

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



**SITUACION DE SALUD Y SU RELACION
SOCIOECONOMICA EN EL MUNICIPIO DE TALANGA**

T E S I S

PRESENTADA POR EL BACHILLER

AMILCAR ROLANDO CASTILLO RODRIGUEZ

PREVIA AL TITULO DE

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUJIA

614
C35C

TEGUCIGALPA D.C.

HONDURAS C.A.

1 9 8 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"S I T U A C I O N D E S A L U D

Y SU RELACIÓN SOCIOECONÓMICA EN EL MUNICIPIO DE TALANGA

T E S I S

presentada por el Bachiller

AMILCAR ROLANDO ASTILLO RODRÍGUEZ

previa al título de

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

Tegucigalpa, D.C.

Honduras, C.A.

1 9 8 2

AUTORIDADES UNIVERSITARIA

o

R E C T O R : Licenciado OSWALDO RAMOS
SOTO.

SECRETARIO GENERAL: Licenciado ANTONIO MEJIA ERAZO

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

DECANO POR LEY: Doctor CARLOS RAMÓN GARCÍA VELASQUEZ

VICE-DECANO: Doctor GUILLERMO GARCÍA CASTELLANOS

SECRETARIO: Licenciado DOLORES NUÑEZ A.

PRO-SECRETARIO: Doctor FRANCISCO OCTAVIO GIRÓN PÉREZ

VOCAL: Bachiller JULIO COLINDRES

VOCAL: Bachiller ALICIA MEJIA

VOCAL: Bachiller LEMPIRA ALMENDARES

VOCAL: Bachiller ÓNIX ARITA MELZER

• • • • •

AUTORIDADES UNIVERSITARIA

R E C T O R : Licenciado OSWALDO RAMOS SOTO.

SECRETARIO GENERAL: Licenciado ANTONIO MEJIA ERAZO

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

DECANO POR LEY: Doctor CARLOS RAMON GARCIA VELASQUEZ

VICE-DECANO: Doctor GUILLERMO GARCIA

SECRETARIO: CASTELLANOS

PRO-SECRETARIO: Licenciado DOLORES

VOCAL: NUÑEZ A.

VOCAL: Doctor FRANCISCO OCTAVIO GIRON PEREZ

VOCAL: Bachiller JULIO

VOCAL: COLINDRES

Bachiller ALICIA MEJIA

Bachiller

LEMPIRA ALMENDARES

Bachiller ONIX

ARITA MELZER

U U U U U U U U U U U U U U

TERNA EXAMINADORA:

Doctor MIGUEL DAVILA (Coordinador)

Lic. ANTONIO PONCE GARAY

Licda. HILDA MEJIA DE CONTRERAS

S U S T E N T A N T E :

BACHILLER AMILCAR ROLANDO CASTILLO RODRIGUEZ

P A D R I N O S :

Profesora AZUCENA ZELAYA DE MONCADA

Doctor JULIO CESAR BOURDEHT

HONORABLES MIEMBROS DE LA TERNA EXAMINADORA:

He completado en un corto, pero fructífero trabajo, la labor de lo que es la TESIS; trabajo que tomé con tanta responsabilidad y conciencia, por tratarse de un componente mayor como es la salud, y dentro de la complejidad del problema se da una idea fundamental de la situación de salud, económico y social del país y del municipio de Talanga, lugar donde realicé el servicio social; con una exposición en una forma real y concreta con el objeto de alcanzar un nivel satisfactorio de aclaramiento en lo que respecta al marco de referencia en este aspecto.

Tanto en el marco teórico donde se hace una descripción de la situación de Honduras, como en el desarrollo del trabajo, se dispone de una serie de criterios y datos estadísticos reales, que con frialdad demuestran el panorama de salud de la comunidad de Talanga. En el presente trabajo, la investigación comprobó una realidad donde la medicina integral, completa, comunitaria, ha tenido una práctica limitada; por consiguiente, los fines fundamentales que persigue para resolver uno de los problemas capitales como es la insalubridad, es también insuficiente.

Por tanto no deseo que se tome como un listado de objetivos, sino como un pequeño documento crítico que contribuya, si es posible, a conocer o mejorar el actual sistema sanitario; constituyéndose a la vez, en un elemento o instrumento de evolución y análisis al hacer uso práctico del mismo. Además, se considerarán los elementos de salud mas indispensables y los mecanismos de acción por desarrollar soluciones oportunas.

Í N D I C E

PARTE I

	CAPITULO			Página
I	O	INTRODUCCIÓN		
II	"	MARCO TÉCNICO	1	3
III	"	HIPÓTESIS DE TRABAJO	15	16
IV	"	OBJETIVOS GENERALES Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS		

PARTE II

V	H	II II II		
VI	M			
VII	H			
VIII	I			
IX	I			
X				
XI				
XII	I			
XIII	I			
XIV	I			
XV				
	M			

METODO	IONAL		"	31
LOGÍA	EDUCAC	"	18	
DESCRI	IÓN		"	32
PCIÓN	SITUAC			
DE	IÓN DE			
TALANG	VIVIEN			
A	DA	"	20	38
DEMOGR	INDICA			
AFÍA DE	DORES			
TALANG	DEMOGR			
A	ÁFICOS	"	21	44
DISTRIBUCIÓN	ASPECT			
DEL	O			
INGRES	NUTRIC			
O	IONAL		"	53
EN EL	SERVIC			
GRUPO	IOS DE			
DE	SALUD			
ESTUDI	Y CON^	"	25	
O	TROL DE			
ESTRUC	SUBPRO		"	55
TURA	GRAMAS			
AGRARI				
A DE				
ACUERD				
O A				
ESTUDI		"	27	
O				
CONSUM				
O				
ALIMEN				
TICIO				
Y				
NUTRIC				

XVI	CAPITULO	RELACIÓN ENTRE VACUNACIÓN DE NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR Y MADRES GESTANTES,	Página 68
XVII	"	RELACIÓN ENTRE LA SITUACIÓN LABORAL, NUMERO DE HIJOS, NIVEL DE EDUCACIÓN Y EDAD EN LAS MUJERES DEL ESTRATO DE TALANGA.	" 71
XVIII	"	RE-SUMEN	77
XIX	"	CONCLUSIONES GENERALES	81
XX	"	RECOMENDACIONES	" 88

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

El aspecto de salud asistencial, es y ha sido una confrontación para la estructura institucional del Estado. La población de Talanga como parte de un país subdesarrollado presenta, una condición y situación precaria y difícil, hecho que por su relevancia mereció este estudio, y de acuerdo a lo observado en éste, revistió un interés primordial, el diseño de investigación en las actividades curativas, preventivas y sociales en el área urbano-rural de Talanga, donde se comprobó la función y finalidad limitada de los servicios estatales y como parte de ellas, el de salud, así también se determinó que existe una fusión leve en estas actividades de atención médica.

El modelo de investigación se aplicó a las categorías de población, con el objeto de conocer la vulnerabilidad endémico-epidémica; mortalidad infantil; nivel y situación de salud del país. Además, se comprobó que los ejes principales de prevención tales como educación de salud escolar y familia, educación sanitaria, vigilancia de enfermedades transmisibles, salud materno-infantil, abastecimiento de servicios (agua potable, letrinas, excretas, etc.), vacunación sistemática, programas de desarrollo comunal; han tenido poco auge y aceptación comunal.

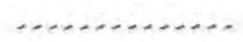
Se constató que las características topográficas, biológicas, sociales, económicas y culturales, son condicionantes de las categorías siguientes: ruralismo, aislamiento de gran parte de la población, pobreza y miseria de la misma.

Se escogió este lugar, para determinar la extensión de la situación socio-económica y de salud, en la población y para conocer en forma genérica las áreas curativas y preventivas y cobertura de salud; se

utilizó una muestra representativa de la comunidad (muestreo), cuya técnica de investigación y recolección de datos es el cuestionario, información personal o familiar, archivos municipales y estatales. Tanto factores como: ingreso per cápita, tenencia de tierra nivel educacional, consumo alimenticio y nutricional, condición de vivienda y los indicadores demográficos como: mortalidad, natalidad, incremento natural, fecundidad, son presentados en tablas, cuadros, gráficas analizadas.

Al final del trabajo se indica una solución para mejorar el sistema de salud, con la aplicación de un diseño de medicina integral equilibrado, donde se logre circular y aplicar una medicina dialéctica, ya que el aspecto de salud, no solo es una meta, un medio o un elemento indispensable, sino que un requisito previo, para el desarrollo económico y social.

El trabajo consta de un marco teórico en el que se describe la situación de Honduras y a continuación el desarrollo del trabajo, donde se expone lo encontrado en la comunidad de Talanga, con el objeto de que se tenga una visión clara y se establezca una comparación entre Honduras como un todo y Talanga, que con las condiciones encontradas, tiene un comportamiento similar.



C A P I T U L O I I

M A R C O T E O R I C O

La población general de la República de Honduras, estimada para 1981 es de 3.691,017 habitantes irregularmente distribuidos, cuya mayor concentración se asienta en la región centro occidental y norte del país, áreas donde se encuentra la mayor proporción de tierras cultivadas; la densidad de población es de 30 habitante por Km, la población tiende a movilizarse hacia los departamentos de Francisco Morazán, Cortés y Atlántida, los demás actúan como emigrantes fundamentalmente.

Una pirámide de población con base ancha y alarmante, representado por el estrato joven, menor de 15 años y que representa el 48%, según datos de la Dirección General de Estadística y Censos con población estimada para Honduras en 1981; lo que aumenta la demanda de servicios en salud en forma creciente, explicado en parte por la vulnerabilidad a enfermedades en que está sometido este grupo de población.

DISTRIBUCION DEL INGRESO:

La estructura económica del país, consiste en un capitalismo dependiente y subdesarrollado, cuyo ingreso per cápita para los estratos sociales bajos y mayoritarios es de 80-100 lempiras, o sea 21 centavos al día, con una población económicamente activa del 28.4% de ésta, el 65% es agrícola y sub-utilizada, laborando en tierras de vocación forestal.

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION DEL INGRESO DE ACUERDO AL ESTRATO FAMILIAR

ESTRATO BAJO (Menos de L. 2.000 anuales)	FAMILIA % 19.1	INGRESO % 31.8
ESTRATO MEDIO -(Entre L. 2.000-7.000 anuales)	17.2	41.0
ESTRATO ALTO (Mas de L. 7.000 anuales) .	3.1	27.2
	100.00	100.00

FUENTE: EDENH 1972

2.1.4 ESTRUCTURA AGRARIA

En Honduras el binomio tierra-hombre se ha distorciónado, donde el régimen campesino cuenta con las características siguientes: una forma de producción con una matriz estructural latiminifundista y de cuyas relaciones se derivan las condiciones de vida y salud de los grupos sociales involucrados. Una relación directa entre la concentración de tierra y sub-empleo rural.

'' '' '' '' '' '' '' '' '' '' '' '' ''

CUADRO No. 2

CONCENTRACION DE No. DE FAMILIAS, SEGUN TIERRA OCUPADA CENSO 1974

FAMILIAS	%	% SUPERFICIE OCUPADA
135.900	46%	12.4
92.000	31	0
800	0.3	27.4

FUENTE: Evaluacion especial del uso actual y potencia de la tierra en Honduras, Consuplane.

CUADRO No. 3DISTRIBUCION DEL INGRESO AGRICOLA SEGUN TENENCIA DE TIERRA, 1974
HONDURAS

TENENCIA	NUMERO DE PERSONAS	%	INGRESO AGRÍCOLA PER CAPITA	
SIN TIERRA Y MINIFUNDISTA	1.697.800	65.3	L.	90.00
GRANDES PROPIETARIOS	2.600	0.1	L.	21.600

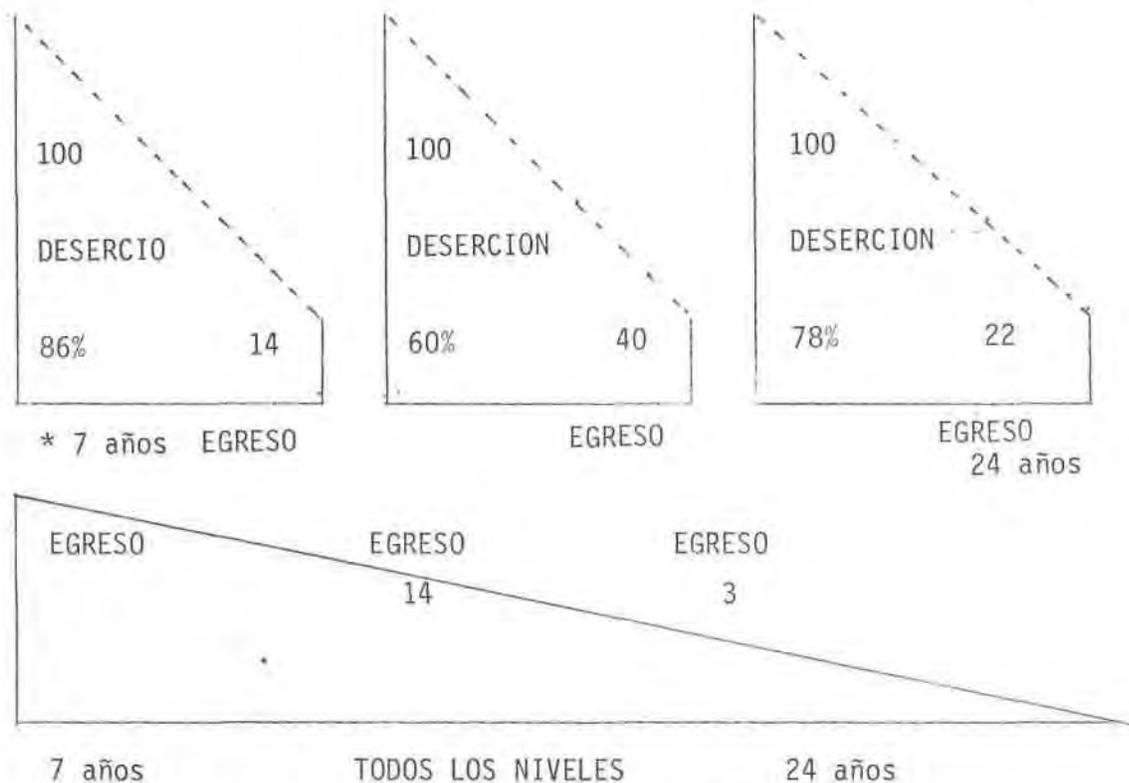
FUENTE: Evaluacion especial del uso actual de la tierra en Honduras, Consuplane.

NIVEL EDUCACIONAL:

La población hondureña cuenta con un analfabetismo bastante significativo, el que está determinado por la pésima distribución económica familiar, limitación en la estructura educacional (maestros y escuelas), estructura ocupacional (integración temprana a la responsabilidad económica familiar), aplicación inadecuada del sistema educativo al ambiente rural, en términos conservadores, el analfabetismo es del 45%, pero en el ambiente rural es mucho mayor, ya que el factor de la deserción escolar es muy significativa debido a la responsabilidad temprana que adquiere el hijo.

“ “ “ “ “ “ “ “ “ “ “ “

DESERCION EN EL SISTEMA EDUCACIONAL DE HONDURAS, AÑO DE 1976



FUENTE: Síntesis del Plan Nacional de Desarrollo, 1974-1980

SITUACIÓN DE VIVIENDA:

Según últimos datos de Consuplane, para 1975 existían solamente 526.000 viviendas; o sea que para 1981 el déficit es de 480.000, ya que este déficit ha ido incrementándose a un ritmo del 4%. La situación de la vivienda afecta a las clases marginales, las que conviven en condiciones de hacinamiento considerable, ya que el total de viviendas existentes en 1975, el 27% se encontraban en el área urbana con un 35% de ladrillo, un 11% de bahareque, madera o caña.

En el otro extremo el 73% son rurales, de las cuales un 57% de baha-

* Seguimiento horizontal de los niveles educacionales.

reque, 3% de ladrillo, un 87% de las viviendas tienen piso de tierra. Estos datos son correlativos con la irregular e injusta distribución del ingreso.

CUADRO No. 4
CARACTERISTICAS HIGIENICAS DE LAS VIVIENDAS OCUPADAS CENSO HONDURAS
AÑO DE 1974

SECTOR VIVIENDA CONSUPLANE

	<u>URBANO</u>		<u>RURAL</u>		<u>TOTAL</u>	
VIVIENDAS	128.957	28%	333.684	72%	462.281	100%
Sin instalación de agua	23.9%		83.2%		--	
Sin letrina	52.6%		96.3%			
Sin servicio sanitario	27.3%		98 %			
Sin luz eléctrica	31.1%		91.9%			

FUENTE: Sector vivienda, Secretaría Técnica del Consuplane, en base al Censo de 1974.

NIVEL DE SALUD. DIAGNOSTICO RECURSOS HUMANOS, 1976, Págs. 54

INDICADORES DEMOGRAFICOS:

La población como objeto de salud, con los cambios biosociales, inducen a efectuar una revisión de la política nacional de salud en sentido crítico y que se conocen gracias a las estadísticas de natalidad, mortalidad, fecundidad, expectativa de vida, que determinan el nivel de salud del pueblo.

