

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



Diagnóstico de Salud de la Comunidad
de San Juan de Flores y Areas de Influencia
de Junio de 1987 a Febrero de 1988.

TESIS

PRESENTADA POR

Br. Neyly Madeline Alaniz Lainez

PREVIA OPCION AL TITULO DE
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

614
A 31
C. 3

Comayagua, D. C.

Honduras, C. A.

1989

89-13

C. 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



Diagnóstico de Salud de la Comunidad de San
Juan de Flores y Áreas de Influencia

De junio de 1987 a Febrero de 1988.

TESIS

PRESENTADA POR

Br. Neyly Madeline Alaniz Lainez

**PREVIA OPCIÓN AL TÍTULO DE
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA**

Tegucigalpa, D. C.

Honduras, C. A

19 89

TRIBUNAL EXAMINADOR

LICENCIADO. WILFREDO DOMÍNGUEZ (COORDINADOR)

LICENCIADA. ELIA LÓPEZ AGUILAR.

LICENCIADA. ESTHER RÍOS PADILLA DE VIERA.

S U S T E N T A N T E .

NEYLY MADELINE ALANIZ LAINEZ.

P A D R I N O S .

CARLOS HUMBERTO HUEZO.

FELIPE ALANIZ VILCHEZ.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR: ABOG. ÁNGEL OMAR CASCO.

SECRETARIO GENERAL: LIC. ALFREDO HAWIT B.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

JUNTA DIRECTIVA

DECANO: VICE

DR. ANTONIO NUÑEZ.

DECANA:

LIC. EVA LUZ DE ALVARADO.

SECRETARIO:

DR. RUBEN PALMA CARRASCO

PRO SECRETARIO:

DR. HUMBERTO RIVERA.

VOCALES:

DR. MÁXIMO LÓPEZ

DR. CESAR CASTELLANOS.

GR. JORGE EDUARDO QUINN.

BR. DENIS CHIRINOS.

BR. NELSON SALINAS.

BR. IVAN TREJO.

SUPLENTES:

BR. RUTH GÓMEZ.

BR. FÉLIX CASTILLO.

BR. ELMER MAYES.

BR. JENNY PAREDES.

DEDICATORIA

Dedico este Acto a:

Dios Todopoderoso por Ser parte de su creación.

Mis Padres: Felipe Alaniz Vílchez y Madeline L. de Alaniz por sus sacrificios realizados para la culminación de mi Carrera.

Mi esposo: Doctor Carlos Humberto Huevo B, con todo mi amor.

Mis hijos: Juan Caídos y Neyly Magdiel, quienes son fuente de inspiración en mi vida.

Mis hermanos quienes de alguna manera contribuyeron en la culminación de mi Carrera.

Mis suegros Carlos Huevo y Martha de Huevo. Con agradecimiento. A mis amigos y compañeros de promoción.

Í N D I C E

I. - INTRODUCCIÓN.....	.....
II.-JUSTIFICACIÓN.....	.....
III.- DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	.....
IV.- OBJETIVOS.....	.....
V.- MARCO TEÓRICO.....	.....
1.- ASPECTOS GEOGRÁFICOS----	.....
2.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS-	.....
4.- ASPECTOS DEMOGRÁFICOS	.....
5.- ASPECTOS ECONÓMICOS ---	.....
6.- NUTRICIÓN	.....
7.- EDUCACIÓN	.....
8.- VIVIENDA	.....
9.- SANEAMIENTO AMBIENTAL	.....
10.- SISTEMA DE SALUD	.....
12.- CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE ESTUDIO MU NICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES, FRANCISCO - MORAZAN.	.....
VI.- VARIABLES	.....
VII.- METODOLOGÍA	.....
VIII.- RESULTADOS -	.....

IX.-DISCUSIÓN.....

X.-CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

XI.-RESUMEN

XII.-BIBLIOGRAFÍA

XIII.-ANEXOS

Í N D I C E DE A N E X O S

I. MAPA DE LA REGIÓN DE SALUD No. 1- - - - -

II. TABLA PIRÁMIDE POBLACIONAL - - - - -

III. GRÁFICA PIRÁMIDE POBLACIONAL - - - - -

IV. GRÁFICA PRODUCTO INTERNO BRUTO - - - - -

V. MAPA DE CARRETERAS FCO.MORAZAN - - - - -

VI. MAPA DE CARRETERAS EL PARAÍSO - - - - -

VII. GRÁFICO DE NIVELES DE ATENCIÓN - - - - -

VIII. DISEÑO DE FORMULARIO - - - - -

IX. MAPA DEL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE - - - - -
FLORES.

ÍNDICE DE CUADROS

1. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES.
- 2.- DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO
- 3.- DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL
- 4.- DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO CIVIL SEGÚN SEXO
- 5.- ESCOLARIDAD SEGÚN AÑOS CURSADOS
- 6.- DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN OCUPACIÓN
- 7.- INGRESO MENSUAL FAMILIAR
- 8.- INGRESO MENSUAL INDIVIDUAL SEGÚN OCUPACIÓN
- 9.- INGRESO MENSUAL INDIVIDUAL Y ESCOLARIDAD
- 10.- TIPO DE TENENCIA DE LA VIVIENDA
- 11.- CARACTERÍSTICAS DEL PISO DE LA VIVIENDA
- 12.- CARACTERÍSTICAS DEL TECHO DE LA VIVIENDA
- 13.- CARACTERÍSTICAS DE LA PARED DE LA VIVIENDA
- 14.- NUMERO DE HABITACIONES QUE POSEEN LAS VIVIENDAS
- 15.- NIÑERO DE DORMITORIOS QUE POSEEN LAS VIVIENDAS
- 16.- DISTRIBUCIÓN DEL NUMERO DE VENTANAS POR VIVIENDA
- 17.- DISTRIBUCIÓN DEL NUMERO DE PUERTAS POR VIVIENDA
- 18.- NUMERO DE PERSONAS POR CAMA
- 19.- NLMERO DE PERSONAS POR DORMITORIO

- 20.- MEDIO UTILIZADO POR COCINA
- 21.- SI SUMA DE ACOMODACION DE AGUA QUE POSEEN LAS VIVIENDAS
- 22.-DISTRIBUCIÓN DE LA VIVIENDA SEGÚN LA TENENCIA DE BASE
- 23.- TIPO DE ABASTECIMIENTO DE AGUA Y LOCALIZACIÓN
- 24.- INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR Y TIPO DE ABASTECIMIENTO DE AGUA
- 25.- MEDIDAS DE POTABILIZACIÓN DEL AGUA
26. INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR Y MÉTODO DE POTABILIZACIÓN DEL AGUA
- 27.- TIPO DE ELIMINACIÓN DE LA VIVIENDA
- 28.- INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR Y TIPOS DE ELIMINACIÓN DE LA VIVIENDA
- 29.- SISTEMA DE ELIMINACIÓN DE EXCRETAS
- 30.- SISTEMA DE ELIMINACIÓN DE BASURA
- 31.- ANIMALES DOMÉSTICOS Y SU LUGAR DE PERMANENCIA
- 32.- ESTADO DE VACUNACIÓN DE LOS ANIMALES DOMÉSTICOS
- 33.- TIPOS DE SERVICIOS DE SALUD USADOS POR LAS FAMILIAS
- 34.- RAZONES DE LA INASISTENCIA DE LAS FAMILIAS AL CENTRO DE SALUD
- 35.- NUMERO DE GESTACIONES MATERNAS Y EDAD
- 35.- PREVALENCIA DE ABORTOS EN LA POBLACIÓN FEMENINA EN EDAD FÉRTIL
- 36.- EDAD DE LA MENARQUIA EN LA POBLACIÓN FEMENINA
- 37.- DISTRIBUCIÓN DE LA MUJER SEGÚN SU EDAD AL PRIMER EMBARAZO
- 38.- SERVICIOS UTILIZADOS EN LA ATENCIÓN DEL PARTO
- 39.- CONDICIÓN DEL PRODUCTO AL NACER SEGÚN EL LUGAR DEL PARTO
- 40.- PESO DEL PRODUCTO AL NACER SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL

- 41.- PESO DEL PRODUCTO AL NACER SEGÚN SEXO
- 42.- UTILIZACIÓN DE ANTICONCEPTIVOS POR LA POBLACION FEMENINA EN EDAD FERTIL
- 43.- TIPO DE METODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO POR LA POBLACION FEMENINA EN EDAD FÉRTIL.
- 44.- RELACION ENTRE LA UTILIZACIÓN DE ANTICONCEPTIVOS Y EL INGRESO MENSUAL FAMILIAR.
- 45.- MOTIVOS POR LOS CUALES SE UTILIZAN" ANTICONCEPTIVOS
- 46.- TITO DI: LACTANCIA Y EDAD DE INICIO
- 47.- LACTANCIA MATERNA POR INGRESO ECONOMICO FAMILIAR
- 48.- TIPO DE LACTANCIA Y TENENCIA DE TIERRA
- 49.- DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN LACTANTE DE ACUERDO A LA EDAD DEL DESTETE.
- 50.- EDAD DE INTRODUCCIÓN DE ALIMENTOS AL NIÑO LACTANTE
- 51.- DISTRIBUCIÓN DE LA TENENCIA DE TIERRA
- 52.- EXTENCTON DEL AREA DE TERRENO DE *LA POBLACION QUE* POSEE PARCELAS
- 53.- NUMERO DE MANZANAS CULTÍVALAS SEGÚN TITO DE DEDICACIÓN
- 54.- TIPO DE ALIMENTOS Y LA FRECUENCIA DE CONSUMO
- 55.- TIPO DE ALIMENTOS Y SU CONSUMO IÚR LOS MIEMBROS DEL GRUPO EAMILIAR
56. DIETA FAMILIAR Y TENENCIA DE TIERRA
- 57.- DIETA FAMILIAR Y TENENCIA DE *LA* VIVIENDA
- 58.- NUMERO DE MANZANAS DE TIERRA CULTIVADAS E INGRESO MENSUAL FAMILIAR
- 59.-DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACION MENOR DE CINCO AÑOS, POR GRUPO DE EDAD SEGÚN ESTADO DE VACUNACIÓN.

60-A TIPO DE VACUNACIÓN Y NUMERO DE DOSIS EN LA POBLACION MENOR DE CINCO AÑOS. (SABIN Y DPT, SARAMPIÓN Y BCG).

61-A TIPO DE VACUNACIÓN SEGÚN EDAD (DPT)

61-B TIPO DE VACUNACIÓN SEGÚN EDAD (SABIN)

61-C TIPO DE VACUNACIÓN SEGÚN EDAD (SARAMPION)

61-D TIPO DE VACUNACIÓN SEGÚN EDAD (BCG)

62.-PREVALENCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN LA POBLACION MENOR DE CINCO AÑOS

63.-LACTANCIA MATERNA Y GRAVEDAD DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

64.- LACTANCIA MATERNA Y LOCALIZACION ANATÓMICA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.

65.- GRAVEDAD DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y SEXO DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS EN LA COMUNIDAD DE SAN JUAN DE FLORES, FRANCISCO MORAZAN.

66.- GRAVEDAD DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y EDAD EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS.

67.- UBICACIÓN ANATÓMICA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y EDAD EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS.

68.- EDAD DEL DESTETE Y GRAVEDAD DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

69.-A GRAVEDAD DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y ESTADO DE INMUNIZACION CON DPT.

69.-B GRAVEDAD DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y ESTADO DE INMUNIZACION CON SARAMPIÓN.

- 70.- GRAVEDAD DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y ESTADO NUTRÍCIONAL EN NIÑOS MENORES DE CINCO ANOS EN LA COMUNIDAD DE SAN JUAN DE FLORES.
- 71.- GRAVEDAD DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y UBICACIÓN ANATOMICA.
- 72.- ATENCIÓN DE SALUD UTILIZADA PARA EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.
- 73.- TIPO DE TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE CINCO ANOS.
- 74.- FRECUENCIA DE DIARREA EN LA POBLACIÓN MENOR DE CINCO AÑOS DE LA COMUNIDAD DE SAN JUAN DE FLORES.
- 75.- PREVALENCIA DE DIARREA SEGÚN GRUPOS DE EDAD EN NIÑOS MENORES DE CINCO ANOS.
- 76.- PREVALENCIA DE DIARREA EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES EN LA POBLACIÓN MENOR DE CINCO ANOS.
- 77.- TIPO DE TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DIARREICO AGUDO ASINTOMÁTICO A NIÑOS MENORES DE CINCO ANOS.
- 78.- DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN INFANTIL CON DIARREA, QUE UTILIZA SALES DE HIDRATACION ORAL.
- 79.- DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ACUERDO A SU CONOCIMIENTO DE LAS SALES DE HIDRATACION ORAL.
- 80.- CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN ACERCA DE LA PREPARACIÓN DE LAS SALES DE HIDRATACION ORAL.
- 81.- FUENTE DE OBTENCIÓN DE LAS SALES DE HIDRATACION ORAL.
- 82.- 20 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL EN LA COMUNIDAD DE SAN JUAN DE FLORES.

83.- 10 CAUSAS MÁS FRECUENTES DE ENFERMEDAD EN LA COMUNIDAD DE SAN JUAN DE FLORES.

84.- ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACIÓN INFANTIL

85.- ATENCION DE LA MUJER.

I . - I N T R O D U C C I O N

Salud no significa simplemente erradicar una enfermedad, sino crear la infraestructura básica que permita al hombre tener un techo que lo cobije, un vestido que los proteja adecuadas vías de comunicación, agua potable, programas sanitarios y tener adecuada nutrición, requiriendo para ello un esfuerzo tesonero intersectorial, pues es preciso que todos, los sectores involucrados unan criterios y voluntades para, lograr ese don inconmensurable que significa la salud.

Los parámetros o indicadores que nos perfilan el estado. De salud de los hondureños son la esperanza de vida al nacer que oscila entre los 62 años, la mortalidad general que es de 9.5 por mil habitantes, la mortalidad materna que es de 2.7 y la mortalidad infantil que es de 78.6 por mil niños nacido vivos, con predominio de patologías infectocontagiosas como causa de enfermedad y muerte agravados por el sustrato de desnutrición, situación también evidente en la población adulta.

A todo esto hay que agregar que por cada 10,000 habitantes existen 2.1 médicos, 9.7 enfermeras, 0.7 odontólogos, y 0.8 camas hospitalarias, concentrados la mayor parte en los centros urbanos.

Al analizar el condicionante económico encontramos un

País sumido en la pobreza y la baja productividad, hechos que pueden ser atribuidos a circunstancias internas y externas. el PIB (1978) fue de Lps. 3,334 millones de lempiras, si la distribución fuera equitativa el ingreso per cápita sería de Lps.897.00 al año; la participación de los sectores de la producción en la generación del PIB, es de 35.57% para el sector primario (Agropecuaria y minería), de un 23.21% sector secundario (industria y construcción) y el 56.68% sector terciario (servicios, comercio y transporte) y como se observa los sectores económicos que realmente producen riqueza intervienen en menor grado o su producto es menos valorado. El problema de la desocupación es grave, en Honduras el 40% de la población económicamente activa está desocupada, agregando a esto que la inflación cada día va en ascenso.

La situación de la vivienda en Honduras es precaria, se calcula que se necesita medio millón de viviendas, los índices de hacinamiento es de 42%, casi el 50% de la población no tiene servicios básicos de agua, excretas, disposición sanitaria de basura.

La baja cobertura en calidad y cantidad de los servicios básicos educacionales generando con ello un 40.5% de analfabetismo, la pérdida de la conciencia escolástica por parte de los sectores educadores, la falta de una educación orientada al abordaje y solución de las necesidades del país, aunado a la baja accesibilidad de ciertos sectores de la población a

Los niveles superiores de educación.

Se calcula que somos aproximadamente 4 millones de hondureños con un 40% de ellos concentrados en zonas urbanas, agudizando la demanda de servicios básicos, el resto de la población se encuentra dispersa en las zonas rurales del país.

El crecimiento vegetativo poblacional es de los más altos de América latina, alcanzado el 3.2% dándose este incremento en los sectores poblacionales desfavorecidos y agudizando su marginalidad y pobreza.

Los hechos anteriormente descritos, configuran la situación de salud en Honduras, que en resumen son las de un país subdesarrollado y dependiente, con deprimentes condiciones ambientales, de vivienda, de disposición de excretas y basura, vectores de enfermedades, agua y alimentos, deficiente estado nutricional, precarias condiciones sociales, económicas, educativas.

La respuesta estatal a la problemática antes mencionada está dada a través de la Estrategia Nacional de Desarrollo, cuyo propósito fundamental es el de mejorar el nivel de salud de los hondureños.

Es por ello, que el Médico está en la obligación de ver la salud desde todos estos puntos de vista para tener una visión integral de la problemática nacional de salud y en nuestro caso particular, escogimos como centro de nuestro estudio a la Comunidad de San Juan de Flores, Francisco Morazán distante a sólo 38.8Kms de la

Ciudad Capital, con una población ultimada en 7,475 habitantes, distribuidos en 42 aldeas, comunicadas entre sí por carreteras de segunda clase y caminos de herradura.

II. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio se realizó ante la necesidad por parte de la región No.1, de conocer la problemática de salud existente en cada una de las comunidades que le corresponde, escogiéndose a la de San Juan de Flores como fuente de información y estudio ante una realidad que no dista mucho de ser diferente a la de otras regiones

Actualmente no se cuenta con ningún estudio que comprenda a toda una Región de Salud y que nos dé una perspectiva socioeconómica, cultural, educativa, sanitaria y de salud de nuestra población.

Por lo que creemos que es necesario dar a conocer el perfil real de la situación de salud de la Región No. 1 a sus Autoridades, describir la problemática real para que orienten sus acciones de una forma más coordinada y clara a la solución de los mismos.

III. DESCRIPCIÓN DEL TOBLEMA

La Región No. 1 geográficamente corresponde a un área de extensión bastante considerable y a pesar de tener CESAMOS brindando atención médica, no se tiene una idea real de lo situación de salud.

Se lleva un control de su morbilidad a través de la vigilancia epidemiológica (Telegrama Oficial Semanal), que no representa la pre-valencia real de la morbilidad, y la accesibilidad de las personas a los Centros de Salud tiene obstáculos que impiden que se refleje el verdadero problema de salud que prevalecen en la población.

La prevalencia de las enfermedades más comunes como ser IRA y diarrea es mayor que la que sospechamos y además nos da perspectivas en relación a la asistencia médica, ente la cual se plantean factores condicionantes que las predisponen y que para un conocimiento más profundo y exacto es necesario plantearse algunas interrogantes, como las que se detallan a continuación:

1. ¿Cuál es la estructura de la población de esta comunidad?
2. ¿Cuál es el nivel económico de la población?
3. ¿Cuáles son las características geográficas de la comunidad?
4. ¿Cuál es la estructura ocupacional de la población?
5. ¿Cuál es el nivel de educación de la población?
6. ¿Cuál es la morbilidad de la población?
7. ¿Cuál es la tasa de natalidad y mortalidad de la población?

8. ¿Cuál es el porcentaje de población que tiene servicios básicos?
9. ¿Cuál es el tipo de alimentación de la población?
10. ¿Cuál es el porcentaje de madres que dan lactancia materna?
11. ¿Cuál es la prevalencia de IRA en la población menor de cinco años?
12. ¿Cuál es la prevalencia de enfermedades diarreicas agudas en la población menor de cinco años?
13. ¿Dispone la población y utiliza las sales de rehidratación oral?
14. ¿Cuál es la cobertura del Programa Ampliado de Inmunizaciones en la población?

IV.- OBJETIVOS

A-OBJETIVOS GENERALES.

1. Elaborar UN Diagnóstico de salud de la Comunidad de San Juan de Flores francisco Morazán, identificando la problemática existente y los principales factores que inciden directamente en el nivel de salud de la Población.

B- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Determinar la estructura de población de la Comunidad.
- 2.- Identificar el nivel económico y tipo de ocupación de la población en estudio.
- 3.- Identificar los factores que inciden en el acceso de la población a los servicios de salud.
- 4.- Identificar el nivel de escolaridad de la población.
- 5.- Describir el tipo de servicios básicos de la población.
- 6.- Clasificar la morbilidad registrada de la población, según grupo de edad
- 7.- Calcular la tasa de natalidad y mortalidad en la población.
- 8.- Establecer la prevalencia de IRA y la cobertura del PAI.
- 9.- Establecer la prevalencia de enfermedad diarreica aguda y el uso de sales de rehidratación oral en la población menor de cinco años.
10. Establecer el tipo de alimentación de la población.
- 11.- Proponer algunas alternativas de solución a los problemas prioritarios identificados.

