancia y gestión de los riesgos de salud-enfermedad implica; por tanto, la ampliación del escenario tradicional de intervención de las autoridades sanitarias. Más allá del individuo enfermo está su entorno habitacional y laboral y ahora; bajo los nuevos principios que presiden el accionar de salud, surgen

² Estrategia de Combate a la Pobreza, Agosto 2,000. p.73 (subrayado de los autores)

³ “Snow condujo su estudio clásico durante 1854 cuando una epidemia de cólera se desarrolló en Golden Square de Londres, inició sus investigaciones determinando el área donde las personas con cólera vivían y trabajaban, usó de esta información para dibujar un mapa con la distribución de los casos, lo que los epidemiólogos llaman un mapa de puntos”. Cfr. Principios de Epidemiología. Atlanta.CDC. p.5.

⁴ Primer Foro Nacional de Análisis de Situaciones de Salud- involucramiento de la población en la resolución de los problemas de Salud-Enfermedad. Uno de los logros más importantes ha sido la utilización de la planificación estratégica para orientar los recursos del área a los lugares más postergados.”Enfermedad. Tegucigalpa, Septiembre 1998. p.2

nuevas responsabilidades que apuntan precisamente a la intervención sobre aquellos entornos:

El ASIS- SCV constituye una respuesta a las crecientes necesidades de controlar las dimensiones que mediatizan y condicionan la expresión de determinados riesgos de salud-enfermedad.

Al inicio de la sistematización de este procedimiento de análisis de condiciones intervinientes en la ocurrencia real o potencial de problemas de salud-enfermedad, se ha establecido con claridad la necesidad de identificar la desigualdad en la expresión de los problemas de salud que afectan una región o áreas más restringidas. Esto, debido principalmente, a la necesidad de fundamentar apropiadas políticas sanitarias: *“ha crecido la convicción de la necesidades de profundos cambios en los sistemas de salud y en sus estrategias de intervención. El conocimiento de los perfiles desiguales de problemas de salud y su relación con las condiciones de vida y de trabajo y con los procesos sociales más generales, constituye así un aporte el fundamental a la definición del políticas de salud y bienestar, y al monitoreo del impacto sobre diferentes sectores de la población, de las decisiones y acciones de salud y bienestar”*.⁵

El desafío de la generación de políticas nacionales apropiadas, derivadas y convergentes con el ASIS-SCV será; en muchos casos, un producto relativamente más tardío por la circunstancia de vincularse estrechamente al problema estructural de la reasignación de recursos financieros y humanos y que, en algunos casos, cuestiona los patrones históricos de centralización financiera y presupuestaria. Es decir, la corrección de las desigualdades de salud-enfermedad, descubiertas o develadas por el ASIS-SCV, implica avanzar profundamente y radicalmente en los procesos de descentralización y reforma de los sectores de salud. Sin embargo, aunque ello no ocurra de manera inmediata, siempre en los niveles locales se dispone de amplios márgenes de libertad para iniciar procesos de corrección de patrones arraigados de desigualdad en la asignación de recursos.⁶

⁵ Taller sobre Estudio de la Situación de Salud según Condiciones de Vida. Salvador, Bahía, Brasil, Marzo de 1993. p.1.

⁶ La epidemióloga de la Región # 3 destacaba en el 1r Foro de ASIS-SCV: “Entre los logros alcanzados, destacamos el mejoramiento de la capacidad gerencial del área # 7, la identificación de las necesidades más apremiantes de los municipios y un mayor involucramiento de la población en la resolución de los problemas de salud-enfermedad. Uno de

2.2- Acuerdos Metodológicos Básicos en la Construcción del ASIS-SCV.

La adopción de la metodología del ASIS-SCV ha confrontado, en la primera fase de implementación, la necesidad de algunos acuerdos metodológicos básicos para uniformar y permitir la comparación entre diferentes regiones y áreas del país. Estos consensos básicos, obtenidos por vía de varias reuniones sostenidas entre los equipos regionales, de área y el equipo conductor y coordinador del nivel central, se describen a continuación:

A.- Unidades de Análisis

La adopción de áreas y municipios, en primer lugar, responde a la disponibilidad de información de las diferentes regiones mediante la utilización de censos de salud familiar (CEFASA) levantados periódicamente en casi el universo de las 41 áreas del país. El limitado acervo de datos contenidos en el CEFASA y la disponibilidad de datos municipales extraídos del Censo de Población y Vivienda de 1988 planteó la opción de caracterizar los problemas de salud-enfermedad al nivel municipal lo cual, además, facilita ulteriormente el involucramiento de las autoridades del nivel municipal para promover la gestión multilateral de los problemas de salud identificados. En la práctica, los diferentes equipos de salud de cada área, continúan manejando ambas unidades de análisis por el mandato de rendición de cuentas que; en el caso de salud, suele tener como referente el nivel de área. Existen, no obstante, varias experiencias con unidades de análisis menores tales como poblados o comunidades, las cuales han resultado del levantamiento de censos domiciliarios que han permitido una caracterización detallada de los problemas de salud y; al mismo tiempo, de las condiciones materiales de vida de los hogares.

Las unidades de análisis seguramente deberán cambiar en función de las necesidades de segmentación identificadas por los diferentes equipos de salud. En el Foro de ASIS-SCV se establecía a manera de recomendación:

“ Se deben definir unidades territoriales mínimas para el análisis; sobre todo porque en áreas como la 3, con extrema dispersión geográfica y poblacional con comunidades de 50 y 100 habitantes, es de gran importancia definir estas unidades territoriales mínimas”⁷

los logros más importantes ha sido la utilización de la planificación estratégica para orientar los recursos del área a los lugares más postergados.” CFR.Op. Cit. P.33.

⁷ 1er Foro...Op. Cit, p.17

Siempre que exista información que permita la caracterización de estas unidades territoriales mínimas, los equipos locales debieran actuar con libertad suficiente para generar las modificaciones que planteen los problemas de salud en un ámbito geográfico determinado. Es decir, los equipos locales pueden designar el hogar como unidad de análisis si esto, realmente, permite intervenir con eficacia en sus problemáticas particulares de salud. Así, para el caso, si disponemos de una caracterización en los términos del ASIS-SCV de una comunidad que cuenta con 60 viviendas y con igual número de hogares y si los análisis situacionales de salud muestran que todos o casi todos los casos acumulados de diarrea proceden de las 12 o 15 viviendas que no poseen vivienda ni agua potable; entonces el equipo local de salud asume la socialización del ASIS-CV para, justamente, propiciar cambios duraderos en las condiciones de vida de los hogares afectados. Este ejemplo trata de reiterar la condición de libertad, para los equipos locales, de especificar aquel tipo de unidad mínima apropiada para análisis y vigilancia.

B.- Unidades máximas de Análisis

Aunque existe la necesidad de especificar unidades mínimas de análisis precisamente para precisar los niveles de riesgo de ciertas poblaciones; también se plantea como muy importante disponer de unidades más grandes que agrupen, para el caso, municipios que contengan características similares. Así, por la existencia de unidades programáticas de intervención en el nivel nacional y para procesos que refuercen las del nivel regional o de área, se plantea la construcción de estratos que contienen varios municipios de acuerdo a determinados indicadores. Estos estratos representan puntos de corte y; como se verá mas adelante, se estructuran dependiendo de la intencionalidad interventora de los equipos de análisis del ASIS-SCV. Así, lo mismo cabe crear estratos relativamente homogéneos al nivel regional que al nivel departamental o nacional, si existe la intención de percibir los vínculos o asociaciones entre las manifestaciones generadas por las enfermedades con los elementos descriptores del hábitat material de los hogares.

C. Indicadores de Condiciones de Vida y Salud-Enfermedad

El ASIS-SCV plantea la necesidad de disponer de indicadores de caracterización de las poblaciones. En general, se han adoptado como indicadores de condiciones de vida los

denominados: indicadores de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) – 5 indicadores contruidos en base a información censal de 1988- y de cuya combinación se establece un umbral convencional de pobreza que tipifica el nivel de bienestar / malestar que, en el caso hondureño, clasifica a cada uno de los 298 municipios del país. Estos indicadores, señalando las condiciones materiales de vida de los hogares, permiten establecer la proporción de hogares que en cada municipio se tipificaban como hogares pobres o en situación de pobreza extrema según la ocurrencia simultánea de varias necesidades insatisfechas. Los estratos o unidades más grandes de análisis referidas en la sección anterior, significan estratos de municipios que tienen en común un rango específico de NBI. La unidad de ASIS-SCV del departamento de Epidemiología define dichos estratos de la manera siguiente: *“En el estrato I resultan clasificados 40 municipios que registran desde cero hasta 25% de hogares con NBI, el estrato II con 41 municipios registrando NBI desde 26% hasta 32% de hogares, el estrato III también con 42 municipios en un rango de 33% a 39% de hogares con NBI, el estrato IV con 93 municipios con un rango de 40% a 46%, en el estrato V con 53 municipios, de 47% a 57% y por último un estrato VI con 63 municipios que van desde 59% a 84% de hogares con NBI. Se tomó la decisión de crear un estrato adicional (estrato cero) que conforma aquellos municipios con ciudades grandes como: Tegucigalpa, San Pedro Sula, El Progreso, Choluteca, Danlí y La Ceiba que por su tamaño poblacional podrían sesgar la clasificación de los municipios con menor peso poblacional.”*⁸

A este procedimiento de agrupar municipios con similares proporciones de hogares con NBI y de población relativamente homogénea, se le agregarán posteriormente indicadores de morbilidad y mortalidad. La asociación de ambos indicadores permitirá: en primer lugar, establecer niveles o grados de asociación entre NBI y ciertas dolencias. (Para que ello sea posible la base de información estadística sobre morbilidad y defunciones ha sido modificada para lograr que sea el municipio la unidad de información).

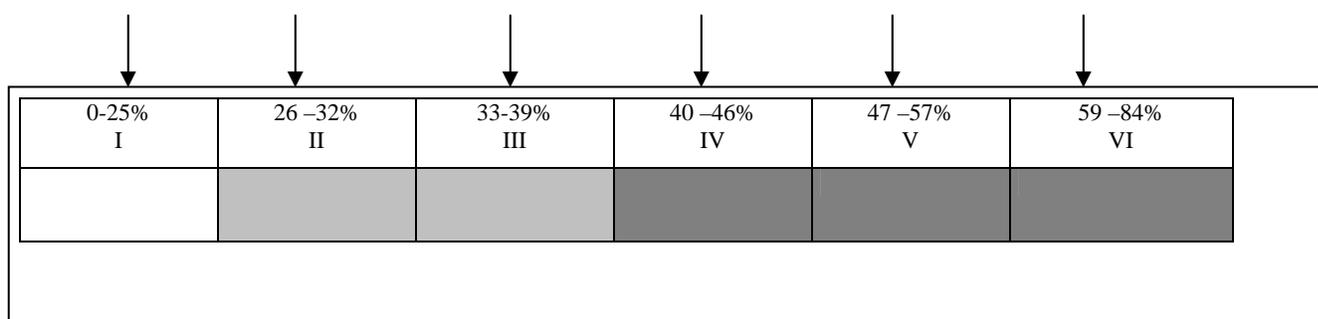
Los seis estratos definidos, en el nivel nacional, se ilustran en el diagrama 1 y los diferentes tonos de gris representan la menor y mayor concentración de hogares con necesidades básicas insatisfechas. El último estrato, el más oscuro, representa un conjunto de municipios (63 según lo establecido arriba) con una alta concentración de hogares con tres

⁸ 1er Foro Nacional de ASIS-SCV: Exposición del Dr. Orlando Solórzano. Op. Cit.p.8.

o más necesidades básicas insatisfechas. En otras palabras en los estratos más claros estarán agrupados los municipios de mayor desarrollo del país y; consecuentemente, en los estratos más oscuros se agrupan los municipios de menor desarrollo, los más pobres, de todo el país. Este procedimiento ha sido planteado como alternativa de análisis para apreciar, en los mismos estratos, los volúmenes absolutos y relativos de problemas de salud como las enfermedades o eventos como los fallecimientos de niños o adultos en general.

Las flechas representan, precisamente, un determinado volumen de eventos de salud-enfermedad cuya ocurrencia abarca los municipios previamente clasificados bajo criterios de necesidades básicas insatisfechas.

Diagrama 1: Estratos de NBI que Agrupan Municipios



Es previsible que la manifestación de los eventos de salud-enfermedad aparecerá muy diferente dependiendo del estrato. Se presupone que los municipios del estrato VI (con más del 59% de hogares de 3 o más NBI) observarán tasas mayores de incidencia de ciertas enfermedades relacionadas con los patrones de higiene en hogares que carecen de agua potable, servicio sanitario, etc..

A los indicadores descritos es factible agregar otros buscando establecer un contraste que muestre el nivel de asociación entre enfermedades y los niveles de bienestar o malestar acumulados en determinado espacio población. Así, la utilización del índice de desarrollo humano es también una opción válida para especificar el grado de desarrollo relativo sea de un municipio o de un conjunto más amplio: ciudades, estratos de municipios, etc..

Esta lógica simple es compartida también en los manuales de epidemiología del CDC, aunque tratan de señalar el efecto que la propia enfermedad causa al estado socioeconómico de los hogares. Es decir, las enfermedades pueden también hacer más pobres a los pobres:

*“La frecuencia de muchas enfermedades aumenta con la disminución en el estado (o nivel) socioeconómico. Por ejemplo, la tuberculosis es más común en personas del estrato socioeconómico más bajo. Tanto la mortalidad infantil como el ausentismo laboral por incapacidad, son asociados con bajos ingresos familiares. Estos patrones reflejan exposiciones a patógenos, una resistencia más baja y menos acceso a los servicios de salud. También pueden formar parte de una relación interdependiente que es difícil de desenredar (el estado (nivel) socioeconómico contribuye a la incapacidad o la incapacidad contribuye al estado (nivel) socioeconómico bajo).”*⁹

También, siguiendo la misma lógica, es racional suponer que en los estratos de mayor pobreza se registren más muertes infantiles y maternas. Esto, a su vez, presupone que el riesgo de enfermar o morir es diferente o muy diferente según el estrato. ¿Cómo corregir estas desigualdades ante el riesgo de enfermar o morir en un país como Honduras?

Cabe ahora, antes de cualquier respuesta a la interrogante planteada, volver a señalar la extrema importancia de poder tipificar la existencia de desigualdades o inequidades de salud en una población como la hondureña. Una vez identificadas las desigualdades es posible actuar de conformidad para transformar el perfil de morbilidad prevaleciente en cada estrato. P.L. Castellanos aporta elementos esclarecedores para guiar las acciones de la salud pública:

*“Estas desigualdades constituyen un objeto de estudio y de trabajo de la salud pública. Conocer como se expresan en los perfiles de salud las iniquidades sociales y como se reproducen en la vida cotidiana de las poblaciones e intentar transformarlos mediante la gestión organizada de la sociedad con acciones de salud y bienestar, constituye uno de los principales propósitos de la práctica de la salud pública.”*¹⁰

El conocimiento aportado por el ASIS-SCV se convierte ahora en una pieza clave para intentar corregir las desigualdades sanitarias. Efectivamente, el personal de salud devuelve el conocimiento a los usuarios, posean o no algún nivel de organización, y propicia la identificación de soluciones viables a los problemas.

⁹ CDC.Manual de Epidemiología Básica. Atlanta. 1998.pgs. 34-37.

Lo importante o realmente trascendente del ASIS-SCV es que viabiliza formas inéditas de comunicación social en salud cuya bondad, a su vez, consiste en facilitar el entendimiento sobre lo que hay que hacer para erradicar o minimizar la expresión de problemas de salud. Esto queda bien plasmado al valorar el aporte de un alcalde participante en el 1er Foro Nacional sobre ASIS-SCV:

“Yo quisiera llamar a la reflexión sobre la necesidad de capacitar a los alcaldes en el uso de estas metodologías (ASIS-SCV) para poder entender de que hablamos. Cuando los alcaldes y las autoridades locales y otras autoridades a nivel comunitario entendamos esas cosas, vamos a saber lo importante que es tener construido un resumidero para las aguas servidas, el tener una letrina que no esté descubierta para las moscas u otro tipo de vectores o, para el caso, como manejar la basura; en la medida que no entendamos que eso es lo que nos produce la diarrea por la que tenemos que salir a la carrera con nuestros niños.”¹¹

Es evidente que la corrección de las desigualdades no se sostiene exclusivamente con la incorporación de otros agentes sociales tales como: alcaldes, patronatos, etc., realmente el ASIS-SCV también entraña formas diversas de conmovición en la gestión de los recursos humanos y materiales de los niveles: central, regional, área y local.

D. ¿El ASIS-SCV conduce a un replanteamiento de la vigilancia?

Ha quedado establecido que el análisis de las NBI es como un fondo de contraste a los eventos de salud tradicionalmente registrados e informados desde las localidades donde existen establecimientos de salud pública. Y, como es de suponer, eventos evitables de diarrea, dengue, tuberculosis y otros están estrechamente relacionados con las condiciones de vida y; por ello mismo, todos los elementos socio-económicos inherentes a cada estrato plantean la necesidad de especificar que determinado evento corresponde al estrato II, IV o al que fuese pues; como se ha visto, son portadores de un importante atributo de comunicación y movilización de los propios actores sociales afectados por determinada

¹⁰ P.L. Castellanos. Op. Cit.

patología. (No se trata simplemente de reportar de inmediato el evento de una enfermedad transmisible y sujeta a vigilancia internacional; se trata de enmarcarla apropiadamente en el ASIS-SCV para los fines de su socialización con: alcaldes, fuerzas varias de la sociedad civil; etc.)

Estos autores afirman, además, los defectos de la vigilancia tradicional: *Esto refuerza la característica negativa de los sistemas de vigilancia que no captan el movimiento de lo biológico, lo social y lo cultural, sino algunas expresiones de la dinámica biológica...*”¹²

Se pronuncian valorando la importancia del concepto **ESCENARIO** para visualizar el dinamismo de los sectores sanitarios de un país o región determinada como requisito esencial para ampliar la visión y operatividad más allá de lo aportado por la vigilancia centinela tradicional.

Para fines prácticos, los estratos de NBI propuestos pueden conceptualizarse como escenarios donde lo biológico de determinado evento de salud-enfermedad se articula con variables socioeconómicas, donde resulta diferenciada la localidad informante y donde; por la existencia de una estrategia de comunicación social en salud, los vigilantes no son solamente empleados de la Secretaría de Salud....incluyen a: los propios pobladores, alcaldes, fuerzas vivas en general, quienes incluso pueden ser movilizados o movilizarse ante la ocurrencia de determinadas enfermedades.

3.- Formas y Procedimientos de Operar del ASIS-SCV

La experiencia reciente del ASIS-SCV ha demostrado su utilidad y eficacia en el discernimiento de las situaciones de salud de las regiones, áreas y localidades. Los conceptos y objetivos planteados al comienzo continúan plenamente vigentes:

Objetivo: 1. Discutir la importancia de conocer las condiciones de vida de los diversos espacios-población para apoyar la explicación de la distribución de los fenómenos de salud-enfermedad.

¹¹ Sánchez Arnold, Presidente de la Asociación de Municipios de Honduras. Aporte Verbal en el 1er Foro Nacional de ASIS-CV. Agosto.1998. p.21.

¹² Ibid.

Adquiere relevancia estratégica el conocer y explicar la distribución de los fenómenos de salud-enfermedad. Esto significa conceder primordial importancia a la identificación y sistematización del conocimiento de las condiciones de vida de los diferentes hogares y espacios-población. En las sub-secciones siguientes se precisa la forma particular de operar para los equipos de salud encargados de acopiar la información en los términos antes expuestos. Vale, sin embargo, reiterar lo mencionado anteriormente acerca del análisis de las condiciones de vida como un referente o marco general facilitante en la explicación de la forma particular de distribución de las enfermedades. La corta experiencia del ASIS-SCV demuestra que efectivamente se amplía la visión del personal de salud y se descubre o devela la vulnerabilidad particular en determinados grupos poblacionales.

Cada uno de estos aspectos, ampliación de la visión del personal de salud y develamiento de las fragilidades biológicas, sociales y productivas de los demandantes de salud, no son independientes el uno del otro, tampoco funcionan de manera aislada. Realmente, articulan procesos complejos de intervención por el hecho que también los propios usuarios de salud adquieren un mejor conocimiento de si mismos y de sus comunidades. El personal de salud y los usuarios adquieren una visión convergente de la realidad a transformar y; en la mayoría de los casos, redundará positivamente en su bienestar.

3.1 Necesidad de Sistematización en la Caracterización de Hogares y Municipios

El ASIS-SCV funciona bajo el amparo de criterios bien definidos para la caracterización de hogares, comunidades y municipios. Se trate de información de fuentes, como el Censo o encuestas, primarias, o como el CEFASA, se busca disponer de un tratamiento uniforme en la caracterización de las unidades territoriales y poblaciones mencionadas. Se parte, inicialmente, adoptando los siguientes indicadores de condiciones de vida:

1. Vivienda inadecuada (construida con paredes de desechos)
2. Vivienda sin servicios básicos (sin agua dentro de la propiedad y sin servicio sanitario)

3. Hogar en hacinamiento (más de tres personas por habitación)
4. Hogar con presencia de niños en edad escolar (7 a 12 años) que no asisten a la escuela.
5. Hogar con alta carga económica (más de tres dependientes por ocupado y menos de tres años de escolaridad de uno de los cónyuges).

Al estudiar la distribución de estas carencias en la población hondureña, se decidió hacer un corte y considerar que un hogar estaba en condiciones de pobreza si no se satisfacían tres o más de estas carencias o necesidades básicas. Es claro, que aunque tengan una carencia ese hogar no va a estar en condiciones óptimas, pero el principio es identificar aquellos que están en peores condiciones. Esto sugiere la existencia de muchísimos hogares con dos o una necesidad básica insatisfecha que no son tomados en cuenta para concentrar la caracterización en los niveles de extrema pobreza. Esta decisión, como se verá más adelante, promoverá caracterizaciones más detalladas para determinar las formas específicas de asociación con los perfiles de morbi-mortalidad identificadas en municipios u otras unidades de análisis.

El suministro de las caracterizaciones de municipios según la proporción de hogares con 3 o más NBI, se hace al principio desde el nivel central y en base a las publicaciones oficiales del Censo de Población de 1988. Posteriormente, algunos equipos de salud optaron por levantar sus propios censos de condiciones de vida adaptando instrumentos preexistentes como es el caso del CEFASA.

Posteriormente, al disponer de otros indicadores de condiciones de Vida, como es el caso del IDH de 1997 o; incluso los censos de desnutrición y estimaciones disponibles sobre mortalidad infantil, se contrasta el análisis con la distribución geográfica o espacial de las enfermedades.

3.2.- Utilidad de los Indicadores de NBI para los Fines del ASIS-SCV

Realmente, apelando al uso de mapas para identificar patrones geográficos en la manifestación de enfermedades, se trata de disponer del mapa de pobreza del país o de una región en particular y sobreponer al mismo otro mapa de cada una de las enfermedades más

frecuentes. Si los municipios o las unidades de observación adoptadas coinciden en cuanto a que se constata que existe una distribución geográfica semejante entre : condiciones de vida y las tasas de incidencia de algunas dolencias, una primera interrogante surge tratando de establecer si el resultado gráfico obtenido no está sesgado por el problema del acceso o frecuencia de asistencia a los establecimientos de salud. Es decir, si existe un relativo mismo acceso entre las diferentes unidades de observación –municipios para el caso- se estará probablemente ante un problema de inequidad en salud que demandará estrategias complejas respecto del simple suministro de más medicamentos o más atenciones.

3.3.- Certidumbre e Incertidumbre sobre Causalidad de las Condiciones de Vida

Por encima de la coincidencia espacial de condiciones de vida y manifestación extrema de eventos de salud-enfermedad que constituye ya un verdadero punto de avanzada para perfilar intervenciones dirigidas a dichos espacios; siempre existe la preocupación por medir el grado de asociación entre condiciones de vida y ocurrencia de enfermedades. En este caso, para fines de acordar cierta rigurosidad en los procedimientos asociativos entre variables informantes del estado socio-económico de los hogares, se plantea el uso de un coeficiente de correlación (Coeficiente de correlación de Pearson) que funciona, en la práctica como un mecanismo de mayor especificidad en cuanto hace reflejar el grado cuantitativo de asociación entre variables socio-económicas y enfermedades.

Este coeficiente –con valores que van desde -1 hasta $+1$ - (desde menos uno hasta uno positivo) se puede calcular manualmente o con ayuda de una calculadora o un procesador de computación que disponga hojas electrónicas como excel o lotus.

Si ya se ha establecido, mediante mapas, acerca de la existencia de algún patrón común de expresión de condiciones de vida con ciertas o todas las enfermedades, la realización de la prueba de correlación de Pearson es un instrumento complementario para apreciar la naturaleza de la asociación y decidir algún curso especial de acción. No constituye ningún requisito esencial que certifique la validez del ASIS. Realmente, la percepción visual acerca de la afinidad en los patrones de distribución de indicadores de condiciones de vida y enfermedades, constituye la razón esencial de ser del ASIS-SCV.

La certeza acerca de la existencia de una relación entre los Indicadores de NBI y la ocurrencia de algunas enfermedades; no siempre será fácil puesto que factores como el acceso pueden sesgar la percepción de los problemas o; en algunos casos, ocultar la existencia de problemas de salud que no llegan a demandar algún tipo de atención en la red de servicios.¹³

5.4.- Flexibilidad y Cuidados en la Construcción de Estratos

Arriba se ha detallado acerca de la construcción de 6 estratos a nivel nacional, buscando relativa uniformidad en los municipios de cada estrato y; como se ha venido reiterando, se trata de un procedimiento que puede causar inconvenientes si se aplica tal cual en el nivel de una región o de un departamento. (Se tropezará con el problema de que en varias regiones los estratos definidos no tendrán ninguna unidad de observación y; por tanto, será difícil o imposible extraer y comparar tasas por estrato). Lo que se aconseja hacer, cuando esto suceda, es modificar los criterios de estratificación –menos estratos-. Este procedimiento evitará, además, el problema de comparar estratos con 5,000 habitantes respecto de otros con 100,000 o más habitantes; sino más bien equiparar o hacer semejantes las unidades de análisis en cuanto al criterio de proporcionalidad. En la III parte del presente informe se realizan análisis y comparaciones entre procedimientos de contraste con 6 y 3 estratos. La lógica aplicable del ASIS-SCV, basándose en un ejemplo representativo del país, consiste en tratar que las 7,500 viviendas de un área de salud determinada sean repartidas de manera homogénea buscando, en primer lugar, que viviendas parecidas entre sí queden agrupadas en un mismo estrato. Todas o una alta proporción de casas con piso de tierra y sin letrina quedarán en un mismo estrato, todas o una alta proporción de casas con todos los servicios básicos disponibles serán clasificadas en otro estrato y así sucesivamente. Este proceder garantiza la sensibilidad del substrato de condiciones de vida a variaciones en las tasas de ocurrencia de enfermedades. Cuantos más estratos se construyan menos sensibilidad será resultante al asociar condiciones materiales de vida con tasas de incidencia de enfermedades.

¹³ El análisis del ASIS-SCV regional de la III parte del presente informe, permite deducir la existencia de problemas parcialmente reportados como la diarrea en los municipios más pobres. Esto, generalmente, suele inducir a pensar que las condiciones de vida no influyen o determinan trastornos como la diarrea en aquellos más pobres.

III.- Elementos Situacionales del Contexto Relacionados con Situaciones de Salud

1.- Situación Macro-económica

A lo largo de los años, el grado de inserción de la economía hondureña en la economía internacional ha mostrado siempre una característica preponderante: la fuerte dependencia del comercio exterior, lo cuál significa, por un lado, una alta dependencia del PIB de las exportaciones de bienes y servicios y; por otro lado, un muy bajo desarrollo de las economías y de los espacios geográficos donde prevalecen actividades productivas de consumo interno. Esta situación, producto de las políticas y modelos económicos ensayados desde comienzos del siglo XX, ha propiciado la desigualdad en el desarrollo de diferentes áreas geográficas y poblacionales del país. Así, el país ha estructurado “áreas” y “corredores” donde se ha alcanzado considerables niveles de desarrollo precisamente por la vinculación con la economía exportadora a lo largo de los años. De igual forma, muchas regiones del país no han podido ser plenamente integradas a la producción de bienes y servicios para la exportación y se han mantenido muy rezagadas en cuanto a los niveles de bienestar prevalecientes en los espacios-población cercanos a los espacios geográficos de exportación. La particular topografía del país; con $\frac{3}{4}$ partes del territorio constituido por montañas ha sido, además, un duro obstáculo para propiciar un desarrollo infraestructural geográficamente más equilibrado. Los gobiernos; debido a la segmentación geográfica y poblacional, generalmente han privilegiado el desarrollo de las zonas productivas más dinámicas y han propiciado la configuración de vastas regiones escasamente conectadas con la economía exportadora. Esta particular situación social y económica responde de manera preponderante en el bajo PIB per cápita de Honduras respecto de otros países del continente.¹⁴

El análisis de las tendencias, en términos porcentuales, muestra la magnitud de las variaciones del producto interno bruto y del PIB per cápita. En ambos casos, lo acontecido en los últimos años en cuanto a la masa general de bienes disponibles, impacta y seguirá impactando negativamente los déficit sociales preexistentes y, en consecuencia, la

¹⁴ Honduras es el tercer país más pobre de América Latina y el Caribe. En 1998 apenas contaba con un PIB per cápita de \$ 730.00. El nivel de desempeño ha sido; además, poco satisfactorio: entre 1980 – 1990 el PIB por habitante decreció en –0.9% y en toda la década de los noventa solamente observó una tasa de 0.4%. Para 1999 se estima un nivel de decrecimiento de –3% que indica, claramente, una pérdida de bienestar.

capacidad financiadora de los gobiernos para hacer frente a las demandas crecientes de salud, educación, vivienda, seguridad, e infraestructura.

Cuadro 1

Tasas de Crecimiento: PIB, PIB Per cápita y Exportación de Bienes y Servicios

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
PIB	3.3	5.6	6.2	-1.3	4.1	3.7	5.0	2.9	-1.9
PIB por Habitante	0.2	2.5	3.1	-4.1	1.1	0.8	2.1	0.1	-4.5
Exportación de Bienes y Servicios	-2.0	8.0	-1.1	-10.1	13.6	8.1	1.3	0.3	-9.4

Fuente: Banco Central de Honduras y CEPAL.

Los insuficientes resultados económicos globales de los últimos años experimentaron un cambio drástico en los meses posteriores al paso del Huracán Mitch:

“Los efectos más graves del Huracán Mitch se observaron en el Sector Agropecuario, cuyo producto sufrió una disminución de 8.7% que se tradujo, a su vez, en una profunda caída de las exportaciones (-9.4%). En este sector, el cultivo que experimentó los mayores daños fue el banano, con un descenso de 77% de su índice de producción, seguido del plátano (72%), el arroz (53%), el frijol (41%) y el café (11%). Por su parte, la actividad pecuaria decreció 2.8%, y el sector pesquero 1.3% debido básicamente a la reducción del cultivo de camarones (-4.2%)...”¹⁵

La particular situación económica, exacerbada por demandas del sector de los trabajadores organizados buscando mejores salarios, puede propiciar mayores tasas de decrecimiento en la medida que el cierre de empresas y el incremento del desempleo afecten la capacidad productora preexistente o previa al paso del Huracán. Estos aspectos, relacionados con la pérdida de la capacidad generadora de ingresos debido al deterioro de la matriz productiva nacional, tienen y tendrán su impacto sobre los servicios de salud: mayor demanda de servicios públicos de salud y; en general, sobre el ya precario grado de cohesión de todo el conjunto social. (En este aspecto, en particular, relacionado con la dinámica de los hechos sociales; tal como se verá más adelante, el deterioro del tejido social hondureño no solamente implica una mayor demanda de servicios hospitalarios por mayor cantidad de hechos violentos sino; además, por la mayor ocurrencia de problemas de salud relacionados con la desnutrición y falta de higiene en los hogares)

¹⁵ Cfr. Estudio Económico para América Latina y el Caribe. 1999-2000. p.107

2.- Situación Social

Generalmente se acepta que los cambios desfavorables experimentados en los principales indicadores económicos, puedan reflejarse casi de inmediato en otros indicadores y variables de la situación social. Sin embargo, de acuerdo con cifras oficiales sobre las tendencias del fenómeno de la pobreza e indigencia, en los últimos años se estaría gestando una apreciable tendencia a la mejoría social de los sectores sociales urbanos: de 46.7% de hogares indigentes identificados en 1991 hasta 36.5% en marzo de 1999.