CUADRO No. 5

DISTRIBUCION DE LAS TASAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD CRECIMIENTO
VEGETATIVO. FECUNDIDAD, SEGUN DATOS DE REGISTRO EDENH.-AÑOS
1960-1980

AÑOS	NATALIDAD	MORTALIDAD	CRECIMIENTO	FECUNDIDAD
1960	42.4	9.3	33.1	190.4
1965	43.7	8.6	35.1	206.7
1970	48.8	15.2	33.6	234.7
1972 (EDENH)	43.3	14.2	35.1	175.4
1975	48.3	13.8	34.5	229.7
1980	47.5	12,8	35.1	228.8

FUENTE: EDENH 1972

DISTRIBUCIÓN DE LAS TASAS DENATALIDAD, MORTALIDAD. EXPECTATIVA DE VI
DA Y PROMEDIO DE HIJOS POR MUJER, DE ACUERDO A ÁREAS URBANA Y RURAL

T A S A S:	URBANO	RURAL
NATALIDAD	38.3	54.2
FECUNDIDAD	124.3	202.7
ESPECTATIVA DE VIDA	66 años	44 años
PROMEDIO DE HIJOS POR MUJER	5.3	8.6

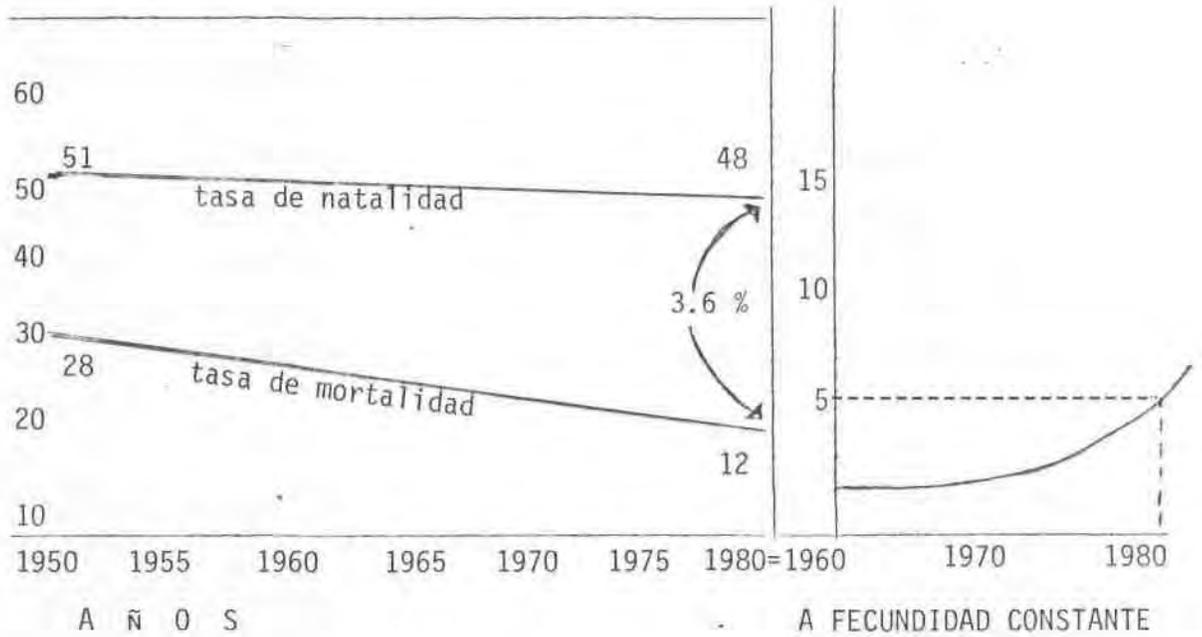
FUENTE: EDENH.-1971-1972

GRAFICA N o. 1

TASAS DE NATALIDAD y TASAS DE MORTALIDAD- CRECIMIENTO DE LA POBLACION EN HONDURAS

1960-1980

TASA POR 1000 HABITANTES



Estos datos reflejan, que en el campo de mortalidad, ha disminuido por las mejoras logradas en salud pública y saneamiento ambiental agrupadas en las campañas de vacunación y control de enfermedades transmisibles. La tasa de mortalidad para el sector urbano es de 8.0% y 15% la rural.

La mortalidad infantil es de 117.6 X 1000 nacidos vivos, siendo 85.1 para el área urbana y 128.1 para la rural (Celade 1972). La tasa de mortalidad materna, se estima que para 1980, sea de 2.2% aplicado por el ligero aumento de cobertura en ese campo. La tasa de natalidad no ha variado y es considerado un rango de explosión demográfica, característica de las regiones sub-desarrolladas.

FECUNDIDAD. - El promedio es de 7 por cada mujer, cifra que ha tendido a conservarse desde 1972. De ahí que la elevada fecundidad contribuye a

la morbimortalidad de madre e hijo, tanto directo como indirectamente, por el gran aumento en el crecimiento vegetativo, estado socio-económico, baja cobertura por el sistema de salud, estado nutricional bajo.

Mas de 41% de todas las muertes en Honduras cada año son de niños menores de cinco años de edad.

DESNUTRICION: La desnutrición en nuestro país es producto de una compleja interacción, de diversos factores que se combinan entre sí, como: el subempleo, bajo ingreso per cápita, analfabetismo y salubridad, inestabilidad familiar y social, reforma agraria insuficiente, servicio médico limitado, falta de un mercado de producción y consumo.

Este componente afecta al sector social inferior, que es una consecuencia del estado de marginalidad y pobreza, con ataque directo a la población infantil, cuyo porcentaje de desnutrición es de 70% para todo el país; en algunas regiones alcanza la pavorosa del 90%. En estos estratos inferiores, el consumo de proteínas es de 33 gramos, o sea 1.465 calorías al día, según datos obtenidos por estudios realizados por INCAP AID y datos obtenidos por Consuplane en 1979. Se considera que la desnutrición por sí sola, tiene una influencia considerable sobre la morbimortalidad.



CUADRO No. 7
DESNUTRICION PROTEICO-CALORICA EN MENORES DE CINCO AÑOS,
HONDURAS

1966

ESTADO NUTRICIONAL	NUMERO DE PERSONAS	%
De 7 años	960.858	100%
NORMALES	259.432	27.5%
DESNUTRIDOS	701.426	72.5%
GRADO I	415.619	43.0%
GRADO II	259.431	27.2%
GRADO III	220.990	2.3%

FUENTE: Anuario Estadístico del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

SERVICIOS DE SALUD:

Las necesidades de salud se han obstaculizado por: alta fecundidad, elevada tasa de crecimiento poblacional, morbimortalidad, desnutrición, condición socio-económica deficiente, aplicación del sistema médico clasista y no dialéctico del país, de acuerdo a la cultura occidental, precario abastecimiento de servicios coadyuvantes en saneamiento ambiental,

De acuerdo al anuario estadístico del Ministerio de Salud Pública, para 1980:

RELACION MEDICO X 10.000 h.	3,1
RELACION ODONTOLOGO X 10.000 h.	0.5
RELACION CAMAS X 10.000 h.	0.9

La mayoría de este personal se concentra en centros urbanos.

CUADRO No. 8

RELACIÓN ENTRE LOS CENTROS POBLACIONALES Y SERVICIO MEDICO:

HONDURAS, 1979

PERSONAL DEL SERVICIO DE SALUD	POBLACIÓN URBANA	POBLACIÓN RURAL:
MEDICO	3.464	150.000
ODONTÓLOGO **	16.000	170.000
ENFERMERA	8.000	50.000

Según la OPS, alrededor de 4.200 enfermeras, paramédicos y auxiliares trabajan en Honduras en 1980, o sea uno por cada 800 habitantes. Sin embargo, menos del 10% son enfermeras o personal adiestrado, mientras que el resto son auxiliares con adiestramiento insuficiente.

Siendo el saneamiento ambiental un factor determinante del nivel de salud del pueblo, resulta paradójico que el 3.3% del total del personal se dedique a esta actividad.

SITUACION Y ACCIONES A LAS PERSONAS SALUD

MATERNO-INFANTIL

Análisis de actividad en salud materno infantil

1 9 7 9

Del total de consultas brindadas por médicos y enfermeras (1980 886) el 43.3% fue impartida a una población menor de 15 años, con un total de 770.978 consultas, con una distribución porcentual por grupo de edad, en la siguiente forma:

MENORES DE 1 AÑO	28%
1-4 años	40%
5-14 años	32%

Del total de consulta de pediatría el 87% fue atención a morbilidad y solo el 13.0% corresponden a un programa de control.

El área materna, del total de consultas, le corresponden 239.967 que representan el 13.5% (o sea el 23.8% del total de las consultas brindadas a mayores de 15 años) las que fueron realizadas como atenciones a mujeres gestantes puérperas y usuarias de planificación, con una correspondencia de 67%, 5% y 28%, respectivamente.

Por niveles de atención, el grado de contribución brindado por instituciones de contacto primario es de 70.9%, los niveles V y VI contribuyen con un 22.5%.

CAPACIDAD FISICA INSTALADA:

Se observa que para 1980 del total de recursos físicos, 51%, 425 son cesar, demostrando que el mayor interés de salud pública es complementar este nivel y cuya función primordial es la atención médico primaria. Este nivel merece gran proporción, ya que está atendido por una enfermera auxiliar y en su mayoría con nivel primario de escolaridad. En el nivel CESAR se atiende el 70% de la población que reside en lo calidades de 3.000 o menos habitantes; sector que cohabita en un ambiente natural de miseria y explotación.

CAUSAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD

PRINCIPALES ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Hay conciencia sobre el hecho de que la atención médica primaria la absorben las enfermedades infecciosas y parasitarias con predominio gastroentérico y parasitario; es significativo como las enfermedades transmisibles figuran entre las diez primeras causas y cuyo diagnóstico se ha incrementado debido a la aplicación de recursos técnicos. Aunque la TBC, enfermedad muy endémica, merece tomarla en cuen

ta, ya que se ha fallado por el interés de investigación inadecuado y atribuible a diversos factores.

Semejante a lo encontrado en la morbilidad, las enfermedades infecciosas y carenciales, responden por el mayor número de muertes.

ORGANIZACION DEL SISTEMA DE SALUD; El que está constituido por:

- a) Sub-sector público
- b) Sub-sector privado

El sub-sector público a pretendido ejecutar una política de salud operacionando en cinco sub-programas básicos. Materno Infantil, Nutrición Atención Médica, Saneamiento Ambiental, Enfermedades Transmisibles y Organización con participación de la comunidad. El logro obtenido ha sido limitado, debido en gran parte al vicio original de la medicina nuestra que es clasista; costumbrismo, ruralismo, alto costo de medicamentos, insalubridad, analfabetismo.

Estos cinco programas se ejecutan en los cinco niveles de atención - médica, que en orden progresivo de complejidad creciente son:

- 1o) Nivel CESAR (Centro de salud rural) Atención médica simplificada.
- 2o) Nivel CESAMO (Atención Médica básica no diferenciada, sin servicios auxiliares de diagnóstico).
- 3o) Nivel CHE (Centro hospitalario de emergencia). Atención médica básica no diferenciada con servicios de diagnóstico).
- 4o) Nivel Hospital Regional; Atención médica basica diferenciada con servicios auxiliares de diagnóstico.
- 5o) Nivel: Hospital Nacional; Atención médica basica y especializada Servicios auxiliares y de tratamiento especializado.

Estos cinco niveles están organizados en siete regiones sanitarias y una área metropolitana,

'' '' '' '' '' '' '' '' ''

CAPITULO III

H I P O T E S I S

Está el sistema de salud pública, supliendo las necesidades sanitarias de Talanga.

- El sistema de salud pública no está supliendo las necesidades a - cabalidad.

Es la morbtmortalidad observada en Talanga, una consecuencia de los factores socio-económicos,

- La morbimortalidad observada en Talanga es consecuente a los factores socio-económicos de la población,
- La desnutrición observada en los niños de Talanga, está relacionada con la educación de los padres, el ingreso per capita, tenencia de tierra, cultivo de la misma y consumo de alimentos,
- En factores de preparación con el equipo de salud, incluyendo al Médico en Servicio Social, está la Facultad de Medicina dando la preparación debida frente a una realidad de salud socio-económica en la comunidad y en el país.

" " " " " " " " " "

CAPITULO IV

OBJETIVOS GENERALES

El interés primordial del presente estudio, es estudiar la situación de salud en una comunidad del país como ser el municipio de Talanga; y detectar el nivel de salud, los indicadores demográficos, los factores socioeconómicos que inciden en el aspecto de salud, para establecer un marco comparativo con el resto del país y determinar cuál es la relación de Talanga en el cotexto de la realidad nacional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Cumplir con un requisito para obtener un grado universitario.
- 2) Estudiar, hasta donde sea posible, la verdadera situación de salud de Talanga.
- 3) Conocer el nivel de salud de la población de Talanga.
- 4) Conocer y analizar los diferentes niveles de atención.
- 5) Investigar cuáles son los factores socio-económicos y qué efectos tiene en la población de Talanga.
- 6) Conocer los indicadores demográficos en la población estudiada.
- 7) Conocer la aplicación, limitación y orientación de los servicios curativos y preventivos.
- 8) Estudiar en una área determinada (Talanga) como una muestra para detectar los factores que inciden en la situación de salud y observar si es un reflejo de lo que sucede en el resto del país.
- 9) Investigar y establecer la relación entre: tenencia de la tierra, ingreso per cápita, nivel de escolaridad, situación de vivienda en esa población.
- 10) Efectos de lo anterior en estado nutricional.
- 11) Relación entre la morbimortalidad y el estado nutricional.
- 12) Estudiar en la población, la aplicación y organización del sistema de vacunación y la importancia o respuesta de la comunidad.
- 13) Indicar posibles soluciones para mejorar el sistema de salud, con

la aplicación de un diseño de medicina integral hacia la comunidad, como un medio oportuno.



M E T O D O L O G I A

El procedimiento utilizado para el desarrollo del presente trabajo se realizó, con;

- 1) Un universo: de 15,944 habitantes para el municipio de Talanga, en 1981, según estimaciones de la Dirección General de Estadística y Censos.
- 2) Considerando este universo, se hizo uso de un método capaz de representar el municipio de Talanga, que es la muestra, con un tamaño del 10%, que al final de la encuesta resultó de 1.184 habitantes. El muestreo se hizo al azar, tomando una vivienda de cada cinco, previa selección de barrios, de acuerdo a croquis de Talanga y determinados por la situación socioeconómica de la comunidad, con ayuda de la Alcaldía y personas conocedoras del lugar.
- 3) Para la investigación y recolección de datos, se hizo uso de -dos fuentes:
 - a) fuente indirecta:

Alcaldía Municipal de Talanga, Archivo del CESAMO de Talanga, Archivo de la Región Sanitaria No, 1, Archivo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Archivo de la Dirección General de Estadística y Censos,

Archivo del Ministerio de Educación Pública.

Instituto Nacional Agrario. Consuplane
 - b) fuente directa:

Con el objeto de investigar y recolectar datos capaces de proponer y definir el problema de salud y su realidad socioeconómica, se seleccionó

el cuestionario con preguntas cerradas, directas y a veces múltiples, dedicado a la vivienda, con una área de influencia tanto al casco urbano, como al rural.

4) Los recursos utilizados para la obtención de toda la información fueron los siguientes:

- a) Humanos: Médico
Enfermera
Secretaria
Alcalde Municipal de Talanga
Población estudiada, muestra del 10%.
- b) Materiales: Papelería L. 34.50
Impresión de cuestionario... " 20.00
Secretaria (honorarios) " 150.00
Transporte " 100.00
150 viviendas de la comunidad, distribuidas en el casco urbano y rural.

5) Como método de procesamiento se usó la tabulación.

6) Organización y operaciones con los datos observados, se realizaron en:

- a) cuadro de datos
- b) gráficas
- c) variables cruzadas, entre: tenencia de tierra, ingreso per cápita, dependencia familiar, situación laboral de la madre, desnutrición, nivel de educación, consumo de alimentos, etc.
- d) flujograma

CAPITULO V I
DESCRIPCIÓN DE TALANGA

El Municipio de Talanga está ubicado en el Departamento de Francisco Morazán, tiene como límites:

Al Norte: los Municipios de Cedros y Guaimaca.
Al Sur: el Distrito Central y San Juan de Flores.
Al Este: el Municipio de Guaimaca, y
Al Oeste: el Distrito Central.

Con una extensión superficial de 385 Km , las tierras son de vocación primordialmente forestal.

Aldeas: 15

Caseríos: 53

Cabecera Municipal: con el mismo nombre.

Clima: es cálido, la región es netamente tropical, presentando solamente dos estaciones al año:

- a) invierno, (lluvioso), con duración de 6 meses.
- b) verano (seco) con duración de 6 meses, también

Flora y Fauna:

En el reino vegetal del área de influencia sobresale el bosque denso de árboles, con maderas de uso industrial; la sabana es escasa en esta zona.

Los productos agrícolas principales son: maíz, frijoles, arroz, caña de azúcar.

Reino animal:

Sobresale el ganado caballar, asnal, vacuno y porcino.

Gobierno Local:

Existen autoridades civiles y militares.

Las autoridades civiles en el ramo ejecutivo están representadas por la Corporación Municipal, característica; el Poder Judicial está representado por el Juzgado de Paz, y como autoridad militar, se cuenta con una delegación de la FUSEP.