VI. M A R C O T E Ó R I C O

L.- ASPECTOS GEOGRÁFICOS

a) Localización

La República de Honduras está situada en la Región Centroamericana, limitando con las Repúblicas de Guatemala en Oeste, El Salvador en el Sur y Nicaragua en el Este y Sur este.

Su extensión territorial es de 112,088 Kms. (43,277 millas cuadradas) y cuenta con una población aproximada de 4.4 millones de habitantes. Tiene costas en el norte con el Caribe y en el sur con el Océano Pacífico con longitudes de 880 y 153 Kms. respectivamente. (2)

Para fines de mejor administración en lo que a Salud Pública se refiere el país se ha dividido en 8 Regiones de Salud, incluyendo la Región Metropolitana (que corresponde a la Capital de la República).

Nuestro objeto de estudio es la Región No. 1 la cuál i encuentra ubicada en la Región Centro-Oriental comprendiendo al Departamento de Francisco Morazán a excepción de su cabecera Departamental (que corresponde a la Región Metropolitana), así como a los Municipios de Alubarén, Curaren, La libertad, San Miguelito y Reitoca (incluidos en la Región de

Salud No. 4). Comprende además el Departamento del Paraíso, a excepción de los Municipios de Soledad y Liure (Región de Salud No. 4), así como también el Departamento de Gracias a Dios, el Municipio de Victoria en el Departamento de Yoro y las Aldeas y Caseríos del D.C. (Ver Anexo No. 1)

Para describir los límites geográficos de la Región No. 1 tomaremos en conjunto los Departamentos de Francisco Morazán y el Paraíso; la región limita al Norte con el Departamento de Yoro (Región de Salud No. 3), al Sur con los Departamentos de Valle, Choluteca y parte del territorio de la República de Nicaragua; al Oeste con Comayagua y La Paz (Región de Salud No.2) y al Este con el Departamento de Olancho (Región de Salud No.7). El área de Gracias A Dios (que no es objeto de nuestro estudio), está localizada en el extremo nor-oriental de la República y limita al Norte y Este con el Océano Atlántico, al sur limita con la República de Nicaragua y al oeste con el Departamento de Colon (Región de Salud No. 6) y el Departamento de Olancho. (28)

Extensión Territorial

<u>Departamento</u>	<u>Extensión Kms.</u>
Francisco Morazán	7,946.20
El Paraíso	7,218.10
Gracias a Dios	16,630.00
<u>Total</u>	<u>31,794.30</u>

El Área total de la Región No.1 es de 31,794.30 Kms. que representa un 28% del Territorio Nacional. (28)

b) Topografía

La Región Centro Oriental (Región No. 1) tiene quizás la topografía más accidentada del país, la cruzan de oeste a este los macizos montañosos Central y Sur a los que corresponden las Sierra de Comayagua, Misoco, Lepaterique y Diputo respectivamente. (28)

La región Central y en particular el Departamento de Francisco Morazán cuenta con una serie de sistemas montañosos en los que sobresalen: al norte la Montaña de la Flor, al Sur Montañas altas cerca de Ojojona, San Buenaventura, al este la Sierra de Misoco, la montaña de San Juancito etc..., al oeste montañas cercanas al Suyatal, San Francisco de Soroguara y Támara. (45)

Entre los Valles más importantes de la Región están: El Zamorano, Siria, Jamastran, Guaymaca, Danlí, El Paraíso, San Juan de Flores, Morocelí, Talanga y Teupasenti. (9)

c) Clima

El clima de la Región es predominantemente cálido, de tipo tropical; con algunas variaciones, dependiendo de las corrientes de aire, que son más intensas en el área de la

Región orientada hacia el Litoral Norte, que en aquellas que van hacia el litoral Pacífico, con una temperatura promedio anual de 23° C y 25°C respectivamente.

La época lluviosa es entre los meses de mayo a octubre y la época seca de noviembre a abril, lo que determina el plan agrícola que nuestros campesinos han establecido. (45)

Utilización del Suelo

Queremos establecer una comparación de la utilización del suelo entre los Departamentos que conforman la Región en estudio.

Departamento	No. de Fincas	Superficie Hectáreas	%
El Paraíso Francisco	13,677	240.313	52.6
Morazán	17,065	181,640	39.8

Estos datos nos permite observar que en el Departamento de El Paraíso hay una mejor utilización de la tierra en comparación con Francisco Morazán a pesar de que este último tiene una mayor extensión superficial. (45)

d) Flora y Fauna

Flora

La silvicultura en nuestro país es muy variada, pero queremos hacer notar que tanto en la Región Centro -Oriental

Como en el resto del país los cultivos predominantes son los de granos básicos como: Maíz, frijoles y arroz. Otros importantes son: Caña de azúcar, yuca, sorgo, bananos, plátanos, cítricos, frutales y café.

Los bosques mayormente explotados son los de Coníferas tales especies como Pinus Oocarpa (Ocote), Pinus Caribaea (costanero), Pinus Pseudoedulis (Pinabete), constituyendo una de las mayores riquezas naturales del país. Otras que se explotan son: Aceituno, Barbado. Jolote, Caoba, Carreto, Cedrillo, Cedro Real, Cortes, Ciruelo, Laurel, Nogal, San Juan etc. y de menos o ninguna explotación: Roble, Aguacate de Anís, Capulín, Carbón, Ceiba Chaperno.

Fauna

Hay una gran diversidad de especies de mamíferos y aves entre ellos tenemos:

- 1.- Primates: Cara Blanca, mico o mono Araña y olingo o mono aullador.
- 2.- Carnívoros: Coyote, zorro, mapachín, pizote, mico de noche, comadreja, mofeta o zorrillo común, jaguar, tigrillo, puma y gato de monte y ocelote.
- 3.- Actiodactilos: Jaguillo, cerdo montes, danto, tapir y venado.
- 4.- Roedores: Ardilla, ardilla voladora, rata hispida.

5.- Xenartos: Oso hormiguero, oso perezoso etc.

6.- Aves: Gallina de Monte, garza, zopilote, gavilanes etc...

(45)

2.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Honduras fue descubierta por Cristóbal Colón en su cuarto viaje a América en el año de 1502. En el año de 1579 Honduras quedó dividida en dos grandes provincias: Comayagua y Tegucigalpa. El 28 de junio de 1825 Don Dionisio de Herrera siendo Jefe de Estado de Honduras efectuó la primera división del territorio nacional en siete departamentos: Comayagua, Tegucigalpa, Choluteca, Gracias, Santa Bárbara, Yoro y Olancho. El Departamento de Tegucigalpa correspondía lo que actualmente son los departamentos de Francisco Morazán y El Paraíso.

En el periodo comprendido del 28 de mayo de 1869 al 17 de febrero de 1906 se crearon los demás Departamentos excepto el de Gracias a Dios que fue creado en 1957. (44)

El Ministerio de Salud Pública para facilitar la ejecución de sus programas ha dividido el país geográficamente en ocho Regiones de Salud. (48)

En 1974 se estableció la regionalización del país y se dividieron la Región Metropolitana y la Región No.1 que hasta entonces formaban conjuntamente el Distrito Sanitario No. 1 (20)

ASPECTOS DE ORGANIZACIÓN

Los Departamentos que incluye nuestro estudio de:

1.- Francisco Morazán

2.- El Paraíso

Organizados internamente así:

Gobernación Política con sede en la cabecera Departamental, de la que dependen las Alcaldías Municipales, cuya función es legislar y administrar los fondos de su Municipio. Así tenemos:

Francisco Morazán: Posee 27 Municipios, 236 Aldeas, 2300 Caseríos. Su cabecera Departamental es Tegucigalpa, D.C. Con una superficie territorial de 14,946.2 Km², con 453.597 habitantes, densidad de población es de 57.1 habitantes por Km² contando con 88,440 viviendas.

Paraíso: Posee 18 Municipios, 187 Aldeas y 1807 Caseríos.- Su cabecera Departamental es Yuscarán. Su superficie territorial es de 7,218.1 Km², 140.3 habitantes, la densidad de población es de 19.5 habitantes por Km², con 28.320 viviendas.- (19).

4.- ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Según datos del último censo de población realizado en 1974, la población de Honduras en dicho año fue de 2,820.300 habitantes. Es a partir de dicha cifra que se han realizado estimados de población que para el año de 1986 se calculó en 4,478,240 habitantes. Para los departamentos de Francisco Morazán y El Paraíso, la población en 1987 se estima en 1,079,289 personas. (3,6)

Honduras está situada entre los países de América Latina con una de las mayores tasas de natalidad la cual es de 44 por mil habitantes, teniendo una tasa de crecimiento natural de 3.6% , que en los centros urbanos es de 5% y en las áreas rurales es de 2.3%. La tasa de fecundidad es más alta en el medio rural (7.5 hijos por mujer) en comparación con el área urbana (4.5 hijos por mujer), siendo a nivel nacional de 6 hijos por mujer. (8,3,6)

El estado general de la salud de una población se mide indirectamente a través de la mortalidad. La evolución y tendencias de la mortalidad está condicionada por factores de índole económico, social y cultural, la suficiente producción, disponibilidad y distribución adecuada de los bienes alimenticios, el medio ambiente del hábitat y las actitudes propias sobre el cuidado personal, favorecen decididamente el estado general de salud de una sociedad.

Algunas medidas de la mortalidad son la esperanza de vida al nacer y la tasa de mortalidad infantil. En cuanto a la esperanza de vida al nacer se ha observado un aumento en la misma pues en 1972 era de 53.1 años promedio para ambos sexos y en 1983 era de 62.0 años promedio. Se observa que en la mujer hay una esperanza de vida mayor (63.9 años), que la del hombre (60.2 años).

La tasa de mortalidad general que en 1980 era de 10.8 por mil habitantes se ha reducido a 9.5 habitantes en 1983 (6,3)

La salud del menor de un año esta sensiblemente afectada por los factores medio ambientales en los países subdesarrollados como Honduras. La importancia de estos factores se manifiesta en la elevada proporción que en el total de las defunciones, pesan las defunciones infantiles a causa de enfermedades gastrointestinales, del aparato respiratorio y parasitario, que con la tecnología actual pueden combatirse mediante medidas sanitarias de bajo costo. La mortalidad infantil en 1983 fue de 78.6 por mil pero en las áreas rurales esta cifra aumenta a 93.5 por mil y en las áreas urbanas disminuye a 50.9 por mil. (6) (3)

En nuestro país el descenso de la mortalidad, tanto general (para toda la población) como infantil (menores de un año) desde niveles elevados ha sido indudable significa -

ción e impacto demográfico, contribuyendo al incremento del tamaño de la población, ensanchando la base piramidal (estructura por edad y sexo) y ha sido determinante fundamental

En el aumento del ritmo de crecimiento de la población. (Ver Anexo 2 y 3.)

Generalmente la población residente en áreas urbanas es •dativamente más envejecida que la rural. En el área Urbana i proporción de la población total que tiene menos de 15 años es menor a la correspondiente al área rural.

El hecho de que la población urbana es más envejecida , obedece en primer lugar al diferencial (urbano-rural) de la natalidad (la frecuencia de los nacimientos respecto a la población), que determina que la magnitud de las generaciones que se incorporan son relativamente menores a la magnitud de las generaciones rurales.

En segundo lugar las personas que emigran a la zona urbana, están dentro del grupo que tiene mayor capacidad de abajo (15-64 años) por lo que este tiende a ser mayor en l área urbana. El efecto rejuvenecedor de la reducción de la mortalidad ha sido neutralizado por dos efectos: la inmigración y la reducción de la natalidad. (3,6)

a) Migración - Tipo

Hay evidencias suficientes para afirmar que la migración

Tiende a ser un proceso selectivo, expresándose a través de características tales como el sexo, la edad, el nivel ocupacional, tipos de ocupación, estado conyugal, etc. Los movimientos migratorios de algunos de estos tipos tenderán sin duda alterar la estructura de las poblaciones receptoras y de origen, además de las condiciones socioeconómicas imperantes en esas áreas. Es conveniente aclarar que cuando se mencionó anteriormente que en el área rural existía un menor ritmo de crecimiento (2.3%), esto no obedece a un descenso en crecimiento natural sino al éxodo de la población hacia los centros urbanos. Estos contingentes migratorios al reforzar el crecimiento natural de la población urbana han contribuido a la conformación de la elevada tasa de crecimiento poblacional (5%) allí existente; *no* obstante este proceso de redistribución, la mayor parte de la población hondureña (2/3 partes) continua residiendo en el área rural.

Existen dos tipos principales de migración: la migración interna o interdepartamental y la migración internacional. La encuesta Demográfica Nacional de Honduras realizada en 1983 clasifica la población en cinco grandes grupos de acuerdo con el lugar de residencia en tres momentos en el tiempo. En primer lugar están los no migrantes que son personas cuyos departamentos de residencia actual, hace cinco años y al nacer coinciden. En segundo lugar: aquella parte de la población) lugar de residencia actual difiere del lugar de nacimiento -

Ento y/o del lugar de residencia cinco años atrás.

Se distinguen los siguientes tipos de migrantes:

Migrantes antiguos, que son personas cuyo departamento de residencia actual y cinco años atrás son idénticos, pero difieren del de residencia al nacer.

migrantes resientes son personas cuyo departamento de resistencia actual y hace cinco años es el mismo que al nacer, pero distinto al de residencia actual.

migrantes de Retorno, son personas cuyos departamentos de resistencia al nacer es el mismo que el actual y ambos difieren de la residencia hace cinco años.

También la EDENH II los clasifica como migrantes prima-s y secundarios. Los migrantes primarios son aquellos individuos que han realizado un solo movimiento en su vida y los migrantes secundarios son aquellos que se han desplazado en MÁS de una ocasión.

Desde el final de la década de los setenta se observa afluencia de inmigrantes hacia Honduras como consecuencia » las condiciones sociales, económicas y políticas en el Centroamericano. A inicios de 1984 habían ingresado al 35,000 refugiados, (sin considerar los indocumentados y i desplazados) de origen Centroamericano, lo que represen -a ocho refugiados (Nicaragüenses y Salvadoreños) por cada)1,000 habitante.

(8)(3,6)

- ASPECTOS ECONÓMICOS

Ya desde la época de los años 60 se aceptaba que existía una íntima relación entre salud y desarrollo económico, es decir, que a determinado nivel de desarrollo correspondo determinado nivel de salud. (16)

Los servicios de atención médica son una expresión del desarrollo económico y social de una Región y tiene necesariamente que reflejar las características generales de su progreso. El desarrollo de los servicios destinados a la comunidad es habitualmente armónico y paralelo con el desarrollo de la productividad de bienes de capital y de consumo. (36).

Las aseveraciones anteriores dan lugar a considerar la salud pública como una de las inversiones sociales de valor fundamental para la economía de un país, vista así las cosas, creemos que la salud desempeña un papel fundamental en el desarrollo de un país. (16)

Los acontecimientos históricos ocurridos durante las dos Últimas décadas han influido en forma determinante en la economía nacional, encontrándose que los problemas socioeconómicos actuales no son el producto de aspectos causales sino de cambios profundos que se han operado en la producción mundial las relaciones económicas internacionales que han conducido

a un reacomodo del capital productivo y financiero, tales acontecimientos se resumen así: la devaluación del dólar, con respecto al oro, la revalorización de petróleo que condujo a una liquidez sin precedentes en los países exportadores de petróleo, quienes al no tener oportunidad de inversión productiva en sus países para esa gran cantidad de dólares, comienzan a invertir los mismos en los países capitalistas industrializados y por último a depositar esos recursos en la banca privada internacional, la que los canaliza a los países subdesarrollados más pobres en calidad de préstamo. De esta manera se inicia para los países subdesarrollados un proceso de acceso fácil al financiamiento externo, como premisa para crear capacidad de compra en dichos países y viabilizar más el proceso de internacionalizado y concentración de capital. No obstante la corriente financiera anterior que también -alimento el desarrollo de los países industrializados, se siguieron presentando problemas de productividad, desigual desarrollo tecnológico y competencia entre transnacionales y países hegemónicos, bajas en las tasa de ganancia y mayor concentración en las corrientes de comercio. Todo ello conduce a la gran recesión económica del periodo 1974 - 76 y más tarde a la segunda recesión de los años 80.

Los rasgos principales que caracterizan la evolución económica de América Latina en 1985 son actividad económica: con un crecimiento débil y concentrado en muy pocos países,

Generalización y acentuación de los procesos inflacionarios y la deuda externa cada día más elevada. (1) (5)

De acuerdo a cifras preliminares se estima que el Producto Interno Bruto de América Latina aumento 2.8% lo que es menor si lo comparamos con el aumento de 3.2% del año anterior. La expansión económica se originó además, en muy pocos países de hecho si se excluye a Brasil que aumentó un 7%, el aumento global fue de apenas un 0.8%.

La **insuficiencia** del crecimiento de la actividad económica se manifestó en el hecho de que el producto per cápita disminuyó en 14 de las 20 economías.

No obstante la debilidad de la recuperación económica y pese a la nueva reducción de las presiones inflacionarias externas, la inflación continuó aumentando y generalizándose en la región.

Además al mismo tiempo disminuyó el ingreso neto de capitales, que en 1984, se había recuperado parcialmente de su enorme caída del bienio anterior. El monto neto de los **previos** e inversiones fue, asimismo, inferior al de las remesas netas de intereses y utilidades. Por lo que América Latina debió efectuar por cuarto año consecutivo una transferencia de recursos hacia el exterior.

Por otra parte, como consecuencia de la menor entrada de

prestamos, en 1985 siguió reduciéndose el ritmo de crecimiento de la deuda externa, la que alcanzaría a 368 mil millones de dólares, apenas un 2% mayor que la registrada en 1984. Así i deuda externa disminuyo en términos reales por primera vez en la historia reciente de la región. (1)(5)

La crisis internacional ha rebasado el área económica manifestándose también en los campos político y social, por i que en la actualidad se suscitan tensiones bélicas en diferentes partes del mundo y particularmente de Centroamérica.

Honduras es el país más pobre de Centroamérica, los indicadores de pobreza absoluta son muchos: alto Índice de analfabetismo elevada mortalidad infantil, baja expectativa dela, desnutrición, ingresos reales que resultan insuficientes para la adquisición de bienes y servicios básicos; bajos rendimientos en la agricultura y poca industrialización. (49) No obstante la continúa modernización de la tecnología de 8 países desarrollados, podemos observar la profunda miseria que existe en las áreas rurales Hondureñas. (46)

Una de las características fundamentales de nuestro país la existencia de un estado que se limita a proveer la instructora económica, política y física necesaria para el rollo de las actividades del capital extranjero; que ha significado la entrega de nuestros recurso, naturales, forestales, mineros, marinos y del suelo, al mismo tiempo ha deri-

Vado en la desviación del excedente con débiles efectos en la economía y en la población Hondureña, que lleva como consecuencia a un debilitamiento reiterado del aparato productivo la efectividad del Estado que tiene que recurrir al endeudamiento externo y a la aplicación de medidas impopulares.

Otros aspectos que han conducido al deterioro progresivo i situación económica del país son:

A.-Una industria parasitaria que se nutre fundamentalmente materia prima y tecnología importada.

b.- La existencia de una economía atrasada en el campo en donde predominan las formas de latifundio y minifundio, lo cual limita seriamente las potencialidades de desarrollo de la economía Hondureña y posterga el derecho. A un mejor nivel de vida de amplios sectores de la población.

c.- el proceso inflacionario que opera en tal sentido que la ilación de ingresos más bajos financia el consumo de los grupos de más altos ingresos.

La magnitud del desempleo actual se ha duplicado, llegan limites alarmantes (40%) tanto en el área rural, como en los sectores marginados de los centros urbanos.

El deterioro en el nivel de vida y el aumento de la pobreza y la miseria en amplios sectores de la población configuran un clima social muy grave y de consecuencias impredecible.(5)

Sin embargo frente a esta realidad, se encuentra el potencial físico de que se dispone para solucionar tal situación; todavía existen recursos que pueden ser aprovechados si adoptan las medidas apropiadas que las combinen con los cuadros técnicos y el capital necesario y alcanzar así, un razonable de crecimiento y bienestar económico. (49)

Estructura del Aparato Productivo: Sector 1a., 2a., 3a.

Al analizar el condicionante económico encontramos un País sumido en la pobreza y la baja productividad, hechos que Atribuyen a causas internas y externas. El producto inter Bruto nacional en millones de Lempiras constantes de 1978 3,334 (millones de Lps.), si la distribución fuera equitativa el ingreso per cápita sería de Lps. 1,387.00 al año, lo Cual traducido a Lps. Constantes de 1978 (por la inflación y Devaluación) se convierten en Lps. 897.00. (1)

El salario mínimo está entre Lps. 4.00 y Lps. 7.10 diarios De acuerdo a la actividad económica. (2)

La participación de los sectores de la producción en la generación del PID, es de 35,57% (1,186.00 millones) para el sector primario (agropecuario y minería), de un 23.21% (774 MILLONES) para el sector secundario (industria y construcción) y el 56.68% para el terciario (servicios, comercio y

Transporte). (1) Ver anexo No. 4.