Cuadro 2
Evolución del Fenómeno de la Pobreza: 1991-1999
Metodología: Línea de Pobreza

Años	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Sector Urbano									
Indigentes	46.7	39.2	31.6	39.8	40.6	38.7	35.2	35.7	36.5
Pobres	21.7	22.4	23.9	22.8	22.2	22.3	23.8	21.3	20.8
Bajo la Línea de Pobreza	68.4	61.6	55.5	62.6	62.8	61.0	59.0	57.0	57.3
No Pobres	31.6	38.4	44.5	37.4	37.3	39.0	41.0	43.0	42.7
Sector Rural									
Indigentes	59.9	53.9	55.8	52.9	53.1	66.4	60.0	55.4	60.9
Pobres	19.7	22.6	21.3	18.2	18.8	8.9	11.7	13.8	13.7
Bajo la Línea de Pobreza	79.6	76.5	77.1	71.1	71.9	75.3	71.7	69.2	74.6
No Pobres	20.4	23.5	22.9	28.9	28.1	24.7	28.3	30.8	25.4

Fuente: Documento Oficial de Estrategia de Combate a la Pobreza

La situación en el sector rural hondureño, según las cifras, permanecería casi inalterable en lo referente a hogares indigentes (59,9% en 1991 y 60.9 % en 1999) al tiempo que los hogares pobres experimentarían una reducción: de 79.6% en 1991 a 74.6% a 1999.

A pesar del impacto de las políticas de ajuste y estabilización se habría gestado un proceso de mejoramiento en la situación general del país antes del Huracán Mitch:

“Las condiciones de vida medidas en términos del PIB per cápita reflejan una tendencia ascendente suave entre 1980 y 1987, al pasar de 724 a 955 dólares, luego desciende entre 1988 y 1990, de 883 a 603 dólares. A partir de 1995, el PIB per cápita vuelve a recuperar los niveles que tenía a principios de los 80s, colocándose en la actualidad en US\$ 886. Esta tendencia coincide con las evaluaciones sobre los indicadores de pobreza, la cual se estimaba en 68% entre los hogares urbanos y 72% para los hogares rurales a finales de la década del 80. Nuevas estimaciones reportaban que entre 1992 y 1994, la pobreza a nivel nacional había descendido a 67.2%. No obstante, a finales de 1998, la crisis

socioeconómica de la población se había complicado debido al Huracán Mitch que produjo enormes pérdidas humanas, económicas, sociales y ambientales.”¹⁶

Esta situación, contrastante con los niveles de deterioro experimentados en el aparato productivo nacional, que efectivamente han generado un clima recesivo y un crecimiento considerable de los problemas de inseguridad ciudadana y de incremento de hechos delictivos de toda índole, está relacionado estrechamente con el propio método de medición del fenómeno de la pobreza. En efecto, la medición por el ingreso monetario de los hogares no toma en cuenta la situación real de las condiciones materiales de vida sino solamente la determinación respecto de si los hogares captan ingresos suficientes para adquirir una canasta básica alimentaria.¹⁷

La representación de la situación social hondureña cambia substancialmente cuando se adopta otro criterio para captar la situación de los hogares mediante indicadores combinados de ingresos y Necesidades Básicas Insatisfechas, NBI. (Estos indicadores de NBI se utilizan más adelante para construir estratos Sociales asociados con situaciones de salud). Según los datos del cuadro solamente el 12.1% del universo de Hogares hondureños fueron identificados, según cifras de 1999, como hogares con Necesidades básicas satisfechas y simultáneamente con ingresos superiores al costo de 2 canastas básicas alimentarias.

Cuadro 3

Situación Social de Honduras, Método combinado de LP y NBI en 1999

	Nacional	%	D.Centr al	%	S.P.S.	%	C.Mediana s	%	C.Pequeña s	%	S.Rural	%
Hogares No Pobres por LP y NBI	137,809	12.1	47,511	25.9	28,053	29.1	17,012	20.1	21,418	12.1	23,815	4.0
Hogares Indigentes por LP y NBI	574,121	50.6	43,090	23.5	17,993	18.7	26,362	31.2	81,347	46.1	405,329	68.4
Hogares Pobres por LP y NBI	169,027	14.9	39,849	21.7	18,554	19.2	16,027	18.9	31,141	17.6	63,456	10.7

¹⁶ UNAT: Evaluación del Gasto Social en Honduras. 1999. Pgs. 6-9

¹⁷ El método del ingreso para elaborar la Línea de Pobreza e Indigencia consiste en utilizar el costo de 1 canasta básica alimentaria como criterio de segmentación. Los hogares que no tienen ingresos suficientes para adquirir una canasta básica alimentaria se consideran hogares indigentes y los que no pueden adquirir el equivalente de 2 canastas básicas alimentarias se consideran hogares pobres. Por supuesto, el método ignora las condiciones materiales en que se encuentran ambos tipos de hogares.

Hogares con Ingresos Superiores a 2 Canastas Básicas Alimentarias pero con Indicadores de NBI												
Hogares no Pobres con NBI	85,489	7.5	21,095	11.5	16,812	17.4	9,975	11.8	12,986	7.4	24,621	4.1
Hogares con Necesidades Básicas Satisfechas pero con Ingresos Inferiores a 1 y 2 Canastas Básicas Alimentarias												
Hogares Indigentes con NBS	102,096	9.0	16,106	8.8	6,709	7.0	9,069	10.7	17,794	10.1	52,418	8.8
Hogares Pobres con NBS	64,667	5.7	15,731	8.6	8,262	8.5	6,153	7.3	11,855	6.7	22,666	3.8
Total Hogares	1,133,209	100	183,382	100	96,383	100	84,598	100	176,541	100	592,305	100

Fuente: Encuesta de Hogares, Marzo 1999. D.Gral de Censos y Estadísticas

El resto de hogares, o sea el 87.9%, se consideran hogares con carencias materiales o con insuficiencia de ingresos. El cuadro permite describir de manera más prolija el fenómeno de la pobreza; teniendo la particularidad de señalar la existencia de hogares con 1 o más necesidades básicas insatisfechas.

El observar la situación severa del sector rural: 68.4% de hogares indigentes, considerando ambos criterios: NBI e Ingreso, y 10% de hogares pobres, da pie para suponer que $\frac{3}{4}$ partes de la población rural dependen fundamentalmente de la oferta de servicios de la red de establecimientos públicos de salud. Esto, necesariamente, implica que dentro de las estrategias de supervivencia del campo y la ciudad las redes públicas de servicios de salud se convierten cada vez más en un soporte insustituible de reproducción social. Adelante se describe el crecimiento de las tasas de consulta por enfermedades que refieren o vinculan el estado nutricional y de higiene en los hogares indigentes y pobres de los sectores sociales más desfavorecidos.

Para los fines de las situaciones prevalecientes en materia de salud, en los últimos años, este tipo de información es crucial en la medida que los aspectos concernientes a las condiciones de vida indican o ayudan a describir el tipo de medidas que los tomadores de decisión pueden proponer y ejecutar para; justamente, coadyuvar en la prevención de un deterioro mayor de las condiciones de vida de los más desfavorecidos.

2.1.- La situación Social de la Población Más vulnerable

Los niños y los ancianos y las madres solteras de los hogares indigentes y pobres constituyen la población más vulnerable ante diversas problemáticas de salud y condiciones

de vida. En segunda instancia, los pobladores analfabetas o de muy baja escolaridad constituyen otro grupo vulnerable debido a la percepción de muy bajos niveles de ingreso y su desventaja al momento de acceder a la oferta de puestos de trabajo.

La situación de la niñez hondureña, afectada principalmente por desnutrición y vulnerabilidad ante enfermedades evitables, puede percibirse apropiadamente a través de la información ofrecida por los censos de talla escolar. Se asume que los niveles de desnutrición reportados por estos censos levantados entre los alumnos de primer grado de todas las escuelas del país, constituyen una aproximación al nivel real de disponibilidad de alimentos en los hogares y que afecta a los niños de todas las edades y adultos. Es decir, las cifras de desnutrición reportadas entre los niños indican; de igual forma, los niveles de desnutrición prevalecientes en los hogares. De acuerdo con las cifras del cuadro que abarca el período 1986-1997, la desnutrición en los niños de 1er grado de todo el país se estima en torno del 40%. Esta situación es más acusada en el sector rural donde dicha proporción se estima en 47% en el último año (1997) del que se dispone información. La situación nutricional de los niños del sector urbano es relativamente más favorable; sin embargo, el análisis de la serie de 7 años revela una tendencia creciente a partir de 1993. Es sostenible la idea de asociar la situación nutricional de los niños con una mayor predisposición a enfermar y; por ende; a demandar mayores atenciones de la red pública de servicios.

Cuadro 4

**Censos de Talla Escolar en Escolares de Primer Grado
Prevalencia de Desnutrición Según Áreas de Residencia**

	1986	1991	1993	1994	1995	1996	1997
Total	39.8	34.1	35.5	38.1	38.6	38.0	40.6
Urbano	n.d	24.4	26.0	27.2	27.6	26.1	28.5
Rural	n.d	40.8	40.6	44.1	44.7	44.7	47.6

Fuente: UNAT: Estudio sobre Gasto Social, 1999

Los problemas particulares de la niñez hondureña no se circunscriben solamente a la ausencia estructural de satisfactores alimentarios; realmente son afectados cuando los padres de familia en situación de indigencia y pobreza les presionan para abandonar la escuela y convertirse en aportantes de ingresos. En el cuadro, en las dos últimas dos filas, se consigna la magnitud de niños (6 – 12 años) y jóvenes (mayores de 12 años y menores de 18 años) que las encuestas de 1997 y 1999 identificaron como niños y jóvenes trabajadores.

Cuadro 5: Resumen de Indicadores Sociales Asociados con el Empleo. 1997-1999

Indicadores Sociales	1997	1999
<i>Población en Situación de Pobreza</i>	17.4%	17.3%
<i>Población en Situación de Indigencia</i>	48.4%	48.6%
<i>PEA habitando Viviendas Inadecuadas</i>	20.4%	17.7%
<i>PEA habitando Viviendas sin Servicios Básicos</i>	11.6%	11.7%
<i>PEA Ocupada de baja Productividad (Analfabetas y con algún grado de Educación Primaria)</i>	75.8%	75.6%
<i>PEA Ocupada con ingresos inferiores a 1 salario Mínimo.</i>	50.1%	48.9%
<i>Desempleo Abierto</i>	4.0%	3.7%
<i>Trabajo Infantil/Juvenil</i>	418,566	419,148
<i>Trabajo Infantil (6 – 12 años)</i>	130,899	131,082
<i>Trabajo Juvenil (mayores de 12 y menores de 18 años)</i>	287,667	288,066

Fuente: UNAT:Panorama General del Empleo. Junio 2,000.

Esta cifra de más de 400 mil niños y jóvenes integrados plenamente a los mercados laborales, en 1997 y 1999, es; también, indicativa de la racionalidad prevaleciente en los hogares indigentes y pobres que “*aprovechan*” el potencial de aporte de ingreso de los miembros del hogar de menor edad aún cuando haciendo eso perpetúan el ciclo de producción y reproducción de la pobreza e indigencia: los niños analfabetas o con baja escolaridad pronto se convertirán en trabajadores adultos de bajos ingresos. Estos formarán hogares con muy baja capacidad generadora de ingresos y harán surgir niños de nuevo afectados por la desnutrición y; posteriormente, niños con alta probabilidad de insertarse muy temprano en los mercados laborales. En el mismo cuadro puede observarse que la magnitud de trabajadores de todo el país analfabetas o sin completar algún grado de educación primaria abarca un 75% de todos los trabajadores del país. El ritmo y la lógica que preside la reproducción de los hogares indigentes y pobres del campo y la ciudad, es un factor de gran peso para los sistemas públicos de salud; principalmente por la magnitud de la presión presente y futura para el conjunto de la red de hospitales y centros de salud.

Las situaciones sociales de carácter estructural –como la pobreza y la situación de los grupos sociales más vulnerables- tienen y seguirán teniendo una relación directa con la oferta y con la capacidad de respuesta de la Secretaría de Salud.

Otro de los grupos sociales más desfavorecidos de Honduras son las madres solteras y los miembros dependientes de estos hogares. La acumulación de roles y responsabilidades para mujeres que solas enfrentan todas las necesidades básicas de todos los miembros, hace

aparecer a estas personas en una situación particularmente difícil y cuya situación fácilmente deriva en otros problemas sociales relacionados con el sistema de salud pública. De acuerdo con las cifras del cuadro siguiente: 136 mil hogares (aproximadamente 700 mil personas) son hogares indigentes conducidos por madres solteras. Sobresale en el cuadro 6

Cuadro 6
Hogares en Situación de Indigencia
Participación de Hogares Indigentes conducidos por Madres Solteras.1999

Dominios Geográficos	Participación de Hogares Indigentes con Jefatura Femenina		
	Total Hogares Indigentes	Hogares no Integrados (Jefatura Femenina)	%
Nacional	574,121	136,190	23.7
Tegucigalpa	43,090	16,246	37.7
San Pedro Sula	17,993	7,434	41.3
Ciudades Medianas	26,362	4,421	16.8
Ciudades Pequeñas	81,347	25,855	31.8
Sector Rural	405,329	82,234	20.3

Nota: los hogares indigentes se conceptúan como aquellos que padecen 2 o más NBI y simultáneamente no tienen ingresos suficientes para adquirir una canasta básica alimentaria.

Fuente: Estrategia de Combate a la Pobreza desde la Perspectiva de la Sociedad Civil. Agosto, 2000 (Interforo)

la considerable proporción que representan estos hogares respecto del universo de hogares indigentes de Tegucigalpa y San Pedro Sula: 37.7% y 41.3% respectivamente. Esto significa que existe una alta concentración de hogares indigentes con jefatura femenina en estas dos ciudades y; dados los mayores riesgos potenciales de salud-enfermedad, se supone que la gradual acumulación de estos hogares en las ciudades mencionadas también genera otros problemas sociales relacionados directa e indirectamente con la red de establecimientos de salud.¹⁸

2.2.- Situación reciente Acerca del Gasto social

Aún desde antes de la incidencia del Huracán Mitch, existía la percepción de la insuficiencia del gasto social frente a los problemas confrontados en: salud, educación, vivienda, agua y saneamiento. Comparando la magnitud del gasto social en Honduras respecto de otros países fácilmente se arriba a la conclusión de la existencia de una creciente brecha en servicios básicos como salud o educación:

¹⁸ “El INFA estima que, por lo menos, tres mil niños deambulan por las calles de las principales ciudades del país, sin esperanza de atención. El 79% de estos niños proviene de familias que viven en condiciones de subsistencia y la inmensa mayoría viene de familias desintegradas”. Cfr. Estrategia de Combate a la Pobreza desde la Perspectiva de la Sociedad Civil.” Interforo. Op Cit. p.40.

“Honduras ha destinado una proporción de 34% de Gasto Social con respecto al Gasto del Gobierno Central en el período 1990-1997. Esta proporción es casi la mitad con respecto a países como Chile y Costa Rica que observan niveles de L.1,547 millones para 1997, el cual representa una proporción alrededor de 14.3% desagregada en 9.6% para educación y 4.7% para salud.

De acuerdo a la Iniciativa 20/20, Honduras tiene una diferencia de 5.7% para alcanzar la meta de 20% en atención primaria de salud y educación respecto al gasto total del Gobierno Central. En términos absolutos esa diferencia significa una brecha de L.603 millones que el Estado tendría que reasignar a los Servicios Sociales Básicos. De acuerdo a la Iniciativa 20/20, además se deben lograr metas universales en el mediano plazo. Estimaciones preliminares indican que Honduras requiere L.1,609.1 millones en términos reales para eliminar los déficit en educación y salud primaria. Por consiguiente aun cuando el Gobierno alcanzara la meta del 20%, no lograría metas universales en los servicios básicos. Agregando los daños causados por el huracán Mitch en los Servicios Básicos de Salud y Educación., Honduras necesitaría un monto aproximado de 2,774.1 millones en lempiras constantes.”¹⁹

2.3.- Manifestaciones del Proceso de Deterioro Social en Relación con la Red de Servicios Públicos de Salud.

No obstante el leve mejoramiento de la pobreza medida con indicadores de ingreso monetario en los hogares, la red de servicios públicos de salud ha venido confrontando problemas ante el crecimiento del volumen de consultas y de atenciones en general, en establecimientos del tipo CESAR y CESAMO y en la red de establecimientos hospitalarios del país: de 3.9 millones de atenciones en 1988 a 6.2 millones en 1998²⁰, equivalente a tasas de crecimiento muy superiores al crecimiento poblacional en el mismo período.

¹⁹ UNAT, Op. Cit. p.32.

Los problemas generales de financiamiento que afectan al sector salud han logrado; sin embargo, variaciones importantes en algunos indicadores de bienestar en salud:

“Honduras ha experimentado importantes cambios en sus indicadores de sobrevivencia, morbilidad y atención médica y preventiva que reflejan los esfuerzos de las políticas de salud establecidas por los diferentes gobiernos desde los años 80s. La tasa de mortalidad infantil que alcanza un nivel de 40.2 por mil nacidos vivos, ha descendido en 60% respecto al nivel observado en 1980. No obstante la misma es todavía 39% mayor que la tasa estimada para los países con Alto Desarrollo Humano, y 57.4% superior al valor estimado para los países industrializados.

Pese a los progresos en algunos indicadores de salud, la reciente situación social, marcada por el deterioro creciente de las condiciones de vida, cada vez genera otras problemáticas sociales que impactan la capacidad de respuesta del sistema de salud pública. Según el Ministerio público, la generación de hechos violentos expresa en los últimos tres años tendencias que reflejan la incapacidad nacional de contener las expresiones de violencia y del clima delictual en general. Los hechos violentos en franco proceso de crecimiento, son indicativos del crecimiento de un tipo particular de situaciones de salud-enfermedad que exigen la inversión de niveles crecientes de recursos en la red de hospitales nacionales. El crecimiento de estos problemas; producto en gran parte de la acumulación creciente de hogares indigentes y pobres en ciudades como Tegucigalpa y San Pedro Sula, se constituye a la larga en un ordenador del proceso de asignación de recursos de todo el sistema de salud. Más: cirujanos, equipo, enfermeras, paramédicos y otros recursos para el sistema hospitalario puede desvirtuar la capacidad planeada de atención en los establecimientos de salud del sector rural. (Ver, adelante, lo concerniente a la distribución de recursos humanos en salud según estratos de NBI)

Estos problemas de salud cuya creciente expresión impacta también la red de establecimientos hospitalarios, reflejan el advenimiento de condiciones de inseguridad ciudadana y el endurecimiento de problemas crónicos en el país: pobreza, desempleo, subempleo y clima económico recesivo después del paso del Huracán Mitch. La

²⁰ Cfr. Boletín de Estadísticas de Atención Ambulatoria. Secretaría de Salud. 1998

multiplicación de casos de: asaltos bancarios, secuestros, violencia y actos delictivos de pandillas, son todos elementos que permiten aproximarse a la realidad prevaleciente en los hogares: a las carencias materiales crónicas en los hogares se suman ahora: carencias en el sistema de valores, frustración, alcoholismo, desintegración familiar, precocidad sexual y otras manifestaciones inherentes a la vida cotidiana.

Parece claro que la sociedad hondureña de principio de siglo es y será marcadamente diferente a la sociedad de los últimos veinte años y; como es de esperar, los sistemas públicos de salud tendrán que enfrentar esta complejidad creciente de la sociedad.

Además de los problemas típicos de las grandes aglomeraciones de las ciudades; también el sector rural genera problemas crecientes y relativamente inéditos para la red de establecimientos: cada vez mayor ocurrencia de casos de intoxicación por plaguicidas debido a la agricultura tradicional y no tradicional vinculada con mercados externos.

IV.-Análisis General de la Situación de Salud.²¹

1.- Utilidad del ASIS-SCV Nacional para los Tomadores de Decisión

El Análisis de Situaciones de salud según condiciones de vida ASIS-SCV, parte de un supuesto básico consistente en vincular la distribución de algunos eventos de salud-enfermedad con la particular distribución geográfica del fenómeno de la pobreza. Este supuesto de partida no entraña, necesariamente, una percepción academicista o teórica sobre los patrones geográficos de distribución de las enfermedades; realmente proviene de la necesidad de apoyar los procesos de equidad social en salud que presiden las agendas de reformas vigentes para todo el sector salud. Es decir, en el proceso de llegar con soluciones eficaces a los pobladores más pobres y/o más alejados de la red de servicios, se hace necesario distinguir: ¿Cuáles son las morbilidades que más afectan a los pobladores de los municipios con menor y mayor pobreza del país?, ¿Cuáles de las mismas pueden ser erradicadas con determinadas políticas sanitarias?, ¿Qué tipo de recursos demanda el mejoramiento del nivel de bienestar en salud de los pobladores más postergados?

Los indicadores convencionales del sector salud, como los consignados en el cuadro 7, revelan en gran medida la naturaleza de medidas que deben efectuarse para obligar la expresión modificada de determinados problemas de salud. Así, la relativa baja esperanza de vida, puede aumentarse muy rápidamente con una drástica reducción de la tasa de mortalidad infantil. Aunque ello es cierto, no puede saberse con certeza en que espacios-población deben enfatizarse los programas de supervivencia infantil; ello debido particularmente a la situación de elevada heterogeneidad social del país.

Cuadro 7
Algunos Indicadores Básicos del Sector Salud
1970-1998

Indicador	1970	1980	1990	1998
Esperanza de Vida	54	64	64.9	69.9
Mortalidad Infantil x 1000 nacidos vivos	110	78.6	52.7	42.0
Mortalidad Materna (x cada 100,000 nacidos vivos)			221	182 ¹
Cobertura de vacunación	n.d.	69	81.8	94.2
Porcentaje de Población sin Acceso a Agua Potable	n.d.	59	48.0	25.1
Porcentaje de Población sin ¹ Acceso a Saneamiento	n.d.	42.3	67.0	26.2
Tasa de desnutrición Crónica	n.d.		34.4	38.5

Fuente: UNAT, Estudio sobre Gasto Social, 1999 y Como Lograr Salud para Todos. BM. Estudio sobre el Gasto Social y su eficiencia, Ruta Social. 1996. Informe de Desarrollo Humano E Indicadores Básicos de la Secretaría de Salud. 1999.

Igual situación prevalece con la mortalidad materna o la cobertura de vacunación: se requieren de disponer de indicadores geográficos más precisos para identificar las zonas geográficas de mayor prioridad para propiciar un cambio substancial en los niveles de bienestar de esas regiones y del país en general.

La proporción de hogares sin acceso a agua o redes de saneamiento es; según los datos del cuadro, un elemento de caracterización sobre las condiciones prevalecientes en algunos lugares apartados del país. Sin embargo, también en estos casos se precisa de elementos más precisos para los fines propios de la salud pública.

La población hondureña, desde muchos años atrás, ha estado padeciendo eventos de morbilidad y mortalidad donde sobresalen las enfermedades infecciosas. Se ha controlado la incidencia de algunas inmunoprevenibles; empero, ganan cada vez más terrenos las enfermedades de transmisión vectorial y; además, comienzan a notarse casos de las enfermedades denominadas: enfermedades de la transición epidemiológica. Esta situación que año con año se repite, parece indicar el arraigo o consolidación de factores predisponentes o facilitantes en el seno de los hogares. El cuadro siguiente en el cual se percibe la morbilidad general que afecta a Honduras ayuda, realmente, a dar cuenta de las medidas generales que deben tomarse para propiciar una re-expresión de estos problemas; sin embargo, no existe forma de vislumbrar la distribución geográfica de estos problemas.

¹La tasa de mortalidad materna que es el cociente de muertes maternas y niños nacidos vivos difiere de la razón de mortalidad (muertes maternas entre mujeres en edad fértil). La Secretaría de Salud ha venido evaluando la evolución de la tasa de mortalidad materna y; adicionalmente, en algunos documentos oficiales se agrega este nuevo indicador, razón de mortalidad, que no es comparable con el primero. (Cfr. Investigación sobre mortalidad materna y de mujeres en edad reproductiva en Honduras. Año, 1999)

Cuadro 8
Honduras: Indicadores de Morbilidad

	1998		1999	
	Número	Tasa	Número	Tasa
Enfermedades Infecciosas				
Infecciones Respiratorias Agudas	1,025,284	17,817	455,914	7,538
Diarreas	288,853	4,895	247,142	4,086
Casos de Cólera	127	2.2	57	0.9
Enfermedades Inmunoprevenibles				
Confirmados de Poliomielitis	0	0	0	0
Sarampión en menores de 5 años	0	0	0	0
Casos de Difteria en menores 5 años	1	0.11	0	0
Tos ferina en menores de 5 años	42	4.7	145	2.3
Tétano Neonatal	6	3.1	2	0.01
Meningitis Tuberculosis < 15 años	6	0.24	8	0.3
Enf. de Transmisión Vectorial				
Casos de Dengue	28,448	482.1	18,068	298
Casos de Dengue Hemorrágico	33	0.56	69	1.1
Casos de Dengue Clásico	28,415	481.5	17,999	297.5
Casos de Leishmaniasis	1,454	24.6	612	10.1
Casos de Chagas	180	3.1	98	1.6
Casos de Malaria	45,993	779.4	51,911	858
Otras				
Casos de Sífilis (adquirida)	868	14.7	905	15
Casos de Tuberculosis	3,592	60.6	4,392	73
Casos de SIDA	1,377	23.33	983	16
Prevalencia de VIH	13,252	224.6		
Casos de Lepra (Prevalencia)	85	1.5	72	1.1
Casos de Rabia Humana	1	0.02	0	0
Enfermedades Crónicas				
Enfermedades cardiovasculares	11,075	187.7	n.d.	
Casos de Cáncer	3,989	67.6	n.d.	
Casos de Diabetes mellitus	2,566	43.5	12,014	199
Casos de trastornos mentales	6,787	115.0	n.d.	n.d.
Casos de anemia	3,827	64.9	n.d.	n.d.

Tasas X 100,000 habitantes. (en 1999 no se incluye el llamado síndrome gripal)

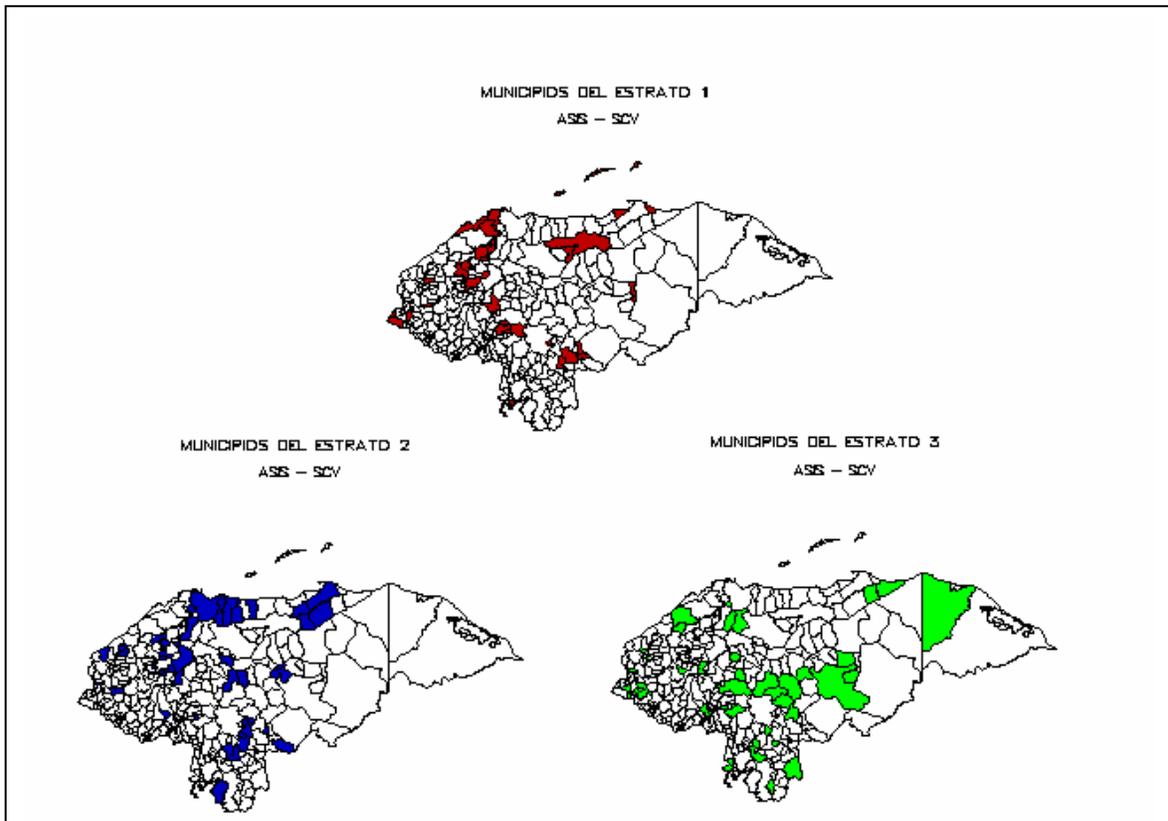
Tampoco resulta fácil especificar los espacios geográficos y poblacionales donde estos problemas observan una expresión particularmente acentuada.

La determinación de estudiar la distribución geográfica de este patrón de morbilidad; plantea al ASIS-SCV la necesidad de especificar los dominios municipales de ocurrencia como alternativa para conocer la realidad sanitaria de los 7 estratos geográficos descritos en la primera parte. La conformación especial de los sistemas de información ha impedido; hasta el momento, disponer del universo de eventos de salud-enfermedad derivables de los reportes de atención de cada establecimiento en cada municipio. Se parte, por ahora, del reporte de enfermedades de comunicación obligatoria como fase inicial de partida para ir descubriendo la naturaleza particular de los problemas de salud-enfermedad en cada estrato. Este método de análisis de la realidad social y sanitaria que comporta el ASIS-CV, parte de una medida de intensidad de la pobreza, al adoptar el criterio de : igual o más de tres NBI como punto de corte de la realidad social hondureña. Al adoptar seis estratos dependiendo

del volumen y proporción de hogares pobres. Al adoptar el municipio como unidad de análisis y; al mismo tiempo, permitir que las regiones y sus respectivas áreas puedan aumentar los dominios de análisis –unidades de análisis aún más pequeñas que el municipio-. La continuidad del análisis de situaciones de salud según condiciones de vida ha permitido y permitirá visualizar la expresión diferenciada de varios problemas de salud según los estratos adoptados y descritos en la primera parte. El resultado preliminar, debido a que más adelante se establecen otras formas de contraste, da pie para generar nuevos espacios de comprensión e intervención desde la salud pública.