Es de hacer notar que no cuenta con medidas de cultura y divulgación propios.

CAPITULO VII

D E M O G R A F Í A

La población del Municipio de Talanga es de 1.594 habitantes y tomando en cuenta que la extensión territorial es de 385 Km , se deduce que la densidad de población es de 41 habit/Km² , y la del país es de 31, según estimación de población para 1981.

Según estimación derivada de la proyección de la población total para Talanga, Departamento de Censos y Estadísticas, es:

	urbano	rural	total
1977	6.491	7.271	13.762
1978	6.840	7.450	14.290
1979	7.201	7.616	14.819
1980	7.576	7.828	15.404
1981	7.975	7.969	15.944

Estos datos son tomando en cuenta la tasa de crecimiento poblacional de 3.5% por año para todo el país; el índice de población masculina y femenina según estos datos es de 0.98% o sea el predominio de hombres sobre mujeres.

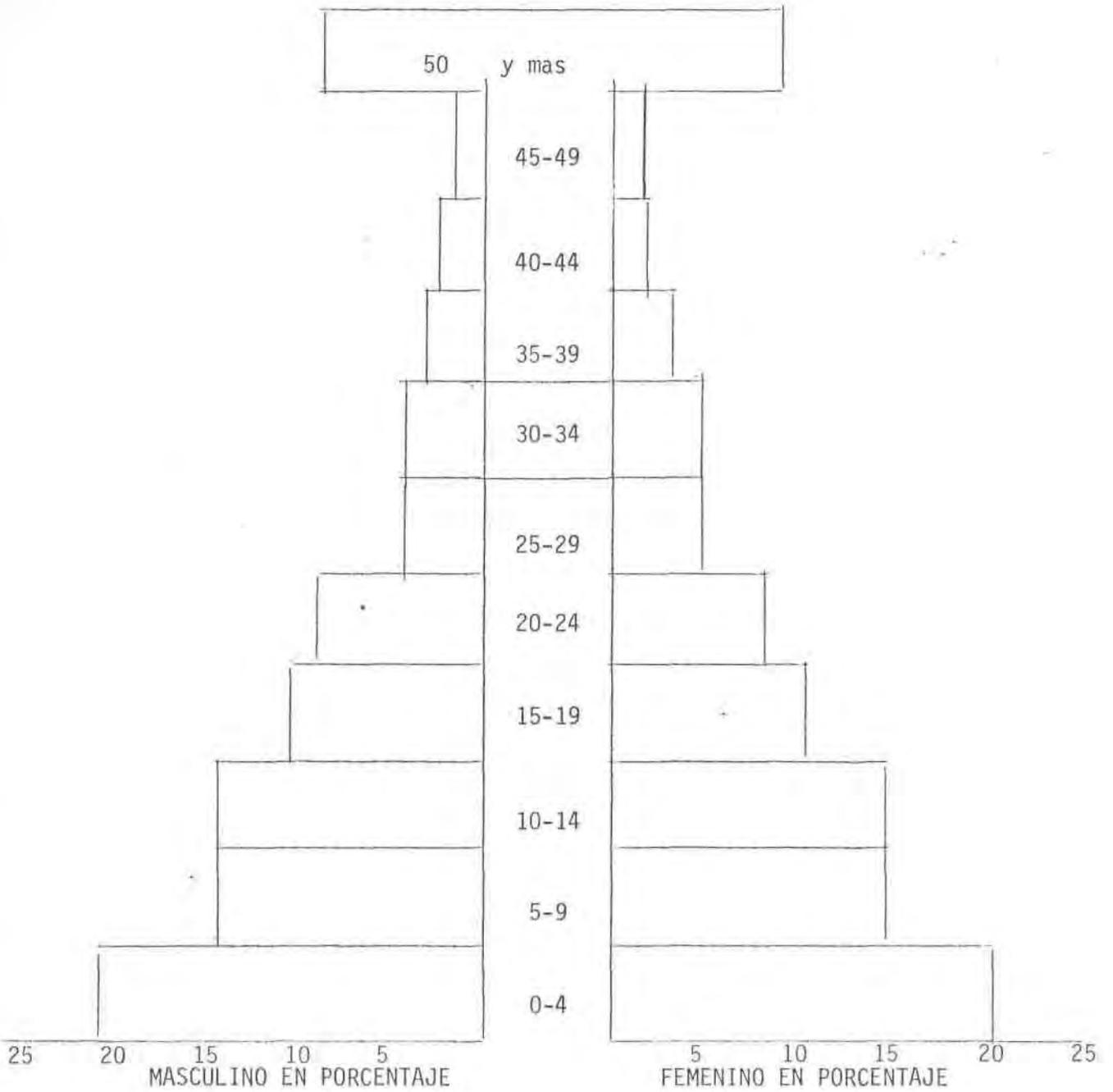
En la población menor de 15 años, como se ve en el grupo comprendido en esta edad, constituye el 50.03% de toda la población, dato que de

termina la razón de dependencia y que se caracteriza por ser no económicamente activa.

(ver cuadro en la página siguiente)

¶ ¶ ¶ ¶ ¶ ¶ ¶ ¶ ¶ ¶ ¶ ¶

PIRAMIDE POBLACIONAL PARA EL MUNICIPIO DE TALANGA EN 1981



FUENTE: Según datos de Dirección General de Estadística y Censos con población estimada para Talanga de 15.944, año 1981.

CUADRO No. 10
DEPENDENCIA FAMILIAR, INGRESO PER CAPITA Y ESTABILIDAD DEL EMPLEO, SEGUN ESTUDIO, TALANGA, 1981

	Empleo fijo		Empleo Temporal		No esta emplea- do		T O T A L		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
P A D R E:	* Inferior al salario mínimo	40	13.3	20	6.7	-	-	60	20
	Salario mínimo	10	3.3	9	3.0	-	-	19	6.3
	Superior al salario mínimo	4	1.3	12	4.0	-	-	16	5.3
	No devenga salario	-	-	55	-	55	18.3	55	18.3
M A D R E:	* Inferior al salario mínimo	18	5.9	8	2.7	-	-	26	8.6
	Salario mínimo	5	1.7	4	1.3	-	-	9	3.0
	Mayor al salario mínimo	2	1.7	4	1.3	-	-	6	2.0
	No devenga salario	-	-	-	-	109	36.4	109	36.4
T O T A L:	79	26.3	57	19	164	54.7	300	100	

* El salario mínimo para 1981, era de L. 150.00

-De acuerdo a la encuesta, hay 95 padres o sea el 31.6% que tienen empleo y la familia depende de ellos; en contraste solamente el 13.6% de las madres se dedican a algún empleo remunerado y contribuyen en la casa.

-Es evidente que el 54.7 de los padres no estaban empleados al momento de la encuesta.

-Unicamente el 26.3% del total de padres tienen empleo fijo.

RELACION ENTRE INGRESO PER CAPITA Y MIEMBROS DE FAMILIA EN EL GRUPO DE ESTUDIO

CUADRO No. 11

TALANGA 1981-1982

INGRESO PER CAPITA EN LEMPIRAS	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	TOTAL:
	0-149	-	3 1.9	11 7.3	17 11.3	22 14.6	30 19.9	12 7.9	12 7.9	4 2.6	0	0	2 1.3
150			1 .65									1 65	2 1.3%
151 +	3 1.9	7 4.7	6 3.9	4 2.6	2 1.3	3 1.9	2 1.3	0	2 1.3	5 3.3	1 1.6	-	35 23.3%
	3	10	17	21	24	33	14	12	6	5	1	3	150

1) En el 74.7% de las familias con ingreso menor de L. 150.00, un 54.2% tienen siete o mas miembros de familia.

2) En el 23% de las familias con salario superior a L. 150.00, un 8.7% tienen siete o mas miembros de familia.

3) Comparando el 54.2% con el 8.7%, se observa que las familias con mayor ingreso presentan una tendencia a tener menos hijos.

4) A menor ingreso per cápita, mayor es el promedio de miembros por familia.

5) El 66.3% de las familias tienen 7 o mas miembros.

CAPITULO IX

T E N E N C I A D E T I E R R A

El estudio manifiesta que la mayor parte de las familias carecen de una parcela de tierra, llama la atención en un país donde se cuenta con extensión territorial considerable y tan solo una densidad de 30 habitantes por Km² .

Tanto en Talanga como en el resto del país, la economía presenta una estructura agraria, en este lugar el sector agropecuario proporciona empleo a mas de la mitad de la fuerza económicamente activa, o sea el 58%.

El estudio revela que el pequeño porcentaje de propietarios, presentan una estructura de tenencia de tierra que oscila entre: pequeños agricultores y Tos minifundistas, correspondiéndoles un porcentaje alto si lo comparamos con las dos familias que tienen mas de 50 manzanas y que actúan como latifundistas; conservándose el panorama de un pasado colonial, gestándose así la mayor contradicción de la tenencia de tierra en el seno agrario.

Resulta evidente advertir que la inmensa proporción de estas tierras son poco cultivables, hay aplicación escasa de tecnología moderna o explotación excesiva de las mismas, lo que da lugar a una escasa productividad agrícola, determinando así en parte las características de infradesarrollo de la comunidad.

• • • • •

CAPITULO X

= 29 =

TENENCIA DE TIERRA, CULTIVO y CONSUMO DE ALIMENTOS:
SEGUN ESTUDIO

En Talanga se presenta la correspondencia típica entre la tenencia de la tierra y el tipo de cultivo, ya que el 76% se dedican en forma única o alterna al cultivo de maíz y frijoles; tal claridad permite evidencia de que no se trata de un hecho aislado o un análisis casual sino de un fenómeno con extensión significativa.

Es interesante y a la vez preocupante, según estudio, que el 100% de las familias, consumen una dieta a base de solamente maíz y frijoles, el resto se utilizan esporádicamente. Si lo relacionamos con las familias que no poseen una parcela de tierra que es la mayoría o con los que actúan como pequeños propietarios, sobresaliente por tanto: la escasa tenencia de tierra poco arable y cultivable, falta de tecnología, analfabetismo, malas cosechas, precios elevados de los productos; demostrados según estudio y lo que da lugar a una estrategia alimenticia y nutricional deficiente, estrecha limitación y disponibilidad de alimentos, deficiente orientación para cultivar una diversidad de productos agrícolas.

Por tanto, en Talanga el consumo de proteínas y calorías es similar al consumo nacional, según estudios de INCAP, AID y CONSUPLANE para 1979.

» » » » » » » » » »

CUADRO No. 13

RELACION ENTRE TENENCIA DE TIERRA Y TIPO DE CULTIVO EN EL ESTUDIO

		TALANGA 1981						
TENENCIA DE TIERRA	TIPO DE CULTIVO	MAIZ	FRIJOLES	ARBOLES FRUTALES	MAIZ + FRIJOLES	GANADERIA	CAÑA	TOTAL
T I E N E		9 6%	5 3.3%	3 2%	18 12%	3 2%	4 2.6%	42 27.5%
NO TIENE		0	0	0	0	0	0	108 72%

- De los propietarios, el 42.8% se dedican al cultivo simultáneo de maíz + frijoles

- El 76.2% de los propietarios se dedican al cultivo de solo maíz o frijoles y al cultivo de maíz mas frijoles.

- En los propietarios un 23.8% dedican su tierra a otras actividades como el cultivo de árboles fruta les, caña de azúcar y ganadería.

.....

CUADRO No. 14

CONSUMO ALIMENTICIO Y NUTRICIONAL EN LA POBLACION DE TALANGA PARA 1981

SEGUN ENCUESTA

RELACION ENTRE ALIMENTO Y CONSUMO	DIARIO		SEMANAL		QUINCENAL		MENSUAL		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
LECHE Y DERIVADOS	5	3.3	88	58.6	55	36.6	2	1.3	150	99.8
FRIJOLES	150	100	-	-	-	-	-	-	150	100
MAIZ	150	100	-	-	-	-	-	-	150	100
CARNE	5	3.3	64	42	69	46	12	8	150	99.6
HUEVOS	16	10.6	97	64.6	36	24	1	0.6	150	99.6
VERDURAS Y FRUTAS	5	3.3	85	56.6	52	34.6	8	5.3	150	99.8
ARROZ	17	11.3	120	80	13	8.6	-	-	150	99.8

* Las familias investigadas, en su totalidad consumen a diario frijoles y maíz

* El consumo de leche, carne, verduras y frutas, tiene comportamiento donde la mitad en promedio, se efectúa 1 vez a la semana.

* De 150 familias, solamente 3% de ellas, consumen carne y huevos a diario.

* 120 familias consumen arroz 1 vez por semana, o sea el 80%.

* El 89% de las familias no consumen un huevo diario.

* En general, a excepción del maíz y frijoles, el resto de alimentos muy escasamente se consumen.

CAPITULO XI

E D U C A C I O N

Según encuesta realizada en Talanga existe en el Municipio, de un total de 300 padres de familia investigados, el 48% son analfabetas y el 52% son alfabetas. Dato que es similar al analfabetismo nacional que es de un 45%. Correlacionado con el 28% de niños que no saben leer y escribir y que se encuentran en edad escolar.

En relación a la primaria completa, solamente el 10% y el 15.45% de los padres e hijos lo lograron respectivamente.

En el nivel secundario y superior existe una correlación análoga en ambos grupos, que es de 6.9% y 6.5% respectivamente para padres e hijos.

En términos generales y tomando en cuenta la diferencia de generación entre padres e hijos, la educación en Talanga se ha conservado, de hecho el progreso educacional en los hijos es relativo. Ver cuadro No.

CUADRO No. 15
NIVEL EDUCACIONAL DE ACUERDO AL SEXO, SEGUN ENCUESTA EN LOS PADRES

	PARA TALANGA		1981	
	S	E	X	O
	M	F	TOTAL	%
ALFABETO	85	71	156	52
ANALFABETO	65	79	144	48
T O T A L	150	150	300	100

-El 48% de los padres no saben leer y escribir en confrontación con el solo 6.9% que

CUADRO No. 16

ESCOLARIDAD ENTRE HIJOS Y PADRES

	DE ACUERDO A ESTUDIO,		TALANGA 1981	
	PADRES	%	HIJOS	%
NO SABE LEER Y ESCRIBIR	144	48	176	21.3
SABE LEER Y ESCRIBIR	65	21.7	130	15.8
PRIMARIA INCOMPLETA	40	13.3	168	13.1
PRIMARIA COMPLETA	30	10	96	11.6
SECUNDARIA INCOMPLETA	17	5.6	24	2.9
SECUNDARIA COMPLETA	4	1.3	10	1.2
EDUCACION SUPERIOR	0	0	4	0.5
NO ESTA EN LA ESCUELA	-	-	73	8.9
	300	99.9	621	75.4

OBSERVACION: El grupo en edad preescolar no entra en la comparación.
(203 hijos)

presentan nivel secundario, correlacionado con el 28 y el 6.1% de los hijos que se encuentran en ese nivel de educación de acuerdo a su edad.

-En relación a la primaria completa, solo el 10 y el 15.45% de los padres e hijos la lograron.

-A solo dos meses de inicio del período escolar en Honduras, el 8.9% de los niños ya no asistan a la escuela.

-Existe una correlación en la educación superior entre padres e hijos, el 0% y el 0.5%, respectivamente.

-En términos generales, y tomando en cuenta la diferencia de generación entre padres e hijos, la educación en Talanga se ha conservado, por tanto el progreso educacional en los hijos es relativo.

Las instituciones docentes existentes en el área de influencia son las siguientes:

a) NIVEL PREESCOLAR: Se tiene el Jardín de Niños cuyo nombre es "Juan Lindo", de carácter público localizado en la cabecera municipal, cuenta con tres niveles de preparación para niños de 4, 5 y 6 años, respectivamente. En 1981 contó con una matrícula inicial de 281 alumnos y una final de 250 alumnos, resultando un' 10% de deserción escolar.