Como se observa los sectores económicos que producen realmente riqueza intervienen en menor grado o su producto es menos valorado. (39)

Medios de Producción

A continuación se detallan los medios de producción del País con las cantidades con que cada uno de ellos contribuye al PIB y su distribución porcentual correspondiente. (1)

	Millones de Lps.	
	Constantes 1978	
1.- Agricultura, silvicultura, Caza y pesca.	1,064.00	
2.- Industrias manufactureras		
3.- Comercio al por mayor y Menor.	552.00	22.1
4.- Servicios diversos (públicos y privados)	488.00	15.5
5.- Transporte, almacenaje y comunicaciones.	340.00	14.8
6.- Propiedad de viviendas	303.00	11.8
7.- Construcción	245.00	
8.- Banca, seguro y bienes Inmuebles.	220.00	6.8
9.- Admon. Publica y defensa	206.00	7.2
10.- Explotación de minas y canteras	175.00	6.2
		6.3
		5.4
	83.00	2.2
11. Electricidad	52.00	1.7

Como podemos observar el sector agropecuario es el mayor medio de producción, por ello detallamos a continuación: como contribuye al PIB. Agricultura **718 millones de Lps. Constantes** de 1978, ganadería 154 millones de Lps., **silvicultura** 118 millones de Lps., Avicultura 42 millones de Lps., apicultura, caza y pesca 32 millones de Lps.

c- Fuerza de Trabajo

La fuerza de trabajo está dada **por** la población económicamente activa, el total de **la fuerza de trabajo en 1986** fue de 1,140.6 miles de personas, de **la cual la dedicada a la** agricultura, silvicultura, caza y pesca corresponde el **mayor** porcentaje. (2)

Distribución de la Fuerza de Trabajo	miles de personas
1.- Agricultura, silvicultura, caza	605.9
Pesca.	157.2
2.- Servicios diversos	150.9
3.- Industria manufacturera	110.0
4.- Comercio al por mayor y menor	49.3
5.- Construcción	45.4
6.- Transporte, almacenaje, Comunicación	13.4
7.- Sector financiero	4.4
8.- Explotación de minas y canteras	4.1
9.- Electricidad, gas y agua	

d.- Relaciones Sociales de Producción

1.-Cooperativas y Federaciones: Ahorro y crédito, agropecuarios, servicios múltiples, cafetaleras, transporte, industriales, vivienda consumo, pescadores.
(2)

2.- Tenencia de la Tierra

En Honduras, al igual que en la mayoría de los países de América Latina, la estructura productiva del sector primario se caracteriza por una organización bimodal, un sector campesino y un sector empresarial que acapara la mayor parte de las tierras arables y de riego; generando una considerable proporción de los principales productos de exportación.

Este marco ha sufrido algunos cambios recientes como con secuencia de la redistribución de tierras, no obstante, existe entre esas dos formas contrastantes de organización social de la producción, un considerable sector campesino medio que juega un papel importante en la estructura productiva del país.

La estratificación del Censo Nacional Agropecuario de 1974 demuestra que unidades menores de 5 hectáreas, que ocupaban el 9% de la superficie en fincas; en el otro extremo predios de 500 y más hectáreas que ocupan el 22% de la superficie en fincas, de esta manera resulta que el 69% de tierras están en propiedades de tamaño medio lo cual li-

Mita substancialmente la aplicación de la ley agraria en la afectación de tierras por razón del tamaño de propiedad.

El mayor impulso para la repartición de tierras al campesinado comienza a partir de 1972, como resultado de la presión organizada de los grupos populares.

Por la presión de los grupos y la urgencia de entregar la tierra se intensifica la dotación, en forma de asentamientos campesinos o granjas colectivas. En esta forma se ha dado tierras a unas 35,000 familias en 1,360 grupos asentados en 220,000 hectáreas. La mayoría de los asentamientos se han

o en tierras nacionales incultas, por ejemplo, Valle del j Bajo Aguan se calcula que menos del 20% fueron asentadas en 1 tierras de propiedad privada. (49)

La Región No. 1 comparte las características socioeconómicas del resto del país, no incluye a la ciudad de Tegucigalpa aunque económicamente están vinculadas. La Región cuenta con el 13.6% de la tierra agrícola del país, la que se concentra en los valles del Zamorano, Siria, Jamastran, Guaymaca, Danlí, El Paraíso, San Juan de Flores, Morocelí, Talanga y Teupasenti; sin embargo utilizan tan solo 22.3% del área potencialmente cultivable. La producción agrícola principal son los granos básicos siendo los más importantes el maíz, el frijol y el maicillo, con una participación relativa de 16.0% y 23% de sus respectivas producciones nacionales.

La producción del maíz y frijol se localiza en los valles e Jamastran, Danlí, El Paraíso y Teupasenti; la realizan minifundistas a nivel de subsistencia, pequeños y medianos productores para la comercialización. El maicillo se cultiva i nivel de subsistencia en toda la región, pero la mayor producción se localiza en la parte sur del departamento de Francisco Morazán. Ademán participa con el 14.8% de la producción de café y el 15.9% de la producción de tabaco, cultivos orientados hacia la exportación. La producción de café se encuentra en la parte sur del valle de Jamastran y en las partes altas entre San Juan de Flores y Teupasenti, siendo actividad de pequeños, medianos y grandes productores. El tabaco se cultiva en el valle de Jamastran por pequeños y medianos productores, lo mismo que algodón. (9)

En cuanto al subsector ganadería, en la región existe el 16.1% de la población bovina, el 14.6% de la población porcina y el 30.5% de las aves, con respecto al monto nacional. La mayoría de las explotaciones de ganado bovino están en el área de Jamastran, concentrándose en unidades de gran producción, mientras que las explotaciones de ganado porcino y aves corral son de minifundios localizados en las áreas periféricas y orientadas hacia el mercado de Tegucigalpa.

Ciertos productos agropecuarios generados en la región i utilizados como materia prima para la industria alimenticia así: la carne bovina y porcina para la fabricación de em-

butidos; la producción de maíz y maicillo para la fabricación de alimentos concentrados, y la producción de café en los beneficios y molinos de café que procesan el 70% del consumo nacional.

Una nueva actividad industrial recientemente incorporada en la región es el cultivo de la caña para la producción de azúcar, la cual se realiza en el ingenio azucarero de San Juan de Flores, Francisco Morazán.

Además de estas industrias de base agropecuaria, también son de importancia en la región las industrias madereras; químicas, bebidas y textiles, concentradas en su mayoría en Tegucigalpa y en menor grado en Danlí y El Paraíso. La actividad artesanal es bastante diversificada y se halla esparcida en toda el área periférica de la región. (9)

e.- Infraestructura

La red vial de Honduras tiene una extensión para 1986 en total 17,466.4 Kms., los cuales se encuentran distribuidos -así: Carreteras pavimentadas 2,116.9 Kms. (12.11%), carreteras transitables en todo tiempo 8,741.5 Kms. (50.05%), y carreteras que se transitan en tiempo de verano 6,608 Kms. (37.83%).

La Región No.1 tiene un total de carreteras de 2,250 Km (Francisco Morazán y El Paraíso) distribuidos de la siguiente

Manera:

Departamento de Francisco Morazán cuenta con una red vial de 1546 Kms. de los cuales las carreteras pavimentadas 59.0 Kms. (24.7%), carreteras transitables en todo tiempo 768 Kms. (18.7%), y carreteras en tiempo de verano 419 Kms. (24.5%) ver anexo No. 5

Departamento de El Paraíso tiene un total de carreteras de 704 Kms. de los cuales corresponden 112 Km (5.29%) a carreteras pavimentadas, carreteras transitables en todo tiempo 51 Kms. (5.15%) y carreteras de verano 141 Kms. (2.13%). Ver Anexo No. 6

A pesar de ser la Región No. 1 una zona de bastante afluencia comercial, las carreteras de todo tiempo son las que mayor No. y % de Kms. Ocupan, seguido de la carretera de verano. (41), (9).

6.- NUTRICIÓN

El crecimiento acelerado en América Latina provoca un elevado porcentaje de población infantil, junto a bajos medios de desarrollo económico y social, se materializan las condiciones para que se produzcan un serio impacto en la salud y alimentación de la familia con repercusión directa en la población infantil. (7)

Honduras al igual que otros países de Latinoamérica enfrenta un serio problema alimentario y nutricional el que se

Agudiza con la disminución temporal en la disponibilidad y demanda de alimentos ocasionada por desastres naturales, procesos Inflacionarios y crisis energética.

La producción de alimentos básicos no es suficiente para satisfacer las necesidades alimentarias de la población, unida a la desigual distribución de los mismos entre los pobladores.

La situación nutricional se agrava debido a las condiciones de salud y saneamiento ambiental (11), el 72.5% de la población menor de cinco años sufre de DPC, lo que significa que para 1985 padecieron algún grado de desnutrición 600,000 niños. (43)

Se ha encontrado que la población únicamente consume en promedio 85% de sus necesidades energéticas, siendo las familias que reciben ingresos de Lps. 10,000 anuales, observándose que las familias con bajos ingresos sus aportes son más bajos el déficit energético es más severo en el área rural especialmente en la zona Sur del país. (43)

Según la última encuesta sobre consumo de alimentos realizada por SECPLAN en 1981, la descripción del patrón alimentario se encontró que en general los alimentos más utilizados son: Café, azúcar blanca, frijol rojo, tortilla, arroz y manteca vegetal constituyendo la canasta básica familiar.

A nivel nacional se observó que la ingesta de la mayoría

De los alimentos es mayor en época de postcosecha. En Honduras en general la ingesta de alimentos se encontró de la siguiente forma:

Lácteos y Derivados: Se consumen una onza diaria per cápita.
 Huevos: Media unidad de tamaño mediano. (3.- Carne: 2.5 onzas per cápita observándose que la carne de res se consume más (40 - 50%) y cerdo de 20 - 30%. Frijol Rojo: Una y media onzas per cápita.
 Plátano: Dos y media onzas per cápita 20% plátano maduro y 17* plátano verde. Arroz Una media onza per cápita. Azúcar: Una onza per cápita.

Pero estos datos es en caso de que hubiera una distribución uniforme de los alimentos, en el área rural el alimento que más se consume es el frijol rojo 63.7 gramos netos per cápita en comparación a la urbana que corresponde a 46.9 gramos netos per cápita. (47)

Igual sucede con el resto de alimentos de la canasta básica como se demuestra en el siguiente cuadro:

Alimentos	Rural Onzas per cápita	Urbana Onzas per cápita
1.- Lácteos y derivados	4	8
2.- Huevos	1/2 unidad.	1/2 unidad.

3.- Carnes	1/2	2 1/2 - 3
4.- Frijol rojo	2	1 1/2
5.- Hortalizas	1/2	2
6.- Frutas	2/3	1
7.- Musáceas (plátano)	2	2 1/2
8.- Arroz	1	2
9.- Azúcar	1.2	1.5
10.- Grasas	1/4 - 1/2	2/3

7.- EDUCACIÓN

En el sistema educativo nacional existe bajas coberturas en calidad y cantidad de los servicios básicos educacionales en el año 1986 la tasa de escolaridad se encuentra dividida

Así:

Educación Preescolar	11%
Educación Primaria	90%
Educación Media	27%
Educación Superior	8%

Se observa que hay una disminución de la conciencia escolarística, la matrícula en educación media en 1985 fue menor en relación al año 1984, esta baja en nuestro medio se puede deber a las siguientes relaciones:

1.- Situación socioeconómica de las familias que afecta en mayor medida a la población que trabaja y estudia (Institutos nocturnos).

2.- Deserción en los establecimientos educativos dependiente de unidades militares y el cumplimiento de Servicio militar obligatorio.

En 1986 la población en Honduras según sus niveles de educación estaba distribuida de la siguiente manera:

Nivel Escolar	Población	Matriculados	% Tasa Escolaridad	% Tasa de ausentismo
Pre-escolar	447,749	52,781	11	88.2
Primaria	886,793	805,504	90	9.2
Media	603,500	130,710	27	71.5

En la Región No. 1 las escuelas existentes por nivel y que tuvo matrícula en 1986:

	Preescolar		%	Primario		%	Media		%
	Esc.	Matric.		Esc.	Matric.		Esc.	Matric.	
El Paraíso	29	21 176	72	518	518	100	21	21	100
Fco.		226	77	722	720	99	98	92	94

En el cuadro anterior se observa que los establecimientos en la Región No. 1 de los niveles primario y medio están

La matrícula en la Región No. 1 en 1986 fue:

Departamento	Preescolar	Primaria	Media
El Paraíso	1,532	43,008	50,335
Francisco Morazán	14,523	127,025	6,379

Se observa que hay índices mayores de matrícula en Educación primaria en la Región No. 1. (40)

.-ANALFABETISMO

En los países subdesarrollados existen índices elevados de analfabetismo; en Honduras, el índice de analfabetismo es de un 40.5% (2) según estadísticas del último censo poblacional. El área rural es la más afectada (83.4%) en comparación con el área urbana que es de un 15.7%.

Para combatir esta alarmante tasa de analfabetismo el gobierno de Honduras ha creado mediante la Dirección General de Alfabetización y Educación de Adultos un plan de educación denominado PLANDEA el cual desde su fundación en 1957 se ha dividido en tres etapas, completándose la última etapa en el año 1986.

Este plan es un conjunto sistemático de previsiones educativas y está configurado en cuatro áreas de concentración formativa como ser: Educación ocupacional, Alfabetización,

Educación Básica Integral y la Promoción Socio cultural. (22)

8.- VIVIENDA

Se calcula que en los próximos 20 años el déficit de vivienda en Honduras se acercará al millón de unidades, lo que significa un reto económico, político y social que supera ampliamente las más optimistas perspectivas financieras del país. (47)

Se estima que en 1986 las necesidades habitacionales eran de 500,000 unidades. Las causas fundamentales que han provocado y que tienden a agravar la situación habitacional son las siguientes:

- 1.- Recursos financieros escasos y caros.
- 2.- Desarticulación institucional del sector que se refleja en una baja producción y una acción desordenada.
- 3.- Alto costo de la vivienda, por escapea de tierras aptas para implementar proyectos habitacionales, alto costo de los materiales de construcción lo que refleja un marginamiento de la población de bajos ingresos.

La producción de vivienda por parte del sector formal - (Gobierno) es de 3,800 unidades anuales entre construcción y mejoramiento, no cubre el déficit provocado por el aumento - vegetativo de la población (42,000 familias anuales).

El sector informal (Empresa Privada) ha estado produciendo 7,000 unidades anuales que representa casi el doble de la producción anual.
(43)

El déficit habitacional actual es de 419,200 unidades que al área urbana corresponde 94,600 unidades y al área rural le corresponde 324,600 unidades. Observándose que el déficit habitacional es más acentuado en el área rural.

La tasa de crecimiento de la población urbana se incrementa por las migraciones rurales que aumentan el déficit habitacional.

En un estudio realizado por SECPLAN se determinaron las características de la vivienda urbana y rural:

Características de la Casa	Urbana %	Rural %
Paredes de ladrillo o piedra	32	2.6
" " bahareque y adobe	26	63.4
" "palo o cana	1.5	13.4
Techo de zinc	=	14.1
" "paja	=	29.8
" " teja	79	54.4
" " asbestos	=	14.0
No. de cuartos (3 o' más Pers.)	12	22
" " " (2 o menos Pers.)	13	28
Piso de tierra	26.2	90

Carecen de agua	24.6	81.1
" "Luz eléctrica	32.8	94.5
" " servicio sanitarios	21.1	89.4
Carecen de casa propia	49.4	82.3
Casa alquilada	43.4	4.0
Casa prestada	7.2	13.7
Hacinamiento	30	57.0

Según sean los ingresos económicos familiares así será el déficit de vivienda, en Honduras el 11.2% de la población total del país tienen capacidad de adquirir vivienda, de los cuales 1.1% corresponde a la población rural y 29.7% a la población urbana la cual tiene alguna posibilidad de adquirir casa propia. (47)

9.- SANEAMIENTO AMBIENTAL

Se define como el conjunto de acciones tendientes a la conservación y mejoramiento del medio físico en beneficio de la salud humana. Esta rama de la Salud Pública tiene como objetivo el mejoramiento del ambiente, para lo cual estudia las formas de contaminación del suelo, del agua y aire.

En particular comprende el agua potable y su manejo, la disposición de excretas, la higiene de los alimentos, el control de la fauna principalmente insectos y roedores, sanea -

Miento de la vivienda, disposición sanitaria de basura; la higiene de los centros de trabajo y **la higiene en el transporte.** (51)

1.- **Abastecimiento de Agua**

Según **la Encuesta Nacional de Salud (1984) el 25% de las viviendas disponen de agua potable intradomiciliaria, 52% urbana y 9% rural. En las zonas rurales la vivienda afronta graves problemas en lo relacionado a los servicios básicos, I así tenemos que el 88.1% carecen de agua y el 55.7% toma agua sin hervir.** (25)

2.- **Eliminación de Excretas**

El **eliminar las excretas del medio es obligado por razones de higiene, estética y de comodidad para evitar la transmisión de enfermedades hídrico-intestinales y helmintiasis Barias.** Cada individuo produce en un año 50 kilos de materia; fecal y 450 **litros de orina. A ello hay que añadir aguas domésticas procedentes de la limpieza y lavado, aguas industria les de contenido muy variables que pueden llevar tóxicos de agua de lluvia y riego de calles, así el 99% de las aguas residuales es líquido y el 1% sólido.** (22)

En el medio **rural hay que contar con las excretas animal que forman el estiércol y transportan también gérmenes.**
(22)

Así tenemos que 61% de la población urbano-rural carece deservicio de aguas negras. (22) Inodoros poseen el 31% de las viviendas, 80% urbano y 6% rural o sea que el 94% de las viviendas rurales no poseen servicios sanitarios dentro o fuera de la vivienda. (25)

3.- Eliminación de Basura

En el medio urbano la basura se puede tratar in situ por incineración, trituración domiciliaria y eliminación al alcantarillado. (22) En Honduras en la zona urbana el 56% tiene servicio de tren de aseo y en la zona rural el 18% tira la basura al aire libre. (4)

4.- Electricidad

En Honduras disponen de servicio eléctrico el 44% de las viviendas; el 95% en la zona urbana y 13% en la zona rural.

(25)

10.- SISTEMA DE SALUD

El desarrollo de los sistemas de salud en la mayor parte de los países Latinoamericanos durante los años transcurridos en el decenio de 1980, está enmarcado por dos tendencias a Voces conflictivas entre sí. Por una parte, la crisis económica ha impuesto restricciones al funcionamiento de los sistemas de salud en casi todos los países. Por la otra, se han

Verificado esfuerzo para poner en práctica las decisiones y acuerdos relacionados con el cumplimiento de Las metas de Salud para Todos en el Año 2000.

Los sistemas de salud en los países de la Región están conformados por múltiples instituciones dependientes del sector público, la seguridad social y el sector privado. La participación de cada subsector en la producción de bienes y servicios para la salud varía de país a país y en el interior de cada uno de ellos; es posible sin embargo agrupar las distintas situaciones de la manera siguiente:

- 1.- Países donde la responsabilidad de la prestación de servicios corresponde exclusiva o primordialmente al Ministerio de Salud, el cual ha desarrollado sistemas únicos o integrados, con escasa o ninguna participación del sub-sector privado en la prestación de servicios. En este grupo se incluyen Cuba y Nicaragua.
- 2.- Países donde predomina el seguro de pago anticipado como forma de financiamiento y donde la prestación de la atención médica se distribuye entre los Ministerios de Salud Pública y la seguridad social, los seguros mutuales o privados y el sector privado. A este grupo pertenecen: Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, México, Panamá, Uruguay y Venezuela. Se incluyen también en esta tendencia los sistemas vigentes en los Estados Unidos y Canadá"

Dentro de características propias de su avanzado estado de desarrollo.