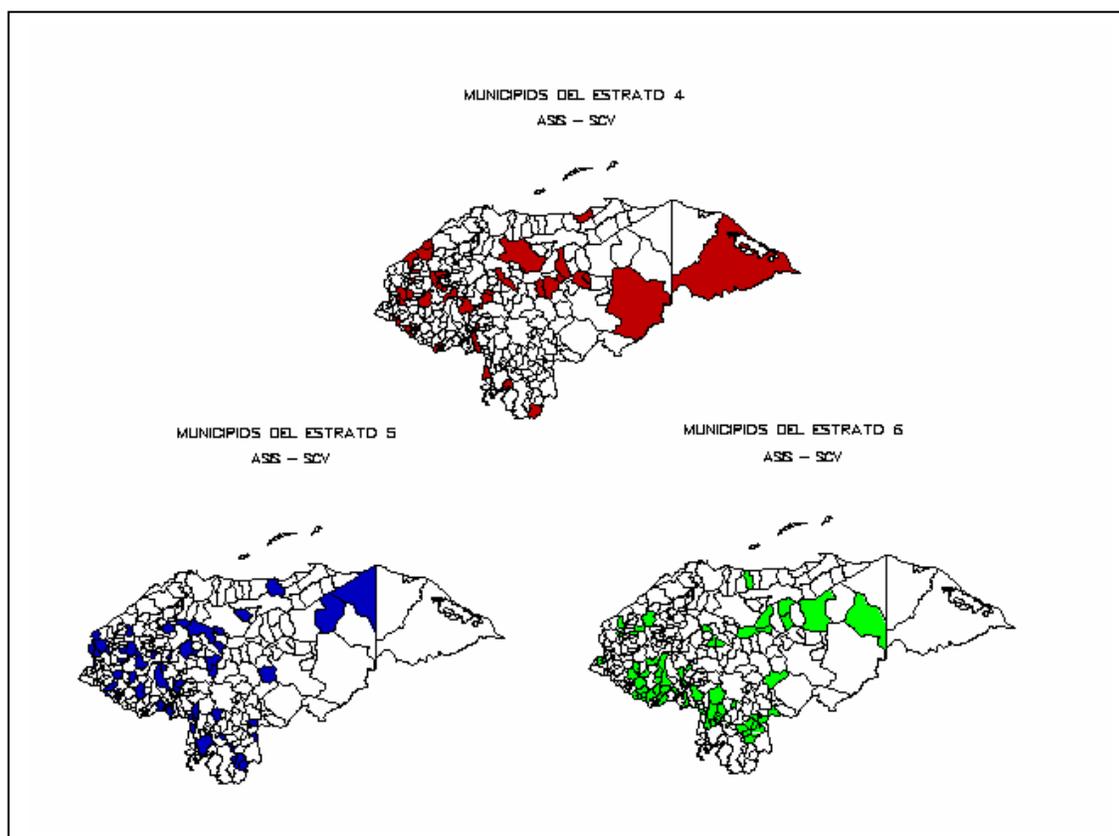
V.- Expresiones de Salud-Enfermedad en Relación con las condiciones de Vida

La estratificación del país, para los fines de identificar patrones homogéneos o diferenciados de salud-enfermedad, implica generar estratos geográficos y poblacionales. A su vez, este procedimiento implica agrupar condiciones económicas y sociales diversas y prevalecientes en cada estrato, las cuáles pueden o no relacionarse estrechamente con las situaciones de salud-enfermedad por ahora analizadas. Observando la configuración espacial de los tres primeros estratos se logra deducir la existencia de algunas particularidades con peso sobre la expresión o generación de determinados problemas de salud.



En efecto, el estrato I representa una importante sección del denominado “corredor del desarrollo” del país donde, además, se ubican los establecimientos hospitalarios de mayor complejidad. Si se intenta agrupar los municipios del estrato I con los del estrato II, se logra una percepción completa del área más desarrollada y urbanizada del país. (En las secciones subsiguientes se analiza las situaciones de salud prevalecientes en cada uno de los estratos.) El mapa de municipios del estrato III, parece conformar una sección de un espacio particular de municipios que podrían denominarse de “desarrollo intermedio” atendiendo a criterios tales como: incidencia relativa de pobreza, grado de urbanización, proximidad a la red de servicios de mayor complejidad y otros criterios que se discuten adelante. Realmente, los municipios del estrato III, por el hecho de agruparse en la región central y sur del país, observan facilidades de comunicación por estar en o cerca de la red de carreteras pavimentadas lo cual supone un flujo continuo de población, desde estos lugares, a la zona más “desarrollada” del país.

La situación cambia; sin embargo, al observar la configuración geográfica del resto de estratos:



Puede percibirse claramente la especial agrupación geográfica de estos estratos; particularmente los del estrato V y VI bastante concentrados en la diagonal que conecta el occidente del país con la región sur (Ocatepeque, Copán, Lempira, La Paz, Choluteca y Valle). Se considera que una pequeña parte de los municipios del estrato III pueden clasificarse como municipios de desarrollo intermedio; mientras que el resto, junto a la totalidad de municipios de los estratos V y VI, se consideran como “*municipios de bajo desarrollo*” y donde probablemente se registren diversas situaciones de inequidad social. Es decir, en situación de postergación social y por ende también afectados por baja cobertura de servicios de salud y educación.

El ASIS-SCV nacional intenta, por un lado, poner de manifiesto lo particular en materia de salud-enfermedad y NBI de cada estrato y; por otro, identificar aquellos aspectos relevantes producto de comparar cada estrato respecto del país y del resto de estratos.(Más adelante, se realiza un análisis estratificado por cada una de las regiones sanitarias del país)

La decisión de crear los estratos tiene como principio básico subyacente la búsqueda de situaciones de inequidad social y; particularmente, las referentes a situaciones de salud-enfermedad. En años venideros el ASIS-SCV podrá instrumentalizarse a fines de propiciar fórmulas más equitativas y más eficaces de inversión en salud. Por el momento, estos análisis constituyen una solución de continuidad a los análisis iniciados en las propias regionales de salud y; además, suministrar a los tomadores de decisión una visión panorámica de la distribución de situaciones y de riesgos de salud que afectan a diferentes grupos de población del país.

Antes de iniciar el análisis general y comparado de los estratos conviene aclarar y enfatizar la existencia inocultable de problemas de: registro, notificación y calidad de diagnóstico en los diferentes tipos de establecimientos de salud. Se sabe que las enfermeras auxiliares a cargo de los CESAR tienen, frecuentemente, una formación insuficiente para diagnosticar y tratar muchas enfermedades. No disponen de recursos laboratoriales de apoyo para confirmar o descartar diagnósticos y; en consecuencia, es muy probable que exista un patrón de casos presuntivos y no confirmados de algunas enfermedades. Aún con estas limitaciones el ASIS-SCV nacional y regional que ahora se presenta, es un esfuerzo primordial considerado como línea de base para sucesivos análisis donde probablemente prevalezca un sistema más seguro y confiable en los flujos de información.

En las secciones siguientes se realiza un análisis general de situación de salud según condiciones de vida, iniciando con el conjunto integral de estratos y prosiguiendo con elementos más particulares de algunas enfermedades.

IV.- Análisis General de Situación de Salud Según Condiciones de Vida

Se parte de asumir la existencia de una amplia heterogeneidad: social, económica, ecológica, cultural y étnica, influyente en la distribución espacial de los riesgos de salud-enfermedad. En efecto, analizando los datos del cuadro, se constata que solamente en los casos de afecciones como faringo-amigdalitis y Varicela se registran tasas de incidencia más o menos semejantes entre la situación general de país y las prevalecientes en los estratos. Otras enfermedades consignadas en el cuadro observan diferencias notables respecto del promedio nacional y entre los propios estratos.

Cuadro 9

Estimación de Incidencia de Enfermedades Seleccionadas a nivel de País y por Estratos

Enfermedades Seleccionadas	Tasas x 100,000 habitantes							Total País
	0	I	II	III	IV	V	VI	
IRA	64,796	72,730	90,060	91,913	92,189	83,355	86,522	79,717
Diarrea	18,490	23,888	31,311	28,422	29,573	25,538	24,913	24,739
Neumonía	6,038	10,316	10,426	8,406	11,055	14,120	13,283	9,646
Disentería	202	200	404	337	440	416	458	320
Cólera	0.2	2.0	0.5	0.6	3.2	2.3	2.4	1.3
Dengue	199	291	440	399	388	313	155	296
Hepatitis Infecciosa	68	74	61	76	42	23	20	56
Tuberculosis	140	72	47	31	35	14	8	67
Gonorrea	2.0	2.4	1.7	3.7	5.8	0.6	0.7	2.4
Sífilis	3.3	0.84	0.75	0.68	0.66	0.20	0.16	1.36
Faringo - Amigdalitis	3,732	2,968	2,921	3,634	3,295	3,250	3,060	3,343
Malaria	422	432	688	1,690	1,426	355	497	722
Chagas	0.24	0.28	0.04	0.25	1.12	0.12	0.02	0.29
Leishmaniasis	0.40	0.39	0.77	1.68	5.39	1.60	9.88	2.29
Asma /Bronquitis	2,346	2,797	4,002	2,753	2,136	1,847	1,309	2,480
Varicela	260	268	340	293	303	260	176	272
Hipertensión	687	534	740	619	491	435	320	577
Diabetes	251	115	371	340	100	73	29	198

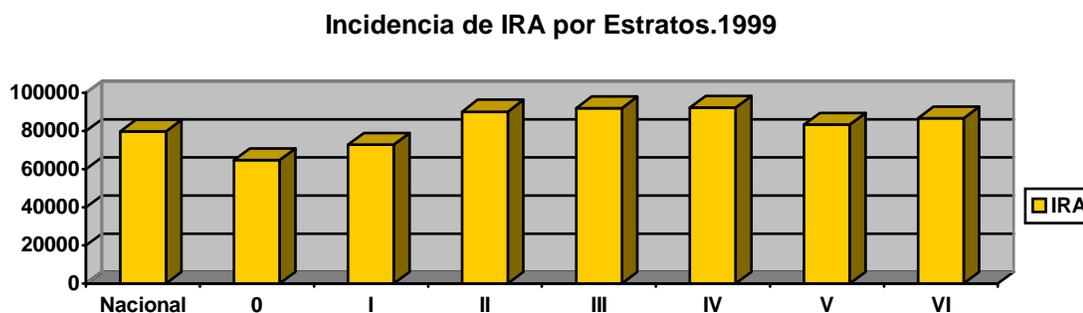
Existen diferencias y particularidades que ponen de manifiesto la expresión, en muchos casos, relativamente mayor de problemas de salud-enfermedad en los estratos más pobres respecto de los estratos con menor incidencia de pobreza extrema. El tratamiento individual de las particularidades mencionadas, por cada una de las enfermedades, proveerá una

imagen más precisa en lo que respecta a diferenciales de ocurrencia de las enfermedades entre los estratos.

Del cuadro anterior vale considerar la posibilidad del sesgo en el estrato cero que implica la mayor concentración poblacional y; por tanto mayor notificación relativa de casos –mayor complejidad de la red de servicios lo cual implica mayor acceso- respecto del resto de estratos con bastante menor concentración de población y con menor acceso debido a la naturaleza de la red de servicios.

1.-Diferencias en afecciones como las IRA.

Del cuadro surge la evidencia acerca de que los estratos más pobres presentan tasas de incidencia de IRA superiores a las tasas de los primeros estratos y del nivel nacional.



Esta situación, concentrando las tasas más altas en los estratos II, III y IV, implica considerar que efectivamente los pobladores de estos estratos estuvieron en 1999 más expuestos a los agentes causantes de: Otitis, Faringitis y Amigdalitis y; además, puede asumirse que los indicadores de condiciones de vida no parecen ser el único factor determinante de las diferencias. Es decir, que existen múltiples factores ambientales con peso sobre dolencias respiratorias.

Se observa que los denominados municipios de desarrollo intermedio (Estratos III y IV) más el estrato II son los que presentan las mayores tasas y quizás ello pudiese implicar diferencias en el acceso de las personas afectadas por IRA a la red de servicios. Es decir, que estas afecciones para muchas personas de los estratos V y VI, relativamente más alejados de la red de servicios (generalmente uno o dos CESAR por municipio), pueden no

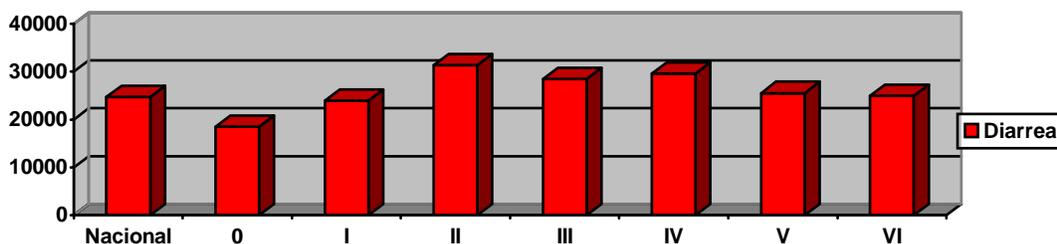
acudir a los servicios ante la ocurrencia de este tipo de afecciones y de esa manera generar las diferencias que se visualizan en el gráfico.

En otras afecciones es también presumible que el acceso y el grado de gravedad percibido por las personas sean aspectos claves en la explicación de las diferencias.

2.-Semejanzas y Diferencias en lo Referente a Diarreas

La situación en torno de Diarrea es semejante a lo observado en IRA: los estratos II, III y IV presentan las mayores tasas por 100,000 habitantes y; además, los estratos de mayor pobreza resultan con tasas promedio superiores a la registradas a nivel de país y en el primer estrato. El gráfico de barras evidencia la semejanza con la anterior afección analizada. Se considera que también en este caso la mayor proximidad relativa de las personas en el estrato II a la red de servicios, y la percepción subjetiva sobre la gravedad de

Incidencia de Diarrea por Estratos.1999



esta afección puede resultar determinante para explicar las diferencias. En teoría, las peores condiciones de vida de los estratos V y VI debieran producir más casos de Diarrea que es un trastorno trazador de las condiciones sanitarias y de higiene en los hogares; sin embargo, esta situación no se confirma en la realidad debido a la mediación o contrapeso de la valoración que realizan las personas sobre cuales eventos de salud-enfermedad son los que ameritan trasladarse desde sus comunidades hasta algún establecimiento de salud. Dentro de la “valoración” pesa igualmente la disponibilidad de recursos monetarios para movilizarse así como la presencia de medios de transporte y el propio nivel educativo, cultural y de conocimientos de las personas como elementos ínter actuantes en los procesos de salud-enfermedad.

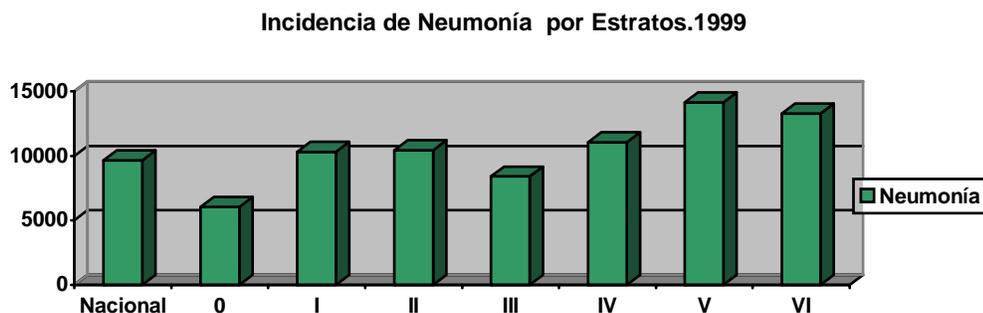
El gráfico de Diarrea aparece, por tanto, muy semejante al de IRA y ello plantea la hipótesis de si se trata de dos afecciones que; a partir del nivel promedio educacional y de

conocimientos de las personas de los estratos V y VI, generan los mismos comportamientos: no necesariamente acuden a la red de establecimientos públicos por afecciones que no consideran graves y/o por el sacrificio económico que implica trasladarse a éstos.

La situación varía drásticamente en afecciones como Neumonía y Disentería lo cual confirma, al parecer, la existencia de una racionalidad de uso de los establecimientos de salud de acuerdo a los elementos consignados.

3.- La Situación de la Neumonía

Esta enfermedad, que afecta principalmente a niños menores de 5 años, se manifiesta claramente superior en los estratos V y VI respecto de la tasa promedio nacional y el resto de estratos: la tasa por 100,000 habitantes de los estratos más pobres es más del 100% superior a la registrada en el estrato cero (Tegucigalpa, San Pedro Sula, Choluteca, Danlí y La Ceiba) donde existe una red compleja de establecimientos públicos y privados de salud. En el gráfico se visualiza el contraste entre los diferentes estratos.



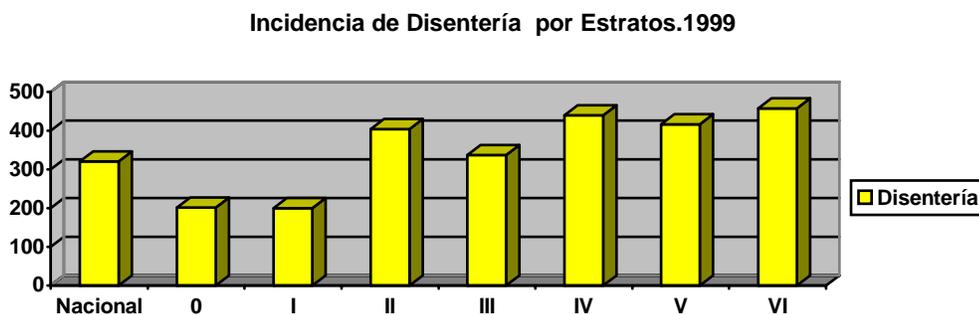
Aquí cabe un análisis diferente por el hecho de mostrar mayor vulnerabilidad de los niños de los estratos V y VI respecto de los estratos menos pobres: en los hogares de los estratos de menor pobreza existen menos casos, en términos proporcionales, de Neumonía, a pesar de la relativa proximidad a la red de servicios. Existe; por tanto mayor producción de casos en los estratos más pobres a pesar de la mayor distancia relativa a los establecimientos. ¿Influirán las condiciones materiales de vida para que se generen mayores casos de Neumonía en los estratos más pobres?.

Los hogares de los estratos V y VI son muy precarios: contruidos con materiales que no aíslan apropiadamente a las personas de la intemperie, generalmente no existe servicio de energía eléctrica y las cocinas suelen alimentarse con materiales que diariamente inundan

de humo las viviendas. Las condiciones nutricionales de los niños de estos hogares son; También, muy precarias y favorecen el agravamiento de dolencias como las IRA. Probablemente esta percepción general sea un tanto diferente al asumir el plano regional y de áreas (ver más adelante) indicando cuáles municipios o áreas sanitarias serían las más vulnerables ante este tipo de dolencias.

4.-La Disentería: Afinidades y Diferencias entre los Estratos

Esta es otra afección que expresa el patrón observado en la Neumonía: los estratos más pobres producen más casos de Disentería que los estratos menos pobres. Esta particularidad, asociada a las anómalas condiciones de higiene en los hogares más pobres, se relaciona también con la valoración que hacen las personas acerca de la gravedad o riesgo de agravamiento y muerte para los afectados. Se observó que la alta incidencia de Diarrea no parecía asociarse con las mayores carencias materiales de vida de los estratos V y VI y; en el caso de Disentería si aparece la alta vinculación. En el gráfico se observa una



concentración de las mayores tasas en los estratos de mayores carencias. El comportamiento de los pobladores ante este tipo de afecciones es muy diferente al observado en el caso de IRA y Diarreas: aunque se encuentren relativamente alejados de la red de servicios los pobladores acuden a los establecimientos. Probablemente solamente Neumonía y Disentería sean las dolencias donde se registra esta situación donde existe una relación directa entre enfermedad y condiciones de vida. En el resto de dolencias es muy probable que intervengan otras mediaciones como es el caso de los recursos disponibles y

la valoración realizada por la población en general acerca de los causales que si ameritan asistir en demanda de atención.

5.- Incidencia de Cólera entre los Estratos

También, en el caso del Cólera se repite la situación de mayor incidencia de casos en los estratos : IV, V y VI. Estos tres estratos –con 63 de los 81 casos registrados en todo el país, aglutinaron el 77.7% del universo de casos de 1999. Tanto en términos de tasas como en términos de casos absolutos de esta enfermedad, parece confirmarse la territorialidad coincidente, en gran medida, con la del fenómeno de la pobreza. Quizás, ello sea indicativo de un patrón histórico subyacente el cual; para ser cambiado, precisa de medidas infraestructurales²² y de promoción de la salud.

En el caso del Cólera, las investigaciones de terreno en cada región sanitaria, pueden marcar las condiciones sociales particulares en que se manifiesta su ocurrencia y así advertir la naturaleza de las condiciones más facilitantes.

6.- Dengue, Hepatitis Infecciosa y Tuberculosis: Formas diferentes de Transmisión y Expresión según Condiciones de Vida.

La morbilidad general por dengue hace aparecer a los estratos II, III y IV como los más afectados por esta enfermedad de transmisión vectorial, a pesar que esta enfermedad ocurre de manera preponderante en los espacios-población más densamente poblados. Es decir: cabe esperar mayores tasas de incidencia en el estrato cero.

Por otra parte, se sabe que gran parte de los municipios más pobres del país ubicados en el macizo montañoso de occidente tienen una menor incidencia respecto de los municipios más poblados, de suelos planos y a poca altura respecto del nivel del mar.

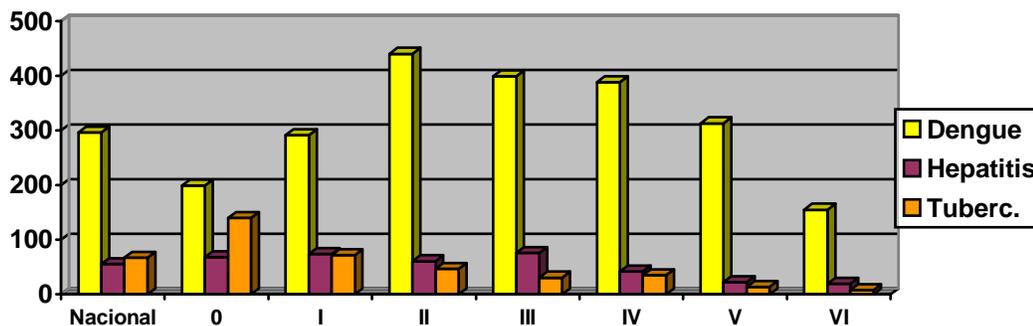
En lo concerniente a Hepatitis infecciosa, más allá de los problemas de diagnóstico enunciados al comienzo, se observa una relación inversa: a menor pobreza mayor incidencia de casos. Investigaciones puntuales sobre la real incidencia de esta enfermedad podrían servir para precisar con certeza los sitios geográficos con mayor riesgo de adquirir

²² La bondad del ASIS-CV en perspectiva nacional tiene; sin embargo, el defecto de no ayudar a deslindar la responsabilidad de tales o cuales autoridades puesto que se trata de muchos municipios separados o muy

esta dolencia.(En los sitios urbanos existe mayor densidad de ventas ambulantes de alimentos preparados bajo condiciones muy deficitarias respecto de higiene)

Igual situación ocurre con la tuberculosis: más casos de Tuberculosis en los estratos menos pobres. El gráfico con las tres dolencias facilita la descripción aunque deja varios interrogantes relacionados con el registro y notificación de casos.

Incidencia de Dengue, Hepatitis y Tuberculosis por Estratos.1999



7.-La Incidencia de las Enfermedades de Transmisión Sexual por Estratos

Enfocando la situación, en perspectiva nacional, de dos enfermedades de transmisión sexual –Gonorrea y Sífilis-. La incidencia por estratos, salvo una excepción notable, muestra que este género de enfermedades responden a un patrón de incidencia netamente urbano y particularmente referido a los estratos 0 y I. Esta situación, en el caso de Gonorrea, tal como lo muestra el cuadro, es bastante menor en los estratos más pobres. (Menor tasa de urbanización y menor comercio y/o promiscuidad sexual). Sobresale; sin embargo, la situación del estrato IV con la mayor tasa de incidencia al igual que el estrato II. Análisis más puntuales dentro de este estrato (IV) probablemente identifiquen municipalidades puerto – con Tasas de NBI entre 40 y 46%- donde se sabe existen varios establecimientos de comercio sexual y donde cada vez más proliferan, relativamente sin control, actividades ambulantes de prostitución en: calles, mercados y en sitios que concentran altos volúmenes de población.

distantes en términos geográficos. No obstante, favorece el diseño o rediseño de programas de alcance

En el cuadro 10, precisamente, se observa los casos y las tasas por 100,000 habitantes y sobresale la situación particular de la Sífilis en cuanto a la elevada concentración de casos en el estrato cero de las ciudades: más del 65% de todos los casos a nivel nacional se registran en territorios netamente urbanos.

Cuadro 10
Incidenca Diferencial de Gonorrea y Sífilis en 1999 y 1998
Según Estratos de NBI

Estratos	Gonorrea - 1999-		Sífilis - 1998 -	
	Número	Tasa	Número	Tasa
0	458	26	577	33
I	181	22	69	9
II	254	33	57	7
III	113	16	48	7
IV	239	33	48	7
V	71	11	13	2
VI	43	7	10	2
Total	1,359	22	822	14

El análisis de la incidencia de Sífilis muestra un patrón aún más acentuado: los estratos 0 y I, con mucha menor incidencia relativa de hogares en situación de extrema pobreza, presentan tasas mucho mayores que en los estratos de mayor postergación social. Parece claro que las ETS, se manifiestan por ahora de manera preferente en los sectores más urbanizados y de mayor desarrollo relativo. ¿Seguirá así en los años venideros?. El ASIS-SCV plantea, precisamente, estudiar las tendencias nacionales y por estratos de estas y otras enfermedades según sea posible a partir del sistema de información.

8.- Incidencia de Malaria, Chagas y Leishmaniasis por Estratos

Este grupo de enfermedades genera indicaciones sobre el carácter particular de distribución de acuerdo a la mayor o menor densidad de pobreza en los estratos. Así, aparece una relación directa entre Leishmaniasis y los estratos con mayor pobreza: 102 por 100,000 habitantes en el estrato VI respecto de tasas de 4, 8 y 18 en los primeros cuatro estratos. En lo referente a Chagas el estrato IV presenta la mayor tasa de incidencia respecto de todo el resto de estratos. Situación similar acontece en el caso de Malaria pero con la diferencia de

nacional promoviendo un énfasis sobre los sitios geográficos más vulnerables.

que las mayores tasas ocurren en los estratos III y IV. Este tipo de dolencias está asociado a condiciones ambientales y características geográficas específicas, las cuales existen en algunos estratos mientras que están ausentes en otros.

Cuadro 11
Tasas de Incidencia (por 100,000 habitantes) de Malaria, Chagas y Leishmaniasis 1998 (Malaria) y 1997 (Chagas y Leishmaniasis)

Enfermedades/Estratos	0	I	II	III	IV	V	VI	Nacional
Malaria	422	432	688	1,690	1,426	355	497	722
Chagas	2	3	0	3	12	1	0	3
Leishmaniasis	4	4	8	18	56	16	102	23

Incidencia de Hipertensión y Diabetes por Estratos

Estas dos afecciones presentan un patrón de ocurrencia sesgado a los estratos más urbanizados y a los menos pobres. Coincidentemente, la tasa promedio nacional de ambas es superior a la registrada en los estratos más pobres. Es probable que prevalezcan problemas de notificación y subregistro por la capacidad de las enfermeras auxiliares que conducen establecimientos del tipo CESAR; aunque también es probable que los modos y estilos de vida de espacios urbanos y rurales marque una importante diferencia; incluso por encima de las que puedan existir por las condiciones materiales de vida. En el cuadro 12 se muestran las tasas muy diferentes que; sin embargo, reflejan el carácter más urbano y concentrado sobre estratos con magnitudes pequeñas de pobreza extrema. El ASIS-SCV de años venideros deberá estudiar a profundidad la espacialidad de este tipo de problemas que parecen ganar cada vez más terreno.

Cuadro 12
Tasas de Incidencia de Diabetes e Hipertensión en 1999

Enfermedades/Estratos	0	I	II	III	IV	V	VI	Nacional
Hipertensión	687	534	740	619	491	435	320	577
Diabetes	251	115	371	340	100	73	29	198

Llama la atención que en el estrato II se concentren las mayores tasas de incidencia; muy por encima de la tasa nacional de ambas enfermedades. No se conocen estudios de Diabetes para confirmar o negar la distribución geográfica sugerida en el cuadro.

10.- ¿Refleja el ASIS-SCV un problema Marcado de Desigualdad en el Acceso?

Muchos de los comentarios de las secciones anteriores pueden invalidarse si se verifica que existe un patrón muy acusado de desigualdad en el acceso. Es decir, si se comprueba la menor frecuencia relativa de visita a los establecimientos públicos de salud entre los pobladores de los estratos más postergados. Sin embargo, el análisis de cobertura refleja tasas semejantes, entre los pobladores de los siete estratos, de acceso a los servicios tal como se muestra en el cuadro 13. Es decir, según las cifras, no puede sustentarse la idea bastante diseminada acerca de la tasa de visitas y consultas de los pobladores más pobres.

Cuadro 13
Cobertura de Atención en Salud Por Estratos de NBI
Año : 1999

Estrato	Población General	Atenciones Nuevas		Atenciones Totales	
		No.	% de Cobertura	No.	Atenc/Habitante
0	1,772,364	931,937	53	2,022,958	1.1
I	817,343	346,285	42	690,563	0.8
II	762,567	379,729	50	818,453	1.1
III	709,634	411,087	58	817,912	1.2
IV	729,472	385,102	53	801,102	1.1
V	641,991	292,214	46	666,833	1.0
VI	614,466	319,920	52	669,870	1.1
Total	6,047,837	3,066,274	51	6,487,691	1.1

Efectivamente, los indicadores de primeras consultas respecto de la población de los siete estratos así como las tasas de atención por habitante ponen de manifiesto la inexistencia de diferencias apreciables en los niveles de asistencia a los establecimientos de salud. Y, como ya se ha dicho, no se invalida lo afirmado en las secciones anteriores. Ello no obsta para no reconocer la calidad de acceso de unos estratos respecto de otros: Mientras los pobladores de los primeros estratos suelen asistir a CESAMOS y Hospitales con mayor concentración de recursos humanos y tecnológicos, los pobladores de los estratos más postergados acuden mayoritariamente a establecimientos del tipo CESAR conducidos por enfermeras auxiliares y con una gama limitada de respuestas frente a los problemas de salud que les son inherentes. (Más adelante, en secciones subsiguientes, se analizan las tasas y causas de egresos hospitalarios donde, justamente, se refleja la desigualdad de acceso de los pobladores mas pobres a las redes de establecimientos con mayor poder resolutivo)

11.- ¿Los estratos de NBI del ASIS-SCV reflejan la existencia de desigualdades sociales ante el riesgo de Morir?

Es difícil obtener una respuesta categórica a la interrogante planteada; se sabe de los problemas de subregistro de la información sobre nacimientos y defunciones. Sin embargo; el análisis por estratos de las defunciones hospitalarias permite esbozar una respuesta que quizás, más adelante, con el avance del ASIS-SCV, pueda sustentarse mejor. Partamos, por ahora, de lo existente y que se resume en el siguiente cuadro 14:

Cuadro 14
Muertes Hospitalarias según Estratos de NBI
1999*

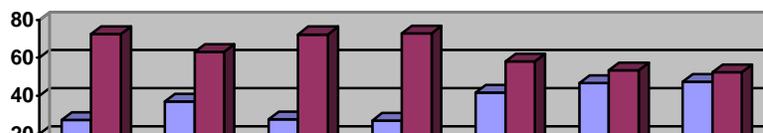
	Total Muertes Hospitalarias	Muertes Hospitalarias por Enfermedades Infecciosas	%	Muertes Hospitalarias por Enfermedades no Infecciosas	%
Estrato 0	768	211	27.4	557	72.5
Estrato I	367	136	37.0	231	62.9
Estrato II	390	108	27.6	282	72.3
Estrato III	309	84	27.1	225	72.9
Estrato IV	246	103	41.8	143	58.1
Estrato V	176	82	46.6	94	53.4
Estrato VI	118	56	47.4	62	52.5

*Datos tomados del reporte de principales causas de muertes hospitalarias. Excluyendo muertes por VIH-SIDA en todos los estratos y muertes por causas desconocidas, también en todos los estratos

El análisis de los datos del cuadro, refleja que en los estratos menos pobres (del 0 al III) las $\frac{3}{4}$ partes de las muertes seleccionadas son por causa de enfermedades no infecciosas: solamente un 30% son muertes causadas por enfermedades infecciosas. En los estratos más pobres esta relación casi resulta invertida: casi la mitad de las muertes en el sistema hospitalario de personas que vivían en los estratos IV, V y VI se clasifican como muertes por causas infecciosas.

Esto parece indicar la existencia de un riesgo diferenciado: los pobladores de los estratos más pobres, a pesar de estar más alejados de la red de servicios hospitalarios, tienen mayores posibilidades de morir en un hospital por causa de una enfermedad infecciosa o evitable. En el gráfico de la siguiente página puede visualizarse el patrón de diferencias ante el riesgo de morir en los establecimientos hospitalarios públicos del país.

Mortalidad Hospitalaria por Estratos de NBI en 1999 en %



El gráfico también ayuda a percibir la idea que se desprende del cuadro anterior: conforme se avanza en los estratos aumenta la proporción de muertes por enfermedades infecciosas. Sin duda, este es un problema estrechamente relacionado con el acceso económico a la red de servicios hospitalarios y; también, es un problema relacionado con el reconocimiento de signos y síntomas de peligro por parte de los pobladores de los estratos más pobres. Si estos pobladores no son capaces de; por ejemplo, reconocer las señales de la Neumonía grave lo seguro es que arriben a los Hospitales en un estado de salud crítico. Esto refiere; a su vez, problemas de promoción de la salud y de organización de los pobladores en torno al problema de prevenir las enfermedades infecciosas.