Tomando en cuenta que en Honduras, únicamente el 20% de los niños en edad preescolar, ingresan a este nivel de enseñanza. Tenemos que 1.264 niños no asistieron al Jardín. Llama la atención que nadie de la encuesta en edad preescolar asiste al Jardín. Seguramente debido a:

- 1) Residencia en lugares alejados.
- 2) Desconocimiento de los padres de la importancia de Educación Preescolar.
- 3) Pobre estado nutricional.
- 4) Enfermedades.
- 5) Desintegración familiar.
- 6) Razones económicas.

b) EN EL NIVEL ESCOLAR PRIMARIO: En el Distrito Municipal existen . dos escuelas públicas llamadas "Juan Alberto Melgar Castro" y "República del Ecuador". En el resto del área de influencia existen 25 escuelas públicas en las diferentes aldeas. Como puede observarse, en el cuadro sobre matrícula y deserción para 1981 en Talanga, llama la atención que en el casco urbano finalizaron la escuela 1.185 alumnos representando el 43.98%, del total de 2.694, que también finalizaron el año lectivo de 1981 pa-ra todo el municipio; pero la deserción fue de 118, que es del 4.05% del total; registrándose por tanto en esta área el mayor porcentaje. En términos generales la deserción escolar en el municipio de Talanga para 1981 fue de 6.1% y comparado con el resto

DATOS SOBRE MATRICULA Y DESERCIÓN ESCOLAR EN 1981, SON LOS SIGUIENTES:

ESCUELA	MATRICULA		DESERCIÓN
	INICIAL	FINAL	
JUAN ALBERTO MELGAR CASTRO	561	474	87
REPUBLICA DEL ECUADOR	742	711	31
AGUA BLANCA	96	94	2
LA LABRANZA	70	65	5
LA ERMITA	275	263	12
DE JALACA	161	157	4
LA ESPERANZA	30	28	2
MAJADA VERDE	51	49	2
* VALLE ARRIBA	48	49	+ 1 *
PALMIRA	75	64	9
LAS UMBRADAS	98	94	4
* LAS POSTAS	51	52	+ 1 *
* LA ZARZALISA	36	37	+ 1 *
LA CUESTA	38	12	6
* LA CANOELARIA	61	62	+ 1 *
LOS CHARCOS	74	71	3
EL ROSARIO	17	16	1
LA MONTAÑITA	22	22	0
EL OCOTAL	28	26	2
LOS IZOTES	30	27	3
TERRERO COLORADO	27	27	- 0
* EL BAMBU	22	24	+ 2 *
EL ESTERO	40	39	1
GUADALQUIVIR	41	41	0
CORRALITO	64	30	34
RIO DULCE	90	89	1
EL ROSARIO (Privado)	33	31	2
T O T A L	2.901	2.694	201 (6.9%)

* INCREMENTO DE MATRICULA EN EL TRANCURSO DEL AÑO

FUENTE: Departamento de Estadística, Dirección General de Planeamiento
Ministerio de Educación.

del país es 7.3

o) EDUCACION SECUNDARIA: Unicamente existe un instituto llamado "Brassavola Digbyana"; en el se imparte los 3 años del Ciclo Común de carácter semioficial.

Presentó una matrícula inicial de 368 alumnos y una final de 329 con un porcentaje de deserción de 10.6%.

CUADRO No. 18

C U R S O :	Matrícula inicial	Matrícula final	DESERCIÓN
1 CURSO	225	203	22 6.0
2 CURSO	99	87	12 3.3
3 CURSO	44	39	5 1.3
TOTAL:	368	329	39 10.6

FUENTE: Departamento de Estadística, Dirección General de Planeamiento, Ministerio de Educación Pública.

Recordando que en Honduras únicamente asiste el 26.01% de la población esperada (13-19 años), notamos que individuos no ingresaron al colegio.

Entre las causas de deserción existentes en los niveles escolares primario y secundario, se pueden citar las siguientes:

- 1) Falta de cooperación de parte de los padres.
- 2) Falta de material educativo.
- 3) Pobre estado nutricional.
- 4) Enfermedades.

CAPITULO XII

SITUACION DE VIVIENDA

PROPIEDAD Y CARACTERISTICAS DE LAS VIVIENDAS ENCUESTADAS :

Respecto a la propiedad de casa, es cierto que el mayor porcentaje representa el 83%; fenómeno indicado de que en el ambiente rural hay la tendencia marcada a tener vivienda, aunque es manifiesta la deficiente calidad de las mismas, evidenciando en: el tipo de construcción de bahareque y madera con un predominio porcentual del 82%, elevada proporción de viviendas con piso de tierra, techo de teja, sin abastecimiento de agua, sin luz eléctrica, acumulación de basura, defecación al aire libre, sin pozo séptico o alcantarillado, número limitado de habitaciones; comparece con la situación de vivienda, en el resto del país, presente en el marco teórico.

En el saneamiento ambiental, la situación refleja una pésima atención al ambiente y ecología; parámetros o puntos de referencia que explican la inadecuada condición insalubre en que vive la población de Ta-langá. Obsérvese en el cuadro correspondiente a saneamiento ambiental.

Es importante el hecho de que 138 viviendas del total de 150 tienen solamente una o dos habitaciones donde se ubican las tres cuartas --partes de los miembros por familia (ver cuadro de habitaciones por -familia); entidad que no solo denota la alta distribución de personas por habitación, sino que la escasez de vivienda, resultando congruente con el déficit habitacional del país que actualmente es del 4%.

PROPIEDAD DE CASA Y TIPO DE CONSTRUCCION EN 150 VIVIENDAS ESTUDIADAS EN TALANGA, año 1981

PROPIEDAD DE CASA	BAHAREQUE : #	%	MADERA : #	%	ADOBE : #	%	LADRILLO : #	%	TOTAL : #	%
SI TIENE	71	47.3	30	20	17	11.3	7	4.6	125	83.3
NO TIENE	3	2	19	12.7	3	2	1	0.6	26	16.6
TOTAL :	75	49.3	49	32.6	20	13.3	7	4.6	151	99.9

El mayor porcentaje en el tipo de construcción de las viviendas, es acaparado por las de bahareque y madera con 49.3 y 32.6 respectivamente, que sumadas representan el 82% y comparando con el 45% de las viviendas de ladrillo, evidencia un predominio sustancial en la baja calidad de construcción.

Tanto los propietarios como los arrendatarios presentan la tendencia a conservar una vivienda en este tipo de construcción.

De los arrendatarios ninguno posee viviendas de ladrillo.

La construcción de bahareque representa la mitad de las viviendas o sea el 49.3%.

Unicamente 20 habitaciones, el 13.3% son de adobe, tomando en cuenta la procedencia del estudio.

RELACION ENTRE PROPIEDAD DE CASA Y CARACTERISTICAS DE VIVIENDA DE ACUERDO DE 150 VIVIENDAS, EN TALANGA PARA 1981

PRO-PIE-DAD	habitación					SUBTOTAL	construcción				SUBTOTAL	piso			
	1	2	3	4	5		baha-reque	made-ra	ado-be	ladri-llo		tie-rra	made-ra	mosai-co	la
S I	63	50	10	-	2	125	71	30	17	7	125	96	4	7	
TIENE	42	33.3	6.7	-	1.3	83.3	47.3	20	11.3	4.6	83.2	64	2.7	4.7	12
N O	15	10	-	-	-	25	3	19	3	-	25	22	1	-	
TIENE	10	6.7	-	-	-	16.7	2	12.6	2	-	16.6	14.2	0.6	-	1
TOTAL:	78	60	10	-	2	150	75	49	20	7	150	118	5	7	
	52	40	6.7	-	1.3	100	49.3	32.6	13.3	4.6	100	78.7	3.3	4.7	13

- =De las viviendas estudiadas, 78 o sea el 52% solamente tienen 1 habitación; hay 2 viviendas (1.3%) que
- =Las viviendas de los arrendatarios, en su mayoría tienen 1 o 2 habitaciones que es proporcional a la s
- =La construcción de bahareque que representa la mitad de las casas estudiadas, el 49.3%
- =La vivienda de ladrillo representa el 4.6% del total, mostrando gran diferencia en relación a los otros
- =118 viviendas tiene piso de tierra, cuyo porcentaje es el 78.7%, hay una escasez significativa en las c
- =De 150 viviendas estudiadas, el 96.7% o sea 145 de ellas son de teja, en comparación a 1(0.7%) con tech
- =Existen 93 familias, que no poseen abastecimiento de agua, representados por el 62%.
- =Únicamente en el 23% de las viviendas, hay servicio de luz eléctrica. =Se observa una situaci

CARACTERÍSTICAS DE VIVIENDA DE ACUERDO A ESTUDIO

CATEGORÍA	piso		T E C H O		A G U A		L U Z		SUBTOTAL				
	teja	lámmina cartón	tiene	no tiene	tiene	no tiene	tiene	no tiene					
7	96	4	7	18	120	1	4	55	70	34	91	125	125
	83.2	2.7	4.7	12.0	80	0.7	2.7	36.7	46.7	22.6	60.6	83.4	83.2
8	22	1	-	2	25	-	-	2	23	1	24	25	25
	16.6	0.6	-	1.3	16.7	1	4	1.3	15.3	0.6	16	16.6	16.6
9	118	5	7	20	145	1	4	57	93	35	115	150	150
	100	3.3	4.7	13.3	96.7	0.7	2.7	38.0	62.0	23.2	76.6	100	100

acción; hay 2 viviendas (1.3%) que poseen cinco o más habitaciones.

iones que es proporcional a la situación habitacional de los propietarios, diadas, el 49.3%

diferencia en relación a los otros materiales con que están construidas la mayoría de las estudiadas.

una escasez significativa en las de piso de mosaico el 4.7.

en comparación a 1(0.7%) con techo de lámina.

dos por el 62%.

=Se observa una situación proporcional en las características de vivienda, en los propietarios y arrendatarios.

SANEAMIENTO AMBIENTAL DE LAS VIVIENDAS: ESTUDIADAS (150) MUNICIPIO DE TALANGA 1981

PROPIEDAD DE VIVIENDA	sí		no		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
instalación de quebrada llave	125	82.3	25	16.6	150	100
agua	97	64.7	5	3.3	5	3.3
			48	12.0	48	32.0
					97	64.7
letrina	58	18.6			58	38.6
servicio sanitario	4	2.6			4	2.6
defecación al aire libre	88	58.6			88	58.6
la bota	37	24.6			37	24.6
BASURA: la quema	15	10			15	10
la acumula	58	65.3			58	65.3
tenencia pozo séptico	5	3.3	145	96.6	150	100
hierve el agua	15	10	135	90	150	100

CUADRO No. 22
 HABITACIONES, FAMILIAS Y MIEMBROS POR FAMILIA EN EL ESTUDIO

DISTRIBUCION DE 150 FAMILIAS, DE ACUERDO AL NUMERO DE DORMI-
 TORIOS, TALANGA 1981

HABITACIONES	FAMILIAS		MIEMBROS DE FAMILIA	
	#	%	#	%
1 HABITACION	78	52	429	52
2 HABITACIONES	60	40	330	40
3 HABITACIONES	10	6.6	54	6.5
4 HABITACIONES	-	-	-	-
5 + HABITACIONES	2	1.3	11	1.3
T O T A L :	150	100	824	99.8

*Del total de familias encuestadas, 78 poseen casas de 1 habitación, representado por el 52% donde se ubican 429 miembros, de un total de 1.124. En contraste existe la confrontación de solamente 2 familias que poseen mas de 5 habitaciones, a las que corresponden el 1.3%.

*El promedio de personas X familias es de 7.5%.

RELACION ENTRE EL INGRESO PER CAPITA Y PROPIEDAD DE CASA EN 150 FAMILIAS PARA TALANGA 1981

CUADRO No. 23

	sí tiene		no tiene		TOTAL :	
	#	%	#	%	#	%
0 - 149	90	59.8	23	15.6	113	75.4
150	2	1.3	0	0	2	1.3
151 y +	33	21.9	2	1.3	35	24
TOTAL:	125	83	25	17.0	150	100

- * Independiente al ingreso per cápita, hay 125 familias que son propietarios de vivienda.
- * De los arrendatarios que están representados por un 17% del gran total, 15.6 pertenecen a los que devengan menos de L. 150.00
- * Las familias con ingreso per cápita mayor de L. 151.00, son en su mayoría propietarios el 21.9% de un total de 24% que corresponde al grupo que devenga este salario.
- * El 72% de los propietarios, devengan menos de L. 149.00.

CAPITULO XIII

INDICADORES DEMOGRAFICOS RELACION ENTRE NACIMIENTOS Y SEXO, 1981 PARA TALANGA

S E X O :	No.	%
FEMENINO	266	50.10
MASCULINO	265	49.90
T O T A L :	531	100.00

FUENTE: Secretaría Municipal.

- * Como se demuestra en el cuadro, el mayor porcentaje de nacimiento -se presenta en el sexo femenino.
- * La tasa bruta de natalidad para Talanga en 1981, es de 33.30% para 1.000 habitantes.
- * Y según Eden H. en 1972 la tasa de natalidad en todo el país fue de 43.3%.
- * En 1981, el índice de masculinidad al nacer en Talanga para la población es de 0.99%.

" " " " " " " " " " " "

M O R T A L I D A D

Es notorio el lenguaje utilizado para describir la causa de muerte -en ningún caso se encuentra un diagnóstico médico ya que siempre la información es brindada a la Alcaldía por un pariente del difunto.

En el cuadro de mortalidad por grupo de edad y sexo, es evidente que el grupo de edad menor de 15 años, la mortalidad es del 40%, con respecto al sexo, la mortalidad es mas frecuente en el sexo masculino-que es del 58.7%.

Por tanto, el índice de mortalidad por sexo es de 1.4% con predominio masculino.

Como se observa en el cuadro sobre la causa de muerte, la principal -fue gastroenterítica, que es del 19.6%, que evidentemente denota un -predominio ; y la segunda causa es infarto cardiaco, o sea el 13.04% del total. Entonces las enfermedades gastrointestinales, con una ta-sa de 1.12% que representa la muerte por causa gastroenteríticas en -menores de 5 años; en la población de Talanga para 1981.

9ver cuadro en página siguiente)

CUADRO No. 25

MORTALIDAD POR GRUPO DE EDAD Y SEXO PARA 1981

EDAD:	-----■-----E ^ °'-----■-----			
	Masculino		Femenino	
0-30 días	5	5.4%	2	2.2
30 días-1 año	8	8.7%	8	8.7%
1-4 años	4	4.3%	4	4.3%
5-9 años	-	-	2	2.2%
10-14 años	1	1.0%	2	2.2%
15-19 años	2	2.1%		
20-24 años	2	2.2%	2	1.0%
25-29 años	3	3.3%	1	1.0%
30-34 años	1	1.0%	3	3.7%
35-39 años	2	2.2%	3	3.7%
40-44 años	3	3.3%	-	
45-49 años	3	3.3%	1	1.0%
50-54 años	3	3.3%	2	2.2%
55-59 años	2	2.2%	1	1.0%
60-64 años	1	1.0%		
65-69 años	6	6.5%		
70-74 años	5	5.4%	3	3.7%
• 75-79 años	3	3.3%	1	1.0%
+ 80 años	-	-	4	4.3%
T O T A L :	54	58.7%	38	41.3%

FUENTE: Secretaría Municipal de Talanga.

CUADRO No. 26

CAUSA DE MUERTE E ACUERDO AL SEXO, EN TALANGA

AÑO 1981

C A U S A :	I M A S C U L I N O F E M E N I N O			
	#	‰	#	‰
Síndrome diarréico	10	10.9	7	7.6
Infarto cardiaco	7	7.6	5	5.4
Herida por arma de fuego	10	10.9	1	1.1
Muerte post natal desconoc	2	2.2	2	2.2
Fiebre desconocida	3	3.2	2	2.2
Desnutrición protéico-cal.	2	2.2	3	3.2
Tosferina	1	1.1	2	2.2
Accidente automovilista	2	2.2	1	1.1
Cáncer inespecífico	1	1.1	2	2.2
Muerte por herida machete	2	2.2	0	0.0
Neumonía	1	1.1	2	2.2
Tétanos	1	1.1	1	1.1
Embolia pulmonar	1	1.1	1	1.1
Parto	0	0.0	2	2.2
Cáncer gástrico	1	1.1	1	1.1
Cirrosis	2	2.2	0	0.0
Derrame cerebral	1	1.1	1	1.1
Dolor cólico	1	1.1	1	1.1
Hipertensión	0	0.0	1	1.1
Intoxicación alcohólica	2	2.2	0	0.0
Asma Bronquial	1	1.1	1	1.1
Ahogado	1	1.1	0	0.0
Apendicitis aguda	1	1.1	0	0.0
Parásitos intestinales	0	0.0	0	0.0
Anemia profunda	1	1.1	0	0.0
T O T A L :	54	58.7	38	41.3

FUENTE: Secretaría Municipal de Talanga.

CUADRO No. 27

NIVEL DE SALUD

INDICADORES DE SALUD POR TASA PARA 1981 EN TALANGA

MORTALIDAD:	TASA POR 1000 hab.
MORTALIDAD GENERAL	5.8 por 1000 hab.
MORTALIDAD INFANTIL	43.31 por 1000 hab.
MORTALIDAD MATERNA	3.76 por 1000 hab.

FUENTE: Secretaría Municipal de Talanga, 1981

- * 1981, la tasa de mortalidad en Talanga es de 5.6 por 1000 habitantes y lo del resto de Honduras es de 14.2, según (Edenh) 1972.
- * 1981, Hubo en Talanga 43.3 defunciones de niños menores de un año --por 1000 nacidos vivos, según el registro de Talanga, en Honduras es de 117.6.*
- * En 1981, en Talanga se registraron 3.76 defunciones maternas por 1000 nacidos vivos y en Honduras para 1972 es de 2.7.

* Según (EDENH) 1972.

NATALIDAD Y MORTALIDAD DE ACUERDO AL SEXO Y POBLACION ESTIMADA = AÑOS 1977-1981

A Ñ O S :	.NATALIDAD			MORTALIDAD			POBLACION estimada
	MASCU LINO	FEME- NINO	TOTAL	MASCU LINO	FEME- NINO	TOTAL	
	1977	334	273	607	43	39	
1978	301	291	592	50	35	85	14.290
1979	369	327	696	51	42	93	14.839
1980	296	311	607	46	42	88	15.404
1981	265	266	531	54	38	92	15.944

FUENTE: Secretaría Municipal de Talanga 1981.

Estimación derivada de proyección de la población total para Talanga, Departamento de Estadística y Censos.