3.- Países donde prevalece la asistencia a través de los Ministerios de Salud Pública, con menor participación de la seguridad social o de otras instituciones y una práctica privada cuya importancia no es posible determinar con exactitud, dada la falta de información confiable al respecto. En este grupo se incluyen Bolivia, el Caribe de habla inglesa, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Paraguay, Perú y República Dominicana.

a.- Sistemas de Salud en Honduras

En nuestro país no contamos aun con un desarrollo adecuado en lo que a servicios de salud se refiere, Pero esto está determinado por las deficiencias existentes en otros Servicios como educación, vías de comunicación etc. y a su vez estos como ya expusimos en el módulo de "aspectos económicos, no pueden alcanzar un desarrollo adecuado si la industria, agricultura y el comercio se encuentran en un estado de franco retraso. (2)

En Honduras no existe un único sistema de salud pero si uno predominante que es la Salud Publica, donde el Gobierno en forma gratuita se encarga de ofrecer los servicios de

Salud a la población en general. Además contamos con el IHSS y servicios de salud privados.

b.- Salud Pública

El sistema de Salud Pública, está estructurado en base a dos subsistemas: el institucional y el comunitario, (51)

1.- Subsistema Institucional

El subsistema institucional en Honduras está organizado en cinco niveles:

1.- Centro de Salud Rural (CESAR)

Atendidos por auxiliares de enfermería. Tenemos un total de 520 CESARES que representa un 81.8% de los Centros de Salud.

2.- Centro de Salud con Medico (CESAMO)

Atendidos por médicos, enfermeras profesionales, y auxiliares de enfermería. Son un total de 115 constituyendo un 18.2% del total de los Centro de Salud.

3.- Hospital de Área (H.A.)

Cuenta con las cuatro especialidades básicas (Pediatria, Medicina Interna, Cirugía, y Cineco Obstetricia), existiendo 9 hospitales de este tipo en todo el país.

4.- Hospital Regional (H.R.)

Existen 6 hospitales regionales que tienen un mayor grado de especialización (O.R.L., Radiología, Ortopedia.)

5.- Hospital Nacional (H.N.)

Cuenta con todas las especialidades. En Honduras - existen 6 hospitales nacionales.

2.- Subsistema Comunitario

El subsistema comunitario tiene una red de servicios con formada por voluntarios de salud, los que han sido capacitados para este fin. Los voluntarios de salud incluyen la Partera Tradicional Adiestrada, quien brinda cuidados a la madre y al niño; el guardián de Salud que ofrece servicios básicos de atención; el Representante de Salud quien trabaja en actividades de saneamiento básico y el Colaborador Voluntario que trabaja en actividades del programa de Control de Malaria

3.- Región de Salud No. 1

Sus programas básicos constituyen la base del proceso de extensión de cobertura y requieren de los recursos necesarios y utilización de estrategias especiales. (28)

LOS PROGRAMAS SON:

1.- programa ampliado de Inmunizaciones (PAI).

Su propósito es evitar las enfermedades inmunoprevenibles principalmente en los niños menores de 1 año, ya que los mayores daños por esta enfermedad se producen a ésta edad.

Las enfermedades que cubre el PAI son: Poliomielitis, Sarampión, Difteria Tosferina, Tétanos y Tuberculosis; dirigiendo las inmunizaciones a la Ilación infantil menor de 5 años y el toxoide tetánico que también se aplica a la población femenina en edad fértil.

Siendo responsabilidad de éste programa vigilar el proceso que asegure la adecuada conservación del biológico hasta el momento de su administración.

2.- control de Enfermedades Diarreicas (TRO).

El programa de control de enfermedades diarreicas está dirigido a reducir la morbimortalidad por dicha enfermedad en los niños menores de 5 años. Haciendo énfasis en la promoción, prevención, curación y rehabilitación con participación activa de la Comunidad.

El programa tiene como Objetivo Principal la prevención, de formas graves de hidratación mediante la reposición de las pérdidas de líquidos y electrolitos mediante el uso de temprano de sales de hidratación oral (26).

* Tomado del Manual de Normas del PAI.

3.- control de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA).

Este programa está dirigido a tratar de reducir la morbimortalidad por IRA en la población infantil menor de 5 arios, estableciendo esquemas eficaces de tratamiento y logrando una mejor participación de la Comunidad en su prevención.

Se considera como infecciones respiratorias agudas: las infecciones altas y/o bajas, virales y/o bacterianas, con corta incubación, menor de 15 días y afecten a los menores de 5 años. Como medidas importantes de su control, se contemplan la vacunación, lactancia materna, planificación familiar, mejoramiento socio-económico, y control del medio ambiente, asimismo, se establecen medidas de diagnóstico y tratamiento específico.)

4.- control de Tuberculosis como propósito disminuir la infección, la morbilidad y mortalidad Tiene una cobertura nacional y una serie de actividades como ser: a) educación del personal médico, paramédico y comunitario para la identificación de sintomáticos respiratorios entendiéndose por sintomáticos respiratorios toda persona con tos y expectoración con más de 15 días de duración y de esta manera cortar la cadena de transmisión de enfermo a sano. B) aumentar la resistencia biológica de la población mediante la vacunación con BCG que está compuesta por bacilos vivos atenuados aplicándose a niños recién nacidos, de 2 meses y preescolares. c) diagnóstico de TBC se hace mediante criterios clínicos, epidemiológico bacteriológicos.

5.- control de Malaria. La malaria es una enfermedad producida por un microorganismo conocido como plamodiun; que puede presentar un cuadro clínico muy variado que incluye escalofríos, fiebre, sudor profuso, cefalalgia y que puede llegar a insuficiencia renal, encefalitis, coma y ocasionalmente llevar a muerte. En honduras los principales agentes son el P. Falcuparum y P. Vivax, siendo este último el más frecuente en el País. El mecanismo de transición se hace por medio de la hembra del mosquito anopheles. El programa de control de la malaria tiene como propósito erradicar la

Enfermedad a través de: Educar a la población sobre la utilidad del rociado efectuado por el personal de la división de vectores, relleno de drenaje elecciones de agua que puedan ser criaderos de larvas hasta 500 metros alrededor de la vivienda, uso de rejillas metálicas para puertas y ventanas y uso de mosquiteros en las camas así como programas de mejoramiento de la vivienda.

* Tomado del Manual de Normas de Vigilancia Epidemiológica.

Además se establece que a todo paciente febril deberá tomársele una muestra sanguínea y administrársele el tratamiento preventivo y a los casos positivos les administrará el tratamiento radical.

6.- Atención Materno Infantil.

Este programa tiene como propósito dar prioridad a los grupos humanos de mayor riesgo como son los niños menores de 5 años, madres gestantes, atención durante el parto el puerperio.

Pero lo que uno de sus objetivos primordiales es disminuir la morbilidad materno infantil, estableciendo normas para la atención de la mujer desde su Control prenatal brindándole por lo menos 3 atenciones de salud, que permita la valoración integral de la condición de la mujer y su producto con el fin de detectar Y controlar complicaciones, proporcionando oportunamente los cuidados médicos y de enfermería así como durante el parto. En el puerperio brindándoles 2 atenciones de salud durante las primeras 6 semanas con el fin de detectar el estado de salud en que la mujer se encuentra posterior al parto.

* Tomado del Manual de Normas de Vigilancia epidemiológica.

Además se les brinda educación en aspectos como planificación familiar-- Y lactancia materna.- La planificación familiar se considera un elemento inseparable de la salud materno infantil, proporcionándole educación a la mujer Sobre métodos anticonceptivos naturales o artificiales, temporales o definitivos Al mismo tiempo que los pone a su disposición, en forma práctica, así -

Como toda clase de información sobre lactancia materna y sus ventajas, por ejemplo la inmunidad que confiere al niño, su valor nutricional, ventaja económica y su relativa propiedad anticonceptiva etc., ampliando de esta manera el panorama de la mujer en su papel como madre, esposa y como ser humano dentro de la sociedad.

El otro gran elemento del programa materno infantil, en la atención a la población menor de 5 años para lo que se estableció el programa de control de crecimiento y desarrollo, donde se pretende dar un enfoque integral a la atención del niño con respecto al cuidado de su salud mediante la prevención, detención y tratamiento precoz de las alteraciones que se presentan a lo largo del proceso de crecer y desarrollarse; por lo que se valora al niño periódica y sistemáticamente, asimismo se le aplican medidas específicas de protección tales como: Vacunas, terapias de rehidratación oral, saneamiento del ambiente, lactancia materna etc. con el fin de fomentar al máximo sus potenciales.

7.- Nutrición

Este programa fue creado por el Ministerio de Salud Pública, debido al serio problema alimentario nutricional que enfrenta la mayor severidad de grupos más vulnerables como son los niños menores de 5 años, mujeres embarazadas, madres lactantes, familias de área rural y urbano marginal además al personal comunitario que participa en las actividades del programa.

Para esto el Ministerio de Salud Pública ha desarrollado una serie de actividades destinadas a promover una mejoría en el Estado Nutricional a través de la alimentación complementaria.- La ración de alimentos del programa actualmente

Está constituida por: Leche en polvo descremada, harina de trigo, arroz, y aceite, cada 4 semanas el participante recibe una ración de 9 libras de alimentos

Distribuidos de la siguiente manera: 2.5 libras de leche, 2 libras de harina, 2,5 libras de arroz y 2 libras de aceite. Con ésta dieta se pretende suministrar 653 kcal., diarias y 19.6 gramos de proteínas per cápita. Para **obtener** el alimento deberá estar en control mensual en su Centro de Salud de **lo contrario** después de 2 semanas de ausencia se le retirará y también en el

Caso de comprobarse el mal uso del mismo.

Tomado del Manual de Normas de Atención Materno Infantil MSP.

8.- Saneamiento Básico.

Está orientado a mejorar las condiciones ambientales factor fundamental para disminuir entre otras, las enfermedades gastrointestinales y por vectores como: Miliaria y Dengue.- Incrementa la construcción y reacondicionamiento

De sistemas de abastecimiento de agua potable; control de calidad de la misma alcantarillado sanitario, pozos y letrinas, tratamiento de las aguas usuales con énfasis en las zonas de mayor densidad poblacional y control |vectores en las zonas de mayor riesgo.

Programas complementarios: Se ofrecen de acuerdo a los recursos disponibles y son:

1. - Salud Oral
- 2.- Salud Mental
- 3.- Enfermedad de Transmisión Sexual
- 4.- Control de alimentos
5. Control de Zoonosis
- 6.- Atención Médica-Hospitalaria

Estos programas se cumplen conforme a los niveles de atención ver anexos No.7.

La región No. 1 cuenta con: 71 CESAR y 22 CESAMOS que corresponden a 14.8% del total de centros del País y un hospital de área.

* Tomado de Normas de Vigilancia Epidemiológica MSP.

c.- Instituto Hondureño de Seguridad Social

El IHSS que funciona como entidad autónoma y dispone de patrimonio propio, distinto e independiente de la Hacienda nacional, tiene a su cargo la orientación, dirección y administración del Seguro Social.

El Régimen que en su primera etapa cubre las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos profesionales tiene por objeto otorgar garantías al trabajador asegurado contra los riesgos que reducen o suprimen sus actividades profesionales, rebajan su nivel de vida e imponen cargas suplementarias mediante el otorgamiento de asistencia médica quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica, asistencia dental y la concesión prestaciones económicas en caso de incapacidad laboral, consistentes en subsidios y rentas para el asegurado, y pensiones para los familiares en caso de muerte de aquel, a consecuencia de un riesgo profesional. La asistencia médica por eternidad se extiende a la esposa o compañera de vida del asegurado y a los hijos de este, hasta la edad de cinco años. (13).

1.- Financiamiento Del Régimen

Para el Régimen de salud (Enfermedad, Maternidad, Accidente común y Riesgos Profesionales):

1.- Los Trabajadores el 2.5% de su salarios hasta un máximo de Lps. 600.00.

2.-Los patronos, incluyendo al Estado como patrono, un 5% de los salarios pagados.

3.-El Estado, como tal, un 2.5% de los salarios pagados a los trabajadores asegurados.

Para el régimen de invalidez, vejez y muerte:

1.-Los trabajadores un 1% de sus salarios hasta Lps.600.00

2.-Los patronos, incluyendo al Estado, un 2%.

3.- El Estado, como tal, un 1% sobre el total de salarios pagados a los trabajadores asegurados. (13)

El Sistema de Seguridad Social es extensivo a los siguientes lugares: Tegucigalpa, San Pedro Sula, Puerto Cortés La Ceiba, Santa Rosa de Copan, Choluteca, San Lorenzo y Amapala. Cuenta con un total de asegurados de 491,528 de los cuales 190,175 (38.6%) son asegurados directos y 310 ,353 (62.4%) son beneficiarios. (43)

III.- Instituciones Privadas

Las Instituciones de salud de carácter privado comprenden complejos clínico-hospitalarios con y sin fines de lucro. (47)

Un informe sobre un taller urbano de salud de 1984 distribuye la población según el tipo de servicios de salud recibidos de la siguiente manera:

INSTITUCIÓN DE SALUD	PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN
SALUD PUBLICA	60
IHSS	9
INSTITUCIONES PRIVADAS	3

II.- Panorama Epidemiológico.

En los Países desarrollados predominan enfermedades degenerativas y cardiovasculares, teniendo las enfermedades infectocontagiosas y parasitarias un papel secundario y en los Países Sub-Desarrollados éstos son los que ocupan los primeros lugares, como en Honduras.

Durante el año de 1986, en Honduras se brindaron un número de 3,427. 405 atenciones de morbilidad, de las cuales un *MI* fueron pacientes menores de 5 años, un 14.5% a pacientes entre los 5 a 14 años de edad y un 50.7% a mayores de 15 años. (24).

Las diez primeras causas de morbilidad general fueron;

PATOLÓGICAS	%
1. Infecciones Intestinales mal definidas	7.08
2.- Parasitosis Intestinal	6.89
3.- Influenza	4.07
4. Otras anemias	5.55

5.-Amigdalitis agudas	3.11
6.- Bronquitis no especificada	2.74
7.- Rinofaringitis (Resfrió Común)	2.29
8.- Otras formas de Desnutrición	2.29
9.-Otros trastornos de la uretra	2.07
10.- Asma	1.70

Las causas de mortalidad general en Honduras en el año de 1986 fueron:

<u>patologías</u>	<u>%</u>
i.- Infecciones Intestinales mal definidas	13.7
2.- Disritmias cardiacas	6.6
3.- Descripción y complicaciones mal definidas de las enfermedades del corazón.	5.5
4.- Neumonía organismo causal no especifico	3.9
5.- Ataque por otros medios y por las no específicas.	3.4
6.- Otras causas accidentales y ambientales y las no especificadas.	3.4
7.- Otras enfermedades cerebrovasculares y las mal definidas.	3.4
8.- Tumor maligno de sitio no especifico	2.8
9.- Ataque con arma de fuego y explosivos	2.7
10.- Otras afec. Y las mal definidas que se originan en el periodo perinatal. _____	2.6

Como se observa la mortalidad en Honduras no demuestra la realidad nacional, ya que estos datos aparentemente son tomados de estadísticas hospitalarias, desconociendo la situación real del país.

Entre las principales causas de mortalidad infantil tenemos:

Patologías	%
1.- Infecciones intestinales mal definidas	29.0
2.- Otras afecciones y las mal definidas en el periodo perinatal	13.5
3.- Trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y con otras formas de peso bajo al nacer	6.3
4.- Neumonía	6.3
5.- Bronquitis no especifica	5.3
6.- Otras afecciones respiratorias del feto y del Recién nacido	4.5
7.- Infecciones propias del periodo perinatal	4.2
8.- Disritmias cardiaca	3.5
9.- Tosferina	2.9
10.-- Bronconeumonía perinatal	2.2

(23) .

En la Región No.1 se atendieron 293,999 consultas en 1986 en donde el mayor número es en el grupo de mayores de 15 años de edad en un 46.8%, seguidos por el grupo de 1 - 4 años un 25.4%, menores de un año con 15.5% y de 5 - 14 años en un 12.3%. (24)

El Ministerio de Salud Pública realizó un estudio estructurando la morbilidad del país según edad y sexo en 1986; encontrándose en la Región No.1 una diversidad de patologías en las cuales las IRA y diarreas ocupan los primeros lugares, donde el grupo más afectado es de 0 - 4 años de edad, siendo:

Patologías

- 1.- Infecciones intestinales
- 2.- Parasitosis intestinal
- 3.- Amigdalitis aguda
- 4.- Rinofaringitis (resfriado común)
- 5.- Asma
- 6.- Bronquitis no específica
- 7.- Bronquitis aguda
- 8.- Otras formas de desnutrición
- 9.- Otras anemias
- 10.- Otitis media supurada

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

La IRA epidemiológicamente es una de las patologías más frecuentes en Honduras y a nivel mundial, es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil en los

países en desarrollo.

Se estima que ocurren en el mundo más de 2 millones de muertes por IRA según información proveniente de 88 países que representan un tercio de la población mundial. (52)

El porcentaje de mortalidad atribuida a Las infecciones respiratorias aguda en menores de 5 años llegan en algunos países a ser del 27% o varía entre el 15 y el 20%, siendo al mismo tiempo la principal causa de utilización de los servicios de salud en todos los países, representando por tanto, una carga importante en los programas epidemiológicos considerándose por esto un área prioritaria de acción.

En América Central el porcentaje del total de causas de defunción correspondiente a IRA es 13.6% aparentemente el más alto en todo el mundo y el total de la mortalidad por IRA constituye el 6.3% del total de defunciones de todas las causas. (27)

Hay varios factores que contribuyen en la aparición de la IRA tales como: la edad ya que estas patologías son más frecuentes en el grupo etario de 1 a 2 años; el sexo predominan más en el sexo masculino; el nivel socioeconómico ya que es más frecuente en las clases sociales más pobres. La contaminación del aire y el hábito de fumar de los padres tienen relación directa con la infección respiratoria sobre todo durante el primer año de vida. (10)

La vacunación, la lactancia materna y la nutrición también juegan un papel importante en la incidencia de la IRA. (27)

Se sabe que las secuelas de IRA son más serias en los niños desnutridos; pues la inmunidad celular también disminuye con la desnutrición, (52)

El Problema de las Infecciones Respiratorias Agudas en Honduras

En Honduras la mortalidad por IRA en niños menores de cinco años en 1968 fue de 10% y en 1978 del 11.4%.

A pesar de las deficiencias en la notificación existen datos suficientes para demostrar la importancia de la IRA en la patología infantil en Honduras.

En 1981 se tuvo que del total de egresos hospitalarios en menores de 5 años, más del 30% corresponden a IRA. (27)

Con respecto a la morbilidad existen tasas muy elevadas por estas enfermedades ya que de cada mil niños menores de 1 año la mitad consultaron por IRA alta. Además se tiene el dato que de las IRA altas solamente el 3.4% requieren hospitalización y de IRA baja el 38% lo requieren. (27)

El problema es serio puesto que según las estadísticas (1981) la IRA representaba la primera causa de mortalidad.

En los países desarrollados se ha conseguido controlar a mortalidad y la morbilidad por infecciones respiratorias agudas en los niños como ressaltados de tres tipos de cambio en orden de eficacia son:

- a.- Mejora de las condiciones sociales y ambientales.
- b.- Aumento de la resistencia individual a la infección Debido a la nutrición e inmunización más adecuada.
- c.- Mejor tratamiento clínico de los pacientes con IRA. (18,31)

Diarreas

En los países subdesarrollados la enfermedad diarreica es uno de los mayores problemas de Salud Pública. Estos países tienen estadísticas alarmantes sí. Vemos que fallecen por enfermedad diarreica 120 niños cada 4 minutos alrededor del mundo. (33) (30).

En el área Centroamericana casi 1, 400,000 niños de 0-2 años padecen de 2 a 3 episodios de diarrea por año. (33)

En Honduras, la enfermedad diarreica representa la primera causa de morbilidad y la deshidratación por diarrea es el factor principal que contribuye a la alta tasa de mortalidad infantil. (26) En nuestro país tallece un niño cada cinco horas y media por enfermedad diarreica aguda.

La diarrea ocurre durante todo el año, habiendo durante

El mismo una variación estacional en la que los meses de mayor incidencia son los meses de mayo a agosto, (26) con un pico en el mes de julio (14) y un descenso en los meses más fríos (diciembre y enero).

Algunas de las causas que contribuyen a la prevalencia de la enfermedad diarreica tienen sus orígenes en el comportamiento de la población, como por ejemplo la migración interna de la población desde áreas rurales hacia las áreas urbanas en especial hacia las áreas marginales de las ciudades, encontrándose la familia con problemas tales como la carestía de agua potable y alcantarillado en la mayoría de los casos. También tenemos una población con un alto grado de analfabetismo que condicionan costumbres de mala higiene personal y alimenticias (33) las que en conjunto propician el desarrollo de enfermedades infecciosas, en especial las de tipo diarreico.

Podemos observar como a la vez un incremento en la población servida con agua potable, letrización adecuada y educación en salud a través de una mayor participación comunitaria hay una disminución en la morbilidad por diarrea. (33)

La diarrea y la deshidratación son la causa más frecuente de consulta en el área de emergencia pediátrica. (14) Para prevenir la deshidratación y sus consecuencias más graves, se dispone de un método que utiliza la vía oral para restituir

Los líquidos y electrolitos. La rehidratación oral es un método fácil, sencillo, fisiológico, de menor costo (70% más barato) (15) y de menor riesgo que la rehidratación I.V. rehidratación **oral** tiene **la** ventaja además de que no requiere de infraestructura compleja y especializada lo que permite a la población tanto urbana como rural la accesibilidad dicho método. (26)

Caracterización de la zona do estudio.