12.- La distribución de los Recursos Humanos en Salud: ¿ Existe o no un patrón de inequidad en la distribución de los recursos humanos?

La distribución de recursos humanos en salud obedece a políticas; éstas no siempre se concretan en la práctica debido a las rigidez de los sistemas administrativos y también a la falta de diagnósticos situacionales frecuentes. El ASIS-SCV; ya en 1998 mostró el cuadro siguiente y estableció la marcada inequidad en perjuicio de los municipios que se encuentran en los estratos más pobres.

Cuadro 15

Distribución de los Recursos Humanos en Salud Según Estratos de NBI
1997 (Tasa X 10,000 habitantes)

	Médicos	Auxiliares de Enfermería	Promotores de Salud	Inspectores	
Estrato 0	2.2	4.5	0.7	0.9	
Estrato I	1.3	4.3	0.8	0.6	
Estrato II	1.3	5.1	0.8	1.1	
Estrato III	1.6	5.2	1.0	0.9	
Estrato IV	1.5	4.6	1.0	0.9	
Estrato V	1.5	4.6	0.6	0.6	
Estrato VI	0.9	3.6	0.9	0.3	
País	1.6	4.5	0.8	0.8	

Posiblemente, los propios procesos del ASIS-SCV regional ya han modificado la distribución de recursos. Sin embargo, resta por saber si hay algunas regiones donde persiste la disparidad en la distribución de médicos, enfermeras e inspectores. Los promotores es el único recurso que en 1997 aparecía, en algunos estratos, por encima del promedio nacional: 0.8 por cada diez mil habitantes.

Según datos suministrados por el SIGAF en 1999, la situación revela un considerable agravamiento en perjuicio de los estratos más pobres tal como se observa en el cuadro 16.

Cuadro 16
Distribución Comparada de Recursos Humanos en Salud
Según Estratos de NBI

	Médicos 1997	Médicos 1999	Auxiliares de Enfermería 1997	Auxiliares de Enferm 1999	Promotores de Salud 1997	Promotores de Salud 1999	
Estrato 0	2.2	5.7	4.5	13.3	0.7	0.8	
Estrato I	1.3	1.2	4.3	4.7	0.8	0.5	
Estrato II	1.3	1.7	5.1	7.5	0.8	0.9	
Estrato III	1.6	1.2	5.2	5.6	1.0	0.8	
Estrato IV	1.5	0.8	4.6	5.0	1.0	0.7	
Estrato V	1.5	0.3	4.6	2.1	0.6	0.4	
Estrato VI	0.9	0.2	3.6	1.9	0.9	0.4	
País	1.6	2.3	4.5	7.2	0.8	0.7	

Tanto en médicos como en auxiliares de enfermería y promotores de salud; se confirma la existencia de un agravamiento considerable en perjuicio de los estratos más pobres del país.

Menos recursos humanos especializados en atención en salud significan claramente mayor vulnerabilidad de los pobladores de estos estratos frente a la enfermedad y la muerte.

¿Es sustentable afirmar que la expresión de problemas de salud se relaciona con determinada distribución de los recursos?. Probablemente la respuesta sea afirmativa y no admita discusión, los cuadros 15 y 16 han puesto en evidencia; al menos, que los municipios más pobres disponen de menores recursos a lo largo del tiempo. ¿Saben los pobladores, alcaldes y políticos que esto ha existido por largos años y ha influido sobre la morbilidad y mortalidad prevaleciente? Por ello, cabe inquirir o cuestionar sobre los mecanismos institucionales capaces de revertir este tipo de tendencias. Este es, precisamente, uno de los retos del ASIS-SCV: socializar este conocimiento para buscar nuevas y duraderas soluciones a los problemas.

Es altamente probable que los factores explicativos de que ciertos recursos humanos en salud no se ubiquen en los sitios consignados en los contratos o acuerdos de trabajo; no solamente sean reflejo de la política de administración de Recursos Humanos de la Secretaría sino; principalmente, de la influencia marcada de factores políticos ajenos a las decisiones y normativas del sistema. En todo caso, el conocimiento de esta problemática implica nuevos cursos de acción que permitan aplicar el principio de equidad en la distribución de recursos en salud.

En las páginas siguientes se aborda el ASIS-SCV en los planos: Regional, municipal y de área. Este tipo de aproximación supone una mayor visión y perspectiva para identificar la naturaleza de las prioridades de cada entorno.

V.- Análisis de Situaciones de Salud- Enfermedad Según Condiciones de Vida en el Nivel Regional

1.- Perspectiva Global de las Regiones Sanitarias de Honduras

El país cuenta con 9 regiones sanitarias. Cada región está organizada en áreas de salud las cuales totalizan 41 en todo el país. Debido a la heterogeneidad económica, ecológica y social de cada región, los problemas y situaciones de salud son, como se verá adelante, diferentes. Cada región contiene particularidades incluyendo la propia dotación de infraestructura sanitaria y la red de establecimientos públicos existentes.

Una adecuada aproximación a la heterogeneidad de cada una de las regiones existentes, consiste en observar: municipios adscritos, áreas de salud, población en 1999, proporción de hogares con más de 3 NBI y tipo de establecimientos públicos de salud. Es decir, tales aspectos revelan elementos claves para reconocer la expresión diferenciada de los problemas de salud.

1.1- Descripción General de las Regiones Sanitarias del País

El país cuenta con 298 municipios y las 9 regiones sanitarias contienen cantidades diferentes de municipios, áreas y; también, en cuanto a población.

Cuadro 17: Descripción General de las Regiones Sanitarias 1999

	Municipios	Areas	Población	% Población con más 3 NBI	Hospitales	CESAMOS	CESAR
Metro	1	4	951,312		5	17	17
Región 1	42	4	452,238	43	1	23	114
Región 2	55	5	654,041	49	3	19	131
Región 3	48	7	1,595,330	32	6	58	111
Región 4	30	4	588,718	52	2	25	150
Región 5	68	5	671,688	47	3	31	125
Región 6	25	6	677,913	26	6	27	84
Región 7	24	4	408,872	52	1	19	100
Región 8	6	2	47,725	37	1	9	19
Total	298	41	6,047,837		28	228	851

El nivel de pobreza en cada región sigue siendo el resultante del Censo de 1988 lo cuál no es; necesariamente, un gran sesgo debido al carácter estructural de la pobreza en el país. Según el cuadro, la región sanitaria más pobre sería la región 4 (algunos municipios de Fco. Morazán, El Paraíso, Valle y Choluteca) y la 7 (Olancho) seguidos de la región 2 (Comayagua, Intibucá y La Paz) y 5 (Copán, Ocotepeque y Lempira). De los 28 hospitales públicos existentes, la región metropolitana y las regiones 3 y 6 poseen 17 hospitales que equivalen al 60% del total. Existe, por tanto, acceso diferenciado de la población del país a instalaciones hospitalarias.

1.2.- Nivel de Participación de las Regiones Sanitarias en los Estratos de NBI

Tal como se ha indicado, los estratos representan municipios con proporciones muy similares de hogares con más de tres necesidades básicas insatisfechas. El estrato 0 agrupa a los 6 municipios que incluyen las ciudades más densamente pobladas del país, el estrato I con un rango de 0 – 25% de hogares con tres o más NBI hasta llegar al estrato de mayor concentración de extrema pobreza que es el VI (65% a 84 %).

Cuadro 18: Participación Municipal de las Regiones en los Estratos de NBI
Análisis de Situaciones de Salud Según Condiciones de Vida. 1999

Regiones	E S T R A T O S															
	0		I		II		III		IV		V		VI		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
R.Metro	1	100													1	100
Región 1	1	2.3	6	14.3	10	23.8	9	21.4	1	2.3	3	7.1	12	28.6	42	100
Región 2			5	9.0	4	7.3	5	9.0	10	18.2	15	27.2	16	29.0	55	100
Región 3	2	4.3	12	26.0	11	23.9	7	15.2	10	21.7	4	8.6			46	100
Región 4	1	3.3	1	3.3	1	3.3	4	13.3	3	10.0	10	33.3	10	33.3	30	100
Región 5			5	7.1	5	7.1	9	12.8	16	22.8	16	22.8	19	27.1	70	100
Región 6	1	4.0	10	40.0	8	32.0	2	8.0	1	4.0	3	12.0			25	100
Región 7			1	4.3	2	8.7	4	17.4	6	26.0	2	8.7	8	34.7	23	100
Región 8							3	50.0	3	50.0					6	100
Total	6	20.1	40	13.4	41	13.7	43	14.4	50	16.7	53	17.8	65	21.8	298	100

Considerar el aporte de municipios de cada región a cada uno de los estratos de NBI, proporciona una idea muy clara sobre la situación social prevaleciente y sobre la naturaleza de la relación existente con diversas situaciones de salud. Las regiones más atrasadas o con mayor cantidad de municipios postergados; según el cuadro, son las que más municipios aportan a los estratos V y VI. Así, se constata la situación particular de las regiones 5, 2 y 1 que en conjunto aportan 47 municipios al estrato VI y que equivalen al 72% de todos los municipios de ese estrato y; además, aportan 34 municipios al estrato V que equivalen al 64% del total. En sentido opuesto: las regiones con mejor situación social serían las que más municipios aportan a los estratos I y II. En este particular destacan las regiones 3 (Cortés, Santa Bárbara y Yoro) y 6 (Atlántida, Islas de la Bahía y Colón) que juntas aportan 22 municipios de los 40 existentes en el estrato I que es el de menor postergación y; también 19 de 41 municipios del estrato II. (El asumir este cuadro como línea de base puede, al disponer de información censal del año 2,000, dar lugar a establecer una medida de movilidad social municipal lo cual, a su vez, haga posible vincular dicha movilidad social con la expresión de determinados problemas de salud-enfermedad)

El cuadro anterior muestra la existencia de 93 municipios en los estratos III y IV, los cuales pueden considerarse como municipios de desarrollo intermedio²³ por la circunstancia de que en ellos no prevalecen los extremos de los últimos ni de los primeros estratos. Realmente, en estos estratos se representa la situación de municipios donde la incidencia de la pobreza extrema varía entre: 33% Y 46%.

Cabe mencionar; sin embargo, que el análisis del aporte municipal de cada una de las regiones puede inducir al pensamiento erróneo de visualizar toda una región como más desarrollada que otras. Realmente, las propias regiones son muy heterogéneas y contienen áreas geográficas muy subdesarrolladas: la región 3; para el caso, tiene municipios muy postergados de los departamentos de Yoro y Santa Bárbara.²⁴

En las páginas siguientes se analizará inicialmente y de manera breve algunos conceptos básicos que intervienen en la lógica de asociar situaciones de salud-enfermedad con condiciones materiales de vida de los hogares y de las comunidades en general. Este proceder busca generar un marco interpretativo para facilitar las explicaciones acerca de los patrones de distribución geográfica de los problemas de salud-enfermedad en el nivel regional, municipal y de áreas sanitarias del país.

1.3.- Perspectiva Conceptual de factores ambientales que influyen la Ocurrencia de Algunos Problemas de Salud-Enfermedad.

a.- Agentes Patógenos asociados a la Distribución de Agua y Redes Sanitarias

Los problemas de salud de Honduras se manifiestan, al igual que en otros países en vías de desarrollo, por la existencia de riesgos asociados al ambiente particular –domiciliar y comunitario- que rodea la vida de las personas:

“Las aguas servidas y la excreta representan un riesgo de trascendencia para la salud pública por la alta concentración de organismos patógenos y sustancias químicas orgánicas e inorgánicas que contienen, algunas de las cuales pueden tener efectos tóxicos,

²³ Es necesario construir tipologías de municipios que han alcanzado o no algún grado de desarrollo sanitario, combinando variables y atributos que tengan en cuenta: nivel de pobreza, grado de urbanización, grado o nivel infraestructural, inserción productiva, logro educacional, etc..Hacerlo puede facilitar; aún más, la identificación de las medidas más apropiadas para incidir en salud.

²⁴ En el documento : Análisis de la Situación de Salud según condiciones de vida para la Planificación Local de: Sergio Carías, Marco Tulio Carranza, Rosalinda Hernández y Silvia Robles. Se establece un procedimiento de estratificación al interior de cada región, basado

mutagénicos, carcinogénicos o teratogénicos. El principal problema lo constituyen los organismos patógenos presentes en la excreta y en las aguas residuales o el lodo procedente de ellas que no ha sido debidamente tratado. Entre estos organismos patógenos están las bacterias, los virus, los protozoos y los helmintos.

Existen varias enfermedades tales como la teniasis, la neurocisticercosis, la ascariasis y la anquilostomiasis, de importante significado tanto desde el punto de vista de la salud pública como del económico, que están muy relacionadas con el mal saneamiento, la disposición inapropiada de excreta y la falta de higiene personal. Si bien la tasa de mortalidad por estas enfermedades es baja, la de morbilidad es muy alta, provocando un efecto de debilitamiento y reducción de la productividad.”²⁵

Estos problemas siguen causando daños severos en muchos países en vías de desarrollo:

“Las enfermedades relacionadas con el agua de beber contaminada y la disposición inadecuada de aguas servidas y excreta se cuentan entre las tres causas principales de enfermedad y muerte en el mundo. En varios países de América Latina y el Caribe, las gastroenteritis y las enfermedades diarreicas figuran entre las 10 causas principales de defunción y son responsables de cerca de 200,000 defunciones por año, sin incluir las ocasionadas por la fiebre tifoidea, la hepatitis y otras similares.”²⁶

Estos problemas son muy frecuentes en Honduras y; en la mayoría de los casos, el desarrollo sanitario de vastas regiones del país no existe aún o es relativamente tardío; principalmente en los municipios y comunidades más alejadas del área económica y socialmente más dinámica que conecta los departamentos de: Atlántida, Cortés, Comayagua y Francisco Morazán.

b.- Infecciones Respiratorias y su Relación Con Condiciones de Vida

Los problemas asociados a la industrialización y urbanización suelen acarrear nuevos riesgos de salud enfermedad que afectan las vías respiratorias de personas de todas las edades y; en particular, a los niños de corta edad. Algunos elementos generados por la ola

en la creación de tres estratos de NBI. Este mismo procedimiento es empleado para advertir la expresión diferenciada de algunos problemas seleccionados de salud-enfermedad.

²⁵ OPS-OMS. Problemas Ambientales relacionados con la Salud. 1992. pgs. 1-3.

²⁶ Ibid.

de industrialización y urbanización esta relacionado con el padecimiento frecuente de infecciones en las vías respiratorias y otros problemas conexos:

“La contaminación urbana del aire, consecuencia de las actividades industriales, los vehículos de motor, la generación de electricidad y las industrias de servicio, resulta en una mezcla de monóxido de carbono, bióxido de azufre, polvos y humos, óxidos de nitrógeno y una serie de compuestos volátiles orgánicos. En los países de América Latina y el Caribe, donde se añade plomo tetraetílico a la gasolina, el aire se contamina también por partículas finas de plomo. Además, la contaminación experimenta reacciones fotoquímicas produciendo ozono, una sustancia muy reactiva y tóxica.

En la actualidad se estima que de 60 a 80% de las personas que residen en zonas urbanas en todo el mundo viven en condiciones de calidad del aire marginales o inaceptables. Los efectos en la salud de la población son importantes en los grupos de alto riesgo tales como las personas con afecciones cardíacas y respiratorias como el asma y el enfisema, así como los niños pequeños y los ancianos. Los niños son muy sensibles al plomo presente en el aire, y se cree que el plomo afecta a la capacidad de aprender. El ozono y, en el menor grado, el dióxido de nitrógeno, son notorios por su capacidad de deteriorar los tejidos pulmonares.

En algunos países, la contaminación del aire se reconoció como un problema ambiental importante a partir de las décadas de 1950 y 1960. En esa época se pensaba que el problema afectaba solo a las zonas urbanas de los países industrializados, y fue en estos últimos años cuando se trató como problema de importancia regional e internacional”²⁷.

En Honduras, los mayores problemas de infección de las vías respiratorias parecen no ser estrictamente asociados a la contaminación generada por polos de desarrollo industrial y urbanización, pues las más altas tasas de consulta por estas afecciones provienen de las regiones geográficas de menor desarrollo relativo y asociadas; quizás al clima y a las características materiales de hábitat. No obstante ello, los sitios más densamente urbanizados como: Tegucigalpa, San Pedro Sula y La Ceiba, presentan tasas de incidencia de problemas respiratorios que superan la tasa promedio nacional.

²⁷ ibid.

c.- Problemas de Salud Relacionados con Plaguicidas

El cambio del perfil productivo de muchas regiones de Honduras, abandonando cultivos de consumo interno como maíz y frijoles y sustituyéndolo por cultivos agrícolas de exportación, es también una fuente generadora de problemas de salud en muchos países del continente; tanto en ámbitos estrictamente laborales como en los domiciliarios:

“En América Latina y el Caribe, los problemas más urgentes se refieren a intoxicaciones agudas, tanto e trabajadores como en la población general expuesta. En los países pueden encontrarse publicaciones de los efectos crónicos por acumulación de insecticidas organoclorados en la leche materna o tejido adiposo, así como sobre los efectos neurotóxicos de ciertos insecticidas órgano fosforados y los efectos pulmonares de algunos herbicidas del tipo bupiridilo. Sin embargo, ante la insuficiente información disponible, la OPS ha colaborado durante los últimos tres años en estudios para reconocer la situación en varios países y ha recolectado informes directamente.

El análisis de la información disponible de Brasil, Colombia, Costa Rica, Guatemala, Nicaragua, Trinidad y Tobago y Venezuela respecto a sustancias utilizadas en diferentes procesos productivos, generadores de frecuentes intoxicaciones en población expuesta y sometidos a vigilancia biológica, indica que la mayoría de las intoxicaciones ocurren en trabajadores en los grupos de 15 a 19 y de 20 a 29 años de edad, y se asocian a exposición a insecticidas órgano fosforados y carbamatos.”²⁸

Estos problemas, como se verá más adelante, comienzan a expresarse severamente en Honduras y; además, siguen un patrón geográfico muy particular que probablemente amerite la formulación de proyectos especiales de prevención y vigilancia.

En las secciones subsiguientes se presenta cada una de las regiones sanitarias subdivididas en tres estratos de NBI. (para construir los estratos, la principal referencia, tanto en NBI como en tasas de consulta o incidencia de enfermedades es el promedio de los datos): el estrato I que agrupa todos los municipios desde el menos pobre hasta el 80% del promedio simple de la serie de datos de NBI municipal, el estrato II desde 80.1% del promedio simple hasta el 1.20% del mismo promedio y; el estrato III desde 1.201% hasta la proporción más alta de NBI que corresponde al municipio más pobre de la región. Esto significa que la

²⁸ OPS. Problemas Ambientales Relacionados con la Salud. Op. Cit., pgs. 17-19.

media de NBI de todos los municipios del país es el principal parámetro de referencia para construir los tres estratos. El primero abarca el municipio menos pobre del país hasta aquel que representa el 80% de dicho promedio; el segundo estrato inicia con el municipio que representa el 80.1% de la media hasta el municipio con un valor igual o aproximado al 1.20% de la media, y el tercer estrato que inicia con el 1.201% de la media hasta el municipio más pobre del país. (En el ASIS-SCV nacional se realizó la estratificación en base a 7 subdivisiones y ello; sin embargo, no parece pertinente hacerlo en el ASIS-REGIONAL pues existen varias regiones que tienen muy pocos o ningún municipio en uno o varios estratos)

1.5.- Situaciones de Salud-Enfermedad según Condiciones de Vida en la Región 1

La región sanitaria 1 cuenta con 42 municipios de los cuáles 20 resultaron clasificados en el estrato I, 9 en el estrato II y 13 en el estrato III que es el estrato que agrupa a los municipios más pobres de toda la región. En el cuadro se consignan los nombres de estos municipios para ayudar en la visión general de la región y en particular a los tomadores de decisión en los casos que se juzgue pertinente según la magnitud de los problemas de salud existentes.

Cuadro 19: Municipios de la Región 1 por Estratos de NBI

Estrato I (14% a 34% NBI)	Estrato II (35% a 50% NBI)	Estrato III (51% - 69%)
Jacaleapa	San Buenaventura	Vallecillos
Guinope	Morocelí	San Lucas
Yuscarán	Cedros	San Antonio de Flores
Santa Ana	Yauyupe	Teupasenti
San Matías	Guaimaca	Lepaterique
Santa Lucia	La Venta	Alauca
Maraita	Orica	Texiguat
San Antonio de Oriente	Ojojona	Trojes
Villa de San Francisco	Oropolí	Marale
Nueva Armenia		Reitoca
Potrerillos		Alubarén
Danlí		Vado Ancho
Valle de Angeles		Curaren
San Ignacio		
Sabanagrande		
El Porvenir		
Tatumbla		
El Paraíso		
Talanga		
NBI promedio: 27%	NBI promedio: 40%	NBI Promedio: 69%

Esta clasificación, relativamente arbitraria, refleja, sin embargo, una constante clave para discernir, parcialmente, el porqué de las diferencias sociales y sanitarias de los municipios de un estrato respecto de otro. Así, para el caso, los municipios del estrato I tienen en común la conexión y/o relativa cercanía con la red de carreteras pavimentadas de los departamentos de Francisco Morazán y El Paraíso. En cambio, los municipios del estrato III tienen en común la lejanía y/o desconexión con la red de carreteras pavimentadas. Los hondureños de este estrato, por pobreza de ingresos, tienen menos posibilidades de acceso a la red hospitalaria y más compleja de servicios de salud existentes en Tegucigalpa.

Observemos ahora las tasas por 100,000 habitantes de 9 problemas seleccionados de salud para apreciar su importancia respecto de los promedios nacionales y de la propia región.

Según el cuadro, la región 1, salvo las tasas de Varicela e hipertensión, observa una incidencia, según tasas de consulta a los establecimientos de la red sanitaria pública, que es bastante inferior a los promedios nacionales y solamente alcanza tasas semejantes en los casos de Dengue y Hepatitis.

**Cuadro 20: ASIS-SCV de la REGION 1
1999 (Tasas por 100,000 habitantes)**

Enfermedades	ESTRATOS			Total Región	Total Nacional
	I	II	III		
Diarrea	3,140	4,645	2,503	3,265	4,065
Dengue	214	547	148	265	296
Neumonía	5,138	7,276	8,157	6,531	9,627
Disentería	158	453	335	276	320
Hepatitis	64	26	56	53	56
Varicela	377	523	278	378	272
Hipertensión	822	1,244	217	725	580
Diabetes	107	75	92	96	199
Asma Bronquitis	1,313	2,699	1,273	1,598	2,480
% NBI	27	40	69	43	

En el caso de Diarrea, concentrándose en el análisis de los estratos de NBI, es muy llamativo el hecho que los municipios del estrato III presenten la menor tasa promedio (2,503 x 100,000 hab.) respecto de los estratos I (3,140) y II (4,645). Puede, al menos, especularse si acaso el acceso geográfico y económico impida a los afectados del estrato III acudir a los establecimientos en casos de problemas gastrointestinales que ellos suelen juzgar como de relativa poca gravedad. También, cabe presumir la existencia de patrones culturales de automedicación por este tipo de problemas. Igual acontece en el caso de Dengue: el estrato II presenta tasas de consulta y/o incidencia mucho mayores que los estratos I y III. (También cabe, en este caso, especular acerca de si la ubicación topográfica –altura promedio s.n.m. de estos municipios – juega algún papel en la ocurrencia de casos) El estrato intermedio, con municipios con tasas de NBI que oscilan entre 35 y 50%, es muy superior en los casos de Diarrea y Dengue.

Una gran diferencia se revela; sin embargo, en el caso de Neumonía: los pobladores del estrato III presentan una tasa promedio muy superior al promedio regional y a lo acontecido en los estratos I y II. Los pobladores del estrato III resultan, de acuerdo con los datos del cuadro, relativamente más vulnerables o con mayores posibilidades de ser afectados por esta enfermedad respiratoria que entraña, al mismo tiempo, mayor letalidad si los afectados no son tratados oportunamente en establecimientos de mayor complejidad que los CESAR.

Las tasas de consulta por Disentería, que es una dolencia de mayor gravedad, resultan mayores en el estrato III –más pobre-respecto del estrato I –menos pobre- aunque el estrato II les supera a ambos.

En el resto de enfermedades seleccionadas –Hepatitis, Varicela, Hipertensión y Diabetes- los problemas aluden a una distribución más acusada en el estrato II; aunque los valores no son tan dispares en el caso del estrato III.

Los casos o incidencia de Asma-Bronquitis también configuran al estrato II como el de mayor magnitud relativa.

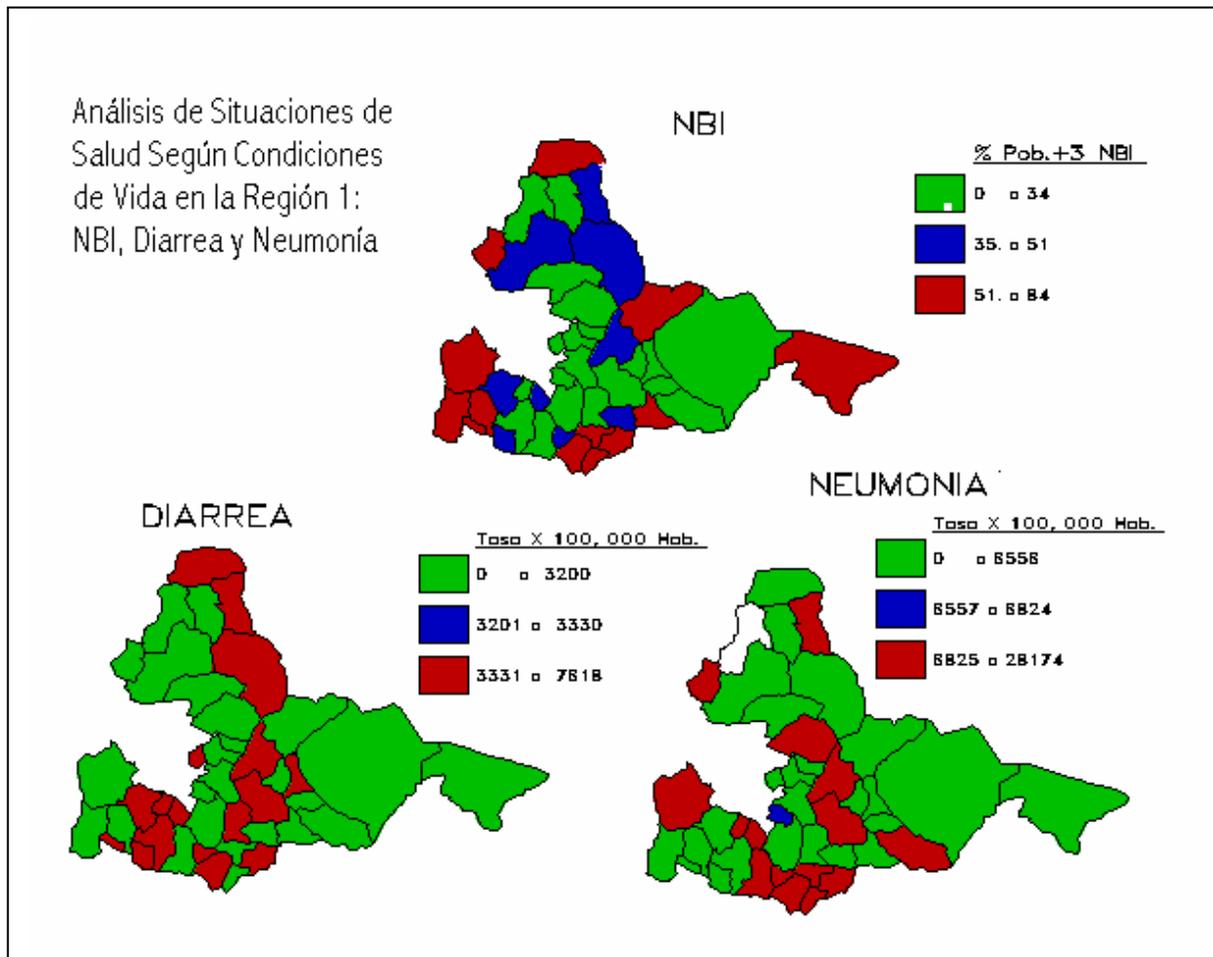
¿Cuáles conclusiones parciales pueden derivarse de las situaciones de salud analizadas de la región sanitaria No. 1?

En primer lugar, sobresale la fragilidad o vulnerabilidad a infecciones por Neumonía del estrato III respecto de los otros dos estratos. Inicialmente, este conocimiento pudiera servir para viabilizar formas de promoción en salud dirigidas a la participación activa de los ciudadanos y de las autoridades de los municipios de este estrato para proponer y elegir alternativas de acción capaces de alterar la expresión presente de este problema.

En segundo lugar, la concentración de las más altas tasas regionales en el estrato II puede generar operativos integrados, a nivel de las áreas sanitarias, que hagan percibir si acaso la distribución de los recursos humanos y materiales de toda la región corresponde o no con la magnitud diferenciada de los problemas consignados en el cuadro y de otros que pudieran analizarse en el futuro inmediato.

Los problemas de salud-enfermedad de la región I, donde se asienta buena parte de la oferta de establecimientos con mayor complejidad resolutive, pueden mostrar una espacialidad diferente a otras donde no existe o hay muy pocos establecimientos con mayor capacidad resolutive. Esto, trata de establecer la idea de que muchos pobladores de otras regiones diferentes a la 1, suelen viajar hasta Tegucigalpa para tratar problemas comunes y; por esta vía, deformar el perfil de salud-enfermedad de los propios pobladores de esta región.

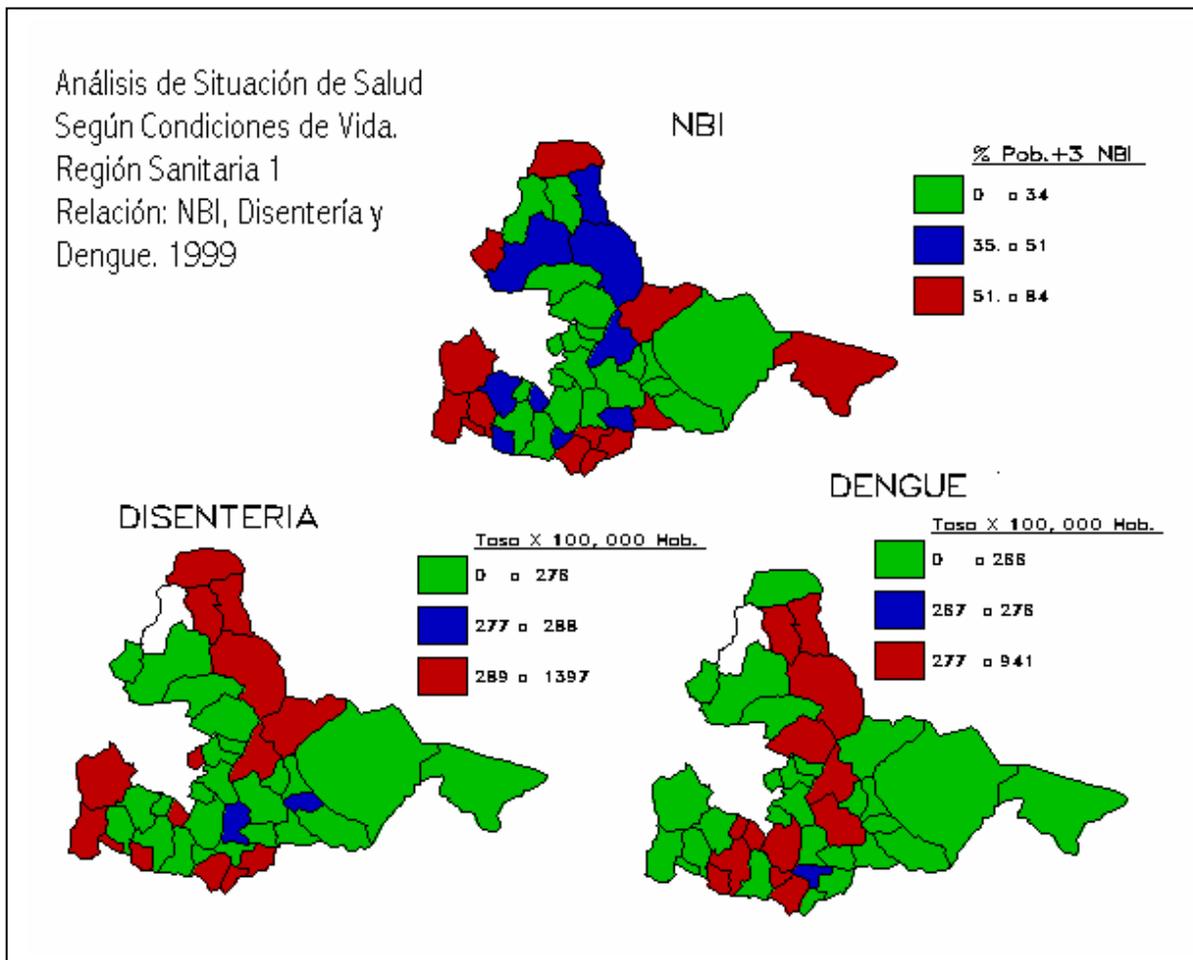
El análisis del ASIS-SCV es más preciso aún si se tiene en cuenta la distribución geográfica comparada de algunas de las enfermedades más importantes en cuanto entrañan riesgo de letalidad. En el diagrama se compara el mapa de pobreza de la región 1 respecto del problema de diarrea y Neumonía, con la finalidad de apreciar la espacialidad de los mismos.