* Obsérvese en términos generales que la natalidad ha tendido a disminuir, fenómeno que podría explicarse en parte por la campaña de planificación familiar, aumento de atención prenatal por CESAMO, lo que disminuye el riesgo de enfermedades gravídicas que inciden sobre el nacimiento del producto.

* Para los últimos cinco años, hay un predominio masculino en los índices de nacimiento.

* Con respecto a mortalidad, ha tendido a conservarse en relación al año de 1977. Explicado por el aumento de población estimada, condiciones insalubres; deficiente consumo alimenticio y nutricional.

TASAS DE MORTALIDAD GENERAL Y NUMERO DE DEFUNCIONES PARA

LOS AÑOS DE 1977 - 1981 DEL

MUNICIPIO DE TALANGA

CUADRO No. 29



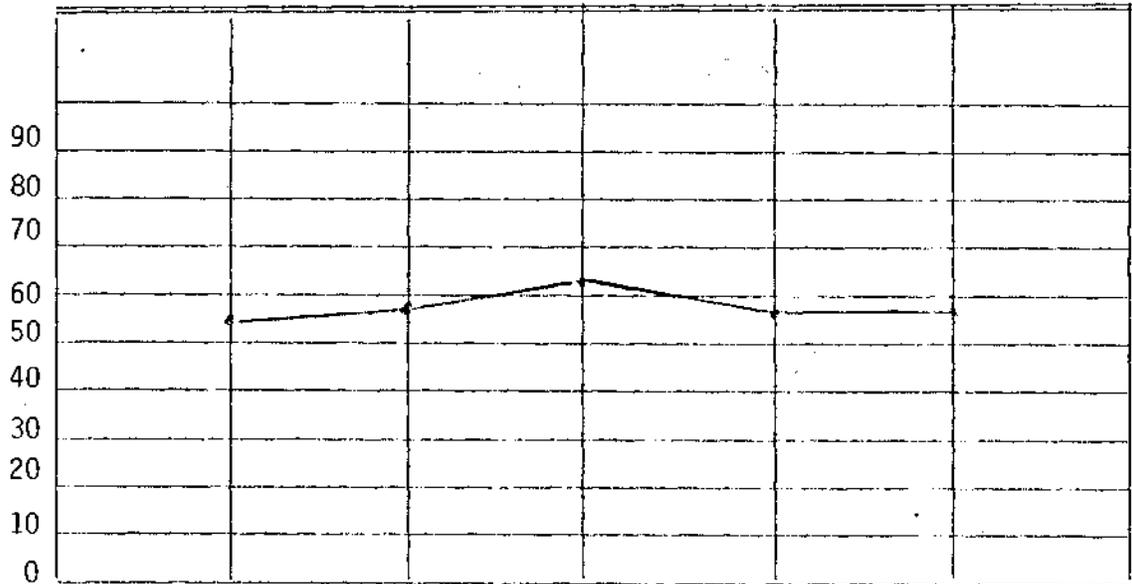
AÑOS:	M O R T A L I D A D GENERAL	
	No.	Tasa por 1000 habitantes.
1977	82	5.65
1978	85	5.94
1979	93	6.26
1980	88	5.71
1981	92	5.77

FUENTE: Dirección General de Estadística y Censos.

Tasas calculadas con población ajustada del Subregistro del Censo de 1974 y defunciones según Secretaría Municipal de Talanga.

TENDENCIA DE LA MORTALIDAD GENERAL

Gráfica #



FUENTE: Dirección General de Estadística y Censos

un incremento o pico de curva de la tasa para 1979, año en que se verifican mas muertes en relación a los otros que muestran un incremento paulatino en este aspecto.

-Es de recordar que estas tasas son acordes al subregistro de mortalidad verificada en la Secretaría Municipal de Talanga.

-En el Cuadro # que se establece una comparación entre las tasas -correspondientes a los diferentes indicadores demográficos, se observa un descenso paulatino en cada uno de ellos, a excepción del fenómeno ocurrido en 1979 en que se incrementan los valores; para 1981 -la tasa de natalidad, mortalidad, incremento natural y fecundidad --son de 33.30, 5.77, 2.76 y 165.31, respectivamente, y para Honduras en 1972 de acuerdo a ENDENH, era de 43.3; 14.2; 175.4, en las tasas de natalidad, mortalidad y fecundidad.

RELACION: NUTRICION E HIJOS POR FAMILIA, EN 150 INVESTIGADAS EN TALANGA 1981

ESTADO NUTRICIONAL	N U M E R O										TOTAL		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		11	12
NUTRIDO	3	20	44	44	50	30	20	22	3	2	1	1	230
%	0.3	2.4	5.3	5.3	6%	3.6	2.4	1.4	0.3	0.2	0.1	0.1	27.4
D P C I	0	0	10	32	40	128	52	64	45	9	8	8	396
%			1.2	3.8	4.8	15.5	6.3	7.7	5.4	1	0.9	0.9	47.5
D P C II	0	0	0	7	25	30	18	15	5	18	1	13	132
%				0.8	3.0	3.6	2.2	1.8	0.6	2.2	0.1	1.6	15.8
D P C III	0	0	0	1	5	10	8	5	1	21	1	14	66
%				0.1	0.6	1.2	0.9	0.6	0.1	2.5	0.1	1.7	7.7%
TOTAL:	3	20	54	84	120	198	98	96	54	50	11	36	824
%	3%	2.4%	6.5	10	14.4	23.9	11.8	11.5	6.4	5.9	1.2	4.3	98.5%

-De un total de 824 hijos, el 27.4%, corresponde al estado nutricional normal.

-El 72.6%, esta distribuido en el grupo de población de desnutrido, donde el 22.6% son de segundo y tercer grado.

-A menor número de hijos, mayor es la incidencia de nutridos, 11 13.3%.

-Las familias que tienen cinco o mas hijos, presentan un predominio de desnutrición el 66.3% del gran total, que solo el 14.1% presentan un estado nutricional normal.

-La alta fecundidad es directamente proporcional a la desnutrición.

CAPITULO XV

SERVICIOS DE SALUD

Las necesidades de salud se han obstaculizado al igual que en el país por: alta fecundidad, elevada tasa de crecimiento poblacional, morbi-mortalidad, desnutrición, situación socio-económica deficiente, con-cientización deficiente de autoridades de salud; preparación insuficiente del médico frente a una realidad nacional.

CAPACIDAD FÍSICA DE SALUD:

Resulta inadmisibile que para 1981, el total de recursos físicos para Talanga era de: un cesamo y dos cesar.

CESAMO:

Con una área de influencia para 15.944 habitantes, distribuidos en -el casco urbano y en el sector rural (aldeas y caserios).

RESURSOS DE SALUD:

- 1) Médico en servicio social que es jefe del cesamo, encargado en --los asuntos administrativos, atención de morbilidad, ejecución y su-pervisión de los programas llevados a cabo en el área.
- 2) Enfermera Auxiliar # 3.
- 3) Promotor de Salud # 1
- 4) Parteras empíricas adiestradas No. 18
- 5) Una laboratorista.

Los recursos financieros proceden del aporte central del Ministerio de Salud Pública y de los fondos provenientes de la cuota de recupe-ración.

PROGRAMAS:

- a) Atención de morbilidad espontánea
- b) Control de Crecimiento y desarrollo.
- c) Control prenatal.
- d) Control de Vectores
- e) Inmunización
- f) Saneamiento ambiental.

En Talanga como en el resto del país puede estimarse con muy buena -aproximación que la población que se asiste en su mayoría en los ni-veles cesamo y cesar, corresponde a los estratos socio-económicos ba-jos y que constitiyen mas del 70% de la población en general.

Cuadro No. 31

RELACION ENTRE LOS CENTROS POBLACIONALES Y EL SERVICIO MEDICO
PARA TALANGA 1981

PERSONAL DEL SERVICIO DE SALUD	POBLACION RURAL DEL PAIS :	POBLACION DE TALANGA:
1 MEDICO	150.000 h	15.944 h
1 ODONTOLOGO	170.000 h	NO HAY
1 ENFERMERA	50.000 h	5.314 h
1 LABORATORISTA	—	15.944 h

SITUACION Y ACCIONES A LAS PERSONAS SALUD

MORBILIDAD:

Del total de consultas brindadas en el CESAMO para 1981, el 56.2%, -fue impartido a una población menor de 15 años, con un total de 2.422 consultas; ver distribución porcentual por grupo de edad, en -el cuadro de atenciones por consulta.

Del total de consultas de pediatría el 91.16% fue atención a morbilidad y solamente el 8.9.% corresponden a un programa de central ; datos que son similares con el 87 87 y 13.0% respectivamente en el resto -del país. En la encuesta, solo el 4.6% se controlan adecuadamente.

Las que fueron realizadas como atenciones a mujeres gestantes así:

	# 852	%
CESAMO		83.4
	761	
ENCUESTA		50.6
	-	
PAIS		67%

Con respecto a puerperio, las atenciones son las siguientes:

CESAMO TALANGA	5.6%
PAIS	5%

|||||

TOTAL DE ATENCIONES POR RAZON DE CONSULTAS SEGUN AÑO DE 1981
EN CESAMO DE TALANGA

M E S E S	M O R B I L I D A D E D A D					T O T A L
	- 1 año	1 - 4 años	5-14 años	15 y mas		
Enero de 1982	31	32	36	59	152	
Febrero de 1982	54	59	33	109	255	
Marzo de 1981	66	129	58	234	487	
Abril de 1981	53	133	56	194	436	
Mayo de 1981	81	204	108	225	618	
Junio de 1981	54	151	81	180	506	
Julio de 1981	56	110	71	151	388	
Agosto de 1981	27	35	12	51	125	
Septiembre de 1981	60	88	40	229	417	
Octubre de 1981	35	47	16	104	202	
Noviembre de 1981	67	80	68	213	438	
Diciembre de 1981	49	79	23	142	293	
T O T A L :	673	1.147	602	1.891	4.313	
%	15.6	26.6	14.2	43.8	10000	

FUENTE: AT-1

= 59 = cuadro
No. 33

TOTAL DE ATENCIONES POR RAZON DE CONCVLTA DE
SUBPROGRAMA PARA 1981 EN CESAMO DE TALANGA

Cuadro No.

MES	C O N T R O L E S :				TOTAL
	CRECIM. ' DESARROL		Embarazo	Puerperio	
	0-1	1-4 año;			
ENERO	4	3	70	4	81
FEBRERO	6	2	61	5	74
MARZO	-	-	40	2	42
ABRIL	-	-	53	6	59
MAYO	6	4	94	5	109
JUNIO	8	5	69	5	87
JULIO	6	2	81	4	93
AGOSTO	7	4	72	2	85
SEPTIEMBRE "	9	6	78	4	97
OCTUBRE	10	7	70	8	95
NOVIEMBRE	8	6	73	4	91
DICIEMBRE	• 4	7	91	7	109
TOTAL:	68	46	852	56	1.022
%	6.6	4.5	83.4	5.4	100

FUENTE: AT-1 RELACIóN E N T R E C O N S U L T A M E D I C A C O N C O N T R O L P R E N A T A L)
CRECIMIENTO Y DESARROLLO POR FAMILIA A, DE ACUERDO ENCUESTA.

CONSULTA	PRENATAL		CRECIMIENTO Y DESARROLLO :		
	#	%	#	%	
Control mensual	6	4	7	4.6	
Contr. ocasional	70	46.6	64	42.6	
No se controla		74	49.3	79	52.6



En los subprogramas de consulta prenatal, crecimiento y
desa-Cuadro No. 34

rollo se brinda solamente un 4 y 4.6% respectivamente; en relación al grupo que no se controla o el que lo hace ocasionalmente, suman 95.9 y 95.2 % respectivamente, lo que evidencia una cobertura en salud, inadecuada.

C O M E N T A R I O :

Al hacer una observación y análisis de las proporciones en servicios tenemos que la cobertura del trabajador en salud, así como del Cesamo de Talanga, es reducida, ocasionado por: escasa disponibilidad --técnica, falta de información y penetración en los programas estatales; debe de sumarse la receptibilidad limitada por parte de la población, factores de aislamiento, grandes distancias que predominan en nuestro medio rural.

Esta práctica parcial de aspectos preventivos en atención de salud -rural, incide grandemente en la población materno-infantil, con las agravantes de infecciones, complicaciones del embarazo, desnutrición, anemia secundaria, toxemia del embarazo.



CONTROL DE MORBILIDAD Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

El hecho de la alta morbilidad observada en el estudio es indicativa de una baja cobertura por el CESAMO, mala calidad de viviendas, des-nutrición y su relación con la invulnerabilidad a enfermedades, aspectos psicosociales en salud, y una diferencia en la aplicación de medidas en control y prevención epidemiológica.

Es de estimarse que la alta prevalencia puede ser característica por la alta población infantil; crecimiento demográfico, elevada tasa de natalidad, analfabetismo; haciendo que una mayor proporción de población rural esté ausente de asistencia del CESAMO, debido a la desproporción de trabajadores en salud de Talanga.

Es de señalar, la alta incidencia de enfermedades en el aparato respiratorio, gastrointestinal y de la piel; concordancia y situación singular con el resto del país.

Los datos aislados pero reales demuestran la íntima convergencia del fenómeno epidemio-endémico en la morbimortalidad infantil y adulta.

PRINCIPALES ENFERMEDADES TRANSMISIBLES:

Hay conciencia sobre el hecho de que la atención médica primaria la absorben las enfermedades infecciosas y parasitarias con predominio gastroentérico y respiratorio, a las que corresponde el 24.4% y 12.4% respectivamente y sumando la angina estreptocócica que representa el 30.4% del total de enfermedades transmisibles.

Es significativo como las enfermedades transmisibles figuran entre las diez primeras causas y cuyo diagnóstico se ha incrementado ligeramente, debido a la aplicación de recursos tecnificados. Aunque enfermedades como la TBC y las venéreas que están representadas por el 3.19% y el 4.5% respectivamente: enfermedades muy endémicas, merece

tomarlas en cuenta y se espera que la endemia sea mayor; seguramente las fallas se encuentran: ignorancia de la población asistida en estas enfermedades; falta de motivación a la población por los trabajadores de salud; investigación inadecuada y atribuí ble a diversos factores.

Considero que esta situación, es semejante al contexto nacional.

• • • • •

CODIGO:	E N F E R M E D A D E S:	E D A D				T O T A L
		- 1	1-4	5-14	15-+	
034	Angina Estreptocócica (amigdalitis)	36	99	60	33	228
061	Dengue					30.4
*032	Difteria					30.4
*006	Disentería amebiana	4	4	2	5	11
004	Disentería bacilar		6	10		20
049.9	Encefalitis vírica					146
002.9	Fiebre paratifoidea					2.7
002.0	Fiebre tifoidea					
*009	Gastroenteritis (diarrea)	83	65	13	2	163
*070	Hepatitis			3	5	8
*098	Infección gonocócica. (gonorrea)			2	8	10
036	Infección meningocócica					6.35
*487	Influenza (gripe)	19	16	12	22	69
085.4	Leishmaniasis mucocutánea					9.18
*084	Paludismo (malaria)		3	10	11	24
*072.9	Parotiditis (paperas)		2	15	12	29
*045	Poliomielitis aguda					3.86
071	Rabia en el hombre					
056	Rubeola					
*055	Sarampión					
090-097	Sífilis					
*037	Tetanos (excluye neonatorum)				18	24
771.3	Tetanos neonatorum					3.19
*033	Tosferina	8	12	6		24
*010-012	Tuberculosis aparato respiratorio		6	8	10	24
013-018	Tuberculosis todas formas					3.19
*052	Varicela	11	8	4		23
001	Cólera					3.6
060	Fiebre amarilla, selvática, urbana					
263.9	Desnutrición					
263.1	Grado I	15	20	25		60
263.0	Grado II	2	12	13		28
262	Grado III	1	6	5		12
T O T A L						751
						100.00

FUENTE: AT-1

T I P O D E P L A N I F I C A C I O N SEGUN ESTUDIO
Realizados en 150 madres de familia, Talanga 1981

PLANIFICA	ANILLO		PASTILLA		ESTERILIZACION		NO	T O T A L	
	#	%	#	%	#	%		#	%
S I	10	6.8	36	24.4	5	3.4	=	51	3
N O	=	=	=	=	=	=	96	96	64
								147	98

* No aparecen los datos de madres por abandono de hogar.

práctica y tipo de planificación.

- De un total de 147 madres investigadas, 64% no planifican.
- El 34% de las madres planifican; el 24.4% lo hacen con tabletas.
- Comparando los dos extremos, las madres que no planifican con las esterilizadas, o sea el 64.%, con 3.4% respectivamente, se evidencia una motivación muy limitada por la planificación.
- Hay una proporción de 2.1 % de las madres que no planifican con las que practican algún método anti-conceptivo.