1. Aspecto geográfico.

El Municipio de San Juan de Flores (Cantarranas) se encuentra en el Depto. de Francisco Morazán a 38.8 Kms de Tegucigalpa y tiene por límites al Norte con los Municipios de Talanga y Guaymaca, al sur con la Villa de San Francisco, al Este con parte de Morocelí y Teupasenti y al Oeste con el Distrito Central y Valle de Ángeles.

El Municipio de San Juan de Flores está dividido en las siguientes aldeas: agua caliente, Barnis, Joyas del Carballo, Ojo de agua, las Cubas, el Suyatal, Mescales, Concordia, El Tomatín, Tenchon, Guapinol, El Fetén, Trujillito, El Junco, La Esperanza, Fotrerillos, Chi quistepe, El Encinal, San Marcos, El Jicarito, Plan Frasco, Guancayán, El Bosque, San Luis, Bartolo, Sicaguara, El Ocote, Las Lajitas El Zarzal, Gamaguare, Miravalle, El Zurzular, San José de Romero, Sabanetas, Cofradía, pajarillos, Chandala y El Naranjal.

San Juan de Flores está rodeado de montañas y colinas de regular tamaño, siendo las de mayor importancia las de: La Dante, El Rosario Zurzular.

Clima. El Municipio de San Juan de Flores goza de un clima cálido la mayor parte del año, durante el invierno el clima varía tornándose fresco.

Flora. La flora es variable y abundante pudiéndose encontrar maderas preciosas tales como el cedro, aceituno y Guanacaste. También

Existen árboles frutales de diversas especies como: Mangos, naranjas, Liman, granadilla, guanábana, mamey, zapote etc., no es raro encontrar también carbón, quebracho, roble, paraíso, yuajiniquil, molinillo, etc.

Fauna. Existe una variedad de especies entre las que están: Mapache armadillo o cusuco, jabalí, zarigüeya, tigre, venado, conejos, ardillas, comadreja, pizote, gato de monte; entre las aves destaca quetzal, oropéndula, gorriones, zorzal, zanate, urracas; hay además reptiles como barba amarilla, boa, zumbadora, coral y mica.

2. Aspectos históricos.

San Juan de Flores (Cantarranas) fue fundada en tiempo de la colonización española, de allí que se cree que el nombre provenga de una calle que existe en Madrid que se denomina Cantarranas, otros opinan que se llama así porque una de las primeras y notables familias que existía allí llevaba ese apellido.

A principios de este siglo los habitantes del pueblo pidieron a las Autoridades respectivas se cambiara el nombre del Municipio y fue así que le denominaron San Juan de Flores, pero este nombre sólo sea usado en documentos oficiales de las Autoridades, ya que aún hoy día se le continúa llamando Cantarranas.

Por su vecindad con el pueblo minero de San Juancito es que fue es cogido su lugar, siendo las primeras viviendas construidas en el

Tablón, pero por la proximidad del Río Chiquito que en aquellos tiempos crecía bastante causando desastres naturales y dificultando el transporte del material explotado de la mina, es que sus habitantes optaron por trasladarse al lado sur del sitio donde actualmente se encuentra.

Los archivos históricos nos indican que el primer ciudadano inscrito en el registro civil fue con fecha 28 de Diciembre de 1888.

3. Aspectos Demográficos.

Se calcula que la población total de San Juan de Flores es de 7475 habitantes de los cuales el 60% corresponde a población masculina y el 40% a población femenina.

En el año 1986 nacieron un total de 239 niños de los cuales, 168 fueron varones y el resto o sea 71 fueron mujeres, hubo 45 personas fallecidas, correspondiendo a 22 adultos (15 varones y 7 mujeres) y 23 niños.

Migración. No hay tendencia manifiesta de parte de los pobladores por dejar su lugar de origen, observándose una pequeña afluencia de parte de la población joven la cual motivada por deseos de superación buscan la ubicación en mejores centros de estudio. Además, existe otro pequeño sector poblacional que emigra a otros lugares en tiempo de recolecta del café, como un medio de subsistencia personal y de su familia.

4. Infraestructura.

a. Vías de comunicación. Hay varias vías de acceso al Municipio de san Juan de Flores pero la más usada, es la que va hacia Valle de Ángeles que consta de 20.8 Kms de carretera pavimentada y el resto o sea 18 Kms es carretera de tierra. A las diferentes aldeas de este municipio se llega por carretera de tierra. Cuenta además con otros medios de comunicación como son el telégrafo y el teléfono.

b. Medios de transporte. El municipio cuenta con transporte que cubre las rutas San Juan de Flores Valle de Ángeles; San Juan de Flores Valle de Ángeles Tegucigalpa San Juan de Flores Villa de San Francisco; San Juan de Flores Talanga y Viceversa.

c. Servicios básicos. Se cuenta con servicios eléctricos en el Municipio y algunas de las aldeas más grandes.

Cuenta además con sistema de agua potable al igual que en algunas aldeas como: Cerro bonito, Chandala, Suyapa, El Zurzular, Cofradía El Zarzal, El carbón y parte de las Joyas del Carballo, están en proyecto de potabilización las aldeas de San Luis, Yamaguare, Mira valle; mientras que el resto de las aldeas cuentan con pozos naturales.

Eliminación de excretas. San Juan de Flores, cuenta con servicios sanitarios en un 80% de las viviendas, mientras que un 20% utiliza letrinas. En las aldeas un 70% tienen letrinas y un 30% utiliza el fecalismo al aire libre.

Eliminación de basuras. No se cuenta con tren de aseo. El 10% de la basura es quemada, mientras que el 90% es eliminado a la orilla **del río.**

5). Aspecto Económico.

La mayoría de la población se dedica eminentemente a la agricultura especialmente a la siembra del maíz, frijoles *ycaña* de azúcar; un pequeño porcentaje se dedica a la ganadería y en toda la zona se cuenta con una granja avícola con aproximadamente 4000 gallinas.

En general, la población adolece de recursos económicos limitados, con inversiones foráneas, mínimas y con un futuro ocupacional incierto, pues las dos únicas fuentes de trabajo; el Ingenio Azucareño de cantarranas y el Aserradero Jesús de la Buena Esperanza, acogen mayor número de trabajadores en determinadas épocas del *año*, por ejemplo en tiempos de zafra, período de tiempo que una vez finalizado vuelve a convertir al trabajador con capacidad productiva en un ser ocioso e improductivo,

6. Nivel de vida.

a. Alimentación. Los principales alimentos de la población consisten en maíz y frijoles y en forma ocasional tienen acceso a huevos verduras y carne.

b. Vivienda. La mayoría de la construcción de las viviendas es de características rurales constituyéndose las de adobe el mayor porcentaje

(60%); la del bahareque (30%) y de ladrillo (10%) de un gran total de 1611 casas.

7. Educación,

En el municipio se cuenta con un colegio que permite al educando alcanzar el 3er. Curso de Plan Básico con un número aproximado de 140 alumno. Existen además dos Escuelas de Educación Primaria y en cada Aldea funciona una Escuela.

8. Servicios de Salud.

Se cuenta con un Centro de Salud Estatal para toda la zona en el que labora un Médico en Servicio Social, 2 Auxiliares de Enfermería y un Laboratorista; además hay un consultorio privado y una farmacia.

Panorama Epidemiológico.

En cuanto al panorama epidemiológico tenemos que las principales causas de morbimortalidad son las enfermedades de las vías respiratorias y las diarreas. Esto es quizás debido a que el 70% de la población carece de una educación y orientación de cuando y donde requerir los servicios de atención médica, ya que en primera instancia visitan curanderos quienes a su vez indican infusiones a base de siguapate, yanten, caña agria, olotillo, etc. y cuando éstos no surten el efecto deseado es que buscan atención médica.

VI. VARIABLE

VARIABLES j	DEFINICION	INDICADORES
EDAD	Tiempo cronológico desde el nacimiento; cuyo rango lo tomamos desde menores de un año hasta 80 y más, con intervalo de cada 5 años.	Se agruparon; menor 1 Año. a. 1 - 4 años b. 5 - 9 " c. 10-14 " d. 15-19 " e. 20-24 " f. 25-29 " g. 25-29 " h. 30-34 " i.
SEXO	Condición orgánica que distingue el macho de la hembra De los animales y plantas.	a.- Masculino b.- Femenino
PARENTESCO	i Vínculo, conexión, enlace 1 por consanguinidad o afinidad.	a. -Padres b. -Hijos c.- Abuelos i
ESTADO CIVIL	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles	a. Soltero b. Casado c. Unión Libre d. Divorciado e. Viudo

VARIABLES	DEFINICION	INDICADORES
ESCOLARIDAD	<p>Conjunto de cursos que una persona sigue en un Establecimiento docente.</p> <p>Lo definiremos desde anal - fabeto hasta 19 cursos o mas con rango de cada 4 cursos, se tomara los cursos recibidos y se hara en forma Continua.</p>	<p>a. Analfabeto b. 1-3 curso c. 4-6 " " d. 7-9 " " e. 10-12 " f. 13-15 " g. 16-18 " h. más 19 "</p>
<p>PROFESION</p> <p>OCUPACION</p>	<p>Empleo facultad u oficio - que una persona tiene y ejerce con derecho a Retribución.</p> <p>Acción y efecto de ocupar-trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en Otra cosa.</p> <p>Se tomara No. de 28 desde Técnicas hasta profesionales.</p>	<p>1. Labrador 2. Obrero 3. Ofic. domes 4. Jornalero 5. Carpintero 6. Albañil 7. Modista 8. Sastre 9. Mecánico 10. Panadero 11. Comerciante 12. Motorista 13. Ayud. Motor 14. Artesano 15. Cartero 16. Zapatero 17. Telegrafist 18. Vendedor 19. Estilista 20. Curandero 21. Partera 22. Estudiante 23. Enfermera 24. Agrónomo 25. Maestro 26. Ingeniero 27. .Odontólogo 28. Medico 29. Otros</p>
INGRESO ECONOMICO	Caudal que entra en posesión de uno; suma de dinero	

VARIABLES	DEFINICION	INCADORES
	<p>que se percibe por alguna - actividad o trabajo.- Hemos definidos los ingresos en forma mensual desde Lps. 99.00 hasta 500.00 o más. Con Rango o intervalo de Lps. 100.00.</p>	<p>Así:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. menos de Lps. 99.00 2. 100 - 199 3. 200 - 299 4. 300 - 399 5. 400 - 499 6. 500 y más.
VIVIENDA	<p>Morada, habitación, posada Para nuestro estudio empezaremos por la tenencia de la vivienda</p> <p>Se evaluara la estructura física de la misma; haciendo una descripción completa de la vivienda.</p> <p>Servicios Básicos como ser el agua y potabilización - excretas, eliminación de basura e iluminación.</p> <p>Agua; sustancia formada por un volumen de oxígeno y dos</p>	<ol style="list-style-type: none"> A. Propia B. Alquilada C. Prestada <p>a. Materiales Construcción</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Piso 2. Pared 3. Techo <p>B. Descripción Interna Vivienda.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pintada 2. No. cuartos 3. No. dormitorios. 4. No. persona dormitorio 5. No. persona por cama. 6. No. Ventana 7. No. puertas 8. Tipo cocina <p>1. Pila de retención.</p>

VARIABLES	DEFINICION	INDICADORES
	<p>Hidrógenos; líquida, inodora o insípida.</p> <p>Potabilización del agua: Hacer que se pueda beber y ser saludable.</p> <p>Baño: acción o efecto de - bañar o bañarse, pila que sirve para bañar parte del cuerpo o todo en total.</p> <p>Eliminación de Excretas y Basura: El acto de botar - elementos de desecho y que ayudan a mantener saneamiento ambiental.</p> <p>Iluminación: Método usado para alumbrar.</p>	<p>2. Tanque de agua</p> <p>3. Otros.</p> <p>Potabilización</p> <p>1. Hierve</p> <p>2. Filtra</p> <p>3. Clora agua</p> <p>4. Ninguna</p> <p>1. Si</p> <p>2. No</p> <p>1.Raz suelo</p> <p>2.Fosa séptica</p> <p>3. Serv. Sanitario.</p> <p>4. Letrina.</p> <p>5. Distancia casa Mts.</p> <p>6.Utiliza</p> <p>a. Si</p> <p>b. No</p> <p>1. Bota solar</p> <p>2. bota fuera solar</p> <p>3. Entierra</p> <p>4. Quema</p> <p>5. Otros.</p> <p>1. Candela</p> <p>2. Candil</p> <p>3. Lámpara</p> <p>4. Electricidad</p> <p>5. Ninguna</p>
ANIMALES DOMESTICOS	Es el que por su condición vive en la compañía o de pendencia del hombre y algunos susceptibles de ocupación	

VARIABLES	DEFINICIÓN	INDICADORES
	Se determina qué tipo de convivencia en relación con la vivienda y si están vacunados.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perro 2. Gato 3. Caballo 4. Cerdos 5. Gallinas 6. Otros <ol style="list-style-type: none"> 1. Vive en casa. 2. Vive en Solar. 3. Vive lugar separado. <ol style="list-style-type: none"> 1. Vacunado 2. No Vacunado
ASISTENCIA DE SALUD	<p>Libertad o bien público y particular de cada uno, de asistir a recibir asistencia médica ante cualquier dolencia física, mental, moral. Valoraremos si la Salud Pública juega un papel importante en la salud de la comunidad determinando a donde asiste cuando se enferma</p> <p>En caso de no haber asistencia al Centro de Salud se valorara diferentes parámetros.</p>	<p>Tipo de Asistencia al Enfermar.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Curandero 2. Enfermera 3. Medico Servicio Social. 4. Hospital 5. Clínica Privada. 6. Otros. <p>No asiste al Centro de Salud por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Deficiente calidad atención. 2. Inadecuadas Relaciones Humanas. 3. Deficiencia Medicamento 4. Desavenencia enfermera.

VARIABLES	DEFINICION	INDICADORES
EMBARAZOS	<p>Estado de preñez de la mujer, se indagara la paridad y datos relevantes de cada uno de sus partos, si fueron a término o no, peso al nacer, quien atendió el parto y condiciones al nacer Y actual.</p> <p>la menstruación por primera vez y es la descarga fisiológica de sangre, como Residuos celulares a partir de la mucosa uterina; a intervalos de 28 - 32 días - con duración de 3 - 7 días.</p> <p>Anticonceptivos: Imposibilidad De quedar embarazada, a través de métodos artificiales o que impiden la fecundación.</p> <p>Se determinara si la mujer en edad fértil los utiliza o no; el tipo de anticoncepcion: Anticonceptivos Orales: Los ciclos hormonales con supresion de la ovulación. DIU: Colocación de un dispositivo en el interior del útero. Preservativos: Método Masculino. Naturales: Ritmo y coitus interruptus. Espermaticidas Quirúrgicos: Microesterilizadora y vasectomía.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. No. partos 2. Lugar parto 3. Sexo 4. Duración Gestación. 5. Peso al nacer. 6. Atención parto. 7. Nació vivo o muerto. 8. Condición actual. <ol style="list-style-type: none"> 1. Edad de la madre a la menarquia 2. Edad al primer embarazo. <ol style="list-style-type: none"> 1 . Si 2 . No <ol style="list-style-type: none"> 1. Anticonceptivo oral 2. DIU 3. Preservativo. 4. Naturales 5. Espermaticida. 6. Quirúrgico

VARIABLE	DEFINICION	INDICADORES
LACTANCIA MATERNA	<p>Periodo de la vida, en que la criatura mama al pecho materno se indagara en el niño menor de dos años de edad, el tiempo de lactancia materna recibida por el Riesgo de memoria de la madre.</p> <p>Tipos de Lactancia</p> <p>1. Lactancia Materna: Acción de mamar.</p> <p>2. Lactancia Artificial: Procedimiento simple pre parados artificiales derivados de la leche de vaca.</p> <p>3. Lactancia Mixta: Materna más artificial. Esto es en relación en el Niño menor de dos años.</p> <p>Se valoraran también para - metros de nutrición como - ablactación: Que es el inicio del niño a una alimentación comprendida en los 4 grupos básicos y la edad que la madre los introdujo.</p> <p>Lactancia Materna, se indagara en relación a tiempo.</p>	<p>1. 0 -5 meses</p> <p>2. 6 -11 meses</p> <p>1. 0-3 meses</p> <p>2. 3- 6 meses meses</p> <p>Así :</p> <p>1. Menos de 1 mes.</p> <p>2. 1 - 6 meses</p> <p>3. 7 - 11 meses</p> <p>4. Mayor de 12 meses</p>
ESTADO DE VACUNACION	<p>Número de veces en que se inocula un niño de acuerdo a su edad con un virus o principio orgánico convenientemente preparado, con el objeto de que desarrolle defensas inmunológicas contra enfermedad específica</p>	<p>1 Menor 1 año</p> <p>2 12-23 meses</p> <p>3 24-35 meses</p> <p>4 36-47 meses</p> <p>48-60 meses</p>

VARIABLES	DEFINICION	INDICADORES
	<p>Se incluirán solamente a los niños menores de cinco Años. Se pedirá el carnet de vacunación, sin el carnet no se tomara esta variable, con esto se verificara El No. de dosis Polio, DPT, BCG y si ya fue vacunado contra el sarampión.</p> <p>Se valorara la vacunación según los siguientes criterios.</p> <p>Determinar si según la edad actual tiene un cuadro de vacunación adecuado, es decir con Polio y DPT se debe Aplicar desde los 2 meses de edad con No. de 3 dosis con intervalo entre ellos de 6 - 8 sem. de tal manera que a los 6 meses de edad ya debe tener un esquema como mínimo, además aplicar sus refuerzos a los 2 años con intervalo de 2 años de tal manera que a los 6 años</p> <p>Tendrá esquema completo. De lo contrario se le considerara inadecuado.</p> <p>BCG deben aplicarse una sola dosis al nacer o 15 días después, de lo contrario no se considera adecuado.</p> <p>Vacuna Antisarampionosa: Debe aplicarse en una sola dosis a los 9 meses de edad, se considerara inadecuada si después de los 9 meses no la tiene.</p>	<p>Polio:</p> <p>a. 1era, dosis b. 2da. " " c. 3era. " " d. Refuerzo 1 e. " " 2 f. " " 3</p> <p>DPT:</p> <p>a. 1era dosis b. 2da. " " c. 3era. " " d. Refuerzo 1 e. " " 2 f. " " 3</p> <p>Esquemas:</p> <p>1 . Adecuado 2 . No Adecuado.</p>

VARIABLES	DEFINICION	INDICADORES
PRODUCCION	<p>Suma de los productos del suelo o de la industria por El esfuerzo del trabajo del hombre.</p> <p>Se indagara la tenencia de la tierra y las condiciones para lo cual se preguntara al jefe de familia, la cantidad de tierra con que cuenta para cultivo, dedicación y producción anual en quintales .</p>	<p>1. propia 2. Alquilada 3. prestada</p> <p>Así:</p> <p>1. No manzana 2. Dedicación al cultivo de:</p> <p>a. Maíz b. Frijol c. Café d. Caña de azúcar e. Otros</p>
NUTRICION	<p>Nutrimento aquella parte del alimento que nutre el Cuerpo.</p> <p>Para esto se desarrolló una tabla de alimentos que engloba los 4 grupos básicos para determinar la frecuencia de consumo, si es diario, Menos 1 vez en la sem. Más de 3 veces en la sem.</p> <p>Además se valorara si los alimentos son consumidos por todos, preferencia de algunos alimentos para niño Y adulto.</p>	<p>Se agrupan en:</p> <p>1. Leche 2. Deriv. Leche 3. Huevo 4. Carne res y Cerdo. 5. Frijoles 6. Hoja verde, lechuga, espacias 7. Hortalizas amarilla zanahoria, Ayote. 08. tras ver - duras, cebolla, tomate 9. Papaya 10. Mango 11. Fruta, naranja. 12. Plátano, banano. 13. Raíces, tubérculos.</p>

VARIABLES	DEFINICION	INDICADORES
		14. Tortilla maíz 15. Arroz 16. Pan 17. Otros cereales. 18. Margarina 19. Manteca, aceite. 20. Chocolate 21. Otros.
IRA	<p>Son aquellas infecciones del aparato respiratorio de localización alta y/o baja de origen viral y/o bacteriana con un periodo de incubación cuya evolución sea de 15 días como máximo.</p> <p>Se tomara como tal, aquel caso que reúna los criterios dados en el programa de control de IRA de MSPU.</p> <p>Son infecciones del aparato respiratorio de localización alta y baja de origen viral y bacteriana, con un periodo corto de incubación cuya evolución sea de 15 días como máximo y que afecte a niños menores de cinco años.</p> <p>IRA Alta: Se considera todas aquellas que se localicen desde la nariz hasta la epiglotis. Incluye los Síndromes siguientes: 1. Rinofaringitis 2. Faringitis 3. Amigdalitis 4. Otitis 5. Sinusitis.</p>	<p>Se clasifican por anatomía en :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alta 2. Baja 3. Mixta