Como puede observarse en el mapa de NBI de la región, existe relativa coincidencia entre municipios muy pobres y las tasas de Diarrea y Neumonía. El municipio en el extremo superior del mapa de NBI (Marale) al igual que otros como Texiguat y Vado ancho en el extremo inferior presenta altas tasas de diarrea (rango superior a 3,331 por 100,000 habitantes), siendo los tres municipios pertenecientes al estrato más pobre. Esto significa, precisamente, la necesidad de estudiar más a fondo la distribución de los problemas de salud al interior de cada estrato. Cabe, de nuevo, la necesidad de confrontar a los actores sociales de los municipios mencionados para justamente hacerles compartir la necesidad de organizar procesos y operativos específicos para actuar sobre estos problemas.

El mapa es también muy revelador de los patrones de coincidencia entre: pobreza y Neumonía. En efecto, 6 municipios del estrato III (Marale, Texiguat, San Lucas, Vado Ancho, Yauyupe y Lepaterique) resultan también con las tasas más altas de incidencia de Neumonía. Programas municipales especialmente integrados con programas nacionales de salud para atender estas problemáticas pueden constituir formas iniciales de inducir nuevos procesos de gestión comunitaria en salud.

La distribución comparada de NBI, Dengue y Disentería de la región 1 es, también, de gran interés por el hecho de reflejar situaciones de salud mas y mejor localizables.



De nuevo, 7 municipios del estrato más pobre: Marale, Lepaterique, Curarén, Alubarén, Vado Ancho, Texiguat y Teupasenti presentaron en 1999 las tasas más altas de incidencia de Disentería (entre 289 y 1,397 por 100,000 habitantes). La tasa promedio nacional según el cuadro anterior es de 320 por 100 mil habitantes.

La comparación del mapa de NBI con el mapa de tasas de incidencias de Dengue, solamente muestra la coincidencia de un municipio del estrato III (Texiguat) con una tasa

alta de Dengue (entre 277 y 941) mientras el promedio nacional se estima en 296 por 100,000 habitantes.

Se ha visto que no existe siempre correspondencia directa entre la pobreza de los municipios del estrato III respecto de las tasas más altas de incidencia o tasas de consulta de las enfermedades seleccionadas. Sin embargo, las relaciones de coincidencia encontradas demuestran la necesidad de profundizar aún más en el estudio de la distribución geográfica de situaciones de salud-enfermedad de cada una de las regiones del país. Una pregunta importante cabe formular: ¿Conocen los habitantes de Marale, Lepaterique, Alubarén Curarén, Texiguat, Vado Ancho y Teupasenti la magnitud relativa de sus problemas de salud respecto del resto de municipios?. Probablemente una primera medida de intervención consista en socializar; de manera periódica, la situación actual y tendencias en la expresión de determinadas problemáticas de salud-enfermedad. En la medida que esto se convierta en una costumbre, probablemente la intervención de otros actores sociales, junto a la secretaría de salud, se torne, asimismo, en una costumbre verdaderamente trascendental para mejorar la situación de los municipios más desfavorecidos.

1.6.- Situaciones de Salud-Enfermedad según Condición de Vida en la Región 2

La región sanitaria 2, que comprende 55 municipios de los departamentos de Comayagua, Intibucá y La Paz observa la distribución siguiente en relación a los tres estratos de NBI.

Cuadro 21: Municipios de la Región 2 por Estratos de NBI

Estrato I (16 –37% NBI)	Estrato II (38- 58% NBI)	Estrato III (59- 82% NBI)
<i>Cane</i>	<i>El Rosario</i>	<i>Masaguara</i>
<i>Ajuterique</i>	<i>Minas de Oro</i>	<i>Mercedes de Oriente</i>
<i>Villa de San Antonio</i>	<i>Camasca</i>	<i>San Miguelito</i>
<i>Siguatepeque</i>	<i>San Pedro de Tutule</i>	<i>Concepción</i>
<i>La Paz</i>	<i>La Libertad</i>	<i>Yarula</i>
<i>Lejamaní</i>	<i>Jesús de Otoro</i>	<i>Santa Lucia</i>
<i>Taulabé</i>	<i>San José</i>	<i>Magdalena</i>
<i>La Esperanza</i>	<i>San Jerónimo</i>	<i>Santa Ana</i>
<i>Humuya</i>	<i>La Trinidad</i>	<i>Yamaranguila</i>
<i>Comayagua</i>	<i>Opatoro</i>	<i>San Antonio</i>
<i>Lamaní</i>	<i>San José del Potrero</i>	<i>San Juan</i>
<i>Marcala</i>	<i>Santa María</i>	<i>Guajiquiro</i>
<i>San Sebastián</i>	<i>Esquias</i>	<i>Dolores</i>
<i>Las Lajas</i>	<i>San José de Comayagua</i>	<i>Colomoncagua</i>
	<i>Meambar</i>	<i>San Marcos de la Sierra</i>
	<i>San Luis</i>	<i>San Francisco de Opalaca</i>
	<i>San Antonio del Norte</i>	
	<i>Ojo de Agua</i>	
	<i>Chinacla</i>	
	<i>San Isidro</i>	
	<i>Intibucá</i>	
	<i>Santiago Puringla</i>	
	<i>Aguanqueterique</i>	
	<i>Cabañas</i>	
	<i>Santa Elena</i>	
<i>NBI Promedio: 29%</i>	<i>NBI Promedio: 48%</i>	<i>NBI Promedio:70%</i>

De nuevo, todos los municipios del estrato I, con la excepción de Las Lajas, tienen acceso directo la red carretera pavimentada y a la red más compleja o de mayor capacidad resolutive en cuanto a servicios de salud pública. Las tres cabeceras departamentales se ubican; además, en el estrato de los municipios menos pobres. En el estrato II resultan clasificados municipios relativamente más alejados, con menor acceso infraestructural, y

con relativa lejanía de la red de los tres hospitales existentes en la región (Comayagua, La Paz y La Esperanza). La situación es de mayor afinidad en el caso de los municipios del estrato III: todos comparten la característica de encontrarse realmente muy alejados de la red de carreteras pavimentadas y de aquellas viables todo el tiempo y por estar situados en la periferia geográfica de la región. Por lo menos 7 de estos municipios son municipios inter fronterizos.

Las 9 situaciones de salud analizadas son un tanto diferentes a las encontradas en la región 1: por un lado, las tasas regionales de Diarrea, Neumonía y Disentería son superiores a los promedios nacionales. Esta es quizás una señal de la existencia de diferencias en la distribución geográfica de problemáticas de salud. ¿Será realmente muy diferente la prevalencia de problemas parasitarios en la región 2 respecto de otras regiones?, ¿Las viviendas y el clima de algunos municipios de esta región determina realmente la mayor incidencia de casos de Neumonía?. El análisis inicial propuesto en el presente informe genera algunos planteamientos que coadyuvarán en la explicación de las diferencias observadas en la región como conjunto y al interior de los estratos.

Cuadro 22: ASIS-SCV de la REGION 2
(Tasas por 100,000 habitantes)

	ESTRATOS			Total Región	Total Nacional
	I	II	III		
Diarrea	4,88	4,355	3,440	4,187	4,065
Dengue	226	333	86	237	296
Neumonía	7,029	9,816	12,948	9,964	9,627
Disentería	373	515	509	477	320
Hepatitis	51	27	13	29	56
Varicela	414	208	150	245	272
Hipertensión	710	468	327	431	580
Diabetes	256	107	59	132	199
Asma	4,201	1,468	937	2,029	2,480
Bronquitis					
% NBI	29	48	70	49	

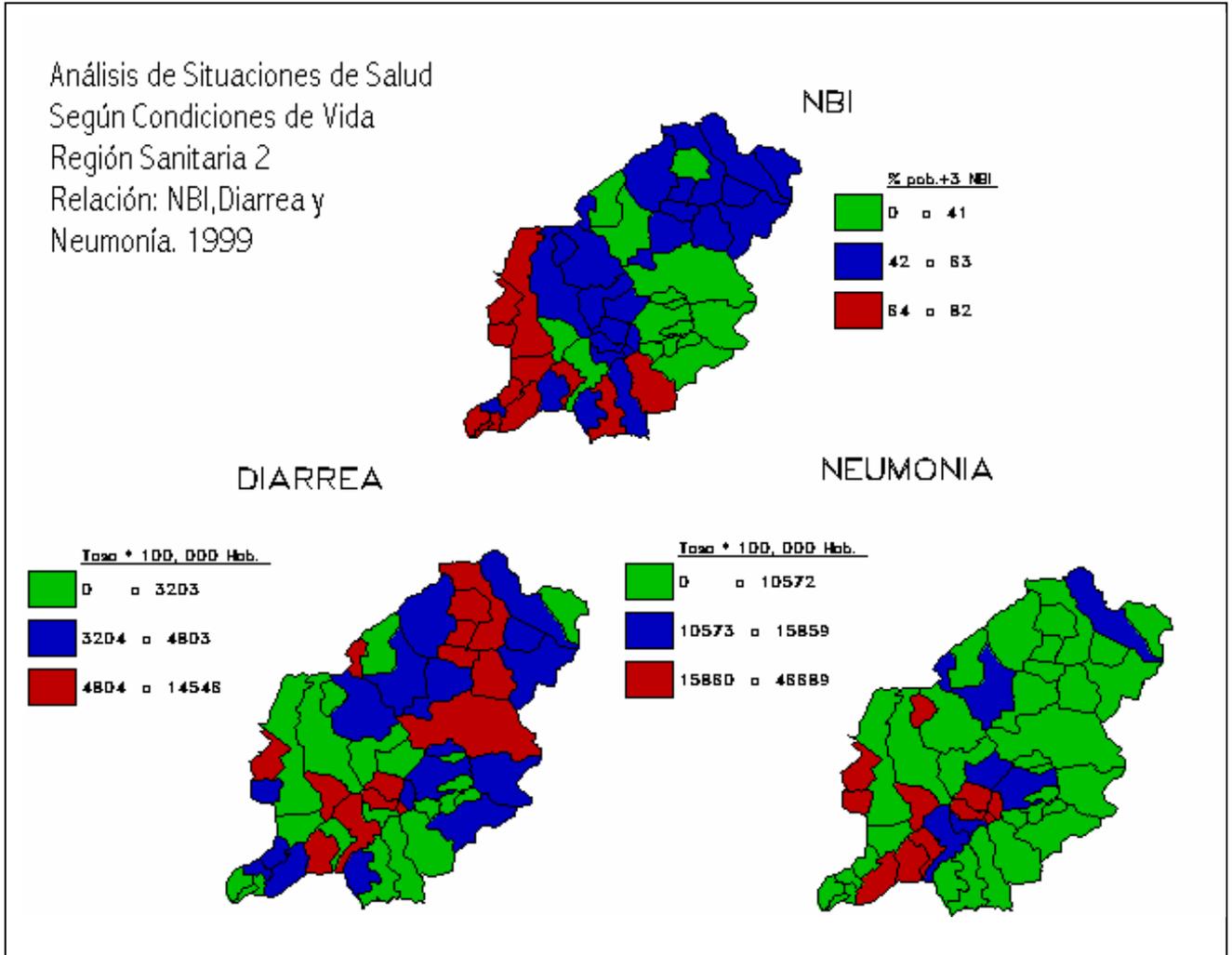
Observando las situaciones particulares de enfermedades, aparece una coincidencia ya reflejada en la región 1: las tasas de Diarrea y Dengue del estrato III son inferiores a las del resto de estratos. Sin embargo, es muy sobresaliente la diferencia reflejada en el caso de

Neumonía: 12,948 por 100,000 habitantes frente a 7,029 y 9,816 de los estratos I y II respectivamente. Los niños de estrato III parecen tener mucho mayor riesgo de contraer Neumonía respecto de todos los niños del país y de los estratos I y II de la misma región. Se sabe que la Secretaría de Salud, por intermedio de la División Materno-Infantil, desde 1997 ha iniciado procesos de organización y capacitación de voluntarios de salud para el manejo comunitario de Neumonía en casi todos los municipios de esta región. Hay evidencia que efectivamente ha disminuido la letalidad por Neumonía; es decir que el programa de manejo comunitario es exitoso; sin embargo el enfoque del programa sigue siendo eminentemente curativo y probablemente, dada la continua expresión de muchos casos de esta enfermedad, quizás sea necesario agregar un componente más referido a las condiciones materiales de hábitat que prevalecen en la mayoría de municipios montañosos de esta región.²⁹

En el caso del problema de la Disentería las tasas de los estratos II y III sobrepasan a la tasa promedio regional y también a la nacional. Esta situación expresa una problemática relacionada con valores culturales influyentes en ciertos patrones de conducta ante trastornos de salud. En efecto, al igual que en la región 1, parece demostrarse la existencia de una costumbre de los padres de familia de no acudir a los establecimientos de salud por casos de simple diarrea pero si lo hacen cuando a la diarrea se le agrega una señal de peligro como es la presencia de sangre. Esto implica, probablemente, que las condiciones higiénicas de los estratos más pobres generan realmente más casos de diarrea, por problemas de parasitismo o contaminación de agua, pero estos no son causa suficiente para acudir a los establecimientos. Así, las bajas tasas de Diarrea de los estratos II y III realmente expresan la poca valoración de los pobladores sobre el riesgo o peligro que entraña este tipo de problema de salud.

En el resto de enfermedades seleccionadas en el cuadro, destaca la mayor incidencia de casos de Varicela, Hepatitis, hipertensión y Asma Bronquial en el estrato II respecto del estrato III. Probablemente, sea necesario investigar las problemáticas particulares del estrato II que también en la región 1 parecen sugerir patrones muy particulares de espacialidad o distribución geográfica de las enfermedades más prevalentes. La ausencia de recursos laboratoriales y tecnológicos es un obstáculo para asegurar lo que los datos sugieren. La situación cambia al, precisamente, observar dos mapas ilustrativos de la región 2 para captar la coincidencia entre municipios con alta pobreza extrema respecto de

²⁹ Cfr. Análisis de Costo-Efectividad del Manejo Comunitario de Neumonías. Rodulio Perdomo y varios. PHR-USAID. 1998.



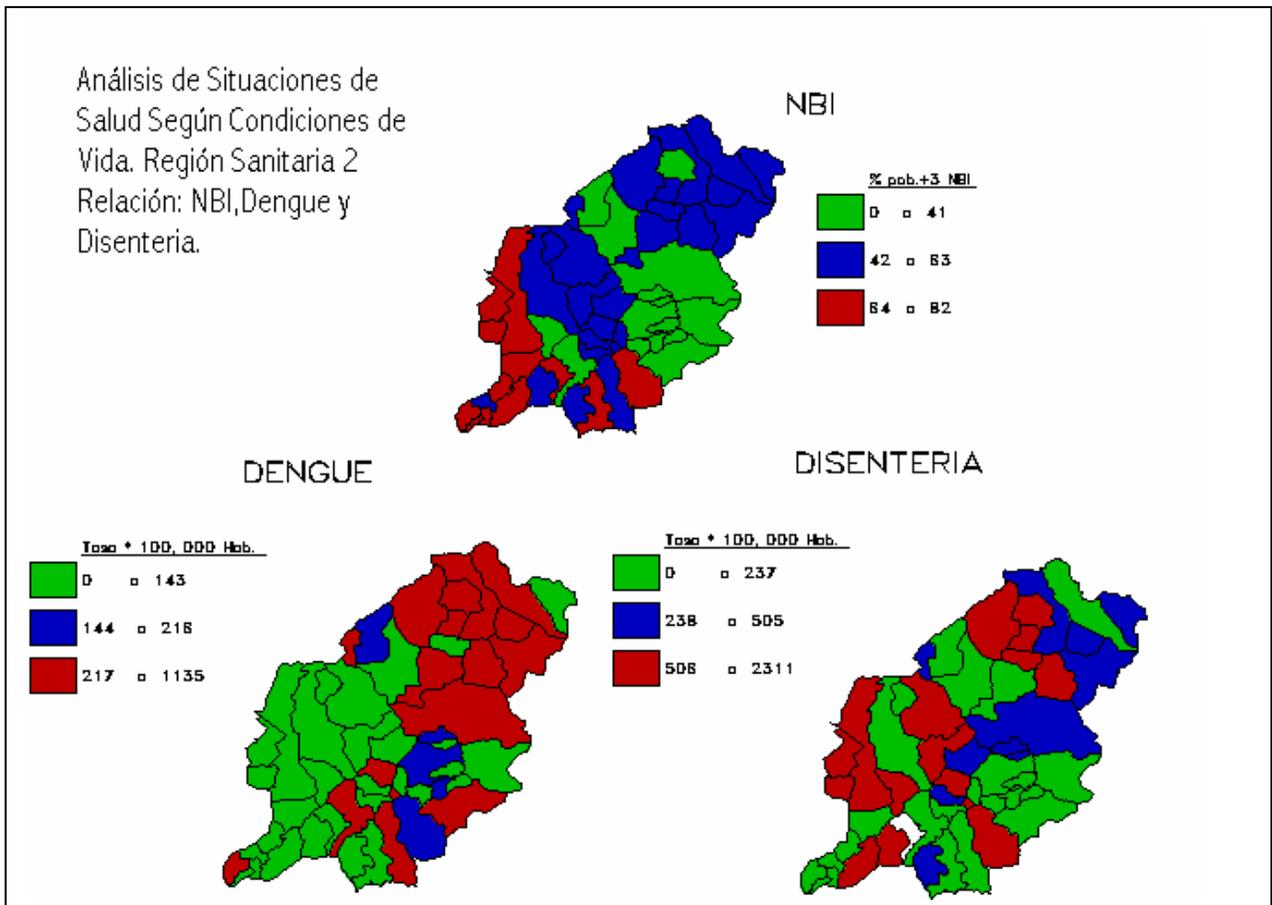
enfermedades como: Diarrea, Neumonía, Dengue y Disentería. (Este procedimiento debiera realmente incluir todas las enfermedades reportadas por los establecimientos durante períodos trimestrales o semestrales y; además, ser un elemento infaltable en los procesos de rendición de cuentas de áreas y regiones)

El mapa revela que solamente en un municipio del estrato III que es San Miguelito (Intibucá) tiene lugar la coincidencia de: alta pobreza extrema y alta tasa de diarrea. Los municipios del centro-norte de la región: Comayagua, San Jerónimo, La Libertad y Lajas son los que aparecen con altas tasas de diarrea aunque pertenecen al estrato I.

En cambio, San Miguelito, Colomoncagua y Dolores si son municipios donde coincide la mayor pobreza con las mayores tasas de Neumonía. Los 11 municipios con las mayores tasas de incidencia de Neumonía: Colomoncagua, Santa Elena, Yarula, La Esperanza, San Pedro Tutule, Dolores, San Miguelito, San Isidro y otros (Ver mapa o) comparten el

mismo espacio geográfico pues se trata de municipios vecinos; y realmente pueden, partiendo del ASIS/SCV, implementar proyectos intermunicipales de intervención para alterar la continua alta expresión de este problema que afecta principalmente a los menores de 5 años.

La distribución geográfica de Dengue y Disentería guarda, ciertamente, alguna coincidencia con la distribución de la extrema pobreza de la Región 2.



Según el mapa solamente Santa Lucía (Intibucá), ubicado en el estrato III, presenta simultáneamente tasas altas de incidencia por Dengue. Las mayores tasas por esta enfermedad abarca los municipios de suelos planos y pertenecientes a los estratos I y II. La situación es; no obstante, contrastante en el caso de Disentería: buena parte de los municipios más pobres: San Miguelito, Yamaranguila, Dolores, presentan; igualmente altas tasas que seguramente afectan a niños de corta edad.

La distribución geográfica de la Disentería es muy similar a la observada a la región 1.(Este aspecto en particular, es igualmente contrastante al comprobar que en ambas regiones los estratos más postergados presentan las menores tasas de consulta por Diarrea)

Otros problemas de salud como la enfermedad de Chagas inciden también en los municipios más pobres de ambas regiones. La semejanza de las condiciones ecológicas y sociales de ambas regiones hace aparecer la existencia de patrones similares de distribución de algunas enfermedades aun cuando, como se ha visto, reviste mayor gravedad en el caso de la región 2.(No puede dejar de considerarse que la región 1 observa un mayor nivel de desarrollo socio-económico respecto de la región 2. Este aspecto en particular refiere, a su vez, niveles diferenciales de acceso de las poblaciones a la red de servicios de salud.)

1.7.- Situaciones de Salud-Enfermedad según Condición de Vida en la Región 3

La región sanitaria 3 incluye 42 municipios de los departamentos de : Cortés, Yoro y Santa Bárbara. El resultado de clasificar estos municipios en tres estratos de NBI es el que aparece en el cuadro.

Cuadro 23: Estratos de NBI en la Región Sanitaria 3

Estrato I (0 –26% NBI)	Estrato II (27 – 38% NBI)	Estrato III (39 – 62%NBI)
La Lima	Concepción del Norte	Quimistán
Puerto Cortés	Las Vegas	San Nicolas
San Pedro Sula	El Progreso	Azacualpa
San Manuel	Concepción del Sur	Macuelizo
San Francisco de Yojoa	Sulaco	Arada
Choloma	Gualala	Nuevo Celilac
Villanueva	San Vicente Centenario	El Nispero
Potrerillos	Petoa	Yoro
Omoa	Ceguaca	San Francisco de Ojuera
Arenal	El Negrito	Atima
Olanchito	Chinda	Yorito
Pimienta	San Pedro Zacapa	San Antonio de Cortés
Trinidad	San Luis	Santa Rita (SB)
San José de Colinas	San Marcos	Jocón
Santa Bárbara	Morazán	Protección
Santa Cruz de Yojoa		Victoria
Ilama		Naranjito
Santa Rita		
Promedio NBI: 19%	Promedio: 32%	Promedio: 46%

En el caso de la región 3, con la excepción del municipio de San Antonio de Cortés, todos los municipios del departamento de Cortés se ubican en el estrato I más cuatro municipios de Santa Bárbara y 3 de Yoro. En el departamento de Cortés se concentra gran parte de los establecimientos agrícolas e industriales de exportación. El perfil productivo de los municipios del estrato I marcará una importante diferencia respecto de los otros estratos tal como se verá en las secciones siguientes. La red más densa de infraestructura carretera y de servicios sanitarios se concentra en los suelos planos del departamento de Cortés; lo cuál hace de estos lugares espacios de gran movilidad poblacional. Los municipios del estratos

II y III son, más bien, espacios periféricos de la economía de exportación y donde prevalecen ganadería, cultivos de Café y granos básicos. Esta es, por tanto, una región de fuertes contrastes productivos y sociales.

El análisis de las mismas 9 situaciones de salud-enfermedad de las anteriores regiones se resume en el cuadro siguiente:

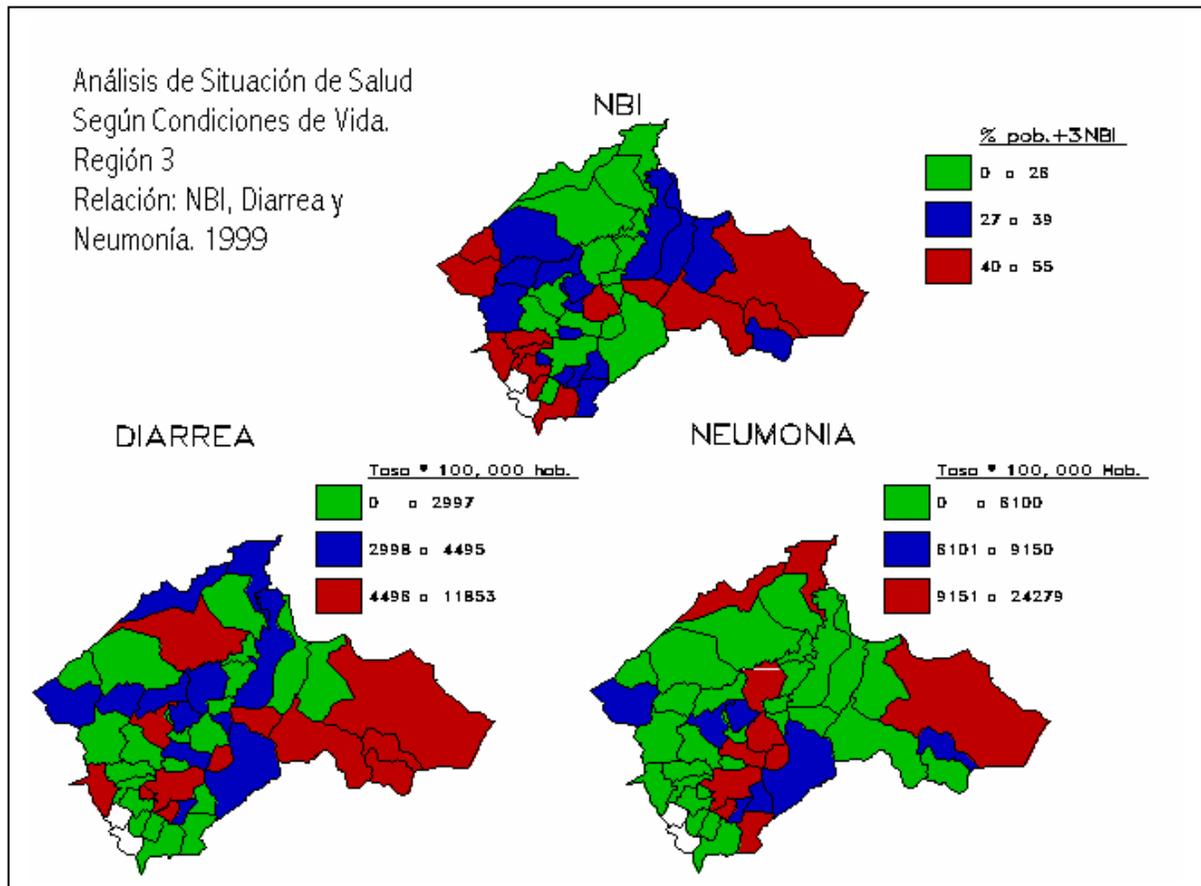
Cuadro 24: ASIS-SCV DE LA REGION 3 (tasas por 100,000 habitantes)

Enfermedades	ESTRATOS			Total Región	Total Nacional
	I	II	III		
Diarrea	3,820	3,822	3,599	3,746	4,065
Dengue	324	294	251	290	296
Neumonía	8,362	5,748	8,502	7,625	9,627
Disentería	171	287	341	264	320
Hepatitis	61	44	28	45	56
Varicela	196	153	161	171	272
Hipertensión	232	464	243	305	580
Diabetes	56	65	58	59	199
Asma Bronquitis	2,173	1,595	1,257	1,688	2,480
% NBI	19	32	46	32	

Como puede constarse, en ningún caso las tasas promedio por 100,000 habitantes de las 9 enfermedades resulta superior a las tasas promedio nacionales. La tasa promedio en Dengue es la que más se aproxima a la tasa nacional. Las diferencias son considerables en el resto de problemas analizados.

Al pasar al análisis por estratos algunas situaciones, ya registradas en la región 1 y 2, se repiten y otras cobran otros patrones de expresión. Así, se observa que las tasas por Diarrea son superiores en los estratos II y I y; de igual forma, las tasas por Disentería resulta superior en el estrato III (Casi el doble respecto del estrato I). Lo diferente radica en que las diferencias en los estratos no son marcadas en el caso de Diarrea, Dengue y Neumonía. Aunque si resulta muy sobresaliente lo observado en lo referente a Asma Bronquitis donde el estrato I supera ampliamente al resto de estratos, la concentración de establecimientos fabriles e industriales en los municipios del estrato I probablemente guarde relación con esta problemática en particular. El análisis de la espacialidad de los problemas de Diarrea, Neumonía, Dengue y Disentería, en relación con la distribución de municipios clasificados por tasa de NBI aporta algunos elementos que confirman la singularidad de esta región.

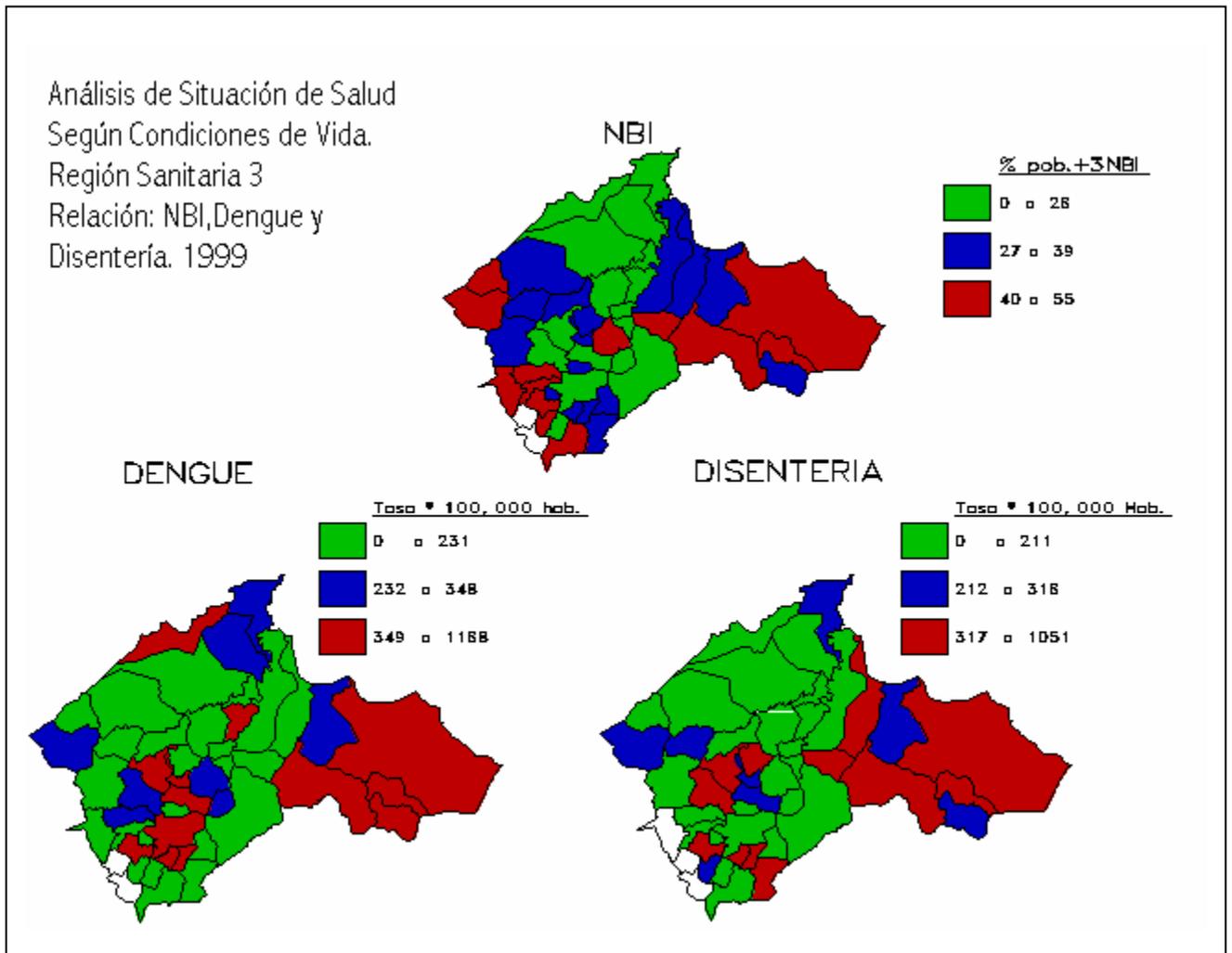
En el mapa se observa, justamente, la existencia de alta coincidencia entre niveles de pobreza de algunos municipios y algunas dolencias como las mencionadas.