ANALISIS DE LOS ASPECTOS SOBRE LA PLANIFICACION FAMILIAR :

- a) De un total de 147 madres, el 64% no planifica; evidenciándose la limitación en el alcance de las actividades de planificación familiar; con un trabajo que tiene aún poca influencia en la -idiosincracia de la comunidad.
- b) De las cincuenta y una madres que planifican, el 24% se contro-lan con tabletas; fenómeno que podría explicarse por la accesi-bilidad, disponibilidad, facilidad y sencillez de adquisición de este medio.
- c) La proporción baja de madres que utilizan la esterilización en el medio rural, refleja la escasez de receptibilidad y promo-ción de este mecanismo anticonceptivo, quizá los altos costos en los honorarios técnicos, actúan como limitantes en su uso.
- d) En resumen, la influencia de planificación familiar es conser-vadora en la comunidad de Talanga.

oooooooooooo

C O M E N T A R I O

Este aspecto guarda relación íntima con lo que acontece en el resto del país y que se comprobó en el estudio, ya que la mayor atención de parto la realizó un grupo de parteras adiestradas por el centro de salud, lo que se deduce por tres razones: multiplicidad de este nivel de atención; accesibilidad y bajo costo en la prestancia del mismo, que se correalaciona con el factor cultural de los padres; -mejor transferencia; falta de atención prenatal por el CESAMO; des-plazamiento limitado del personal médico.

Revelándose así una alta paridad fuera del control adecuado por parte del CESAMO.

Posiblemente y según el estudio, estos hechos destacan la importancia de las condiciones dudosas en que se atiende el parto y en gran parte se relaciona con la elevada morbimortalidad infantil y de la madre (convulsiones, toxemia del embarazo).



CAPITULO XVI

RELACION ENTRE VACUNACION, NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR Y MADRES GASTANTES

En el grupo de niños en edad escolar y aptos para vacunación contra -sarampión, solamente el 24% se aplicó segunda dosis, en concordancia con la vacunación de polio y DPT, donde el 64.24% se aplicó alguna dosis con una respuesta pobre a los refuerzos, si analizamos el por qué de esta coyuntura, hay que tomar en cuenta algunos factores" como: edad de vacunación, resultando sorprendente que alrededor de un 52% de la población en edad apta, permanece inmutable al sistema de vacunación estatal.

Con el objeto de aclarar la baja cobertura de vacunación, se estimó -que hay una interrelación existente entre: vacunación en sucio en los programas del estado, concientización e importancia limitada por parte de la población; ignorancia en los padres acerca de la gravedad en tales enfermedades; grandes distancias a que están sometidas las diferentes aldeas y caseríos con respecto al CESAMO de Talanga; morbilidad endémica en el grupo infantil apto para vacunar. Estos fundamentos -lamentables se apreciaron en la comunidad, lo que limita la disponibilidad y utilización de la población en recursos, tanto humanos como -materiales.

Si relacionamos la cobertura pobre en vacunación con el gran margen -de desnutrición estudiados en Talanga, se puede entender el por qué -de la alta morbimortalidad y la incidencia alta de enfermedades infecto-contagiosas en niños y madres, ya que de estas últimas el 61.3% no se aplicaron toxoide tetánico durante su embarazo, y en el CESAMO durante 1981, pocas madres se inmunizaron.

(ver cuadro en la siguiente página)

DOSIS Y VACUNACION EN EDAD PREESCOLAR
EN EL ESTUDIO DE LOS HIJOS DE 150 FAMILIAS, TALANGA 1981

TIPO DE VACUNA	1a. DOSIS		2a. DOSIS		1a. DOSIS		I REFUERZO		II REFUERZO		NO		total	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
B.C.G.	40	19.8									163	80.2	203	100
D.P.T.	10	14.8	26	12.9	15	7.4	13	6.4	14	7	105	52	203	100
POLIO	30	14.8	26	12.9	15	7.4	13	6.4	14	7	105	57	201	100
TOXOIDE TETANICO	30	20	28	18.7							92	61.3	150	

-De un total de 203 niños en edad preescolar y aptos para el programa de vacunación y con respecto a la BCG, está vacunado el 19.8%; el 80.2% que representa el resto no se inmunizó.

-En concordancia a DPT y Polio, del total el 35% se aplicaron algunas dosis, respondiendo a los reforzamientos solamente el 13.0%; una población preescolar del 52% no se protegió contra las enfermedades infectocontagiosas correspondientes.

Si lo comparamos con la vacunación del centro, de un total de 4.198 y aptos para vacunación, solamente 285 se inmunizaron con B.C.G. o sea el 6.8%.

-En relación a la vacuna de polio en el CESAMO se inmunizaron 1.657 o sea el 40% de los aptos; solamente el 11.81 respondió a los reforzamientos.

-Con la vacuna DPT, se inmunizó un total de 1.357 o sea el 32.3%, de los cuales, únicamente el 7.2 se aplicaron reforzamientos.

-En la inmunización con toxoide tetánico, el 61.3% de las madres encuestadas no se vacunaron, en el CESAMO durante 1981, lo hicieron 258 madres.

REGISTRO MENSUAL DE VACUNACIONES
EN CESAMO DE TALANGA PARA EL AÑO DE 1981

VACUNA	DOSIS	E D A D S					TOTAL
		0-11 meses	12-23 meses	2-4 años	5 y mas años	embarazadas	
P O L I O	1a.	300	81	136	59		576
	2a.	133	66	67	11		277
	3a.	101	87	87	33		308
	REFUERZOS		78	255	163		496
	TOTAL	534	312	545	266		1.657
D. P. T.	1a.	309	103	135			547
	2a.	89	74	83			246
	3a.	93	74	94			261
	REFUERZOS		73	230			303
	TOTAL	491	324	542			1.357
SARAMPION	UNICA	96	190				286
B.C.G.	UNICA	68	42	108	67		285
TOXOIDE TETANICO	1a.					157	157
	2a.					91	91
T O T A L :							258

FUENTE: CESAMO de Talanga

CAPITULO XVII

RELACION ENTRE LA SITUACION LABORAL, NUMERO DE LEYES, NIVEL DE EDUCACION Y EDAD EN LAS MUJERES DEL ESTRATO RURAL DE T A L A N G A..

*

En la población de mujeres en edad genital activa o que ya traspasaron esta etapa, los datos recabados son suficientes para caracterizar la situación laboral y para análisis diferencial entre las mujeres --que pertenecen a la población económicamente activa y las que no ; el primero de ellos, constituido por 41 mujeres que realizan un trabajo remunerado permanente o temporal al momento de la encuesta, el segundo, constituido por 109 mujeres que revelaron no estar trabajando ni pensaban hacerlo en un futuro próximo; por limitaciones de la encuesta, no se investigó sobre los siguientes datos: a) si antes habían -trabajado y en qué; b) por qué dejaron de trabajar, ver cuadro No. que relaciona paridad con situación laboral.

En relación al tipo de trabajo se destaca el alto porcentaje de mujeres dedicadas al servicio doméstico, fuente laboral que es una de las mas frecuentes en el medio rural. Le siguen otras modalidades de empleo, que junto al servicio doméstico, son formas de trabajo de alto sacrificio y de cumplimiento muchas veces penoso y de baja remuneración. No obstante la precaria situación económica observada en Talanga y de la aparente necesidad que estas mujeres tendrían para trabajar, llama la atención que solamente el 23.3% se dediquen a algún -tipo de labor remunerada; esta situación quizás guarda relación con -el abandono en ciertos tipos de trabajo, con la sustitución obligada por tareas domésticas del propio hogar, que en tal caso se vive como mas gratificantes y con un mejor valor moral, social y familiar.

De acuerdo al estudio, se interpreta que en Talanga, el número de hijos influye en la posibilidad o en la decisión de trabajar, particularmente son los extremos de la tabla, los mas tienden a trabajar en -

RELACION ENTRE EL NIVEL
EDUCACION Y EL ESTADO MARITAL EN EL ESTUDIO DE 150 MADRES

DE FAMILIA, TALANGA 1981

NIVEL EDUCACIONAL :	SOLTERA		CASADA		UNION LIBRE		VIUDA		T O T A L :	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
No sabe leer ni escribir	18	12	6	4	48	32	7	4.6	79	53
Sabe leer y escribir	2	1.3	10	6.7	18	12	1	0.6	30	20
Primaria incompleta			9	6	12	8			22	14
Primaria completa			4	2.7	6	4			10	7
Secundaria incompleta			2	1.3	4	2.7			6	4
Secundaria completa			3	2					3	2
T O T A L :	20	13	34	23	88	59	8	5		

RELACION: Entre el nivel educacional y estado marital.

- En relación al nivel educacional, el 53% de las madres son analfabetas, del cual únicamente el 4% son casadas.
- Si comparamos los dos grupos de madres que obtuvieron algún grado de educación con el estado civil casada y soltera, observaremos un 19% educadas del total 23% de las casadas, con un caso 28.3% educadas del grupo solteras.
- Solamente el 6% de las madres, intentaron sobrepasar o sobrepasaron el nivel primario.

= 74 =
cuadro No. 41

RELACION ENTRE ESTADO MARITAL DE LAS MADRES Y PARIDAD EN EL ESTUDIO DE
150 MADRES DE FAMILIA, TALANGA, para el año de 1981

	Menos de 15 años		15-20 años		+ 21 años		T O T A L E S
	#	%	#	%	#	%	
SOLTERA	2	1.3	17	11.3	1	0.6	
CASADA			31	20.7	3	2	
UNION LIBRE	1	0.6	84	56.0	3	2	
VIUDA			8	5.3			
T O T A L:	3	1.9	140	93.3	7	4.6	

_Sobresale el estado marital soltero, el que está representado por un 71.8%; comparado con el estado civil casado, que solamente es un 22.7%. _Por tanto la relación entre madres solteras y casadas es de aproximadamente 3%

_Es de hacer notar que el mayor porcentaje de madres se encuentra entre 15-20 años, o sea 93.3%

DISTRIBUCION DE LAS MADRES SEGUN SU EDAD Y SITUACION LABORAL EN EL

ESTUDIO.

DE 150 MADRES DE FAMILIA, EN TALANGA PARA EL AÑO DE 1981

E D A D	<u>Mujeres que trabajan</u>		<u>Mujeres que no trabajan</u>		T O T A L
	No.	%	No.	%	
menores de 15 años	4	2.7	8	5.3	12
15 - 19 años	14	9.4	25	16.7	39
20 - 24 años	10	6.6	23	15.3	33
25 - 29 años	7	4.6	19	12.7	26
30 - 34 años	3	2.0	17	11.3	20
35 - 39	2	1.3	10	6.7	12
40 años y mas	1	0.7	7	4.6	8
T O T A L	41	27.3	109	72.7	150

***** Existe un comportamiento similar en el grupo de madres que trabajan remuneradamente, que es el 23% del total 27.3% una comparación con el 50% de los que no trabajan, cuyo total es 72.7%, que tienen menos de 30 años.

CUADRO No. 43
PARIDAD CON SITUACION LABORAL

EN EL ESTUDIO DE 150 MADRES DE FAMILIA, TALANGA 1981;

HIJOS	MADRE QUE TRABAJA		MADRE QUE NO TRABAJA		T O T A L	
	#	%	#	%		
1 hijo	2	1.3	1	0.7	3	2
2 "	3	2.0	7	4.6	10	6.6
3 "	3	2.1	15	10.0	18	12
4	4	2.7	17	11.3	21	14
5	6	4.0	18	12.0	24	16
6	7	4.6	26	17.3	23	21.9
7	8	5.3	6	4.0	14	9.3
8	3	2.0	9	6.0	12	8
9	2	1.3	4	2.7	6	4
10	2	1.3	3	2.0	5	3.3
11	1	0.7	0	0.0	1	0.7
12	0	0.0	3	2.0	3	2
TOTAL	41	27.3	109	72.7	150	100

*Tanto las madres que tienen menos de tres y mas de 8 hijos, relativamente muestran una tendencia a trabajar. *Comparando las madres que trabajan con las que no, y tienen entre cuatro y siete hijos, aproximadamente presentan una relación de 1.3 *En los dos grupos de madres que tienen ocho o mas hijos, se observa la dificultad para trabajar, comparece el 12.7% de las que no trabajan con el 5.3% de las económicamente activas.

CAPITULO XVIII

R E S U M E N

La determinación de los parámetros en el estudio, con puntos de referencia que integran este sector rural al contexto de la realidad nacional, por tal motivo comentamos que:

Al evaluar la extensión y naturaleza del problema de la desnutrición se hace evidente que la desnutrición protéico-calórica, es la enfermedad nutricional mas extendida entre los niños y madres, no solo --por la calidad de nutrientes sino que son las que reciben menos porción de alimentos en el seno de la familia. Además, la desnutrición no es únicamente causa importante de morbimortalidad, ya que también se traduce en un deterioro permanente del desarrollo físico y mental, observándose en el peso y talla, deserción escolar, concretismo del lenguaje empleado.

Dada la limitación del estudio, se hace necesaria la investigación de otras enfermedades carenciales que también merecen una atención altamente prioritaria, como la xeroftalmía, anemia nutricional, raquitismo, bocio endémico; signos que están íntimamente ligados al fenómeno de la desnutrición.

En el estudio los apartados de un ingreso per cápita menos de L 150.00 en su mayoría y el consumo alimenticio-nutricional determinan el insuficiente régimen de calorías con que se abastece la población. Si sumamos los indicadores de oferta y demanda de los alimentos y -- precios; escasez de alimentos por precios elevados, malas cosechas, bajo índice en la producción; falta de orientación en la diversidad y consumo de alimentos; el desempleo y el subempleo; escasa tenencia de tierras; el tamaño familiar; quizá aclaren mejor la relación entre -la situación alimenticia nutricional y la desnutrición.

Un vistazo a los servicios de salud y la relativa práctica de los aspectos preventivos del sistema de salud rural, establece la carencia de servicios equilibrados e integrales, donde es preciso considerar -los obstáculos locales con que tropieza la prestación de servicios y la obligada necesidad de seleccionar un diseñador mas apropiado para --vencerlos.

El control de los subprogramas en la atención de salud, es el reflejo de lo que sucede en las áreas marginales o rurales, incidiendo grande mente en el binomio madre-hijo, con los agravantes de infecciones pre y post-parto, neonatal e infantil; complicaciones del embarazo como -la desnutrición, anemia secundaria, preeclampsia y eclampsia, diabetes, epilepsia, enfermedades hemolíticas, enfermedades que por condiciones peculiares ya explicadas se conducen silenciosamente durante el embarazo o el parto, provocando serios disturbios y consecuencias nefastas.

Es importante y a la vez resulta inadmisible en el sector agropecuario; dado el crecimiento poblacional observado en Talanga, resulta insatisfactoria para llenar esas crecientes demandas de alimentación, materia prima, empleo. Interpretándose como una tendencia de estancamiento y una exacerbación de contradicciones internas que son producto de las desigualdades sociales, existentes en su seno, fenómeno que implicaría el por qué de los cambios en el patrón tradicional de asentamiento, con la movilización a otros centros de mayor dinamismo económico como Tegucigalpa o San Pedro Sula, movilización que en la mayoría de las veces empeora su condición de marginalización como una consecuencia primordial de la falta de preparación o habilidad para trabajar.

La base del estudio es sorprendente, ya que el grupo de estudio pertenece al estrato rural, donde la influencia de la desnutrición desempeña un papel importante sobre la susceptibilidad a enfermedades infecto-contagiosas, sino se encuentran vacunados, ya que éstas producen -

un efecto pernicioso en la respuesta inmunitaria humoral, celular y -secretaria, estos efectos son mas graves en los niños que sufren las formas graves de desnutrición protéico-calórica. Es considerable la similitud sobre el papel altamente natalista de Talanga; la mortalidad, alta paridad, comprobados en el estudio y la relación con el --resto del país. En términos generales el número elevado de hijos guarda relación inversa a una mejor distribución de los alimentos, disponibilidad y accesibilidad a la escuela, servicios de salud. Consideraciones que son indicadores de expresión en los estratos socio-económicos de este sector rural.

De lo anterior, en Talanga como en el resto del país la pobreza es resultante de la compleja interacción de múltiples factores tales como bajo ingreso, subempleo, ignorancia, malas condiciones sanitarias, --falta de acceso a servicios médicos, falta de participación y organización social, inestabilidad familiar; todos estos elementos son ca-racterísticos del estado social de "marginalización".

En esta población, tomando en cuenta las condiciones socio-económicas, no se tiene un diagnóstico real y formal de la situación alimenticia, nutricional y de salud, que nos permita establecer las tendencias y -prever los posibles deterioros. No existe una articulación entre los recursos y los programas sectoriales de mayor relevancia. Vale decir que no existe una integración en el concepto de nutrición-salud-bienestar entre los componentes de salud, agricultura, educación, fuentes de trabajo, economía; sobre una base de políticas globales y re--gionales.