VARIABLES	DEFINICION	INDICADORES
	<p>IRA Baja: Son las que se localizan debajo de la epiglotis. Incluye los Síndromes siguientes: 1. Laringitis 2. Laringotra - queobronquitis 3. Bronquiolitis 4. Bronconeumonía 5. Neumonía.</p> <p>IRA Mixta: Se considera la que afectan tanto el tracto respiratorio alto como bajo.</p> <p>IRA Leve: Cuando el paciente presenta uno o más de estos síntomas: obstrucción nasal, catarro con secreción mucosa, dolor de oído transitorio, dolor y/o enrojecimiento de la garganta, ronquera, tos, actividad y apetito normal.</p> <p>IRA Moderada: Los casos que incluyen lo anterior más catarro con secreción purulenta, oído con secreción purulenta y/o dolor persistente, garganta con placas de exudado purulento, dolor de pecho y costado, frecuencia respiratoria mayor de 50 x en menores de 1 año y mayor de 40 x' en niños de 1 - 4 años, hervor torácico, sibilancias, actividad y apetito disminuido.</p> <p>IRA Grave: Lo anterior más garganta con membrana grisácea (difteria), tiraje supraesternal o intercostal, aleteo nasal, palidez o cianosis, estridor o</p>	<p>1. Leve</p> <p>2. Moderada</p> <p>3. Severa</p>

VARIABLES	DEFINICION	INDICADORES
	<p>Agitación y postración acentuada e imposibilidad para ingerir.</p>	
RESIDENCIA	<p>Casa donde sujetándose a de terminada reglamentación, residen y conviven personas afines por la ocupación, sexo, estado, edad.</p> <p>Urbano: Relativo a la ciudad considerando que debe tener los siguientes servicios: Escuela primaria completa, correo, teléfono público, telégrafo, comunicación terrestre o aérea, ser vicio de agua de cañería, alumbrado eléctrico y una población mayor de mil habitantes. Se considera la zona urbana el lugar donde se encuentra ubicado el CESAMO.</p> <p>Rural: Pertenece o relativo al campo y a las labores de él. Se considera la zona rural áreas de influencia del CESAMO.</p>	<p>Se clasifican en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Urbano 2. Rural
ESTADO NUTRICIONAL	<p>Es la condición que refleja la armonía del crecimiento y desarrollo con respecto a la edad cronológica. Se tomara como parámetros el peso del niño al momento de la encuesta. Se consideraran desnutridos aquellos que tengan un déficit de peso mayor de 10% para su edad.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Normal 2. Bajo Peso

VARIABLES	DEFINICIÓN	INDICADORES
	Se utilizaran balanzas portátiles se posara al niño sin ropa en No. 3 veces para obtener un peso estándar calibrando la pesa manualmente en cada toma.	
TRATAMIENTO	Sistema o método que se emplea para curar enfermedades o defectos. Se indagara cual es la actitud de la madre o encargado del niño ante el caso de IRA describiendo el tratamiento administrado.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No lo trata 2. Lo trata en casa. 3. Busca personal comunitario. 4. Enfermera. 5. Medico 6. Otros. <ol style="list-style-type: none"> 1. Tradicional 2. Medicamento so.
DIARREA	<p>Cuadro clínico caracterizado por aceleración del cuadro intestinal <i>con</i> aumento del contenido acuoso de la deposición y casi siempre aumento de la frecuencia. Se valorara únicamente la frecuencia de la diarrea en los últimos 0 meses de enero a junio.</p> <p>Se valorara que tipo de automedicación utilizan las madres con la diarrea como ser: Remedios caseros, antibióticos, aceites y purgantes.</p> <p>Litrosol: Es un compuesto de sales, utilizado en la terapia de rehidratación oral, es un método fácil, sencillo, fisiológico de</p>	<ol style="list-style-type: none"> a. 1 vez b. 2 veces c. 3 " d. 4 " e. 5 " f. 6 y más. <ol style="list-style-type: none"> 1. Remedios caseros 2. Antibiótico y otros 3. Aceites y purgantes. 4. Otros <p>Conoce el Litrosol: Si No</p>

VARIABLES	DEFINICION	INDICADORES
	<p>Menor riesgo que en la re - hidratación IV, de costo mucho menor, el manejo Admon es simple, no requiere infraestructura compleja.</p> <p>Preparación del Litrosol: Determinaremos si hay una administración adecuada en el momento de la diarrea.</p> <p>Se determina la preparación de la siguiente manera: Al iniciar debe lavarse las manos con agua y jabón, disponer de un recipiente de un litro, sales de rehidratación oral que se encuentren herméticamente sellada no granuladas y sin adulteraciones, usar agua previamente hervida, observe si la solución esta transparente y conservarse protegida del polvo. Utilice un recipiente en condiciones higiénicas adecuadas para la administración del Litrosol, la solución debe ser utilizada en periodo de 24 horas. Luego descartarse.</p> <p>Esquema indicado en el Manual de Normas de Diarrea del MSP.</p>	<p>Fuente de obtención del Litrosol:</p> <p>a. Hospital b. centro de Salud. c. personal Comunitario d. Otros.</p> <p>Se determina conoce la preparación del Litrosol: a. Si b. No</p>
MORTALIDAD	<p>Numero proporcional de muertes en una población y tiempo determinados.</p> <p>Esto se aplica a niños menores de 5 años en los últimos seis meses de enero a junio 1987 y tratar de determinar la causa médica.</p>	Tasa de mortalidad.

V I I . METODOLOGÍA

Para la realización de este Diagnóstico de Salud se utiliza el siguiente proceso metodológico:

1.- Tipo de Estudio:

Estadístico tipo Descriptivo y Transversal.

2.- Universo Poblacional:

Toda la población de la Comunidad do

Y áreas de influencia que corresponden a habitantes.

3.- Tamaño de la Muestra:

Para seleccionar el tamaño de la muestra se utiliza la siguiente formula:

En donde:

N = Tamaño de la muestra.

$= 1.96$

P = Prevalencia del fenómeno; la cual es del 50%.

$Q = 1 - P$

d = Margen de error de un 5 % .

El tamaño de la muestra es:

$$n = 250$$

En lugares donde hay dos médicos en Servicio Social $n = 500$.

4.- Sistema de Muestreo; El sistema de muestreo a realizar será por:

- A. Sistema Clúster.
- B. Sistema Aleatorio Simple.

Sistema Clúster:

Consiste en tomar el acumulado de toda la población en estudio, podemos encontrar poblaciones infinitas (grandes) para los cuales el número Clúster es 30, y *en* poblaciones finitas (pequeñas) para lo cual el número Clúster

Es 10 - 30, pero debido a que nuestra población es variable tomamos el número Clúster 15.

El total del acumulado se divide entre 15 y el resultado, es un número K; este número sirve para establecer un rango que va de uno a K, dentro del cual se escoge un número al azar o en una tabla aleatoria que se constituirá en el Clúster número 1 que representara la primera población a estudiar.

Se retoma el numero K y se le suma el Clúster número uno obteniéndose así el Clúster número dos que representa la segunda población a estudiar, y así sumando sucesivamente hasta alcanzar el número que corresponde al número total de la población ; obteniendo así las poblaciones que someteremos a estudio.

El número de casa a seleccionar por Comunidad se **obtuvo**, mediante la siguiente fórmula:

$$\text{No. de Casas} = \frac{\text{población comunidad} \times 250}{\text{Población total}}$$

5.- Unidad de Estudio:

La familia, tornándose como fuente de datos para nuestra encuesta, una persona adulta perteneciente al núcleo familiar de preferencia a la madre, para mayor confiabilidad de la información.

El médico en Servicio Social, será quien obtendrá los datos directamente en cada encuesta.

Para el levantamiento de datos se tomará como centro la Iglesia de la comunidad y se hará contrario a las manecillas del reloj

Con el procedimiento estadístico recién explicado resultaron seleccionadas las comunidades que a continuación se enlistan con el respectivo No. De viviendas a endientar en cada una de ellas.

COMUNIDAD	No. DE ENCUESTAS
L- Guapinol	3
2.- San Luís	4
3.- Las Lajitas	6
4.- San Marcos	7
5.- Mira va lie	7

6.	-Sabaneta	5
7.	-San José de Ramos	5
8.	-Pajarillos	6
9.	-EL Naranjal	20
10.	-San Juan de Flores	187

Total de Unidades de estudio: 250 encuestas.

6-- Fuente de Datos

Directa:

- a.- Encuesta (ver anexo No.9): Información Directa obtenida del Jefe de la familia.
- b.- Estadísticas de Morbimortalidad,
- c- Registro Nacional de las Personas, oficina local,

7.- referencias bibliográficas

a.- Bibliotecas:

- 1.- Biblioteca Médica Nacional: Facultad de Ciencias Medicas.
- 2.- Hemeroteca UNAH.
- 3.- Biblioteca Nacional.
- 4.- Biblioteca de SECPLAN.
- 5.- Biblioteca ASHONPLAFA.

b.- Instituciones:

- 1,- Departamento de Estadística y Departamento de Saneamiento Regional de Salud No.1.
- 2.- Ministerio de Salud Pública.
- 3.- SECPLAN.
- 4.- SECOP.
- 5.- Extensión Territorial.
- 6.- Banco Central de Honduras.
- 7.- Seccional OPS.

8. Catastro,
9. SANAA.
10. Alcaldías Municipales.
11. Registro Nacional de las Personas.

8. Duración del Estudio.

El estudio se realizó en el período comprendido entre Junio 1987 o Febrero de 1908.

9. Diseño de Formulario. Ver Anexo No. 8.

10. Limitantes de la investigación.

1. La manera en que obtuvimos el peso de los pacientes con IRA; se hizo con balanzas portátiles, siendo imposible estandarizarla, por lo que tuvimos sumo cuidado al calibrarlas y pesamos al paciente tres veces, sacando luego el promedio del mismo.
2. El bajo nivel cultural que esperamos encontrar en la mayoría de las familias a entrevistar, fue una limitante para obtener información más exacta sobre todo en lo que respecta al ingreso familiar.
3. Muchas de las comunidades a encuestar son de difícil acceso tanto por la distancia como por el mal estado de las carreteras, lo que aumenta los costos y amerita más tiempo, sin embargo se hizo el máximo esfuerzo por los encuestadores, utilizando para ello los fines de semana, ya que durante los

Días hábiles el Médico permanece desempeñando las actividades del CESAMO.

4. En las instituciones encargadas de Registros Estadísticos no existen datos actualizados.

11 Recursos humanos,

1. Encuestador. Br. Neyly Madeline Alaniz Lainez.

2. Cuerpo Asesor. Dr. Gorman Leonel Zavala, Catedrático del Depto. de Medicina Preventiva y social.

3. Servicios de impresión:

Secretaria, técnico de miemógrafo y técnico de computación.

12 Tabulación y procesamiento.

Después de recolectados los datos, se contrete los servicios de una Compañía de Computación para facilitar el análisis de los datos obtenidos, haciendo cuadros descriptivos y el cruce de variables, de acuerdo a los objetivos planeados. Posteriormente se aplicó pruebas estadísticas.

Para el análisis se utilizaron un No• de 85 cuadros descriptivos, con cruce de variables simples y combinadas, a cada uno de los cuatros resultantes se aplicaron medidas estadísticas de porcentaje, moda, media, mediana y desviación standard y/o porcentaje de Error.

VIII. RESULTADOS

DISTRIBUCIÓN II: LA POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE
SAN JUAN LE FLORES, POR GRUPOS DE EDAD. DURANTE EL
PERIODO COMPRENDIDO EN TRE JUNIO 1907 FEBRERO 1988

EDAD	No .	%
< 1 año	34	3. 14
1-4 años	139	12. 82
5-9 años	181	16. 70
10-14 años	144	13. 28
15-19 años	106	9. 78
20-24 años	114	10. 52
25-29 años	92	8. 49
30-34 años	71	6. 55
35-39 años	60	5. 54
40-44 años	35	3. 23
45-49 años	38	3. 51
50-54 años	17	1. 57
55-59 años	13	1. 20
60-64 años	13	1. 20
65-69 años	11	1. 01
70-74 años	8	. 74
75-79 años	5	. 46
80 Y MAS	3	. 28
TOTAL	1084	100

este cuadro se presenta la distribución de la población estudiada según el sede la misma, observando que la población menor de 15 años predomina, dentro de tala población de 5-9 años predomina en 16.71 y en segundo lugar el rango de -ni 10-14 años con 13.31, en el resto de rangos presentan frecuencias bajas.

CUADRO No. 2

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE SAN JUAN DE FL.ORES POR EDAD Y SEXO DURANTE EL PERIODO ENTRE JUNIO 1987 FEBRERO 1988

EDAD	SEXO					
	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
< 1 año	21	1.94	13	1.20	34	3.14
1 - 4 años	74	6.83	65	6.00	139	12.82
5-9 años	88	8.12	93	8.58	181	16.70
10-14 años	67	6.18	77	7.10	144	13.28
15-19 años	38	3.51	68	6.27	106	9.78
20-24 años	43	3.97	71	6.55	114	10.52
25-29 años	41	3.78	51	4.70	92	8.49
30-34 años	34	3.14	37	3.41	71	6.55
35-39 años	30	2.77	30	2.77	60	5.54
40-44 años	16	1.48	19	1.75	35	3.23
45-49 años	17	1.57	21	1.94	38	3.51
50-54 años	9	.83	8	.74	17	1.57
55-59 años	6	.55	7	.65	13	1.20
60-64 años	6	.55	7	.65	13	1.20
65-69 años	5	.46	6	.55	11	1.01
70-74 años	2	.18	6	.55	8	.74
75-79 años	3	.28	2	.18	5	.46
80 Y MAS	2	.18	1	.09	3	.28
TOTAL	502	46.31	582	53.69	1084	100

La mayor población para ambos sexos se concentra en el grupo de 1-14 años con un

42.80% correspondiendo a 8.12% para la población masculina y 8.58% para la población femenina

CUADRO No. 3

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL ESTADO CIVIL

SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO ENTRE JUNIO DE 1987 A FEBRERO 1988.

ESTADO CIVIL	No.	%
SOLTERO	308	42.19
CASADO	97	13.29
VIUDO	22	3.01
DIVORCIADO	18	2.47
UNION LIBRE	285	39.04
TOTAL	730	100

En este cuadro podemos observar que el 42.19% de la población son solteros y el 39.04% se concentra en el grupo de Unión Libre

CUADRO No. 4

Distribución de la población de san juan de flores

DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE JUNIO 1987 A FEBRERO

ESTADO	sexo					
	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
SOLTERO	111	15.21	197	26.99	308	42.19
CASADO	48	6.58	49	6.71	97	13.29
VIUDO	1	.14	21	2.88	22	3.01
DIVORCIADO	1	.14	17	2.33	18	2.47
UNION LIBRE	141	19.73	144	19.73	285	39.04
TOTAL	302	41.37	428	58.63		100

Esto cuadro nos muestra la distribución de la población según el estado civil y el sexo, el 19.73% de ambos sexos pertenecen al grupo de Unión Libre y en el grupo de Soltera el 15.21% pertenecen al sexo masculino y el 26.99% al sexo femenino para un total de 42.19% siendo este el mayor porcentaje.

CUADRO No. 5
ESCOLARIDAD SEGÚN AÑOS CURSADOS.

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE JUNIO DE
 1987 A FEBRERO 1988.

ESCOLARIDAD	No.	%
ANALFABETA	324	39.46
1-3 años	94	11.45
4-6 años	369	44.95
7-9 años	18	2.19
10-12 años	16	1.95
13-15 años	-	-
16-18 años	-	-
19 Y MAS	-	-
T O T A L	821	100

En este cuadro podemos observar que 44,95% de la población ha completado su educación primaria (4-6 años) y el 39.46% son analfabetos.

CUADRO No. 6
DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN OCUPACION.

EN EL MUNICIPIO DE DAN JUAN DE FLORES DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE JUNIO DE 1987
A FEBRERO DE 1988.

OCUPACION	No.	%
AGRI CULTOR	118	14.37
OBRERO	88	10.72
OFIC. DOMESTICOS	263	32.03
O. D. Y OTROS	12	1.46
COMERCIANTE	5	.61
ARTESANO	0	0
PARTERA	1	.12
ESTUDIANTE	312	38.00
EMPL.SALUD	1	.12
OTROS N. M.	21	2.56
OTROS N. S.	0	0
OTROS	0	0
TOTAL	821	100

En nuestra población en estudio el 38% son estudiantes, el 32.03% se dedica a los oficios domésticos y el 14.37% son agricultores.

CUADRO No. 7

INGRESO MENSUAL FAMILIAR.

EN EL MUNICIPIO DE DAN JUAN DE FLORES DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE JUNIO DE 1987 A FEBRERO DE 1988.

INGRESO MENSUAL	No.	l
* 99	19	7.00
100-199	97	38.80
200-299	47	18.80
300-399	30	14.40
400-499	25	10
500 Y MAS	20	10.40
TOTAL	250	

De las 250 familias en estudio, 97 tienen un ingreso mensual de 100 a 99 lempiras, correspondiéndoles un 38.80%; el 72% tienen ingresos mensuales de 100-139, de los cuales el 38.80% ganan de 100 a 199 mensualmente.

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE JUNIO DE 1987 A FEBRERO DE 1988.

I N G R E S O M E N S U A L

OCUPACION	≤ 99		100-199		200-299		300 - 399		400 - 499		500 Y MAS		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
AGRICULTOR	32	3.90	71	8.65	10	1.22	5	.61					118	14.32
OBRERO	7	.85	19	2.31	24	2.92	20	2.44	12	1.46	6	.73	88	10.72
OFIC. DOMESTICOS	217	26.43	39	4.75	5	.61	1	.12	1	.12			263	32.03
O. D. Y OTROS	2	.24	4	.49	1	.12	5	.61					12	1.46
COMERCIANTE			3	.37	1	.12					1	.12	5	.61
ARTESANO														
PARTERA														
ESTUDIANTE	311	37.88							1	.12			312	38.00
EMPL. SALUD									1	.12			1	.12
OTROS N. M.					4	.49	4	.49	1	.12	12	1.46	21	2.56
OTROS N.S.														
TOTAL	569	69.31	136	16.57	45	5.48	35	4.26	16	1.95	20	2.44	821	100

En el grupo económico menor de 99 son los estudiantes los que representan el mayor porcentaje (37.88), en el grupo de 100-199 los agricultores representan el 8.65% y en los grupos de 200-299, 300-399, 400-499 y 500 y más son los obreros los que representan el mayor porcentaje (2.92%, 2.44%, 1.46%, y 0.73% respectivamente).

INGRESO MENSUAL INDIVIDUAL Y ESCOLARIDAD.

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE JUNIO DE 1987 A FEBRERO 1988.

ESCOLARIDAD (Años)	INGRESO MENSUAL													
	≤ 99		100-199		200-299		300-399		400-499		500- Y MAS		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ANALF.	118	14.37	196	23.87	5	.61	4	.49			1	.12	324	39.46
1-3	52	3.90	45	5.48	12	1.46	4	.49	1	.12			94	11.45
4-6	19	2.31	142	17.30	116	14.13	69	8.40	12	1.46	11	1.54	369	44.95
7-9	4	.49	7	.85	5	.61	1	.12	1	.12			18	2.19
10-12	5	.61	4	.49	4	.49	1	.12	2	.24			16	1.95
13-15														
16-18														
19 Y MAS														
TOTAL	178	21.68	394	47.99	147	17.50	79	9.62	16	1.95	17	1.46	821	100

En los grupos económicos de 99 y 100-199 es la población analfabeta la que representa los mayores porcentajes (14.37% y 23.87%), en los grupos de 100-199, 200-299, 300-399, 499- y 500 y más, es representado por la población que ha cursado de 4-6 años y que corresponde al 17.50% , 14.13%, 8.40% , 1.46% y 1.54% respectivamente.

TIPO DE TENDENCIA DE LA VIVIENDA

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES DURANTE EL PERIODO
DE JUNIO DE 1987 A FEBRERO 1988.

VIVIENDA	No.	%
PROPIA	157	62.80
ALQUIIADA	55	22.
PRESTADA	36	14.40
PAG.APLAZO	2	. 80
OTROS		
TOTAL	250	100

El 62,80% de las familias poseen vivienda propia, y 55 de ellas que representan el 22% alquilan.