Se destaca, por ejemplo, la coincidencia de los municipios del extremo derecho del mapa de NBI y que corresponden a Yoro: Yoro, Yorito, Victoria y Santa Rita, respecto de las mayores tasas de incidencia de Diarrea. El municipio del extremo izquierdo, Atima (SB) que también pertenece al estrato de los más pobres, observa igualmente alta tasa de incidencia por Diarrea. Asimismo, destaca que el municipio de mayor desarrollo relativo de toda la región, San Pedro Sula, presente también las más altas tasas por esta dolencia. La muy rápida tasa de urbanización de esta ciudad y la densa aglomeración de barrios y colonias marginales, seguramente explica este contraste.

La situación cambia substancialmente en el caso de la Neumonía: solamente Yoro y San Antonio de Cortés, pertenecientes al estrato III, muestran correspondencia con los altos

niveles de pobreza. Gran parte de municipios del estrato I, los municipios menos pobres, presentan las más altas tasas de Neumonía de toda la región. (Omoa, Puerto Cortés y otros de Santa Bárbara). Esta es una situación muy particular que también puede ser objeto de intervenciones interinstitucionales integrando organizaciones comunitarias y voluntarios. El análisis de la espacialidad por Disentería y Dengue ofrece también otros contrastes que ameritan retener algunos aspectos de diferenciación respecto de lo ocurrido en otras regiones.



Existe alguna coincidencia entre la espacialidad de la pobreza y las mayores tasas de Dengue y Disentería. En efecto, los municipios de Yoro, Yorito y Victoria son los únicos donde simultáneamente se registra coincidencia entre altas tasas de NBI y las más altas tasas de la región en el caso de Dengue. En los mismos tres municipios incluyendo Santa

Rita , se registra la coincidencia en el caso de Disentería. La participación consistente de Yoro, Yorito y Victoria en la incidencia de enfermedades como las analizadas, probablemente se repiten año con año. Las formas de encarar estas problemáticas quizás sean las mismas y seguramente se circunscriban a los programas y proyectos de la Secretaría de Salud, sin que se registre una variación apreciable en los niveles de incidencia de estas enfermedades y; además, consumiendo recursos –humanos y materiales- y sin lograr cambios importantes precisamente por la no incorporación de otros actores y por la dificultad de concebir procesos de alteración de las condiciones materiales de vida de estos pobladores .

1.8.- Situación de Salud-Enfermedad según Condición de Vida en la Región 4

La región 4 comprende 30 municipios de Valle y Choluteca, Francisco Morazán y El Paraíso. Estos departamentos se ubican en el sur del país y delimitan el litoral del océano pacífico. La estratificación por NBI da como resultado el cuadro siguiente:

Cuadro 25: ASIS-SCV de la Región Sanitaria 4

Estrato I (0-40%)	Estrato II (41 – 60%)	Estrato III (61 – 79%)
Amapala	Goascorán	San José
Marcovia	El Triunfo	Apacilagua
Choluteca	Duyure	Langue
Pespire	Aramecina	Soledad
Alianza	Santa Ana de Yusguare	San Miguelito
San Marcos de Colón	Nacaome	San Francisco de Coray
Namasigue	Orocuina	Liure
San Lorenzo	San Antonio de Flores	La Libertad
	El Corpus	
	Concepción de María	
	Lauterique	
	San Isidro	
	Morolica	
	Caridad	
Promedio NBI: 34	Promedio NBI: 51	Promedio NBI: 71

Gran parte de los ríos que cruzan la zona central de Honduras desembocan en la zona sur³⁰, la agricultura predominante –algodón, melón, sandía y el cultivo de camarones- determina un uso intensivo de plaguicidas en los suelos planos de esta región y la extrema deforestación son, entre otros, elementos omnipresentes en gran parte de los municipios. Con la excepción de: Marcovia, Alianza, Namasigue y Amapala el resto de municipios está conectado a la red de carreteras pavimentadas. No sucede así en los casos del resto de municipios de los estratos II y III; en estos prevalecen carreteras de segunda y no siempre son accesibles durante los meses lluviosos.

El análisis de las situaciones de salud prevalecientes y asociadas a condiciones de vida da como resultado diferencias muy notables respecto de las regiones anteriormente analizadas. Destaca, en primer lugar, que el conjunto de la región aparece con magnitudes relativas de Incidencia de: Diarrea, Dengue, Neumonía, Disentería, Hepatitis, Hipertensión y Asma Bronquitis muy superiores a la incidencia promedio nacional.

Cuadro 25: ASIS-SCV DE LA REGION 4 (tasas por 100,000 habitantes)

	ESTRATOS			Total Región	Total Nacional
	I	II	III		
Diarrea	4,779	3,965	4,498	4,324	4,065
Dengue	396	508	471	468	296
Neumonía	14,555	11,200	6,910	10,951	9,627
Disentería	303	392	482	392	320
Hepatitis	65	56	54	58	56
Varicela	327	229	190	245	272
Hipertensión	639	846	782	773	580
Diabetes	152	116	19	100	199
Asma	3,577	2,492	2,682	2,832	2,480
Bronquitis					
% NBI	34	51	71	52	

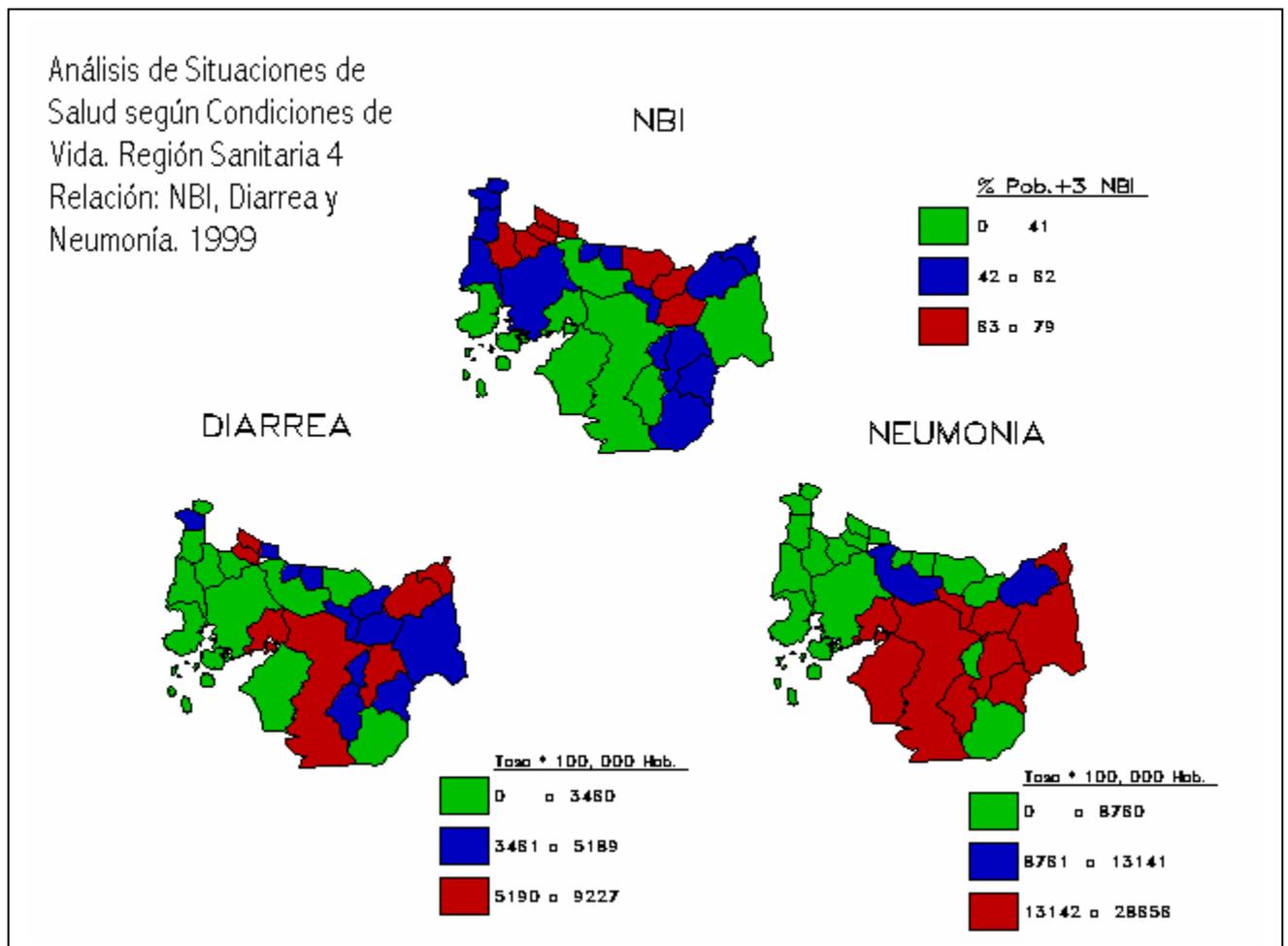
El estrato I, los municipios menos pobres de la región 4, presenta tasas de Neumonía muy superiores al resto de estratos. Esta particular situación da pie para avanzar una hipótesis acerca de las tasas de mortalidad por Neumonía entre los estratos. Por un lado, la mayor tasa de consultas por Neumonía en el estrato I podría implicar menor mortalidad por esta causa. Por otro lado, si se confirma mayor mortalidad en los estratos II y III daría lugar a

³⁰ Según geógrafos y epidemiólogos cubanos esta circunstancia generalmente está presente en los territorios del mundo donde aún existe el problema de la Lepra que; precisamente, existe en la región.

operativos de vigilancia y detección temprana de casos involucrando, igualmente, a los propios pobladores en la gestión de este problema que afecta preferentemente a niños.

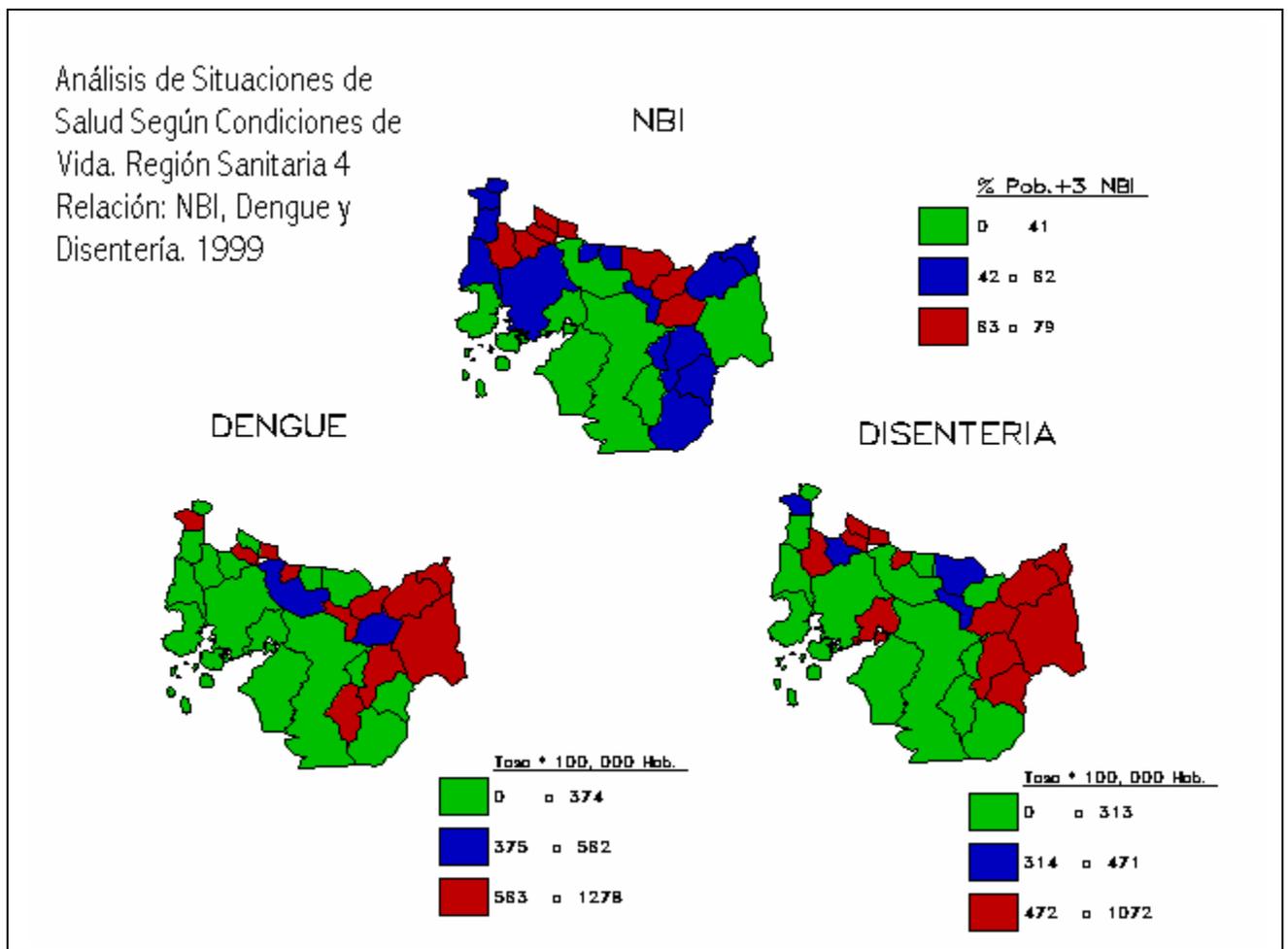
Al parecer, los municipios del estrato I, más cercanos a las áreas agrícolas con uso intensivo de plaguicidas, pudiera incidir fuertemente en la calidad del aire y en las fuentes de agua. La muy alta tasa de Neumonía registrada en el estrato I, donde predominan municipios ubicados en suelos planos, puede relacionarse también con la particular modalidad de construcción de las viviendas: una alta proporción de las viviendas de los sitios bajos y planos están construidas con paredes de varas, debido al calor, de tal forma que el aire contaminado atraviesa las viviendas durante el día y la noche. Esta es una situación muy peculiar que denota el carácter especial de las acciones de salud – curativas y preventivas- y; asimismo, la necesidad de complementar con otra índole de esfuerzos para especificar la naturaleza exacta de la mayor vulnerabilidad relativa de los habitantes de esta región respecto de otras. Es decir, se trata de saber el porqué de la mayor incidencia relativa de Neumonía o Diarrea, si acaso el problema ambiental aludido, la calidad del agua y la red de distribución de excretas son muy inferiores a lo registrado en otras regiones o si existen otros factores. Esta situación se complejiza aún más al observar que el estrato menos pobre supera, en Diarrea, Neumonía y Asma Bronquitis, no solamente los promedios nacionales sino; además, el de la propia región incluyendo el resto de estratos más pobres.

El observar la distribución geográfica y/o municipal de: Diarrea, Neumonía, Dengue y Disentería es una opción que justamente permite visualizar los municipios más vulnerables y de mayor riesgo en estas dolencias estrechamente asociadas con las condiciones de vida.



Los municipios más pobres de la Región 4 pertenecen a Francisco Morazán: San Miguelito, La Libertad, a Valle: San Francisco de Coray y el resto a Choluteca. Los dos primeros; San

Miguelito y la Libertad son los únicos donde es coincidente alta proporción de NBI y tasa de Diarrea. Como se había mencionado: municipios como Choluteca y San Lorenzo, pertenecientes al primer estrato, aparecen con tasas por encima de las tasas de país y región. En el caso de Neumonía ninguno de los municipios más pobres – tierras altas y muy pocas viviendas construidas con paredes de varas- aparecen con altas tasas. Este género de conocimiento puede, desde una visión de intersectorialidad de la salud, convocar a otros actores e instituciones interesadas en mejoramientos radicales de las viviendas y/o en la adopción de programas de mejoramiento ambiental y control de pesticidas.³¹ La distribución geográfica de Dengue y Disentería muestra; también, el despliegue particular y semejante al de Diarrea y Neumonía.



³¹Los cultivos de melón suelen mostrar muchas madres trabajando con sus hijos de pecho al lado de las líneas de siembra y donde; en muchos casos, han esparcido plaguicidas recientemente. El entorno ocupacional, con la exposición a este género de riesgos, puede y debe ser objeto de intervenciones multisectoriales.

De nuevo, se constata que en los municipios del norte de esta región – San Miguelito, La Libertad- se registra de manera simultánea: alta incidencia de pobreza extrema y altas tasas de incidencia por Dengue.

En el caso de la disentería se repite lo observado en otras regiones: cinco de los municipios más pobres si presentan alta incidencia por esta enfermedad. Se reitera que esto probablemente sea la expresión de una costumbre de solo acudir a los establecimientos por señales consideradas de peligro. En todo caso, medidas de promoción pueden coadyuvar en la transformación de estas supuestas costumbres en los hogares más pobres.

Se ha analizado y se ha concluido sobre el carácter especial de los riesgos de salud-enfermedad inherentes a la región 4. Resta saber si eventos como los de muertes infantiles pudieran; también, estar por encima de las tasas promedio nacionales. Según la ENEFS los niños de 0-5 meses, de esta región, presentan las tasas por Diarrea más altas de todo el país.³² No hay estimaciones confiables sobre mortalidad infantil por municipio y; por tanto, cabe inducir procesos investigativos sobre la distribución del riesgo de morir entre los infantes de esta región.

Este tipo de riesgos de salud desencadena otros procesos igualmente perjudiciales para los niños: “La Diarrea es una de las causas más importantes que desencadena el proceso de pérdida de velocidad de crecimiento, que si no es corregida oportunamente, conduce a cuadros progresivos de desnutrición los que, a su vez, da las condiciones para que la enfermedad y la muerte prospere.”³³

³² Cfr. ENEFS. 1996 pgs. 345 y subsiguientes.

³³ Ibid.

1.9.- Situaciones de Salud-Enfermedad según Condición de Vida en la Región 5

La región 5 integra 70 municipios de: Copán, Ocotepeque y Lempira. En el estrato I se ubican dos cabeceras departamentales: Santa Rosa de Copán y Ocotepeque y la correspondiente a Lempira en el estrato II. Esta región se caracteriza por su heterogeneidad

MUNICIPIOS DE LA REGIÓN No.5

Cuadro 27: Estratos de NBI en la Región Sanitaria 5

Estrato I (0- 38%)	Estrato II (39-56%)	Estrato III (57-77%)
San José	Dolores	La Iguala
San Pedro	Florida	Copán Ruinas
San Marcos	Trinidad de Copán	La Campa
La Labor	Cucuyagua	Concepción
Ocotepeque	Tomalá	Santa Rita
Santa de Rosa de Copán	San Antonio	La Unión
La Encarnación	La Unión	San Sebastián
Corquin	San Nicolás	La virtud
La Jigua	Las Flores	San Manuel de Colohete
Nueva Arcadia	Guarita	virginia
Santa Fe	Gracias	Mapulaca
Sensentí	Concepción	Candelaria
San Rafael	Veracruz	Fraternidad
S. Francisco del Valle	Mercedes	Belén
Dulce Nombre	Cabañas	San Francisco
Sinuapa	El Paraíso	San Andrés
San Jerónimo	Lucerna	Santa Cruz
San Fernando	Lepaera	Gualcince
	Tambla	Dolores Merendón
	Cololaca	Piraera
	San Juan de Opoa	Valladolid
	Belén Gualcho	
	Talgua	
	Erandique	
	San Juan Guarita	
	San Jorge	
	San Agustín	
NBI promedio: 31%	NBI Promedio:46%	NBI Promedio: 64%

originada en el hecho de tratarse de una región que concentra gran población de las etnias: Lenca y Maya-Chortí. Y; además, por acusadas diferencias de desarrollo relativo entre municipios y entre departamentos. En los tres estratos existe un nivel bajo o medio de desarrollo infraestructural. Las situaciones de salud son; como se verá, muy vinculadas a la heterogeneidad social, geográfica e infraestructural existente.

La dinámica de movilidad poblacional que caracteriza a estas áreas, parece influir en la naturaleza y las magnitudes alcanzadas en las situaciones de salud-enfermedad que se analizan a continuación.

Destaca como muy notable el valor alcanzado en casos de Neumonía: 26,299 por 100,000 habitantes respecto de la tasa promedio nacional (9,627). Igualmente, el valor alcanzado en el estrato III (29,966) implica una altísima probabilidad de los niños de este estrato de contraer esta enfermedad o; incluso, fallecer por esta causa.

Cuadro 28: ASIS-SCV de la REGION 5

	ESTRATOS			Total Región	Total Nacional
	I	II	III		
Diarrea	5,390	4,004	4,307	4,479	4,065
Dengue	335	280	120	244	296
Neumonía	27,661	22,540	29,966	26,299	9,627
Disentería	518	455	559	505	320
Hepatitis	212	34	16	77	56
Varicela	441	416	277	379	272
Hipertensión	1,172	569	235	627	580
Diabetes	165	91	11	86	199
Asma	4,528	1,533	961	2,168	2,480
Bronquitis					
% NBI	31	46	64	47	

En lo concerniente a Diarrea; también acontece algo similar: la tasa de incidencia es superior a la tasa promedio nacional aunque la del estrato I es aún mayor que la tasa nacional y regional. La tasa por 100,000 habitantes de Dengue del estrato de menor pobreza relativa resulta superior a la tasa promedio nacional y al resto de estratos.

En lo referente a Disentería, se repite lo que es casi una constante en las regiones analizadas: los pobladores del estrato III parecen consultar más por esta causa que el resto de estratos.

La tasa por Hepatitis y Varicela del estrato I es también muy superior a los valores medios nacional, regional y del resto de estratos. La Diabetes y Asma Bronquitis, como en las regiones analizadas, resulta mayor en el primer estrato. Con la excepción notable de la Neumonía del estrato III, en el resto de enfermedades el estrato I alcanza valores altos en relación a todo el país.

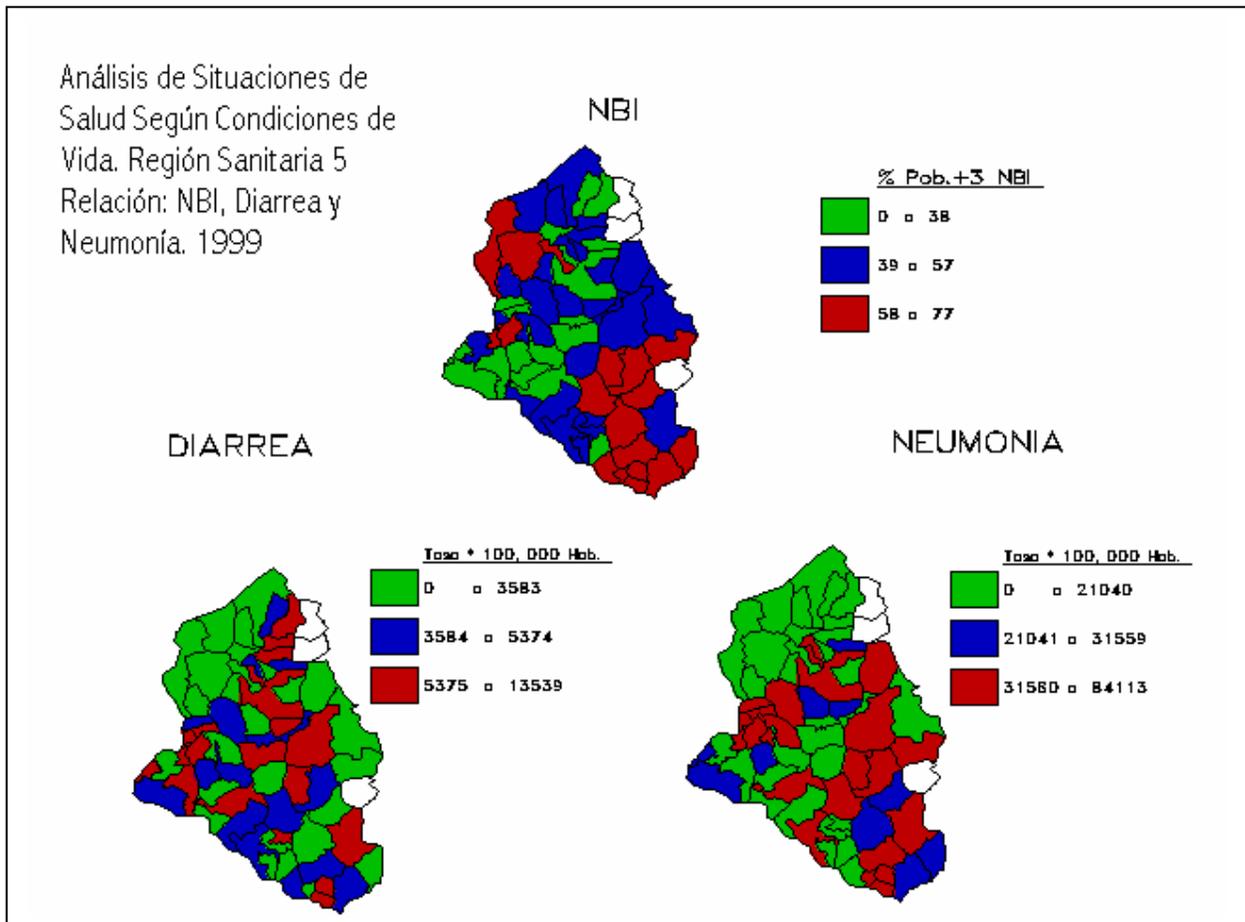
(Algo singular de esta región radica en que las diferencias en Diarrea y Disentería no son muy grandes como en el resto de regiones analizadas. Esto puede interpretarse como si las condiciones sociales de la región 5, particularmente las relacionadas con las condiciones materiales de vida, son determinantes de estos procesos de salud-enfermedad pero que, al parecer, existen otros determinantes de peso— calidad de agua distribuida en las redes de las ciudades y pueblos del estrato I, manejo de basura y desechos sólidos, mayor densidad de poblados sin condiciones sanitarias mínimas en las proximidades de las cabeceras departamentales, etc.- que hagan posible una equiparación en estas dos enfermedades. Es decir, que el peso de unos determinantes compensen la ausencia de otros)

Por ahora, se ha tratado de asociar; Diarrea, Disentería o Neumonía con las condiciones materiales de vida y casi se han perdido del contexto de análisis lo antes expuesto sobre diversas enfermedades parasitarias –helmintiasis, amebiasis, etc.- presentes en trastornos diarreicos. Se ha omitido señalar que a las regiones les es inherente una carga de diversos microorganismos que suelen yacer en el suelo y hasta en el aire. También, se ha omitido señalar problemas estructurales de higiene como el fecalismo al aire libre que es muy frecuente en muchos poblados del sector rural y en varios sitios de ciudades del país, se ha omitido señalar que las economías hogareñas del campo suelen mantener animales domésticos – cerdos, cabras, etc.- que deambulan e ingieren desechos humanos y se convierten así en eslabones de contaminación o contagio de otras enfermedades. Estos problemas realmente existen; en unas regiones más que en otras, sin que las autoridades municipales y políticas en general traten de modificar estas prácticas. Y; como se sabe, estas condiciones no son reflejadas necesariamente por las NBI.³⁴

La apreciación del mapa de esta región ayudara; no obstante, en el discernimiento de la lógica de distribución de los problemas de salud-enfermedad más relacionados con las condiciones de vida que el ASIS-SCV utiliza por ahora.

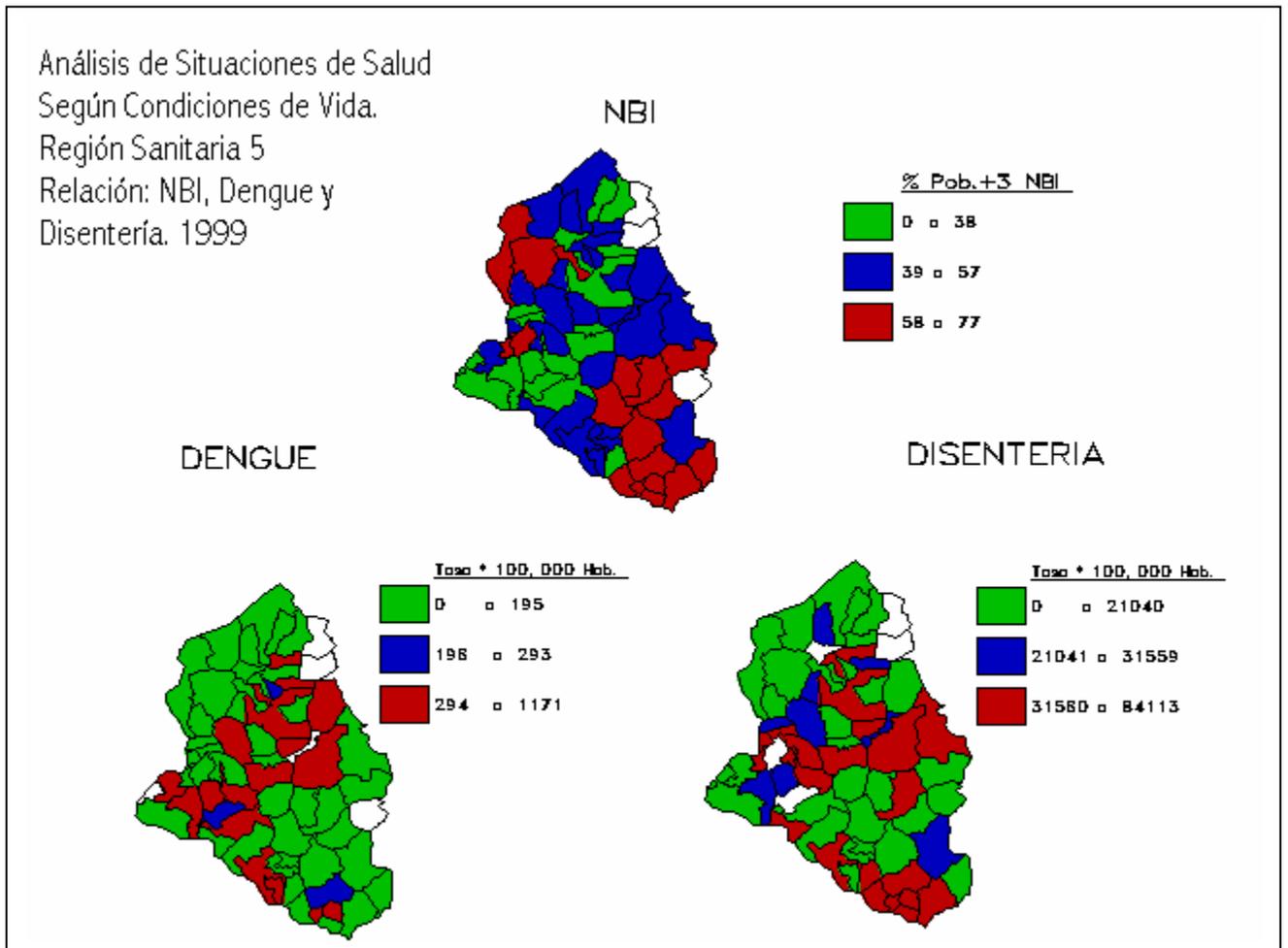
(El censo del 2,000 incluye la identificación étnica de los informantes, con ello será posible construir indicadores de NBI, etnia, ingreso, etc..)

³⁴ La ausencia de establos o “chiqueros” para cerdos en los hogares de pueblos y aldeas de Salamá explica la alta incidencia de casos de Epilepsia. Y esto, a su vez, refiere el problema de Cisticercosis arriba mencionado.



En efecto, varios de los municipios en verde, los menos pobres, presentan las más altas tasas de diarrea y muy pocos de los más pobres (Candelaria, Virginia, San Manuel Colohete y Tomalá de Lempira), en el extremo inferior derecho del mapa de NBI, resultan igualmente con altas tasas por Diarrea. Lo importante de este particular es la posibilidad de focalizar acciones en los municipios más pobres de Lempira, para incidir en el corto plazo sobre la generación de este tipo de problemas que compromete el desarrollo y crecimiento de los más vulnerables. En el caso de Neumonía por lo menos 8 municipios del estrato III son los que sobresalen con muy altas tasas. Y, de nuevo, todos pertenecen a Lempira. Se incluyen, además, Dolores Merendón y la Fraternidad del departamento de Ocotepaque.