Considerando la relación entre población-nutrición y salud, se asume que nuestro país no cuenta con una política nacional de alimentación y nutrición, información demográfica suficiente; ni siquiera ofrece a la mayoría de la población "un paquete socio-económico mínimo" (opor-

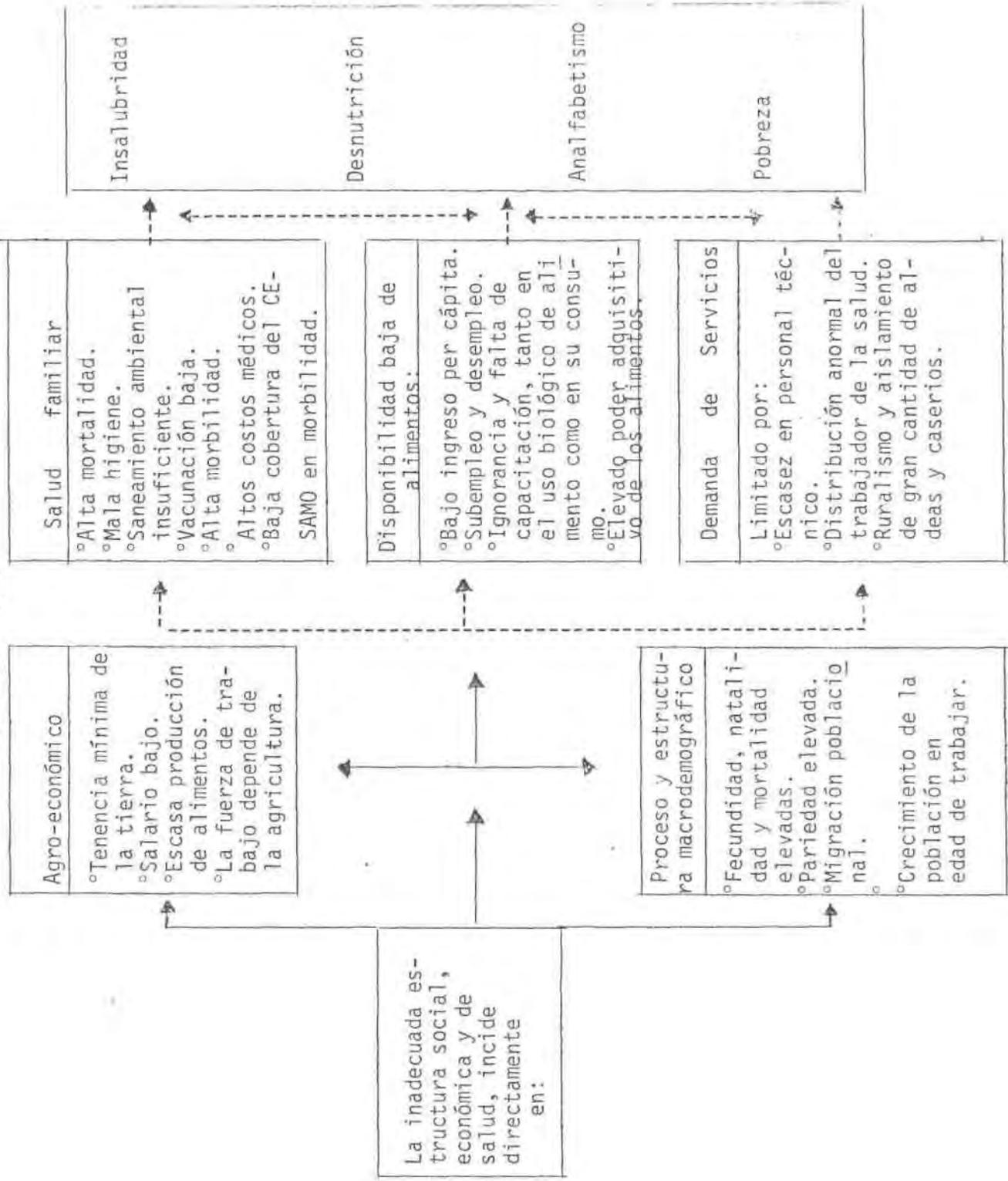
tunidad de empleo permanente, ingreso adecuado, nivel de educación, acceso a los servicios de salud, parcela de tierra cultivable).

A continuación se da un diagrama de la situación socio-económica y de salud de Talanga, como producto de la investigación:

(ver diagrama en la página siguiente)

RELACION SOCIOECONOMICA Y DE SALUD

EN TALANGA 1981



CAPITULO XIX

CONCLUSIONES GENERALES

Un análisis global de la situación socio-económica y de salud en Talanga, nos permite conocer las características mas relevantes, como:

1o) Al estado civil de casado o viudo solamente les corresponde el 28% de las parejas encuestadas. -Una paternidad irresponsable del 37%, según encuesta.

2o) INDICADORES DEMOGRAFICOS:

-El promedio de hijos por madre es de seis, cifra que se acerca al promedio estatal que es de siete. -Una tasa de mortalidad general de 5.8%. -La tasa de mortalidad infantil es de 43% y según CELADE 1972 la

mortalidad infantil para el sector rural es de 128.1%. -La tasa de mortalidad materna, 3.7%. -La tasa de natalidad es de 33.3% y según datos de registro y EN

DENH para 1980 la tasa de natalidad es de 47.5%.

3o) DISTRIBUCION DEL INGRESO:

-La estructura económica de Talanga, cuenta con un ingreso per cápita menor de L. 150.00 de 75%, tomando en cuenta la dependencia familiar. -En este sector, los empleos predominantes son el agrícola y el

doméstico, correspondiéndoles el 74%, con un gran margen de subutilización. -Una población económicamente activa del 16.5%, si se compara --

con la del país que es de 28.4%.

4o) ESTRUCTURA AGRARIA:

-En Talanga, el régimen campesino cuenta con las características siguientes:

-un 72% no tienen tierra; el resto funciona como pequeño propietario mini fundista. -por tratarse del componente rural y la relativa tenencia de tie-

rra se determina que un amplio sector de la población se movilizan entre el subempleo y desempleo. -La tenencia de tierra que oscila entre pequeños propietarios en gran escala, minifundistas y hacendados (2 familias), conservándose así el panorama de una estructura agraria subdesarrollada y colonial.

5o)

-La correspondencia típica de que el 76% se dedican en forma única o alterna al cultivo de maíz y frijoles. (De acuerdo a lo encontrado en el estudio).

NIVEL EDUCACIONAL:

Una correlación negativa en cuanto a instrucción educacional de las madres, donde el 52.6% en analfabetas y en general el 48% -de los padres se encuentran en este grupo; solamente el 10 y el 15.45% de los padres e hijos lograron la primaria completa.

6o)

También existe una correlación en la educación secundaria y superior entre padres e hijos. En términos generales, la educación en Talanga como en el resto del país, el nivel educacional presenta la tendencia a conservarse, ya que el analfabetismo general es del 45% (en todo Honduras).

SITUACION DE VIVIENDA:

Según datos obtenidos en el estudio es evidente: el déficit habitacional observado en la distribución de las familias y sus miembros por vivienda.

Las condiciones de vivienda, cuyo hacinamiento y calidad limitadas son considerables y si lo comparamos con el resto del país, -tenemos:

	<u>HONDURAS</u>	<u>(ZONA RURAL)</u>	<u>Talanga</u>
Construcción de bahareque		57%	82%
Piso de tierra		87%	79%
Número de habitaciones (1 o 2)		-	90%
Techo de teja		-	92%
Sin instalación de agua		83.2%	62%
Sin luz eléctrica		91.9%	77%
No recolecta o elimina basura		-	65%
Sin letrina		96%	96.6%

(no se tienen datos para el resto del país)

7o) DESNUTRICION:

Respecto a la extensión y naturaleza de la desnutrición en esta zona, es del 72.6%, distribuido en sus diferentes grados, -con un ataque directo a la población infantil o si se compara-ra con el resto de Honduras, donde la proporción de desnutrido es del 72%; según anuncio estadístico del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

En Talanga la desnutrición es causa importante de mortalidad y morbilidad infantil, deterioro mental y físico (según estudio)

Es sorprendente el efecto del tamaño familiar en el aspecto nutricional donde aquellas familias son cinco o mas hijos, pre-sentan un predominio de desnutrición del 66.3%, en el estudio.

8o) ESTRUCTURA ALIMENTICIA Y NUTRICIONAL:

Resulta interesante que milagrosamente el 100% de las familias conservan una dieta exclusiva de frijoles y maíz, el resto de los alimentos se consumen esporádicamente.(según estudio) Si lo relacionamos con el escaso poder adquisitivo de alimentos, se permite un régimen alimenticio insuficiente y la privación nutricional. Hacen que la deficiencia nutricional y alimenticia en esta población rural tienden a ser tan extensivas, por no suplir las necesidades calóricas adecuadas, y si añadimos las malas condiciones de salubridad del ambiente, el analfabetismo, privación de cultura; n no solo el estado -de supervivencia, sino que el factor de productividad en el --trabajo, que les da lugar a ingresar con desventaja a una

so--ciedad de consumo, a título personal, estimo que una
situación análoga acontece en el resto del país.

9o) ASPECTOS DE LA SITUACION DE PLANIFICACION FAMILIAR:

Solamente el 30% de las madres, utilizan métodos contraceptivos, de ellas el 24% se controlan con tabletas y el 3.4% utilizan la esterilización. Se deduce que hay una proporción inversa apro-ximadamente entre las madres que planifican con las que no, es de 1:3% Estos hechos además de que limitan las actividades de planificación familiar, presentan repercusiones graves en la re-lación existente entre la evolución demográfica y el desarrollo económico, presentes en el estudio de Talanga.

La influencia insuficiente de planificación familiar en este --muestreo, determina la falta de cronología, espaciamiento y nú-mero de nacimientos, escogencia de un método o técnica en mate-ria de regulación; inadecuada preparación para la maternidad o paternidad responsable; detección de estados patológicos en la madre y el producto principalmente, consecuencias que señalan -que la alta paridad asocia a un nivel socioeconómico bajo, hi-giene y nutrición defectuosa; hacinamiento de vivienda y resis-tencia a cualquier cambio.

10o) SERVICIOS DE SALUD:

En cuanto a las actividades de atención médica en el control de los subprogramas y según la encuesta, solamente el 4.6% de los niños en edad de 0-1 año se presentaban a control del programa de crecimiento y desarrollo, control prenatal el 4.6%; que el -personal del CESAMO únicamente atiende el 7.3% de los partos, -siendo principales responsables las enfermedades del aparato --respiratorio y gastrointestinal y de la piel.

Por tanto, las necesidades de salud se han obstaculizado por: -alta paridad, elevada tasa de crecimiento poblacional, morbimor-talidad, desnutrición, situación socio-económica deficiente, --aplicación del sistema médico parcial y no integral, precario -

abastecimiento de servicios coadyuvantes de saneamiento ambiental.

VACUNACION: Es sorprendente a raíz del estudio, que el 65% de la población en edad preescolar y apta para la campaña de vacunación, no se inmunizó por razones explicadas en el comentario del análisis de vacunación, se omite aquí.

CAPITULO XX

R E C O M E N D A C I O N E S

- 1) Debe subrayarse que la causa principal de la DPC, únicamente puede eliminarse mediante cambios importantes en las características socio-económicas de la comunidad, como: aumentar la tenencia de la tierra, el funcionamiento de cooperativas para la explotación racional de la tierra, lo que aumentaría la fuente de trabajo; esto permitiría, desde luego, una modificación sustancial en la interrelación de los factores diversos del régimen alimenticio.

- 2) Ofrecer un programa que favorezca el binomio madre-hijo, tan vulnerable en la región, con objetivos capaces de cumplir las necesidades, como:
 - a) capacitar a la madre para que atienda a su hijo,
 - b) incrementar el número de madres que amamantan a sus hijos.
 - c) aumentar el número de recién nacidos controlados en los centros de salud,

 - d) disminuir la morbilidad de la población asistida, con un programa de crecimiento y desarrollo durante el primer año de vida,
 - e) incrementar la disponibilidad y consumo de alimentos básicos.

- 3) Establecimiento de un programa de actividades de extensión rural. Las actividades del sistema de extensión rural deberán desenvolverse en dos direcciones: La primera, encausada hacia la modernización de la agricultura, teniendo por objeto ayudar al productor a aumentar la productividad de la explotación agrícola. La segunda, que presenta un modelo en los aspectos del bienestar social, ejecutando actividades con esfuerzos que se relacionan con la agricultura, la educación, la salud, alimentación y la vivienda.

Referente a los programas de salud se hace necesario movilizar y dinamizar a la comunidad a fin de que participe activamente, lo-grando así una mayor responsabilidad y conciencia en las estrate-gias y tácticas dictadas por los organismos de salud. Para llevar a cabo este programa se requiere:

- a) coordinación con los órganos de salud y la comunidad."
- b) unidad simplificada de salud, con el objeto de llevar a la fa-milia rural los beneficios de los programas de salud.
- c) la gestación de un dispensario mínimo, con las condiciones mí-nimas, para lograr los propósitos siguientes:
 - vacunación BCG, DPT, sabin, antitetánico, aplicándola a la población en edad escolar.
 - recepción de material para los exámenes parasitológicos, las pruebas de sífilis y la investigación de BAAR, y mejorar así el escaso o nulo control de las enfermedades infectocontagio-sas, que son tan prevalentes en la sociedad estudiada.
 - quimioterapia y profilaxis de la tuberculosis pulmonar; ren-glón de alta preocupación en la política del Ministerio de -Salud y Asistencia Social.
 - saneamiento básico, construyendo obras sanitarias, abasteci-miento de agua y alcantarillado, recolección y disposición -de desechos sólidos; función que ayudaría en gran medida pa-ra aliviar las preocupaciones y necesidades ambientales de -la zona. Estos logros estimularían a su vez el fortalecimien-to de las infraestructuras nacionales que apoyan los servi-cios de salud ambiental en sus esfuerzos para mejorar la ca-lidad del agua, aire, suelo y alimentos.
 - canalización adecuada y urgente de los pacientes delicados o complejos, de acuerdo a la situación en que se presenten, ha-cia unidades de salud u hospitalaria.
 - encuestas periódicas para conocer las necesidades de salud.

SANEAMIENTO AMBIENTAL

Se hace necesario que el ambiente y la ecología tienen que ser objeto de especial atención gubernamental, pues el estudio refleja que es --una preocupación y necesidad pública, requiriendo que los programas -de salud pública se apliquen con la debida importancia; la justifica-ción de estos programas de mejoramiento y control de la calidad del -ambiente se encuentran en los resultados obtenidos. Estos logros so-meros, deben de estimular al fortalecimiento de infraestructuras na-cionales que apoyan los servicios de salud ambiental con el objeto de mejorar la calidad del agua, aire, suelo y alimentos.

ABASTECIMIENTO DE AGUA Y ALCANTARILLADO

Dado el pequeño porcentaje de la población rural con acceso a abaste-cimiento de agua potable y pozo séptico, se debe de proporcionar ser-vicios de agua y. algún sistema de eliminación para alcantarillado a -por lo menos el 50% de esta área.

RECOLECCIÓN Y DISPOSICIÓN DE DESECHOS

La necesidad de disponer de un buen servicio de recolección y disposi-ción de desechos es particularmente apremiante; servicio que puede -- ser regulado directamente por la administración municipal y las fami-lias u evitar el depósito de basura en terrenos abiertos o en los co-rredores de las casas.

CONTAMINACIÓN AMBIENTAL

Considerando el alto porcentaje de familias que ingieren agua sin her-vir y directamente de las quebradas o llaves, esta circunstancia su-giere que debe de evitarse a toda costa la contaminación del suelo, con el uso excesivo o indiscriminado de plagicidas, fertilizantes, ma-rial fecal.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL SANEAMIENTO AMBIENTAL

1) Proveer de servicios de agua a través de conexiones domicilia-rias al 50% de la población rural, como mínimo, reducir en un 30% el porcentaje de la población su servicio.

2) Proveer de un medio sanitario de eliminación de excreta al 50% de la población rural, o como mínimo reducir en un 30% el por-centaje de la población sin servicio.

Para lograr estas dos metas será necesario:

* Desarrollar planes nacionales o regionales de estos servicios que estén en consonancia con los planes de desarrollo económi-co.

* Desarrollar recursos humanos para que puedan llevar a cabo los planes y alcanzar las metas fijadas por medio de programas --educacionales regulares e intensivos. *Emplear técnicas y conceptos de autoayuda comunitaria para el abastecimiento de agua potable en las zonas rurales. *Conseguir que los programas de vivienda rural, reforma agraria, destaquen como objetivo prioritario el abastecimiento de agua potable y la disposición de excreta.

* Promover e intensificar programas de educación para la salud a todo lo largo de los sistemas de educación y en especial -de la enseñanza primaria y media para asegurar el mañana uso efectivo de los servicios de abastecimiento de agua y de las medidas sanitarias de eliminación de excreta.

* Obtener colaboración del público en la protección del medio ambiente y controlar la contaminación del agua.

* Investigar y estudiar las fuentes contaminantes y sus efectos a largo plazo en el ambiente y en la salud humana, directa e indirectamente.

* Preparar guías sencillas que contengan recomendaciones para iniciar el control de la contaminación del agua, aire y suelo.

4) UNIDAD DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR CON ACTIVIDADES encaminadas a)

- * Regular la natalidad
- * Instrucción a padres de familia, pequeños grupos, distribución de material audiovisual.
- * Consejos sobre la cronología, espaciamiento y número de nacimientos donde interesa tomar en cuenta: edad de la madre, intervalo de las relaciones sexuales regulares y el primer embarazo; intervalo entre gestaciones ulteriores; número embarazo; fecundidad.
- * Preparación para la maternidad o paternidad responsable.
- * Educación sexual; haciendo énfasis en los aspectos de sexualidad, anatomía, fisiología, aspectos sociales y étnicos.
- * Instrucción sobre higiene de la madre e hijo, con detección de estados patológicos relacionados con el aparato genital.
- * Asesoramiento genético, consultas prematrimoniales, instrucción sobre economía doméstica.
- * Nutrición y educación alimenticia.

Se insiste en la necesidad de educar, concientizar a la población para que utilice en forma canalizada la planificación familiar, de acuerdo a las necesidades e intereses de la comunidad.