CARACTERISTICAS DEL PISO DE LAS VIVIENDAS.

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO DE 1987 A FEBRERO 1968.

TIPO DE PISO	No.	%
TIERRA	112	44.80
LADRILLO	56	22.40
CEMENTO	70	28.
MADERA		1.20
MOSAICO		3.20
OTROS	3	.40
	8	
	1	
TOTAL	250	200

El tipo de piso con más frecuencia encontrado es el de tierra con 44.80% seguido por el de cemento con un 28%.

CARACTERISTICAS DEL TECHO DE LAS VIVIENDAS.

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE
JUNIO DE 1987 A FEBRERO DE 1988.

TECHO	No.	%
PAJA		
MADERA	7	2.80
ZINC	58	23.20
TEJA	52	60.80
ASBESTO	31	12.40
OTROS	2	.80
TOTAL	250	100

El 60.80% de las viviendas poseen techo de teja, 23.20%
techo de zinc y 12.40% techo de asbesto.

CARACTERÍSTICAS DE LA PARED DE LA VIVIENDA

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO
DE 1987 A FEBRERO 1988.

TIPO DE PARED	No.	%
PAJA		
MADERA	30	.12
ADOBE	189	75.60
PIEDRA	7	2.80
BAHAREQUE	12	4.80
LADRILLO	12	4.80
OTROS	12	
TOTAL	250	100

189 viviendas poseen paredes de adobe (75.60%) y 24 viviendas las tienen de bahareque o ladrillo

CUADRO No. 14

NUMERO DE HABITACIONES QUE POSEEN LAS VIVIENDAS

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EPERIODO
DE JUNIO 1987 A FEBRERO 1988.

HABITACIONES	No.	%
1	12	4.80
2-3	189	75.60
4-6	46	18.40
7 Y MAS	3	1.20
TOTAL	250	100

El 75.60% de las viviendas poseen de 2-3 habitaciones
y el 18.40% poseen de 4-6
Habitaciones.

CUADRO No. 15

NUMERO DE DORMITORIOS QUE POSEN LAS VIVIENDAS

DE SAN JUAN DE FLORES DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE JUNIO
1987 A FEBRERO 1988.

DORMITORIOS	No.	%
1	165	66.00
2-3	71	28.40
4-6	13	5.20
7 Y MAS	1	.40
TOTAL	250	100

DE 165 viviendas (66%) poseen un dormitorio y una sola vivienda (0.40%) posee 7 y más dormitorios.

CUADRO No. 16

DISTRIBUCIÓN DEL NUMERO DE VENTANAS POR VIVIENDA

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO DE 1987 A FEBRERO DE 1988.

VENTANAS	No.	%
0	90	36
1-2	125	50
3-4	31	12.40
		1.60
5 Y MAS	•1	
TOTAL	250	100

125 viviendas (60%) poseen de 1-2 ventanas y 90 viviendas (36%) no poseen ninguna.

CUADRO No.17

DISTRIBUCIÓN DEL NUMERO DE PUERTAS PORVIVIENDA

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO DE 1987 A PEDRERO DE 1988.

PUERTAS	No.	%
1	21	8.40
2-3	148	59.20
4-5	66	26.40
6 Y MAS	15	6
TOTAL	250	100

De las 250 viviendas (59.20%) poseen de 2-3 puertas y 66 viviendas (26.40%) poseen de 4-5 puertas.

CUADRO No. 18

NUMERO DE PERSONAS POR CAMA

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE
JUNIO DE 1987 A FEBRERO DE 1988.

PERSONAS POR CAMA	No.	%
1	126	50.40
2-3	110	.44
4-5	13	5.20
5 Y MAS	1	.40
TOTAL	250	100

Este cuadro muestra que una persona el 50.40% duerme una (1) por cama Y el 44% duermen de 2-3 personas por cama.

CUADRO No. 19**NUMERO DE PERSONAS POR DORMITORIO**

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO

DE JUNIO 1987 A FEBRERO 1988.

PERSONAS POR DORMITORIO	No.	%
1	26	10.40
2-3	112	44.80
4-6	89	35.60
7 Y MAS	23	9.20
TOTAL	250	100

De 250 viviendas, 112 de ellas que representan el 44.80% duermen de 2-3 personas por dormitorio.

CUADRO No. 20

MEDIO UTILIZADO PARA COCINAR

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO 1987 A
FEBRERO 1988.

TIPOS DE COCINA	No.	%
FOGON	242	96.80
ESTUFA	8	3.20
OTROS		
TOTAL	250	100

El tipo de cocina más frecuentemente usado por la población en estudio es el fogón en un 96.80%.

CUADRO No.21

SISTEMA DE ACUMULACIÓN DE AGUA QUE POSEEN LAS VIVIENDAS

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO
1987 A FEBRERO DE 1988.

SISTEMA DE ACUMULACION	No.	%
PILA DE RETNCIÓN	75	30
TANQUE DE AGUA	23	9.20
OTROS	152	60.80
TOTAL	250	100

En 52 viviendas que representa el 60.80% usan "otros" como sistema de acumulación *de* agua diferente a pila do retención y tanque de agua.

DISTRIBUCIÓN DE LA VIVIENDA SEGÚN LA TENENCIA DE BAÑO

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO
1987 A FEBRERO DE 1968.

BAÑO	No.	%
SI	147	58.80
NO	103	41.20
TOTAL	250	100

De las 250 familias 147 (58.80%) poseen baño y 103 (41.20%) no poseen baño.

TIPO DE ABASTECIMIENTO DE AGUA Y LOCALIZACION

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO DE 1987
A FEBRERO 1988.

ABASTECIMIENTO	INTRADOMICILIARIO		EXTRADOMICILIARIO	
	No.	§	No.	§
RIO			4	1.60
POZO	28	11.20	18	7.20
PILA			2	.80
LLAVE	164	65.60	34	13.60
TOTAL	192	76.80	58	23.20
				100

El 79.20% de la población se abastece de agua por medio de llave y de esta el 65.60% es intradomiciliaria; el 18.40% se abastece de agua por medio de pozo, 1.60% la obtiene de río y 0.80% de pila.

INGRESO ECONOMICO FAMILIAR Y TIPO DE ABASTECIMIENTO DE AGUA

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO 1987 FEBRERO DE 1988.

INGRESO ECONOMICO	ABASTECIMIENTO										TOTAL	
	RIO		POZO		PILA		LLAVE					
	No.	¢	No.	¢	No.	¢	No.	¢	No.	¢		
≤ 99			4	1.60	1	.40			14	5.60	19	7.60
100-199	2	.80	8	3.20	1	.40			86	34.40	97	38.80
200-299			14	5.60					53	15.20	47	18.80
300-399			19	7.60					17	6.80	36	14.40
400-499			1	.40					24	9.60	25	10
500 Y MAS	2	.80							24	9.60	26	10.40
TOTAL	4	1.60	46	18.40	2	.80			198	79.20	250	100

Este cuadro muestra que en los diferentes grupos económicos a excepción del grupo de 300-399 (que se abastece con por medio de pozo), se abastecen de agua por medio de llave.

CUADRO No. 25

MÉTODOS DE POTABILIZACIÓN DE AGUA

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO
DE 1987 A FEBRERO 1988.

POTABILIZACION	No .	%
HERVIDA	69	27.60
CLORADA	20	8
FILTRADA		
NINGUNA	161	64.40
OTROS		
TOTAL	250	100

El 64.40% de la población no usa ningún medio de potabilización de agua y el 27.60% hierve el agua.

EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE JUNIO DE 1967. FEBRERO 1968. SAN JUAN DE FLORES.

POTABILIZACION	INGRESO ECONOMICO FAMILIAR														TOTAL
	\$ 99		100-199		200-299		300-399		400-499		500 Y MAS		TOTAL		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		No.	
HERVIDA	6	2.40	32	12.80	8	3.20	11	4.40	7	2.80	5	2	69	27.60	
CLORADA			2	.80	5	2	4	1.60	4	1.60	5	2	20	8	
FILTRADA															
NINGUNO	13	5.20	63	25.20	34	13.60	21	8.40	14	5.60	16	6.40	161	64.20	
OTROS															
TOTAL	19	7.60	97	30.80	47	18.80	56	14.40	25	10	26	10.40	250	100	

En los diferentes grupos económicos no usan ningún medio de potabilización de agua representando los siguientes porcentajes: 100(5.20%), 100-199 (25.20%), de 200-299 (13.60%) de 300-399 (8.40%) de 400-499 (5.60%) y de 500 y más (6.40%) respectivamente.

CUADRO No.27

TIPOS DE ILUMINACIÓN DE LA VIVIENDA

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO DE
1987 A PEDRERO DE 1988.

ILUMINACIÓN	No.	%
CANDELA	9	3.60
CANDIL	68	27.20
LAMPARA	4	1.60
ELECTRICIDAD	163	65.20
NINGUNO	1	.40
OTROS	5	. 2
TOTAL	250	100

El 65% de la población usa como medio de iluminación la electricidad y el 27.20% usa candil.

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO DE 1987 A FEBRERO 1988.

ILUMINACION	INGRESO FAMILIAR MENSUAL													
	≤ 99		100-199		200-299		300-399		400-499		500 Y MAS		TOTAL	
	No.	¢	No.	¢	No.	¢	No.	¢	No.	¢	No.	¢		
CANDELA	2	.80	6	2.40			1	.40					9	
CANDIL	9	3.60	34	3.60	15	6	6	2.40	2	.80	2	.80	68	27.20
LAMPARA							1	.40	1	.40	2	.80	4	1.60
ELECTR.	6	2.40	53	21.20	32	12.80	28	11.20	22	8.80	22	8.80	163	65.20
NINGUNO			1	.40									1	
OTROS	2	.80	3	1.20									5	
TOTAL	19	17.60	97	38.80	47	18.80	56	14.40	25	10	26	10.40	250	94

Este cuadro muestra la relación que existe entre el tipo de iluminación usado según ingreso mensual encontramos que en el grupo de ≤ 99 el 5.60% usa candil en los grupos de 100-199, 200-299, 300-399, 400-399 y 500 y más el medio de iluminación usado es la electricidad en (21.20% , 12.80% , 11.20% , 8.80% y 8.80%) respectivamente.

SISTEMAS DE ELIMINACIÓN DE EXCRETAS

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO

DE JUNIO 1987 A FEBRERO 1988.

EXCRETAS	No.	%
AIRE LIBRE	22	8.80
FOSA SÉPTICA	6	2.40
LETRINA	153	61.20
SERVICIO SANITARIO	69	27.60
TOTAL	250	100

El 61.20% de la población usa como medio de eliminación de excretas la letrina, el 27.06% usa servicio sanitario y el 8.60% al aire libre.

CUADRO No.30

SISTEMA DE ELIMINACIÓN DE BASURA

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE
JUNIO 1987 A FEBRERO 1988.

ELIMIN. DE BASURA	No.	%
SOLAR	36	14.40
MERA DEL SOLAR	106	42.40
ENTERRADA	11	4.40
QUEMADA	95	38
OTROS	2	80
TOTAL	250	100

De las 250 familias en estudio 106 de ellas que representa el 42.40% elimina la basura fuera del solar y el 30% la quema.

CUADRO No. 31

ANIMALES DOMESTICOS Y SU LUGAR DE PERMANENCIA

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO

DE 1987 A FEBRERO 1988.

TIPO	VIVEN EN CASA		VIVE EN SOLAR		VIVEN EN SEPARADO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
PERJÍOS	103	23.90	25	5.80	1	.23	129	29.93
GATOS	70	16.24	12	2.78	0	0	82	19.03
CABALLOS	0	0	15	3.48	35	8.12	50	11.60
CERDOS	0	0	32	7.42	3	.70	35	8.12
GALLINAS	10	2.32	104	24.13	5	1.16	119	27.61
OTROS	0	0	8	1.86	8	1.86	16	3.71
TOTAL	183	42.46	196	45.48	52	12.06	431	100

Este cuadro muestra la tenencia de animales domésticos y el sitio donde viven siendo los perros que representan el mayor porcentaje de los animales que viven en casa (23.901), de los animales que viven en solar el mayor porcentaje (24.131), es representado por las gallinas y los caballos representan el 8.12% de los animales que viven separados.

CUADRO No. 32

ESTADO DE VACUNACIÓN DE LOS ANIMALES DOMESTICOS

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO
DE 1987 A FEBRERO 1988.

TIPO DI- ANIMAL	V A C U N A D O					TOTAL
	SI		NO		No.	
	No.	%	No.	%		No.
PERROS	85	19.72	44	10.21	129	29.93
GATOS	5	1.16	77	17.87	82	19.03
CABALLOS	15	3.48	35	8.12	50	11.60
CERDOS	1	.23	34	7.89	35	8.12
GALLINAS	1	.23	118	27.38	119	27.61
OTROS	1	.23	15	3.48	16	3.71
TOTAL 108		25.06	323	74.94	431	100

La mayoría de los animales no están vacunados, ocupando el primer lugar las gallinas en 27.38% de los perros el 19.721 están vacunados y el 10.21% no lo están.

CUADRO No. 33

TIPOS DE SERVICIOS DE SALUD USADOS POR LA FAMILIAS

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO DE 1987 A FEBRERO DE 1988.

TIPO DE ASISTENCIA	No .	%
CURANDERO	2	.80
ENFERMERA CENTRO DE SALUD	9	3.00
HOSPITAL	184	73.60
CLÍNICA PRIVADA	30	12
OTROS	20	8
	5	2
TOTAL	250	100

La mayoría de la población asiste al centro de salud representa el 73.60%, un 121 asiste al Hospital. Y sólo un 0.80% visita al curandero.

CUADRO No. 34

RAZONES DE LA INASISTENCIA DE LAS FAMILIAS AL CENTRO
DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN PC FLORES EN EL
PERIODO DE JUNIO DE 1987 A FEBRERO DE 1988.

RAZÓN DE NO ASISTENCIA AL CENTRO DE SALUD	No.	%
DEFICIENTE ATENCIÓN	8	12.12
INADECUADAS REL.HUMANAS		
DEFICIENCIA EN MEDICAMENTOS	31	46.97
DESAVENENCIAS CON ENFERMERA	5	7.58
DISTANCIA	17	25.76
OTROS	5	7.58
TOTAL	66	100

El 47.97% de la población no asiste al Centro de Salud por deficiencia en medicamentos y el 25.76% por razones de distancia.

NUMERO DE GESTACIONES MATERNAS Y EDAD

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO JUNIO 1987-FEB. 1988

No. DE EMBARAZOS	15-19 AÑOS		20-24 AÑOS		25-29 AÑOS		30-34 AÑOS		35-39 AÑOS		40 Y MAS AÑOS		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0	13	5.20	17	6.80	7	2.80	2	.80	4	1.60	3	1.20	46	18.40
1	11	4.30	19	7.60	3	1.20	4	1.60	1	.40	1	.40	59	15.60
2-3	1	.40	14	5.60	15	6	2.80	7	2.80	3	1.20	10	4	20
4-5	0	0	9	3.60	12	4.80	7	2.80	6	2.40	7	2.80	41	16.40
6-7	0	0	0	0	9	3.60	3	1.20	4	1.60	9	3.60	25	10
8-9	0	0	1	.40	7	2.80	6	2.40	3	1.20	11	4.40	28	11.20
10 Y MAS.	0	0	1	.40	2	.80	3	1.20	4	1.60	11	4.40	21	8.40

Este cuadro muestra que en el grupo de edad de 15-19 años el 5.20% no han tenido embarazos; en el grupo de 20-24 años el 7.60% han tenido un (1) embarazo, en el grupo de 25-29 años el 6% ha tenido de 2-3 embarazos, en el grupo de 30-34 años el 2.80% han tenido de 2-5 embarazos, en el grupo de 35-39 años el 2.40% ha tenido de 4-5 embarazos y en el grupo e 40 y más el 8.80% ha tenido de 8-10 y más embarazos.

CUADRO No. 35-B

PREVALENCIA DE ABORTOS EN LA POBLACIÓN FEMENINA EN EDAD FERTIL
EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO DE
FEBRERO DE 1988

A B O R T O	No.	%
SI	58	6.23
NO	873	93.77
TOTAL	931	100

Este cuadro muestra que de un total de 931 embarazos el 6.23% terminó en aborto.

EDAD DE LA MENARQUIA EN LA POBLACIÓN FEMENINA

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO JUNIO 1987
FEBRERO 1988.

MENARQUIA	No.	%
< 10 años	5	2
10-12 años	32	12.80
13-15 años	196	78.40
16-18 años	16	6.40
18 años	1	.40
TOTAL	250	100

Este cuadro muestra que la edad más frecuente de la menarquia está concentrada
En el grupo de 13-15 años en 78.40%

CUADRO No. 37

DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES SEGÚN SU EDAD AL PRIMER EMBARAZOEN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES PERIODO JUNIO DE 1987FEBRERO DE 1988

EDAD AL PRIMER EMBARAZO	No.	%
< 15 años	10	4.90
15-18 años	88	43.14
19-24 años	79	38.73
25-29 años	17	8.33
30 Y MAS	10	4.90
TOTAL	204	100

La edad más frecuente del primer embarazo es de 15-18 años en 43.14%.

CUADRO No. 38

SERVICIOS UTILIZADOS EN LA ATENCIÓN DEL PARTO

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES, PERIODO JUNIO 1987-FEB.1988

ATENDIÓ EL PARTO	No.	%
MEDICO	162	18.56
ENFERMERA	4	.46
PARTERA	706	80.87
SOLA	1	.11
OTROS		
TOTAL	873	100

Este cuadro muestra que de 873 partos, al 80.87%, fueron atendidos por parteras representando el mayor porcentaje y el 18.56% son atendidas por médicos.

CONDICIÓN DEL PRODUCTO AL NACER SEGÚN EL LUGAR DE PARTO
EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE
JUNIO DE 1987 A FEBRERO DE 1988.

LUGAR DE NACIMIENTO	CONDICIÓN AL NACER				TOTAL	
	V I V O		M U E R T O		No.	%
	No.	%	No.	%		
HOSPITAL	158	18.10	2	.23	160	18.23
CENTRO DE SALUD	6	.69	0	.0	6	.69
CASA	694	79.50	13	1.49	707	80.99
OTROS						
TOTAL	858	98.28	15	1.72	873	100

De 858 productos que nacen vivos el 79.50% de ellos son partos atendidos en casa, y el 18.1% intrahospitalarios, de los productos obitados el 1.49% son atendidos en casa.

CUADRO No. 40

PESO DEL PRODUCTO AL NACER SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO DE
1987 A FEBRERO 1988.

EDAD GESTACIONAL	P E S O							
	ADECUADO		BAJO		NOCONSIGNADO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
PRETERMINO	8	.92	3	.34	8	.92	19	2.18
TERMINO	146	16.72	4	.46	676	77.43	826	94.62
POSTERMINO	1	.11	2	.23	25	2.86	28	3.21
TOTAL	155	17.75	9	1.03	709	81.21		100

La mayoría de los productos que nacieron a término tuvieron peso adecuado, representando el 16.72%; el 0.46% de productos nacidos a término fueron de bajo peso y el 77.43% de los productos no se consignó su peso.

CUADRO No. 41

PESO DEL PRODUCTO AL NACER SEGÚN SEXO EN EL MUNICIPIODE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO 1987 A FEB.

1988.

PESO	S E X O				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	No.	%	No.	%	No.	%
ADECUADO	67	16.42	88	18.9	155	17.75
BAJO	4	.98	5	2	9	1.03
NO CONSIGNADO	337	82.60	372	1.08	709	81.21
				80		
TOTAL	408	100	465	100	873	100

El 82.60% de productos del sexo masculino y el 80% de productos del sexo femenino su peso no fue consignado.

CUADRO No. 42

UTILIZACIÓN DE ANTICONCEPTIVOS POR LA POBLACIÓN FEMENINA EN EDAD FERTIL EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIO DE JUNIO 1987 A FEBRERO 1988

USO DE ANTICONCEPTIVOS	NUMERO	PORCENTAJE
S I	49	19.60
N O	201	80.40
T O T A L	250	100

El 80.40 % de las mujeres en edad reproductiva no hace uso de anticonceptivos y el 19.60% hace uso de ellos.

CUADRO No. 43

TIPO DE METODO ANTICONCEPTIVO UTILIZATO POR LA POBLACIÓN FEMENINA EN EDAD FERTIL EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIO DE JUNIO DE 1987 A FEBRERO DE 1988.

TIPO DE ANTICONCEPTIVOS	No .	%
A. ORALES	38	77.55
DIU	4	8.16
PRESERVATIVOS	1	2.04
NATURALES	6	12.24
ESPERMATICIDAS		
QUIRÚRGICOS		
OTROS		
TOTAL	49	100

De las mujeres que hacen uso de anticonceptivos el 77.55% usa anticonceptivos orales y el 12.24% usa métodos naturales.