La distribución geográfica de Dengue en la región 5 muestra un patrón muy disímil puesto que solamente dos municipios del estrato III muestran altas tasas de incidencia (cfr. Mapulaca y Candelaria de Lempira). Aquí el Dengue no parece afectar fuertemente a los municipios más pobres. (Se sabe que los lugares con mayor densidad de población, los más urbanizados, suelen presentar las mayores tasas de incidencia de problemas de salud como el Dengue)



El Dengue afecta más a los municipios menos pobres de la región 5. (Parte central de la Región, en rojo). La situación es un tanto diferente en el caso de Disentería por el hecho que más municipios del estrato III tienen en común altas tasas de este problema cuyos daños afectan prioritariamente a niños y niñas de corta edad. (Observe que la cabecera departamental de Lempira, Gracias, aparece simultáneamente con altas tasas de ambas enfermedades.

Parece muy evidente la desventaja o vulnerabilidad relativa de gran parte de los municipios de Lempira en relación con las enfermedades asociadas a condiciones de vida. Y aunque ello es así, no siempre las ONG y diversas instituciones que operan en la región parecen dispensarle un trato especial o estratégico a este departamento.

1.9.-Situaciones de Salud-Enfermedad según Condiciones de Vida en la Región 6

La región 6 agrupa 25 municipios de los departamentos de Atlántida y Colón y algunos municipios de Yoro y Olancho. Según se observa en el cuadro los valores de cada uno de los estratos son de los menores de todo el país; es decir que se trata de una región sanitaria de alto desarrollo relativo.

Toda la región tiene un considerable desarrollo infraestructural: carreteras pavimentadas, agua y redes de disposición de excretas son frecuentes en la mayoría de municipios de los estratos I y II. Las zonas productivas incluyen cultivos de exportación tales como: banano, palma africana, cítricos y; además, gran parte de los municipios se especializan en la oferta de servicios turísticos: Tela, La Ceiba, Trujillo y todos los municipios que conforman las Islas de la Bahía. Es notable el desarrollo comercial de municipios de los suelos planos de Colón tales como: Tocoa, Sabá, y Sonaguera. (Estos municipios y ciudades son producto de un proceso de colonización agrícola iniciado en los años setenta que implicó el masivo traslado de población de departamentos como Choluteca, Valle, Comayagua y La Paz)

Cuadro 28: Estratos de NBI en la Región No. 6

Estrato I (0 –21%)	Estrato II (22-30%)	Estrato III (31 –49%)
Utila	Olanchito	Esparta
Guanaja	San Francisco	Trujillo
José Santos Guardiola	Santa Fe	Sonaguera
Roatan	Tela	Bonito Oriental
La Ceiba	Tocoa	Limón
El Porvenir	Saba	Balfate
Santa Rosa de Aguán	Arizona	Jutiapa
Arenal	La Masica	Iriona
		Jocón

El patrón existente de situaciones de salud-enfermedad también es un tanto diferente al observable en otras regiones según las propias características sociales y productivas mencionadas. Aún cuando si sobresalen las diferencias muy marcadas entre los estratos de NBI.

En efecto, según el cuadro de situaciones de salud-enfermedad, las tasas promedio de Diarrea, Dengue, Disentería, Hepatitis, Varicela, Hipertensión y Asma Bronquitis son superiores a las tasas nacionales. Al interior de los estratos destaca la incidencia muy alta de casos de Disentería en el estrato III; el cual resulta ser, sin duda, la tasa más alta de todas las regiones sanitarias. Esta situación en clara correspondencia con la tasa de Diarrea del mismo estrato III, refiere un patrón muy diferente al resto de regiones donde siempre los pobladores de este estrato observaban las menores tasas de incidencia respecto de los estratos I y II

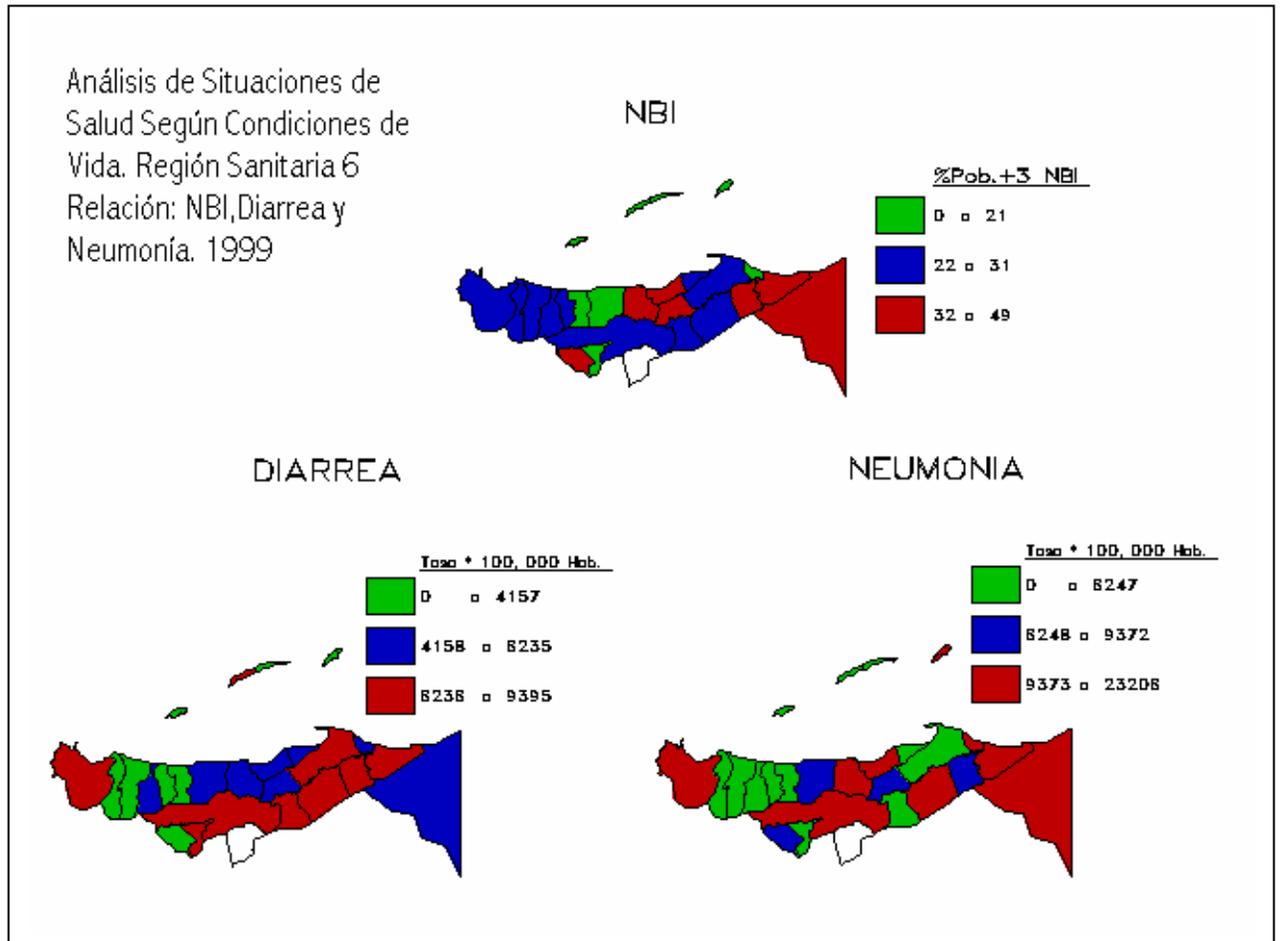
Cuadro 29: ASIS- SCV de la Región Sanitaria 6

	ESTRATOS			Total Región	Total Nacional
	I	II	III		
Diarrea	4,421	5,454	5,655	5,196	4,065
Dengue	480	553	828	628	296
Neumonía	6,585	7,210	9,432	7,810	9,627
Disentería	112	413	5,265	2,063	320
Hepatitis	99	62	20	59	56
Varicela	372	447	399	406	272
Hipertensión	605	555	754	643	580
Diabetes	69	144	339	190	199
Asma	2,291	2,225	3,353	2,652	2,480
Bronquitis					
% NBI	10	27	39	26	

Los hogares de los municipios pertenecientes al estrato III, también muestran un riesgo relativo muy alto en lo concerniente a: Dengue, Neumonía y Asma Bronquitis. Esto parece sugerir que la relativa baja prevalencia del fenómeno de la pobreza y que implica condiciones materiales anómalas de vida; indica la presencia de otros determinantes de peso: contaminación de los ríos y del ambiente en general.

(También, debe pesar el hecho que gran parte de la etnia garífuna y de negros de habla inglesa reside en esta región y habita bajo condiciones muy particulares: casas con paredes y techo de manaca - fibras vegetales- sin la existencia de servicios de agua potable y redes de disposición de excretas)

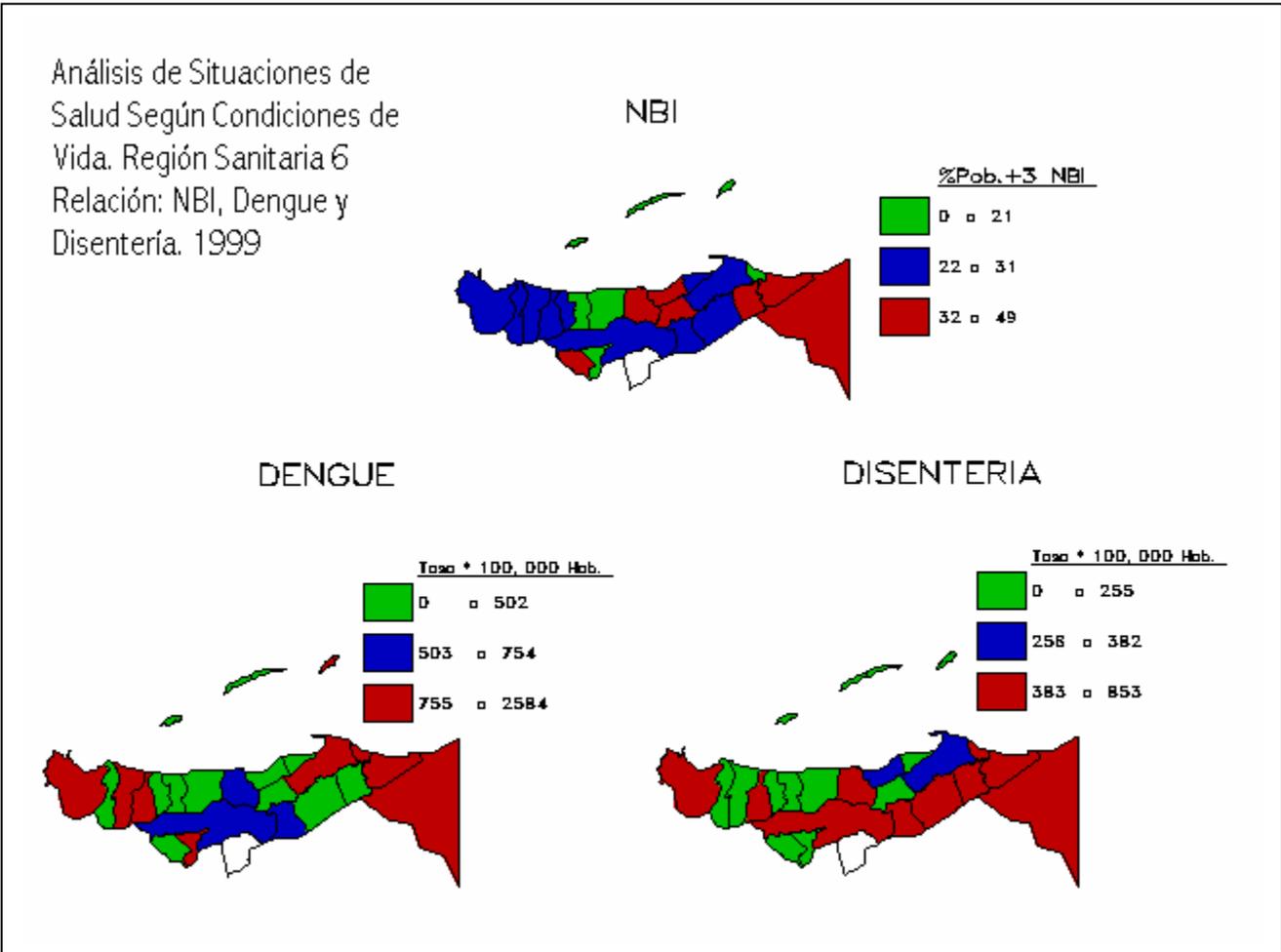
Los procesos de urbanización, con varios polos: La Ceiba, Tela, Roatán, Tocoa, Trujillo notablemente diferentes al resto de regiones sanitarias, quizás responda por el patrón de situaciones de salud enfermedad observado. La distribución geográfica de NBI y de las enfermedades que se han venido analizando, ayuda ciertamente en el discernimiento de las razones sociales y epidemiológicas un tanto diferenciadas de esta región.



En efecto, solamente dos municipios del estrato II, Bonito Oriental y Limón, aparecen bajo el cumplimiento simultáneo de relativa alta incidencia de NBI y Diarrea. En cuatro municipios del mismo estrato: Iriona, Limón, Santa Fé y Balfate coincide o tiene lugar la asociación directa entre NBI y tasas de incidencia de Neumonía. Este es, junto a la Disentería; quizás uno de los problemas mayores y plantea importantes retos para el conjunto de instituciones, públicas y privadas; que operan en la región.

En el mapa se destaca el municipio de Tela, extremo derecho, por mostrar altas tasas en ambas dolencias.

La situación es similar en lo concerniente a Disentería y Dengue; exceptuando lo antes referido como notable y concerniente a la alta tasa de disentería en los municipios del Estrato III.



Si bien el Dengue afecta con altas tasas a: Iriona, Limón, y Santa Rosa de Aguán que pertenecen al estrato III; en el caso de Disentería involucra 4 municipios (Iriona, Limón, Santa Rosa de Aguán y Jutiapa) y abarca gran parte de los municipios vecinos. Este parece ser un problema de gran envergadura, que amerita procesos investigativos profundos para determinar, entre otras cosas, si se trata de un problema estructural o crónico en la región o si es producto de factores recientes –el paso del huracán Mitch afectó la situación sanitaria de gran parte de estos municipios que presentan alta incidencia de Disentería-.

2.0.- Situaciones de Salud-Enfermedad según Condiciones de Vida en la Región 7

La región 7 está constituida por los municipios del departamento de Olancho donde existe un bajo desarrollo relativo en materia infraestructural. Existen muy pocas carreteras pavimentadas y muy pocas redes sanitarias en la mayoría de municipios con la excepción de Juticalpa y Catacamas que concentran buena parte de la oferta, más compleja, de servicios sociales: educación superior y técnica, salud –hospitales y clínicas.

Desde el punto de vista social, esta región presenta indicadores de predominancia de municipios pobres y muy pobres. Según el cuadro, los estratos II y III contienen varios municipios por encima de 50% de hogares con más de tres NBI. Es muy probable que esta situación particular determine la forma de distribución de las situaciones de salud-enfermedad que se han venido analizando en el resto de regiones.

Los municipios del estrato III se ubican realmente en la periferia del departamento y aledaños a la parte sur del departamento de Atlántida. Estos municipios, más pobres, tienen la particularidad de contener población de la etnia Pech (tolupanes) muy poco integrados a los flujos comerciales que fluyen y convergen en Juticalpa y Catacamas.

Las situaciones de salud, diferenciadas según los estratos del cuadro, otorgan variados

Cuadro 30: Estratos de NBI en la Región VI

Estrato I (25-39%)	Estrato II (40 – 58%)	Estrato III (59 –82%)
Santa María del Real	La Unión	Dulce Nombre Culmí
Silca	Guarizama	Gualaco
Salama	Guayape	Jano
Juticalpa	Manto	Guata
Concordia	Catacamas	El Rosario
S. Francisco de Becerra	Campamento	Mangulile
S. Francisco de la Paz	San Esteban	Esquipulas del Norte
		Yocón
NBI Promedio	NBI Promedio	NBI Promedio

elementos de caracterización de los riesgos de salud que afectan a estas poblaciones. En efecto, bajo el contexto nacional, las tasas de incidencia de las enfermedades analizadas son

inferiores a la propia magnitud relativa de todo el país. (con la excepción de Disentería y Varicela).

Las situaciones prevalecientes entre los estratos muestran que efectivamente algunas enfermedades alcanzan valores dispares. Así, se destaca, por ejemplo, la considerable tasa de incidencia por Neumonía en el estrato III: 6,171 por 100,000 habitantes y respecto del estrato I (4,434) y II (2,855).

Otro rasgo, al parecer particular, es observar el aparente mayor riesgo de ser afectados por dolencias como la Disentería entre pobladores del estrato I- situación generalmente inversa en el resto de regiones-.

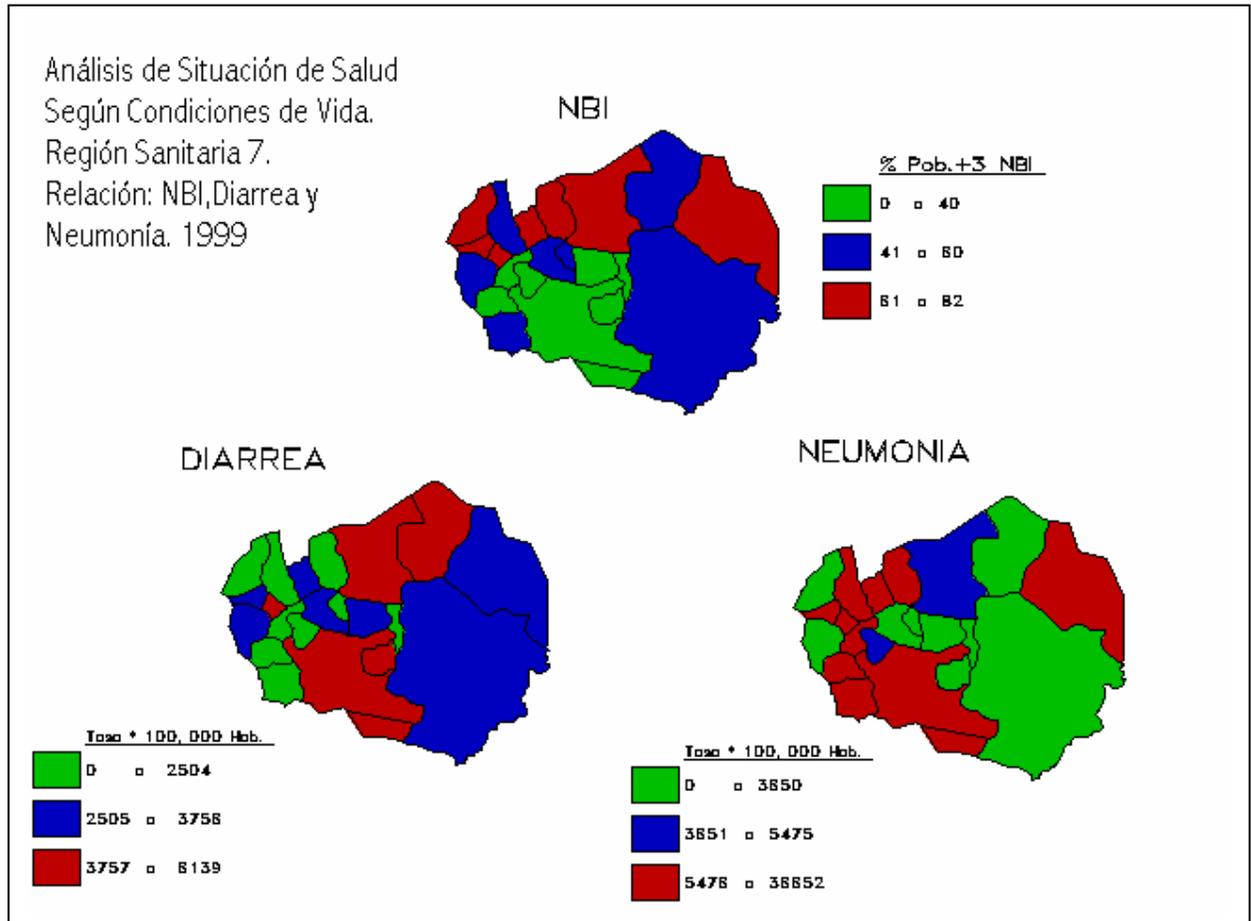
Cuadro 31: ASIS –SCV de la Región 7

	ESTRATOS			Total Región	Total Nacional
	I	II	III		
Diarrea	3,202	2,935	3,237	3,130	4,065
Dengue	337	273	265	291	296
Neumonía	4,434	2,855	6,171	4,563	9,627
Disentería	564	200	328	362	320
Hepatitis	24	13	23	20	56
Varicela	337	239	281	285	272
Hipertensión	321	463	342	374	580
Diabetes	82	29	29	46	199
Asma	2,747	1,910	1,411	1,995	2,480
Bronquitis					
% NBI	34	47	73	52	

Del cuadro se desprende un hecho probablemente relacionado con el acceso de las poblaciones a la red de servicios: los problemas de salud presentan mayor magnitud relativa en el estrato I respecto del II. La situación de acceso infraestructural –las distancias son muy considerables entre ciudades como Juticalpa, La Ceiba o Tegucigalpa que tienen servicios de salud más complejos, respecto de poblados de municipios pobres o muy pobres- lo cual puede ser un factor influyente en la medida que los pobladores del estrato I no acostumbren, por lo relativamente oneroso, trasladarse a centros de mayor complejidad en otras regiones del país.

La percepción de la distribución municipal en las enfermedades más relacionadas con condiciones de vida, brindan mejores elementos acerca de la distribución geográfica de los riesgos de salud- enfermedad.

Es muy evidente la especialización geográfica del fenómeno de la pobreza: los más pobres

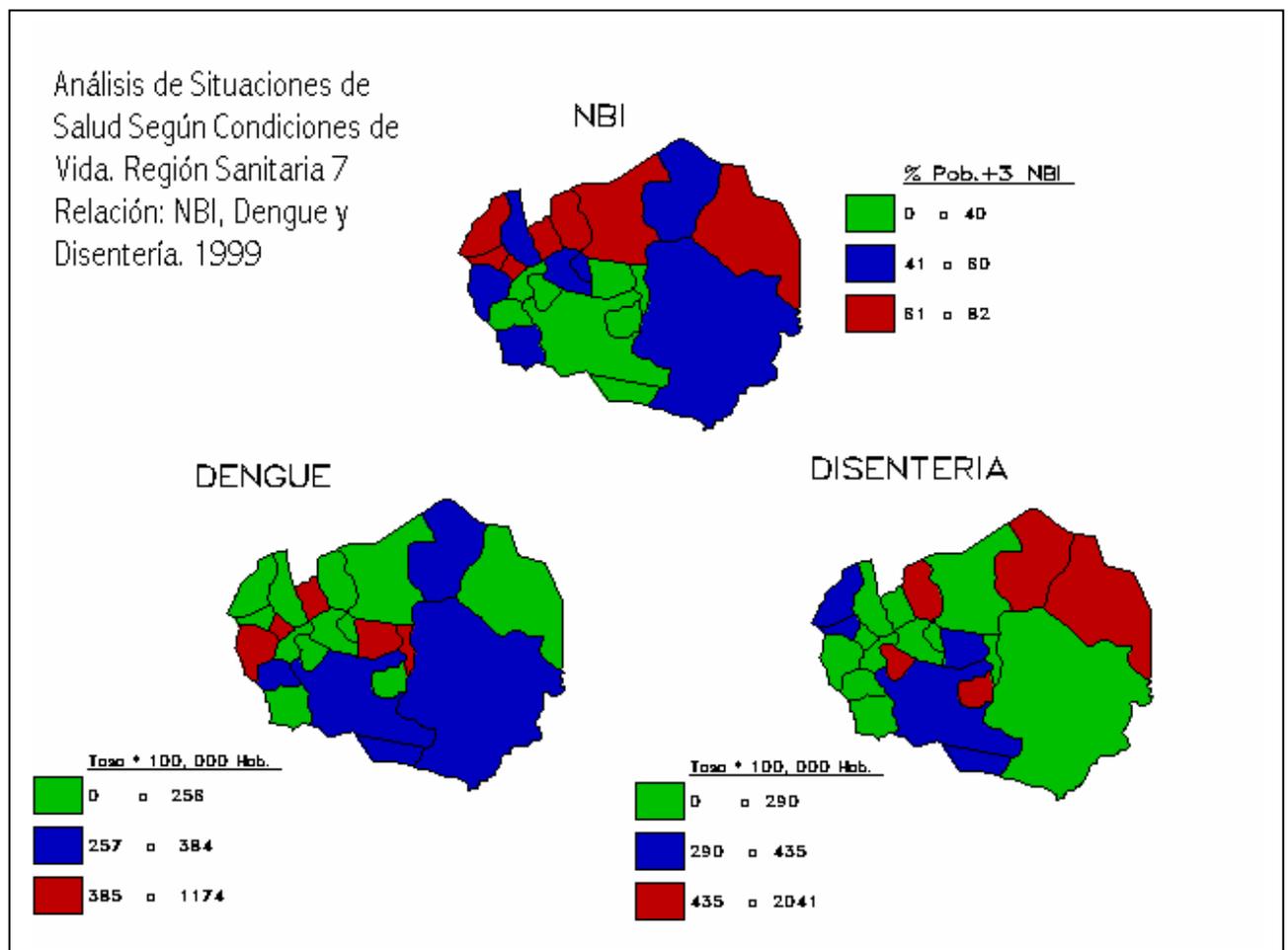


se ubican en el norte del departamento de Olancho y; tal como puede observarse, solamente el municipio de Gualaco, perteneciente al estrato III, presenta tasas altas de incidencia de Diarrea. El resto de municipios con mayor tasa de Diarrea pertenecen al estrato I y II: Juticalpa, San Francisco de Becerra, Campamento, Concordia y otros.

En lo concerniente a Neumonía, los municipios más pobres, donde predominan suelos montañosos, resultan más afectados, principalmente Dulce Nombre de Culmí – en el extremo superior derecho del mapa- más; Gualaco, Guata, Jano, Yocón y El Rosario. Es muy probable que no todo lo que puede hacerse en materia de movilización y organización social en la región 7, se haya hecho o intentado para abatir estos problemas. Es más

probable aún que las causas de este problema se mantengan inalterables a lo largo del tiempo: condiciones materiales anómalas de vida, uso de fogones en el interior de las viviendas que emanan humo y partículas que afectan a los más vulnerables, baja disponibilidad de alimentos, etc..

La situación en lo referente a Dengue y Disentería es un poco diferente a lo observado en Diarrea y Neumonía. Solamente el Municipio de Jano, de los más pobres, aparece con tasas altas en Dengue. Sin embargo, tres municipios de los más pobres: Dulce Nombre de Culmí, San Esteban y Gualaco aparecen con tasas muy altas –en términos relativos a los valores regionales- en la afectación específica de Disentería.



Es claro que también en la región 7 es necesario impulsar iniciativas multisectoriales para mejorar las condiciones de salud de los municipios más pobres. Una forma inicial radica en socializar el ASIS-SCV con autoridades municipales, pobladores y con otras instancias de intervención: iglesias, ONG, patronatos, etc..

3.- ASIS-SCV a Nivel de las Areas que Conforman las Regiones Sanitarias

La perspectiva de análisis regional identificando las diferentes formas de asociación entre: NBI y los problemas de salud en los municipios que conforman cada una de las regiones, constituye un abordaje fundamental para: convocar actores e instituciones, formular y ejecutar diversas iniciativas capaces de transformar la expresión de estos problemas y otros asociados –desnutrición, alta mortalidad infantil y materna- que comprometen el tipo de bienestar accesible desde las poblaciones más postergadas. Es decir, existe ahora una mejor base analítica para tratar de incidir con procesos más integrales de desarrollo de estas poblaciones. Cada año, puede verificarse si ha existido o no una mejora sustancial en la vida de las personas a partir del perfil de consulta que es una aproximación del perfil de morbilidad.

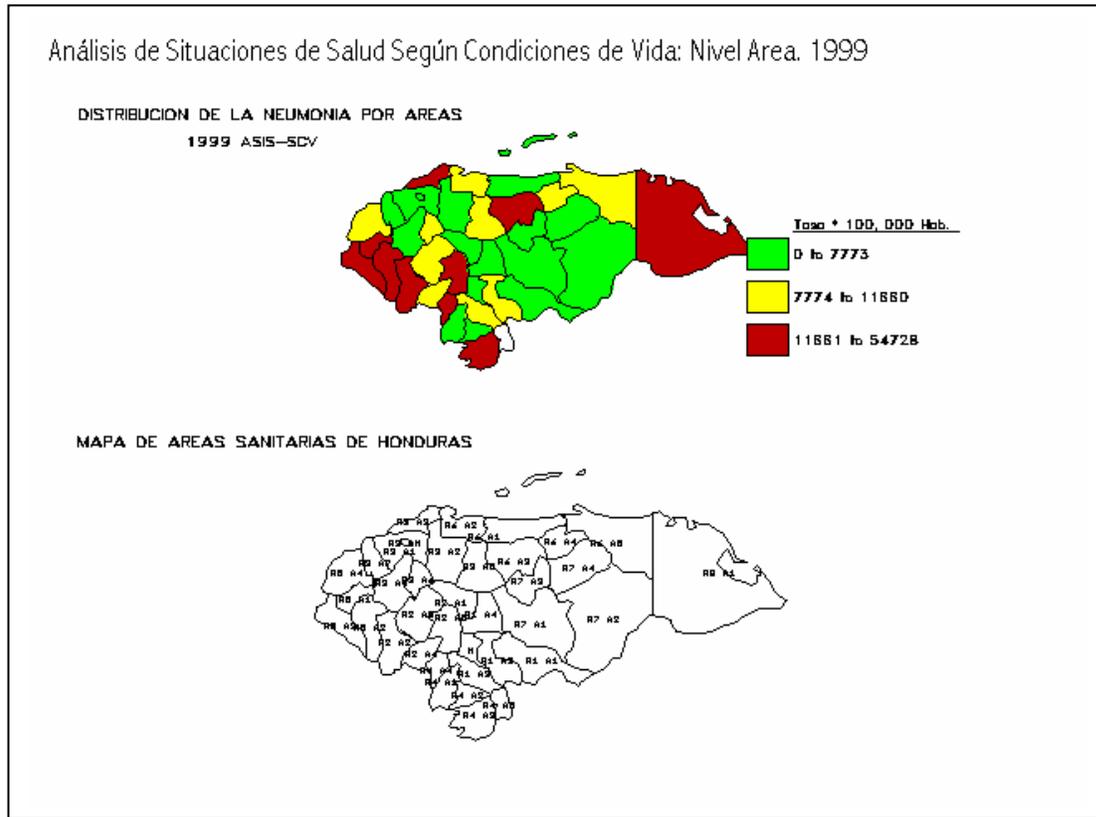
Cabe sin embargo, otra perspectiva de análisis que responde al nivel de responsabilidad propio de la red administrativa y funcional de servicios de la Secretaría de Salud. Debido a que no existe un responsable municipal de Salud con roles y facultades de liderar los diversos procesos de gestión en salud, los niveles jerárquicos superiores no alcanzan a imputar algún tipo de responsabilidad a agentes municipales de salud. Es en el nivel de área que los encargados pueden intervenir y; a su vez, demandar recursos adicionales ante problemas de salud que escapan las previsiones programáticas. Este nivel de intervención rinde cuentas al nivel regional y este al nivel central. Por tanto, la petición y rendición de cuentas inherente al ASIS-SCV debe demarcar el ámbito de responsabilidades y de ocurrencia de todos o de determinados problemas de salud-enfermedad. Esta es la razón principal que anima el análisis que sigue donde se trata solamente de visualizar la geografía o espacialidad de algunos problemas ya analizados en la perspectiva: regional-municipal. La distribución geográfica de estos problemas, conociendo ya la distribución de los territorios y poblaciones donde prevalecen las peores condiciones de vida, puede coadyuvar en la identificación de áreas de: alta, media o baja prioridad de intervención desde procesos que trasciendan las formas usuales de enfrentar estos problemas.

En todos los casos, los valores medios de las tasas de incidencia incluyen el promedio nacional el cual se ubica en el segundo estrato. En el tercer estrato estarán representadas todas las áreas 20% superiores a la media nacional de ocurrencia de cada uno de los problemas analizados.

3.1.- Distribución Geográfica de la Neumonía en el Nivel de Areas.