5) PROGRAMAS PARA EXTENSIÓN de cobertura en los servicios de salud. Actividades de Nutrición: El trabajo se basará en la ejecución de actividades específicas de nutrición, en programas cuya estrategia se base en la atención primaria de la salud y la participación de la comunidad. Hay cuatro aspectos -que son imprescindibles: a) Diagnóstico mínimo de la situación, que incluye:

- 1) Identificación y cuantificación de los problemas nutricionales de mayor prevalencia haciendo uso de registros de centros de salud, encuestas, estimando así la magnitud del problema.

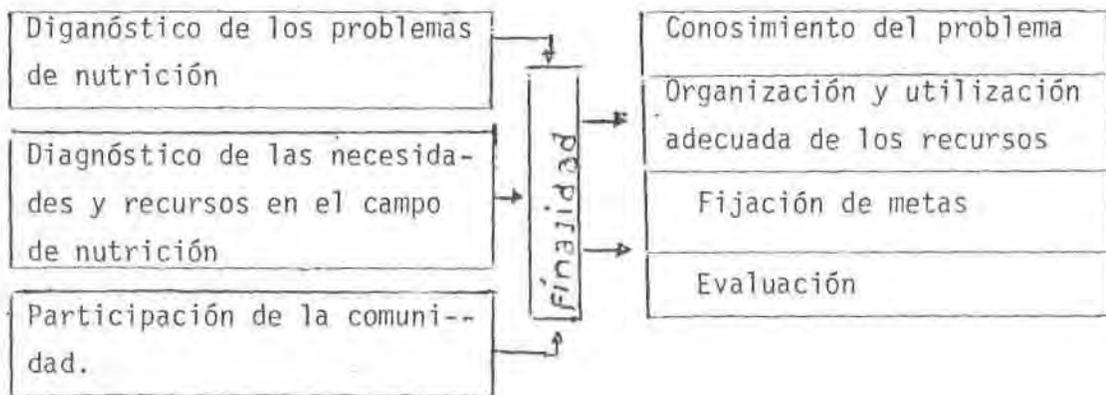
B DIAGNOSTICO DE LOS RECURSOS EXISTENTES

Precisando la disponibilidad de personal formal (médico, enfermeras auxiliares, etc) y de la comunidad (guardián de salud, representantes, parteras, líderes comunales, organizaciones propias creadas – por la comunidad.

Vigilando el porcentaje de tiempo que se dediquen a actividades de nutrición y salud.

Conociendo en forma exacta la población beneficiada, utilizando alternativas como la relación existente entre el número de viviendas y el número total de preescolares. Fijar metas y la organización adecuada de los recursos.

FIGURA 1 : Diagnóstico mínimo para la incorporación de las actividades de nutrición en los programas de extensión de cobertura de los -servicios sociales.



2) DETECCIÓN PRECOZ DEL NIÑO DESNUTRIDO

Al niño desnutrido no deberá considerarse un ente aislado, sino como un intermediario a través del cual se detecte, el estado de la familia, donde con toda probabilidad hay otros niños con riesgo de padecer desnutrición o una enfermedad, ya que existe una relación directa entre la presencia de esta en un niño y la desnutrición ulterior de sus hermanos. De esta forma la familia y la comunidad están ad--

quiriendo conciencia, integración y motivación para participar en el proceso de recuperación y conservación de la salud.

ELECCIÓN METODOLÓGICA

- Utilización del personal de salud y voluntario.
- Material necesario para obtener estos indicadores (medidor de talla y balanza).
- Realizar censos ponderales periódicos, en la población de 0.-5 años - que en gran parte representa el mayor riesgo.

B) SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Después de detectar a los pacientes con desnutrición grave, el nivel básico (personal de la comunidad) puede derivarlos hacia el nivel donde se le tratará su deficiencia nutricional y/o sus complicaciones. Asimismo, al contrarreferirlos luego, se asegura la continuidad de su tratamiento y control. De este modo, se aprovechan al máximo --los recursos* y el personal de menor costo, pero con capacidad suficiente para cumplir las funciones específicas que se le asignen. -Para que el sistema funcione se necesita una relación permanente -entre el personal formal y el de la comunidad. REQUISITOS

- a) TENER LA CAPACIDAD de discernir el nivel adecuado hacia donde refiere el caso, esto evita pérdida de tiempo y trámites burocráticos in-necesarios.
- b) La referencia, debe registrar la situación del paciente mediante una apreciación simple, con los signos y síntomas descritos en el lenguaje popular.
- c) En la nota de contrarreferencia, contendrá indicaciones precisas sobre dietas, frecuencia de controles necesarios en el centro de salud y conducta frente a los signos de deterioro y complicaciones, -así como para aumentar los conocimientos de los niveles básicos.

“ “ “ “ “ “ “ “ “ “ “ “

C) Vigilancia epidemiológica alimentaria nutricional se hace necesaria la complementación de un sistema orientado hacia la identificación, utilización, procesamiento con modelo analítico que - pueda utilizarse en el estado nutricional y de salud de la población, al hacer uso de indicadores como : a) mayor producción, mayor ingreso, mayor educación, mayor prestación de servicios de -salud, mejoramiento del estado nutricional. .

Se plantea entonces, que el ingreso tierra y creación de fuentes de empleo den al traste con la actual situación asfixiante en que vive la comunidad, (ver flujograma No. 2).

• • • • • • • • • •

FLUJOGRAMA No. 2

PLAN NACIONAL DE SALUD,
NUTRICION Y ALIMENTACION

PRODUCCION

- *Fortalecer la -
pequeña propie-
dad, el minifun-
dio, redistribu-
ción equitativa
de tierra.
- *Fomentar el cul-
tivo de soya
árboles fruta-
les, etc.
- *Fomento pesque-
ro.
- *Fomento de la
crianza avícola
- *Fomento de la
crianza de ga-
nado vacuno.
- *Uso racional -
de las condicio-
nes climatoló-
gicas.
- *Explotación ra-
cional forestal

MERCADO

- *Promover la -
organización --
de pequeños --
proyectos
- *Construcción
de almacenes
para granos
básicos.
- *Construcción
de vías de -
comunicación.
- *Integrar y -
controlar el -
mercado urba-
no con el pe-
queño produc-
tor.
- *Motivar el -
campesino pa-
ra traer sus
productos a
la ciudad.

**Distribución
de alimentos**

- *Programa de -
implementa-
ción y com-
plementación
alimentaria.
- *Sistema en
la distribu-
ción de ali-
mentos entre
las familias
- *Motivar el in-
tercambio de -
producto entre
las comuni-
des.

EDUCACION

- *Estable-
cer educa-
ción masiva
por lo me-
a la pobla-
ción esco-
lar.
- *Programas
de educa-
ción nutri-
cional.
- *Educación
en planifi-
cación fa-
miliar.
- *Educación
e higiene.

S A L U D

- *Vacunación --
sistemática.
- *Control de en-
fermedades in-
fectocontagin-
sas.
- *Control de la
embarazada y -
el niño.
- *Promover la -
Lactancia natu-
ral.

**Saneamiento
ambiental**

- *Provisión de
agua potable
- *Orientación
en la cons-
trucción de me-
jor calidad.
- *Proponer el
uso de letri-
nas y luz --
eléctrica.
- Recolección y
eliminación
de basura.

Para poner en práctica esos programas de las figuras se recomiendan varios indicadores e índices con el fin de detectar probabilidades o riesgos; recogidos a través de variables, para determinar el estado nutricional ; ya que él se cuantifica por la proporción de ni-veles de un determinado grupo de edad con relación al número total. Las características de una enfermedad se relacionan con factores ta-les como la exposición de una comunidad a factores tales como: ac-ceso a agua, hacinamiento, falta de pozo séptico. Su nivel cultu-ral, educación, la duración de una enfermedad se expresa por medio de tasas., etc., para la verificación de los datos generales se fa-cilita la realización de una encuesta funcional y con bienes para -mejorar aquellas fallas contenidas en la encuesta que sirven como -base para recolectar datos.

I. INDICADORES DEL ESTADO NUTRICIONAL:

Antropometría:

Peso segun edad,
Talla según edad,
Perímetro braquial según edad,
Peso según talla.

Mortalidad

Tasas de mortalidad infantil, perinatal , preescolar, materna,
índices de mortalidad: relación del número de niveles de 0-5 -años con el número de muertes fatales.

11. INDICADORES DE UTILIZACIÓN BIOLÓGICA

Cobertura de salud

- 1 Número de unidades de salud.
- 2 Porcentaje de niños de 0-14 años, atendidos en unidades loca-les de atención.
- 3 Porcentaje de adultos atendidos en unidades locales de aten-ción.

Condicionantes de la producción

- 1 Patrón de tenencia de la tierra.
- 2 Características de la tierra ARABLE, REGABLE, FORESTAL).
- 3 Meteorología (lluvias)
- 4 Programa de extensión
- 5 Disponibilidad y utilización de la tierra.

III INDICADORES ECONÓMICOS

Producción en relación con el uso de la tierra

- 1 Rendimiento promedio por manzana
- 2 Rendimiento por manzana en relación con el tamaño de la fin-ca.
- 3 Rendimiento promedio en relación con el potencial máximo de producción.
- 4 Ingreso promedio por manzana.

Ingreso

- 1 Porcentaje de población asalariada agrícola.
- 2 Empleo generales
Población total

Crédito

- Orientación del crédito en relación con el tamaño de parcela.

IV INDICADORES DE EDUCACIÓN

- 1 Cobertura: Numero de matrícula
población escolar anual.
- 2 Deserción: Número de niños que llegan a un año determinado
(sexto año frente al número de niños que ingresan
- 3 Número de alumnos por maestro con relación al total de maestros,

- 4 índice de preescolaridad
- 5 Porcentaje de niños por nivel educacional (escuela primaria y secundaria)
- 6 Numero de niños que repiten el 1er. año
Número de matriculados en el año.
- 7 Escolaridad de los padres.

.

B I B L I O G R A F Í A

- ACUÑA, Héctor R. "LA OPS y la Política de población en las Américas"
Boletín OPS. Vol. LXXVIII, No. 5, mayo de 1975. Pags. 452-471.
- ALTEZ, G.-Nebel Altez y V.H González Panizza.
Situación Laboral y Tenencia de Hijos en las Mujeres de los Es-tratos socio-económicos de Montevideo, urbano. Estudios de Po-blación. Vol. 1, No. 10, octubre 1976. Pags. 582-592
- AMIGO, Hugo, Ivan Begin, Lenín Saenz y José Aranda Pastor. Programas para extensión de cobertura en los servicios de salud: Activi-dades de Nutrición. Boletín OPS, Vol. XXXXIX. No. 6, diciem-bre 1980, Pags. 480-488.
- BEGHIN, Ivar,, Juan del Canto y Charles H. Teller. Desnutrición, Desa-rrollo Nacional y Planificación. Boletín OPS, Vol. LXXXIX. No. 6, diciembre de 1980. Pags. 505-515.
- CERVO, Amado, Luis y Pedro A. Benican : "Metodología Científica". 29 -Edición. Editorial Me Grow.-Hill Latinoamericana, S.A.-Bogotá Colombia, 1980. 131 P.
- DE ORTIZ, Hilda Lem y Ana Rosa Rubiano de Merriam: "Manual para la --Elaboración de Trabajo de Investigación Documental". Tegucigal-pa. Nuevo Continente. 1975. 125 P.
- DEL CID, Rafael: "Reforma Agraria y Capitalismo Dependiente". Edit. -Universitaria. Tegucigalpa. 1977. 192 P.
- DISCUSIONES Técnicas de la XXII Reunión del Consejo Directivo de la OPS Servicios Comunitarios de Salud y participación de la población. Experiencia en Colombia sobre el papel de las Universidades en el Fomento y la Orientación de la Comunidad, en el Desarrollo de los Servicios de Salud. Boletín OPS, Vol. LXXVI. No. 1, enero

1974. Págs, 1-36.

GRUBER, J. Febil. PRESTACIÓN de Atención Médica Primaria por Equipo . de Personal de Salud, Principios Básicos. Estrategias y Mé-todos. Boletín OPS. Vol. XC. No. 4, Abril 1981. Págs. 304-310.

HAIRESON, Paul. "Salud Mundial, la Revolución Cubana en Materia de Atención de Salud". OMS, diciembre 1980. Págs. 2-8.

HAUPT, Arthur y Thomas T. Cane.

Guía Rápida de Población, del Population Reference. Bureau, Inc., Washington, 1980. 77 P.

INFORME, de un grupo científico de la OMS: Aspectos Sanitarios de Pí-a nificación Familiar. Serie de informes técnicos No. 442, Gine-bra. 1970. 56 Págs.

KOSALL, Richard. Aspectos preventes os del "Sistema Rural de Atención de Salud . En el Área Tablero de Damas de Nuevo México. Bole-tín OPS. Vol. LXXXIV. No. 6, junio 1978. Págs. 481-504.

MINISTERIO de Salud Pública y Asistencia Social. Boletín de Estadísti-ca e Información de Salud; Estadística de Ambulatoria. Teguci-galpa, 1980. 47 P.

NOVENO Informe del Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Nutrición: Estra tegias Alimentarias y Nutricionales en el Desarrollo Nacional -Serie de Informes Técnicos 584. OMS, Ginebra, 1976. 79 Págs.

OSORIO, A. J.L. Díaz Rosello y H. Capurro.

Programa de Alonamiento Conjunto para la Madre y el Recién Naci do . Boletín OPS. Vol. LXXVIII, No. 5, mayo 1975. Págs. 391-395.

DISEÑO DEL CUESTIONARIO:

Facultad de Medicina de Honduras y

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social,

Entrevistados DOCTOR AMILCAR ROLANDO CASTILLO RODRÍGUEZ

Dirección: TALANGA, FRANCISCO MORAZAN (Telef. No.- 32-3670)

Fecha de la entrevista:

Clave del entrevistado:

Área: TALANGA

Barrio:

Número de familia:

1) Estado Civil Familiar:

a) Casado

b) Unión libre

c) Viudo

d) Soltero

2) Composición numérica familiar:

3) Integridad familiar:

a) Falta el padre

b) Falta la madre

c) Faltan hijos

d) Toda completa.

4) Dependencia familiar:

- a) Padre b) Madre c) Ambos d) Otros

5) Ingreso per cápita:

(Para 1981 el salario es de aproximadamente Li 5.00 diarios)

- | | |
|------------------------|-------------------|
| a) 0-149 Lempiras | Tipo de empleo: |
| b) 150 Lempiras | a) Agrícola |
| c) 151 y +
Lempiras | b) Ganadero |
| | c) Industria
1 |
| | d) Comercial |
| | e) Profesion
1 |

6) Instrucción educacional padre madre hijo

- no sabe leer ni escribir
- sabe leer y escribir
- primaria incompleta
- primaria completa
- secundaria incompleta
- secundaria completa
- nivel superior

7) Tenencia de tierra:

- a) propia b) arrendatario c) Cooperativa d) no tiene

8) Cantidad de tierra en caso de contestar a) y c):

- a) 0 - 1 manzana
b) 1 - 5 manzanas
c) 5 - 9 manzanas
d) + de 10 manzanas

9) Tipo de cultivo:

10) Planificación:

- a) si a) anillo

b) pastilla

b) no

c) esterilización

Inicio fecundidad:	húmero de hijos
a) menos de 15 años	a) 0 - 1
b) 15 - 20 años	b) 2 - 5
c) + de 21 años	c) 5 - 10
	d) + de 10

11) Alimentación:

	diaria	semanal	mensual
huevos			
carne			
frijoles			
maíz			
arroz			
leche y sus derivados			
-verduras -frutas			

12) Condiciones de vivienda y saneamiento ambiental

CASA:

<u>tenencia</u>	construcción	<u>piso</u>	dormitorios
a) tiene	a) bahareque	a) tierra	a) 1
b) no tiene	b) madera c) adobe	b) madera	b) 2
	d) ladrillo	c) mosaico	c) 3
			d) 4
			e) 5 y mas

techo:

	habitantes por dormitorio	patio
a) cartón	a) 0-5	a) tiene
b) lámina	b) 5-10	b) no tiene
c) teja		
d) paja	c) + de 10	

AGUA POTABLE

<u>tenencia</u>	<u>obtención</u>	<u>higiene</u>
a) sí	a) pozo	a) hierve
b) no	b) llave	b) no hierve

= 4 =

LETRINA O SERVICIO

- a) letrina b) servicio c) aire libre

LUZ:

- a) sí b) no

BASURA:

- a) la bota b) la quema c) la acumula

ALCANTARILLADO: (pozo séptico)

- a) tiene b) no tiene

13) ATENCIÓN MEDICA

Control de crecimiento y desarrollo

- a) lo lleva mensualmente
b) lo lleva ocasionalmente
c) no lo lleva

Control prenatal

- a) control mensual
b) ocasional
c) no se controla

Atención de parto

- a) médico
b) enfermera
c) partera
d) sola

Control de enfermedades
transmisibles

NO SI

- a) tuberculosis
b) enfermedades venéreas
c) paludismo
d) exantemáticas
e) otras

Datos infantiles:

	miembro	edad	escolaridad	talla	peso	(Vacunación)	(DPT POLIO BCG)
I							
II							
III							
IV							
V							
VI VII							
VIII + de							
IX							

oooooooooooooooooooooooo