La Neumonía constituye un problema muy particular por el hecho que los establecimientos de tipo CESAR no tienen capacidad de resolver ante personas o padres de familia en particular que se presentan en los establecimientos demandando respuestas efectivas. Estos establecimientos suelen referir los casos de Neumonía en niños a establecimientos de mayor complejidad tales como CESAMO u Hospitales. Como se sabe en los estratos V y VI no existen muchos CESAMO y Hospitales y esto; precisamente, devela los problemas de inequidad en el acceso que se han mencionado anteriormente. La percepción geográfica

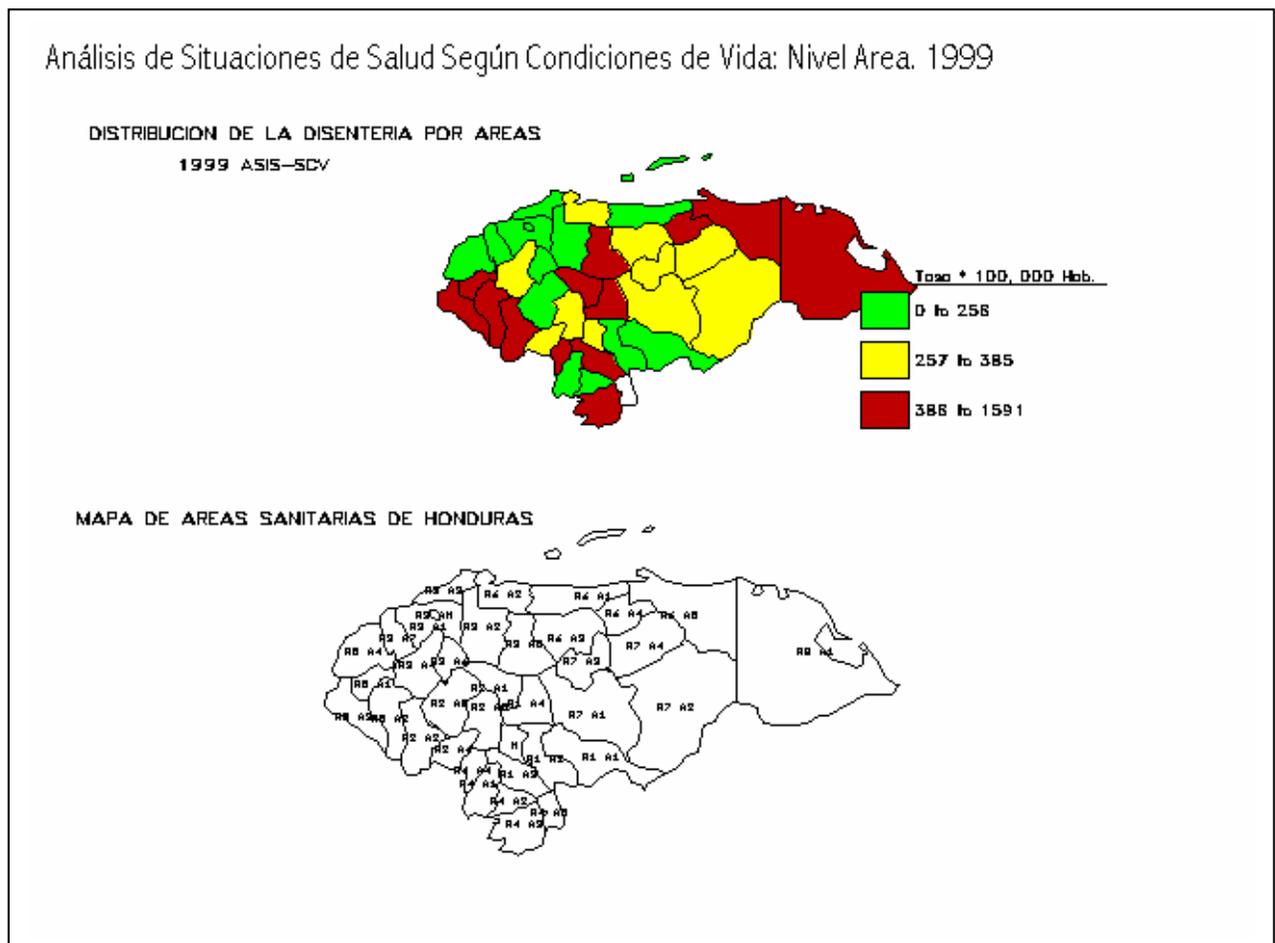
del problema de Neumonía muestra aquellas áreas donde el problema alcanza altas tasas relativas de ocurrencia.



Las áreas sanitarias más occidentales del país, correspondientes a las regiones 5 y 2, presentan, junto a algunas áreas de la región 4 y toda la región 8, los niveles más preocupantes de esta enfermedad. (Resulta, sin embargo, excepcionalmente alto el nivel de ocurrencia en el área 4 de la región 4: 54, 728 casos por 100,000 habitantes) La distribución geográfica de la Neumonía guarda alta asociación con los niveles más altos de pobreza – salvo en lo concerniente a algunos municipios del área 2 de la región 6- y esta particularidad facilita la definición de proyectos más circunscritos o más específicos en cuanto a la población objetivo alcanzable por medidas: educativas, domiciliarias y de organización social en el seno de las comunidades más vulnerables.

Distribución Geográfica de la Disentería en el Nivel de Áreas.

Este es, tal como se ha analizado, un problema que presenta alta vinculación con NBI y con el acceso geográfico, económico y cultural a la red de establecimientos de salud pública.



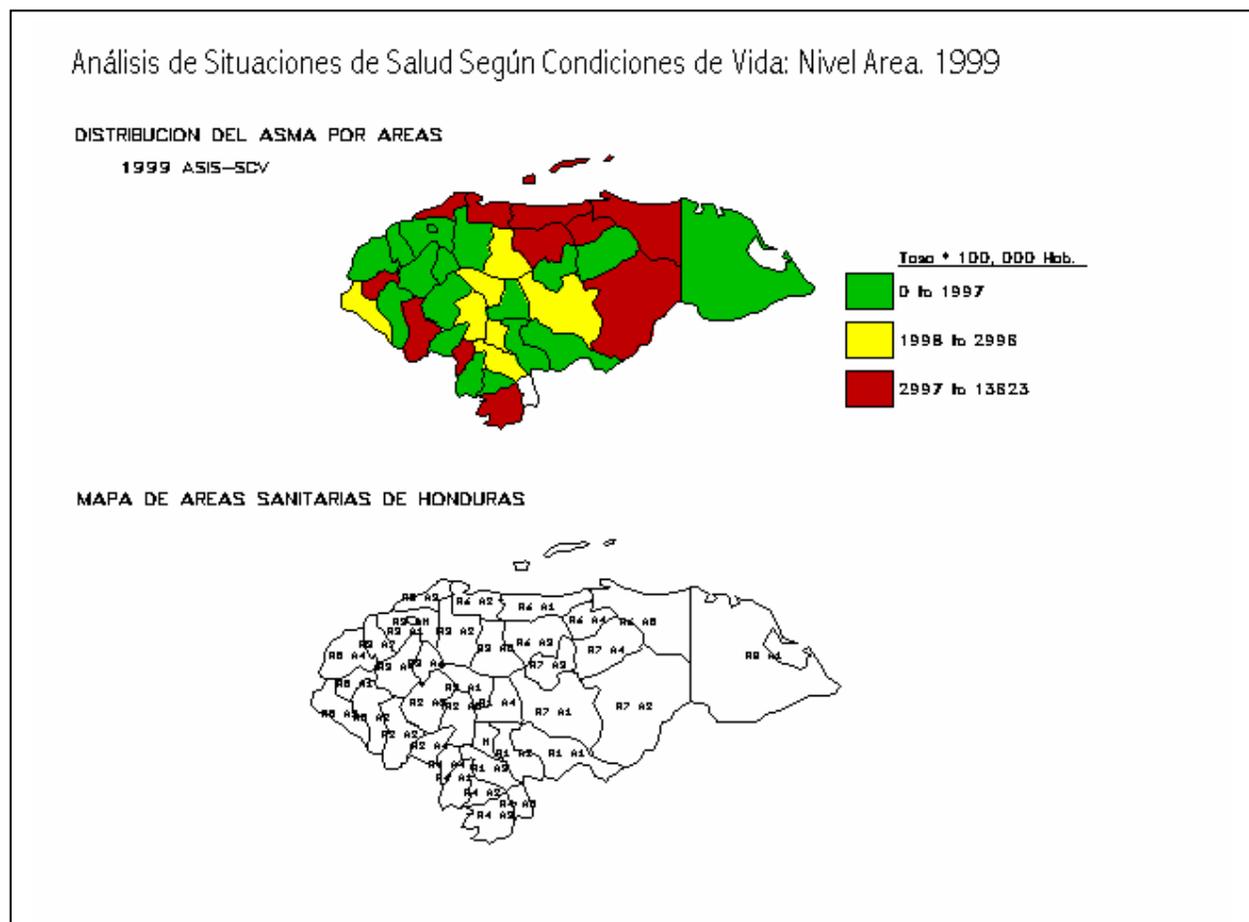
Tres áreas de la región 5 (áreas 1, 2 y 3) más el área 1 y 2 de la región 2, donde prevalece más del 60% de los hogares en situación de pobreza extrema, son áreas con una producción considerable de casos de Neumonía. No obstante, las mayores tasas se registran en las áreas 3 y 4 de la región 4. Toda la zona diagonal occidental, desde Ocotepeque hasta Choluteca, presenta problemas de alta vulnerabilidad a problemas como Neumonía. A menudo, además de los extremos de temperatura que se registran en los suelos altos y bajos de esta amplia zona, este problema es influido por las condiciones particulares de hábitat y por la costumbre generalizada de utilizar cocinas que inundan de humo –por leña y gas kerosene-las habitaciones utilizadas como dormitorios. En otros casos, la quema frecuente de estiércol vacuno y otros materiales usados para ahuyentar zancudos y mosquitos, afecta las vías respiratorias de los niños.

En el mapa, también aparecen las áreas 4 y 5 de las regiones 1 y 3 respectivamente como áreas que sobrepasan la incidencia promedio a nivel nacional. Se destacan, igualmente, dos áreas de la región 6: 4 y 5, como áreas que sobrepasan la tasa de 321 por 100,000 a nivel nacional. (Toda la región 8, Gracias a Dios, La Mosquitia, presenta también una tasa considerada alta: 859 x 100,000)

Este problema, que ha generado, desde 1995, respuestas comunitarias como la organización de agentes voluntarios de salud para el manejo de Neumonía en menores de 5 años, probablemente admita enfoques de intervención multisectorial para abatir la alta frecuencia de casos que seguramente influyen las tasas de mortalidad infantil en estos lugares.

3.3.- Distribución Geográfica de Bronquitis y Asma en el Nivel de Áreas.

La distribución geográfica de Bronquitis y Asma es diferente a la de Neumonía. Según el mapa casi todas las áreas del litoral atlántico (desde el área 3 de la Región 3 hasta el área 5 de la región 6) presentan las mayores tasas de esta afección. Se agregan otras áreas aledañas: 3 y 4 de la región 6 y el área 2 de la región 7 (Olancho).

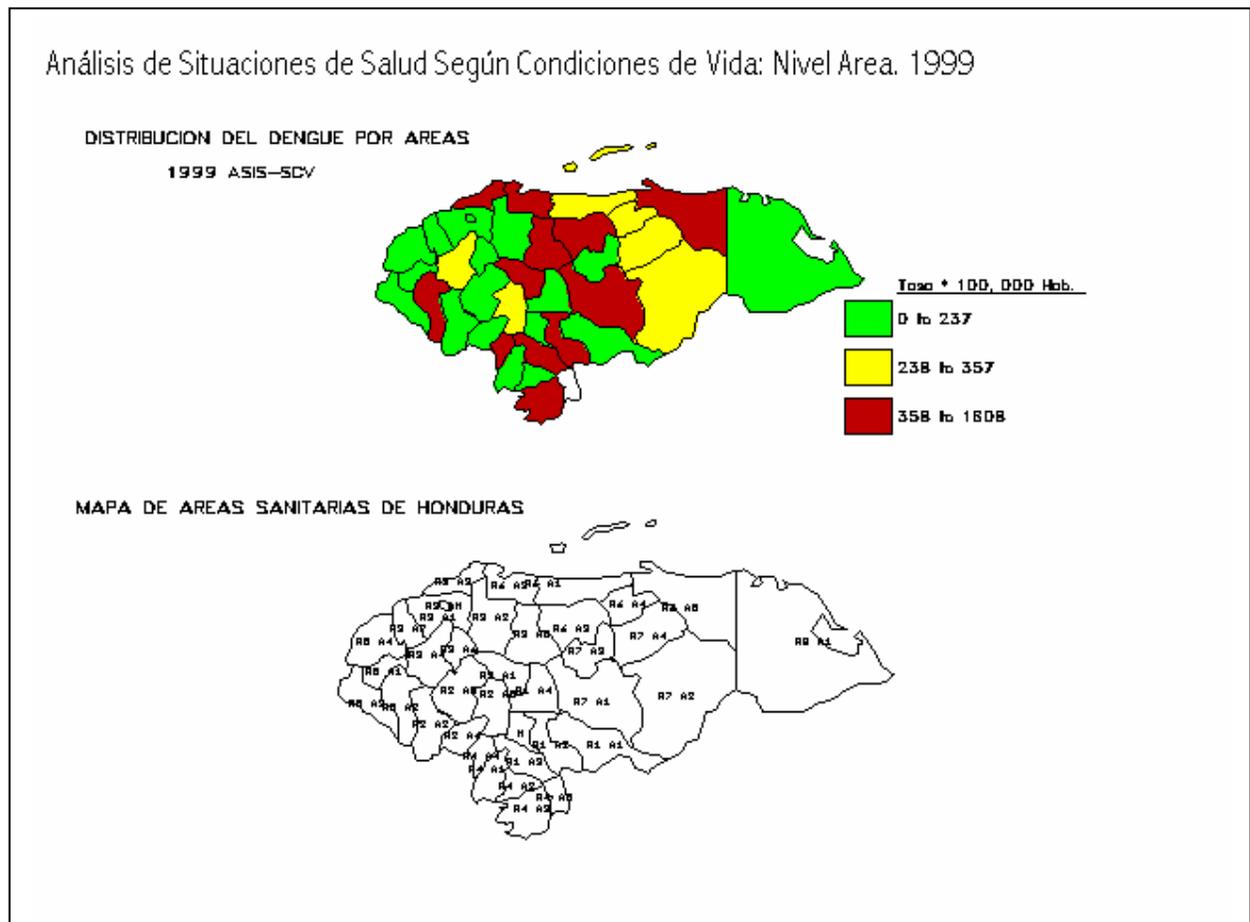


Parece ser de interés el observar que la distribución geográfica de Asma- Bronquitis muestra una configuración particular que separa toda la banda diagonal central donde las mayores tasas ocurren en áreas de los departamentos de Atlántida y en el área 3 de la región 3 (Cortés) y que también corresponde a municipios del litoral atlántico (Puerto Cortés, Omoa, etc.)

Las tasas de asma-bronquitis en el corredor occidental de extrema pobreza son altas (área 1 de la región 5 , área 2 y 4 de la región 2 y áreas 3 (con 13,623 por 100,000, la más alta de todo el país, y 4 de la región 4), pero en promedio no alcanzan las tasas mayores registradas en las regiones 3 y 6. Las autoridades municipales y las fuerzas vivas de estas áreas pueden, bajo el liderato de los jefes de las áreas mencionadas, jugar un papel innovador bajo esquemas de promoción y educación en salud. Los análisis de la distribución geográfica de problemas como Asma-Bronquitis bien pueden ser un primer punto de partida para re-assignar recursos humanos y materiales para abatir la continua ocurrencia de estos problemas.

3.4 Distribución Geográfica de Dengue en el Nivel de Areas

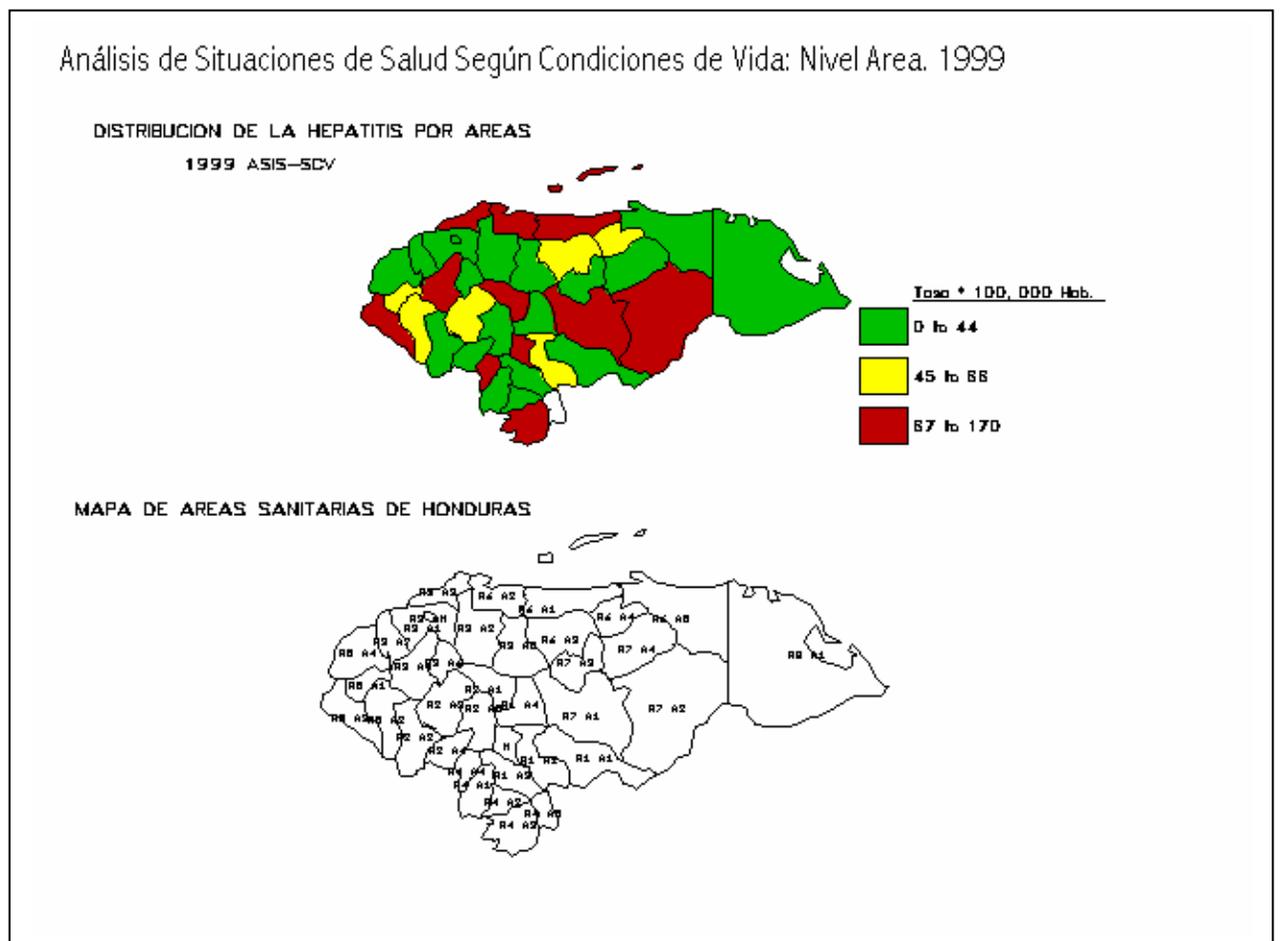
El Dengue presenta una distribución particular sesgada a las áreas sanitarias más urbanizadas del país y en la faja central del país. Sin embargo, las tasas más altas se registran en la región 4: área 3 (1,608 respecto de 298 como tasa nacional).



Las áreas de la región más deprimida del país, con la excepción del área 2 de la región 5 y área 4 de la región 4, presentan niveles por debajo de la tasa promedio nacional. (al parecer, la distribución geográfica de casos de Dengue Hemorrágico también presenta la misma configuración sesgada a las áreas sanitarias más urbanizadas).

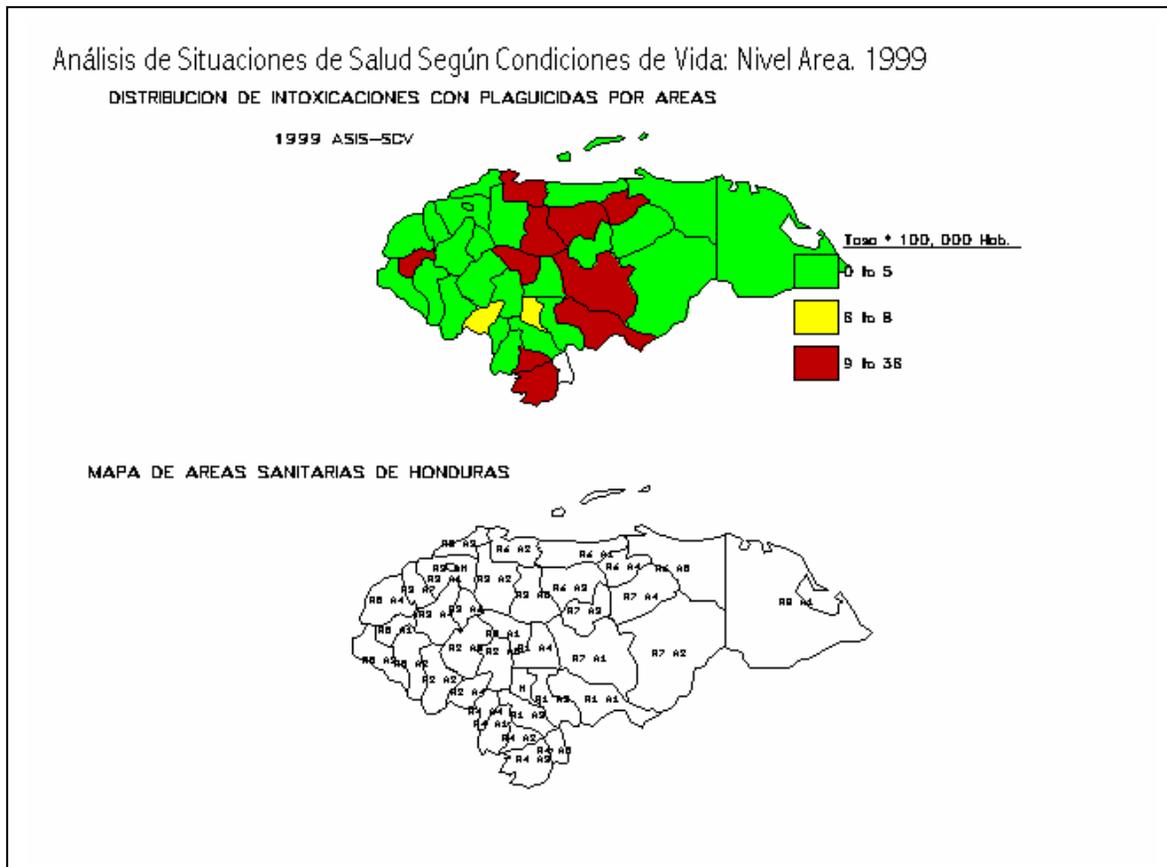
3.5.- Distribución Geográfica de Hepatitis Infecciosa en el Nivel de Áreas

La distribución geográfica de Hepatitis Infecciosa, aún despreciando los problemas inherentes a la calidad de la información procedente de los CESAR, se concentra de manera prioritaria en áreas sanitarias del departamento de Olancho (áreas 1 y 2) y Comayagua, área 1 y área 4 de la región 3 y; completando la banda central del país, el área 3 de la región 1. También, varias áreas sanitarias del litoral atlántico –área 3 de la región 3 y 1 y 2 de la Región 6-, agregando áreas sanitarias de la zona sur del país: áreas 3 y 4 de la región 4, como las más afectadas. Parece conveniente levantar estudios de línea de base para precisar la naturaleza de este problema.



3.6.- Distribución Geográfica de Intoxicaciones por Plaguicidas en el Nivel de Áreas

Este es uno de los problemas probablemente menos estudiados y cuya configuración geográfica o espacial refiere la existencia de un patrón de ocurrencia relacionado con la agricultura de exportación tradicional y no tradicional.



En efecto, comenzando por la región occidental: el área 1 de la región 5 se caracteriza por la existencia de grandes extensiones del cultivo de Tabaco para exportación y; según el mapa, es también un área generadora de casos que exceden la tasa promedio nacional. Otras áreas sanitarias como la 1 de la región 2, se especializa en los últimos diez años, en la generación de hortalizas de exportación en los suelos planos del valle de Comayagua. El área 5 de la región 3 y 2 de la región 6—principalmente especializadas en Banano— presenta, igualmente, tasas muy altas de este problema. (Es muy notable observar en el mapa la menor ocurrencia de este problema en las zonas más deprimidas del país; sino más bien en las áreas sanitarias de mayor desarrollo relativo.). Las áreas sanitarias de la zona sur, donde

existen cultivos de exportación como melones y sandías, también muestran una mayor incidencia de este problema.

Cabe cuestionar acerca de la existencia de planes especiales de contingencia de este problema y; sobre todo, acerca de la inclusión de empresarios agrícolas exportadores como parte infaltable para arribar a formas y procesos capaces de evitar la continua ocurrencia de intoxicaciones en trabajadores y familiares relacionados con la manipulación de substancias letales a la salud humana.

El ASIS-SCV, inicialmente sesgado a relacionar condiciones materiales de vida con la ocurrencia de algunos problemas de salud-enfermedad, podrá avanzar aún más al disponer de información sobre condiciones laborales y de entorno productivo. Es decir, agregar de manera sistemática nuevos flujos de información que permitan vigilar y monitorear la ocurrencia de ciertas enfermedades en todo el país y; en particular, en las regiones más deprimidas.

Los problemas derivados del uso intensivo de substancias químicas guarda también otras implicaciones:

“La presencia de sustancias tóxicas en las aguas de escurrimiento y la infiltración subterránea del agua de lluvia contaminada por su contacto con el suelo y el aire contribuyen también a la contaminación de agua. Cualquiera que sea el origen de la contaminación química, los agentes que causan más preocupación incluyen los compuestos químicos orgánicos sintéticos y determinados iones metálicos.”³⁵

³⁵ OPS.Problemas Ambientales Relacionados con la Salud. 1992. p.1.

VI.- CONCLUSIONES

El ASIS-SCV ha probado ser una herramienta que mejora la comprensión de los problemas de salud-enfermedad en el nivel de área, regional, departamental y también en el nivel nacional. Principalmente por generar suficientes evidencias acerca de que las condiciones materiales de vida efectivamente influyen la distribución de problemas de salud entre diferentes grupos de población. Para los tomadores de decisión del sector salud y de otros sectores, el ASIS-SCV plantea un conjunto determinado de desafíos que se expresan en las conclusiones siguientes:

Necesidad de adecuar el sistema de información del sector salud a los fines de disponer de una diversificación mayor de: factores, variables y condiciones que influyen la expresión de gran parte de los problemas de salud-enfermedad que afectan a la población nacional.

El ASIS-SCV plantea la necesidad de construir un puente comunicacional con otros sectores con capacidad de alterar las condiciones de vida de las poblaciones del país. (Sector educación, Infraestructura, FHIS, PRAF, etc.).La participación dirigida de estas instancias puede promover el desarrollo de los más postergados.

El ASIS-SCV puede adaptarse para propiciar la movilización de la población en la gestión de varias problemáticas de salud-enfermedad. (Movilización de: personas, patronatos, CODEM, CODEL, gobiernos locales, etc.)

El ASIS-SCV es una herramienta capaz de identificar nuevos criterios de asignación o reasignación de recursos financieros y humanos. Los tomadores de decisión pueden identificar los sectores geográficos y poblacionales donde la relación: inversión / impacto de las intervenciones en salud, generen resultados acordes con principios básicos de la reforma en salud como la equidad o eficiencia en el uso de los recursos.

El ASIS-SCV es una herramienta para discernir los diversos factores que intervienen en problemáticas de salud emergentes y re-emergentes: Leptospirósis, Dengue, Hamta-Virus, Cisticercosis, afecciones por plaguicidas, Tuberculosis, etc. Y; por ello, facilitar el diseño de nuevas intervenciones desde el sector salud.

Las funciones esenciales del sector salud: curativas, preventivas y de promoción de la salud; resultan mejor comprendidas al observar o identificar los niveles presentes e históricos de inversión de recursos en los estratos de condiciones de vida de las poblaciones. ¿Cuánto se invierte en Prevención y Promoción de la Salud en el estrato social más postergado?. El ASIS-SCV facilita la respuesta a tal interrogante y; al mismo tiempo, facilita el encuentro de soluciones apropiadas al estado social de determinadas poblaciones.

El ASIS-SCV funciona tanto en el nivel de áreas como en el nivel regional y nacional. Esta circunstancia facilita la petición y rendición de cuentas entre estos niveles de intervención.

Glosario de Siglas

ASIS-SCV: Análisis de Situación de Salud Según Condiciones de Vida.

CEFASA: Censo de Salud Familiar.

CESAR: Centro de Salud Familiar

CESAMO: Centro de Salud con Médico

CODEM: Concejo de Desarrollo Municipal

CODEL: Concejo de Desarrollo Local

CDC: Center Disease Control. (Centro de Control de Enfermedades)

ENESF: Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar

FHIS: Fondo Hondureño de Inversión Social

IDH: Índice de Desarrollo Humano

IRA: Infecciones Respiratorias Agudas

INFA: Instituto Nacional de la Familia

NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas

ONG: Organismo no Gubernamental

PIB: Producto Interno Bruto

PRAF: Programa de Asignación Familiar.

SIGAF: Sistema de Información Gerencial, Administrativo y Financiero

UNAT: Unidad de Asistencia Técnica (Ministerio de la Presidencia)

Bibliografía

- (1).-Medina M.T., Durón R., Flores K. 1998.Epilepsia y Calidad de Vida. Memoria. VI Jornada Científica de Ciencias Biológicas y de la Salud. UNAH.
- (2).-OPS\OMS. 1999. Indicadores Básicos Secretaría de Salud..
- (3).-Medina M.T., Durón R., Osorio J.R.,Martinez L., Sánchez L. 1998.Estudio de Epilepsia de Salamá: Neurocisticercosis como principal causa de epilepsia en una comunidad rural hondureña. Memoria. X Semana Científica. UNAH.
- (4).-Castellanos P.L. 1994.Los modelos explicativos del proceso salud – enfermedad: Los determinantes sociales. Salud Pública. Organización Panamericana de la Salud.
- (5).-García J.C. 1994.Pensamiento Social en Salud en América Latina. México. Interamericana Mc Graw Hill. Organización Panamericana de la Salud.
- (6).-Martínez Navarro F., Marsset P. 1998.Los modelos explicativos del proceso salud – enfermedad: Las explicaciones causales. Madrid. Pública. Mac Graw Hill. Interamericana.
- (7).-Morin E. 1985.El método. Ediciones Cátedra. Madrid. Tomo IV.
- (8).-Comisión Presidencial de Modernización del Estado. 1993.Programa Nacional de Modernización del Sistema de Servicios de Salud.
- (9).-Frenk J. La Nueva Salud Pública. Reflexiones iniciales.
- (10).-OPS\OMS. 1994.Epidemiología y Control de la Teniasis\Cisticercosis en América Latina. Organización Panamericana de la Salud.
- (11).-Medina M.T. et al. 1998. Estudio epidemiológico de la Epilepsia en Salamá, Olancho. Revista Neurociencia vol. 3
- (12).-Sánchez L. 1999.Taeniasis and Cysticercosis en Honduras: epidemiological, serological and clinical aspects. Suecia. Karolinska Institutat.
- (13).-Laurell A.C. Sobre la concepción biológica y social del proceso salud – enfermedad.
- (14).-Secretaría de Salud. 1998.1er Congreso de ASIS-SCV en Honduras.
- (15).- Robles Sylvia y Perdomo Rodulio. 1997.Pobreza y Salud en Honduras. OPS.
- (16).-Urrego Jaime y Granda Edmundo.1998: Desigualdad Social, Pobreza y Salud.
- (17).-Boletín de Información Estadística de Atención Ambulatoria. 1998 y 1999.
- (18).-Rovere Mario.1993.Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud. OPS.
- (19).-Testa Mario.1993: Pensar en Salud. Colección Salud Colectiva. Lugar Editorial S.A.
- (20).-Testa Mario. 1995.Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación (El caso de Salud)
- (21).-OPS/OMS.Las Funciones Esenciales de Salud Pública. Una Perspectiva desde las Prácticas Sociales. Marco de Referencia para una Discusión Regional. 1998.Organización Panamericana de la Salud.