CUADRO No. 44

RELACIÓN ENTRE LA UTILIZACIÓN DE ANTICOSEPTIVOS Y EL INGRESO MENSUAL FAMILIAR. EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO

JUNIO 1987 A FEBRERO 1988

INGRESO FAMILIAR (LPS.)	USO DE ANTICONCEPTIVOS				TOTAL	
	SI		NO		No.	%
	No.	%	No.	%		
< 99	7	2.80	12	4.80	19	7.60
100-199	20	8	77	30.80	97	38.80
200-299	15	6	32	12.80	47	18.80
300-399	2	.80	34	13.60	36	14.40
400-499	2	.80	23	9.20	25	10
500 Y MAS	3	1.20	23	9.20	26	10.40

El 8% de las mujeres que hacen uso de anticonceptivos y el 30.80% que no hacen uso de anticonceptivos tienen un ingreso mensual familiar de 100.199.

CUADRO No. 45

MOTIVOS POR LOS CUALES SE UTILIZAN ANTICONCEPTIVOS

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO DE
1987 A FEBRERO DE 1988.

MOTIVO	No .	%
NO DESEA MAS HIJOS	20	40.82
ESPACIAR EMBARAZOS	18	26.73
ENPERM. MATERNAS	1	2.04
ECONOMICOS	4	8.16
OTROS	6	12.24
TOTAL	49	100

El motivo más frecuente por el cual las mujeres hacen uso de anticonceptivos es porque no desean más hijos y representan el 40.82%.

CUADRO No. 46

.TIPO DE LACTANCIA Y EDAD DE INICIO.

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO
1987 A FEBRERO 1988.

EDAD EN MESES	TIPO DE LACTANCIA						TOTAL	
	MATERNA		MIXTA		ARTIFICIAL		No.	%
	NO.	%	NO	%	No.	%		
0-3	13	40.63	9	28.13	0	0	22	68.75
4-6	7	21.88	2	6.25	1	3.13	10	31.25
7-9								
TOTAL	20	62.50	11	34.38	1	3.13	32	100

De 0-3 meses el tipo de lactancia más frecuentemente usado es materno en un 40.63% y lactancia mixta en un 28.13%, y el 0% usa lactancia artificial, de 4-6 meses el 21.88% de lactancia materna, el 6.25% lactancia mixta, el 3.13% lactancia artificial.

LACTANCIA MATERNA POR INGRESO ECONOMICO FAMILIAR

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO 1987 A FEBRERO 1988.

LACTAN CIA	I N G R E S O M E N S U A L													
	≤ 99	100-199	200-299	300-399	400-499	500 Y MAS	TOTAL							
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%				
SI	7	2.80	11	4.40	6	2.40	3	1.20	2	.80	3	1.20	32	12.80
NO	12	4.80	86	34.40	41	16.40	53	13.20	25	9.20	23	9.20	218	87.20
TOTAL	19	7.60	97	38.80	47	18.80	56	14.40	25	10	26	10.40	250	100

En los diferentes grupos economicos la mayoría de las madres presentando el mayor porcentaje en el grupo económico de 100-199 (4.40%).

TIPO DE LACTANCIA Y TENENCIA DE TIERRA

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO JUNIO 1987 A FEBRERO 1988.

TENENCIA DE LA TIERRA	TIPO DE LACTANCIA						TOTAL	
	MATERNA		MIXTA		ARTIFICIAL		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
PROPIA	12	37.50	7	21.88	1	3.13	20	62.50
ALQUILADA	6	18.75					6	18.75
PRESTADA	1	3.13	4	12.50			5	15.63
NO TIENE OTROS	1	3.13					1	3.13
TOTAL	20	62.50	11	34.38	1	3.13	32	100

De las personas que poseen tierra propia el 37.50% da lactancia materna y el 21.88% da lactancia mixta, de las personas que alquilan tierra el 18.75% da lactancia materna.

CUADRO No.4 9

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN LACTANTE DE ACUERDO ALA EDAD DE DESTETE

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO JUNIO 1987 A FEBRERO 1988

E D A D	No.	%
< 1 MES	2	33.33
1-6 MESES	1	16.67
7-11 MESES	2	33.33
12 MESES Y MAS	1	16.67
TOTAL	6	100

La edad más frecuente del destete es en niños menores de 1 mes y de 7-11 meses representando el 33,33% en cada una de ellas respectiva.

EDAD DE INTRODUCCION DE ALIMENTOS AL NIÑO LACTANTE EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES
EN EL PERIODO DE JUNIO DE 1987 A FEBRERO DE 1988.

ALIMENTOS	HASTA 3 M.		4-6 MESES		7-11 MESES		12 MESES Y MAS		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
LECHE DE VACA	1	2.94	14	41.18	17	50	2	5.88	34	17.00
LECHE ENLATADA	2	8	10	40	12	48	1	4	25	12.56
PAPAS	1	7.69	5	38.46	5	38.46	2	15.38	13	6.53
HUEVO	1	3.70	8	29.63	14	51.85	4	14.81	27	13.57
FRUTAS	1	9.09	2	18.18	6	54.55	2	18.18	11	5.53
TORTILLA	0	0	3	30	6	60	1	10	10	5.03
FRIJOLES	1	25	2	50	1	25	0	0	4	2.01
DERIV. DE LECHE	0	0	1	25	2	50	1	25	4	2.01
VERDURAS	0	0	1	14.29	5	71.43	1	14.29	4	3.52
CARNE	0	0	3	75	1	25	0	0	4	2.01
ARROZ	0	0	5	38.46	7	53.85	1	7.69	13	6.53
SOPA FRIJOLES	0	0	11	44	8	32	6	24	25	12.56
OTRAS SOPAS	3	13.65	6	27.27	11	50	2	9.09	22	11.06
TOTAL	10		71		95		23		199	100%

El alimento que se consume con mayor frecuencia a la edad de 3 meses son las sopas en un 13.64% de 4-6 meses el alimento más usado es la leche de vaca en un 41.18% y lecha enlatada en un 40%, de 7-11 meses el alimento más usado es la leche de vaca en un 50% y de 12 meses y más el alimento que más se consume son las frutas en 18.18% y las papas en un 15.38% respectivamente.

CUADRO No. 51

DISTRIBUCIÓN DE LA TENENCIA DE TIERRA

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO DE 1987 A FEBRERO 1988.

TIERRA	No.	%
PROPIA	29	11.60
ALQUILADA	44	17.00
PRESTADA	10	4
NO TIENE	161	64.40
OTROS	0	2.40
TOTAL	250	100

El 64.40%, de la población carece de tierras propias y el 17.60% alquila.

CUADRO No. 52

EXTENSIÓN DEL M ÁREA DE TERRENO DE LA POBLACIÓN QUE POSEE PARCELAS

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO 1987 A FEB.
1988.

NUMERO DE MANZANAS	No.	%
<-1 MANZANA	32	35.90
1-5 MANZANAS	45	50.50
6-10 MANZANAS	7	7.87
11-15 MANZANAS		
16-20 MANZANAS		
20 MANZANAS	5	5.62
TOTAL	89	100

De un total de 89 personas que posee tierra el 86.52%, poseen menos de 1 o hasta 5 manzanas de tierra, mientras que solo un 5.62% paseen 20 manzanas o más.

NOMBRE DE MANZANAS CULTIVADAS SEGUN TIPO DE DEDICACION

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO DE 1987 a FEBRERO 1988.

No. DE MANZANAS	MAIZ		FRIJOLES		CAFE		CASA		PASTOS		GANADO		OTROS		TOTAL	
	No.	§	No.	§	No.	§	No.	§	No.	§	No.	§	No.	§	No.	§
< 1	39	20.53	37	19.47	4	2.11	0	0	1	.53	0	0	0	0	81	48.50
1-5	36	18.95	29	15.26	2	1.05	2	1.05	1	.53	1	.53	1	.53	72	43.11
6-10	2	1.05	2	1.05	2	1.05	1	.53	1	.53	1	.53	0	0	9	5.59
11-15									1	.53	1	.53			2	1.20
16-20																
20 Y MAS	5	1.58													3	1.80
TOTAL	80	42.11	68	35.79	8	4.21	3	1.58	4	2.11	3	1.58	1	.53	167	100

De las personas que posee menos de una manzana el 20.53% cultiva maiz, el 19.47% cultiva frijol y el 2.11% cultiva café, las personas que poseen de 1-5 manzanas el 18.95% cultiva maiz, el 15.26% cultiva frijol el 1.05% cultiva café y caña y el 0.53% posee ganado y para pastos.

CUADRO No. 54

TIPO DE ALIMENTOS Y LA FRECUENCIA DE CONSUMO

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL

PERIODO DE JUNIO 1987 A FEB.1988.

ALIMENTOS	DIARIO		1 VEZ/SEM		1 VEZ/SEM.		RARA VEZ.		TOTAL
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
LECHE	76	30.40	35	14	61	24.40	78	31.20	250
QUESO,CUAJAD	69	27.60	33	13.20	126	50.40	22	8.80	250
Δ HUEVOS	14	5.60	25	10	197	78.80	14	5.60	250
CARNE.	16	6.40	81	32.40	108.	43.20	45	18	250
FRIJOLES	233	93.20	2	.80	1	.40	14	5.60	250
HOJAS	6	2.40	26	10.40	8	3.20	210	84	250
HORTALIZAS	6	2.40	6	2.40	8	3.20	230	92	250
OTRAS VERDURAS	67	26.80	13	5.20	89	35.60	81	32.40	250
PAPAYA	0	0	1	.40	5	2	244	97.60	250
MANGO	0	0	0	0	3	1.20	247	98.80	250
FRUTA NARANJA	2	.80	13	5.20	6	2.40	229	91.60	250
PLÁTANO	3	1.20	81	32.40	47	18.80	119	47.60	250
BANANO	12	4.80	38	15.20	117	40.80	83	33.20	250
RAÍCES	16	6.40	61	24.40	85	34	88	35.20	250
TORTILLAS	244	97.60	2	.80	2	.80	2	.80	250
ARROZ	168	67.20	14	5.60	55	22	13	5.20	250
PAN	167	66.80	11	4.40	31	12.40	41	16.40	250
OTROS CEREALES	14	5.60	53	21.20	12	4.80	171	68.40	250
MARGARINA	14	5.60	21	8.40	9	3.60	206	82.40	250
MANTECA	132	52.80	9	3.60	48	19.20	61	24.40	250
CHOCOLATE	17	6.80	2	.80	9	3.60	222	88.80	250
OTROS	1	.40	13	5.20	9	3.60	227	90.80	250

Las tortillas y frijoles son los alimentos que con frecuencia se consumen a diario en 97.60% y 93.20% el plátano que representan el 32.40% se consumen una vez por semana, los huevos y queso o cuajada que representan el 78.80% y 50.40% se consumen una vez por semana, los alimentos que se consumen rara vez son las frutas como mango o papaya, naranja que representan el 91.60%, 97.60%, y 91.60% respectivamente.

CUADRO No. 55

TIPO DE ALIMENTOS Y SU CONSUMO POR LOS MIEMBROS DEL
GRUPO FAMILIAR EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES
EN EL PERIODO DE JUNIO 1987 A FEBRERO DE 1988.

ALIMENTOS	TODOS		SOLO NIÑOS		SOLO ADULTOS		TOTAL
	No.	%	No.	%	No.	%	
LECHE	218	87.20	30	12	2	.80	250
QUESO, CUAJADA	248	99.20	1	40	1	.40	250
HÜEVOS	244	97.60	6	2.40	0	0	250
CARNE	249	99.60	1	40	0	0	250
FRIJOLES	250	100	0	0	0	0	250
HOJAS	249	99.60	0	0	1	.40	250
HORTALIZAS	250	100	0	0	0	0	250
OTRAS VERDURAS	249	99.60	0	0	1	.40	250
PAPAYA	250	100	0	0	0	0	250
MANGO	250	100	0	0	0	0	250
FRUTA NARANJA	250	100	0	0	0	0	250
PLÁTANO	250	100	0	0	0	0	250
BANANO	248	99.20	2	.80	0	0	250
RAÍCES	250	100	0	0	0	0	250
TORTILLAS	250	100	0	0	0	0	250
ARROZ	250	100	0	0	0	0	250
PAN	250	100	0	0	0	0	250
OTROS CEREALES	250	100	0	0	0	0	250
MARGARINA	250	100	0	0	0	0	250
MANTECA	250	100	0	0	0	0	250
CHOCOLATE	250	100	0	0	0	0	250
OTROS	250	100	0	0	0	0	250

La mayoría de los alimentos son consumidos por todo el núcleo familiar, alimentos como leche y el huevo son consumidos por niños en un 12% y 2.40% respectivamente.

DIETA FAMILIAR Y TENENCIA DE LA TIERRA

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO DE 1987
A FEBRERO DE 1988,

ALIMENTOS	TENENCIA DE LA TIERRA										'AL
	PROPIA		ALQUI LA		PRESTADA		NO TIENE		OTROS		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
LECHE	29	11.60	44	17.60	10	4	161	64.40	6	2.40	250
QUESOCUAJADA	29	11.60	44	17.60	10	4	161	64.40	6	2.40	250
HUEVOS	29	11.60	44	17.60	10	4	161	64.40	6	2.40	250
CARNE	29	11.60	44	17.60	10	4	161	64.40	6	2.40	250
FRIJOLES	19	11.60	44	17.60	10		161	64.40	6	2.40	250
HOJAS	29	11.60	44	17.60	10	4	161	64,40	6	2.40	250
HORTALIZAS	29	11.60	44	17.60	10	4	161	64.40	6	2.40	250
OTRAS VERDU.	29	11.60	44	17.60	10	4	161	64.40	6	2.40	250
PAPAYA	29	11.60	44	17.60	10	4	161	64.40	6	2.40	250
MANCO	29	11.60	44	17.60	10	4	161	64.40	6	2.40	250
FRUTA NARAN.	29	11.60	44	17.60	10	4	161	64.40	6	2.40	250
PLÁTANO	29	11.60	14	17.60	10	4	161	64.40	6	2.40	250
BANANO)	29	11.60	44	17.60	10	4	161	64.40	6	2.40	250
RAICES	29	11.60	44	17.60	10	4	161	64.40	6	2.40	250
TORTILLA	29.	11.60	44	17.60	10	1	161	64.40	6	2.40	250
PAN	29	11.60	44	17.60	10	1	161	64.40	6	2.40	250
OTROS CERLS	29	11.60	44	17.00	10	4	161	64.40	6	2.40	250
MARGARINA	29	11.60	44	17.60	10	4	161	64.40	6	2.40	250
MANTECA	29	11.60	44	17.60	10	4	161	64.40	6	2.40	250
CHOCOLATE	29	11.60	44	17.60	10	4	161	64.40	6	2.40	250
OTROS	29	11.60	44	17.60	10	4	161	64.40	6	2.40	250

Todos los habitantes que poseen tierra propia consumen todos los alimentos en un 11.60 los que poseen tierra alquilada en un 17.60% los que poseen tierra prestada en un 4% los que no poseen tierra consumen todos los alimentos en un 64.40% otros consumen todos los alimentos en un 2.40%.

DIETA FAMILIAR Y TENENCIA DE LA VIVIENDA

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO DE 1987 A
FEBRERO DE 1988.

	TENENCIA DE LA VIVIENDA								TOTAL
	PROPIA		ALQUILADA		PRESTADA		PAG. PLAZO		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
LECHE	157	62.80	55	22	36	14.40	2	.80	250
QUESO, CUAJADA	157	62.80	55	22	36	14.40	2	.80	250
HUEVOS	157	62.80	55	22	36	14.40	2	.80	250
CARNE	157	62,80	55	22	36	14,40	2	.80	250
ER1 JOLES	157	62.80	55	22	36	14.40	2	.80	250
HOJAS	157	62.80	55	22	36	14.40	2	.80	250
HORTALIZAS	157	62.80	55	22	36	14.40	2	.80	250
OTRAS VERD.	157	62.80	55	22	36	14.40	2	.80	250
PAPAYA	157	62.80	55	22	36	14.40	2	.80	250
MNGO	157	62.80	55	22	36	14.40	2	.80	250
FRUTA NARANJA	157	62.80	55	22	36	14.40	2	.80	250
PLÁTANO	157	62.80	55	22	36	14.40	2	.80	250
BANANO	157	62.80	55	22	36	14.40	2	.80	250
RAICES	157	62.80	55	22	36	14.40	2	.80	250
TORTILLAS	157	62.80	55	22	36	14.40	2	.80	250
ARROZ	157	62.80	55	22	36	14.40	2	.80	250
PAN	157	62.80	55	22	36	14.4	2	.80	250
OTROS CEREALES	157	62.80	55	22	36	14.4	2	.80	250
MARGARINA	157	62.80	55	22	36	14.4	2	.80	250
MANTECA	157	62.80	55	22	36	14.4	2	.80	250
CHOCOLATE	157	62.80	55	22	36	14.40	2	.80	250
OTROS	157	62.80	55	22	36	14.40	2	.80	250

De los individuos que poseen vivienda propia el 62.80% consumen todos los alimentos, el 22% de los que tienen vivienda alquilada consumen todos los alimentos, el 14.40% y 0.80% consumen todos los alimentos de los que tienen vivienda prestada o la están pagando a plazos.

NUMERO DE MANZANAS DE TIERRA CULTIVADAS E INGRESO MENSUAL FAMILIAR

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO DE 1967 A FEBRERO DE 1968.

NUMERO DE MANZANAS	INGRESO MENSUAL													
	≤ 99		100-199		200-299		300-399		400-499		500 Y MAS		TOTAL	
	No.	¢	No.	¢	No.	¢	No.	¢	No.	¢	No.	¢	¢	
1	12	7.19	34	20.36	23	13.77	8	4.79	3	1.80	1	.60	81	48.50
1-5	3	1.80	36	21.56	11	6.59	7	4.19	9	5.39	6	3.59	72	43.11
6-10	2	1.20	4	2.40							3	1.80	9	5.39
11-15											1	.60	2	1.20
16-20														
20 Y MAS					1	.60							2	1.20
TOTAL	17	10.18	74	44.31	36	21.56	16	9.58	14	8.58	10	5.99	167	100

De la personas que tiene menos de una manzana el 7.19% tiene un ingreso mensual de 99, el 13.77% tiene un ingreso de 200-299 y el 4.79% tiene un ingreso de 300-399, las personas que poseen de 1-5 manzanas el 21.56% tiene un ingreso de 100-199, el 5.39% de 400-499 y el 3.59% de 500 y más.

CUADRO No. 59

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN MENOR DE CINCO AÑOS POR GRUPOS
DE EDAD SEGÚN ESTADO DE VACUNACIÓN EN EL MUNICIPIO DE SAN
FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO 1987 A FEBRERO 1988.

EDAD	V A C U N A D O				T O T A L	
	SI		NO		No.	%
	No.	%	No.	%		
< 1 AÑO	22	12.72	12	6.94	34	19.65
12-23 M.	21	12.14	5	2.89	26	15.03
24-35 M.	50	28.90	0	0	50	28.90
36-47 M.	27	15.61	1	.58	28	16.18
48-60 M.	35	20.23	0	0	35	20.23
TOTAL	155	89.60	18	10.40	173	100

De un total de 173 niños el 89.60% está vacunado concentrándose el *mayor* porcentaje en el grupo de edad, de 24-35 M. Y que representa el 28.90% el menor % de los niños no vacunados se concentra en el grupo de los menores de 18 con un **6.94% en los grupos de edad de 24-35 M y 48.60M, todos los niños están vacunados.**

CUADRO No. 60-A

TIPO DE VACUNACIÓN Y NUMERO DE DOSIS EN LA POBLACIÓNMENOR DE CINCO AÑOS(SABIN Y DEPT)

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO DE 1987 A
FEBRERO DE 1988.

DOSIS	VACUNAS									
	SAB		IN		DPT		SARAMPIÓN		BCG	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1a.	14	9.27	10	6.58	134	100	136	100		
2a.	3	1.99	4	2.63						
3a.	5	3.31	5	3.29						
REFUERZO	129	85.43	133	87.50						
TOTAL	151	100	152	100	134	100	136	100		

El 85.43%, de los niños menores de 5 A. han recibido dosis de refuerzo de SABIN y el 87.50%, de DPT; el 100% han recibido dosis de Sarampión y BCG.

TIPO DE VACUNACION SEGUN EDAD (DPT)

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO 1987 A FEBRERO 1988.

E D A D	DPT											
	1A. DOSIS		2a. DOSIS		3a. DOSIS		REFUERZO		TOTAL			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
1 A.	6	3.95	4	2.63	3	1.97	6	3.95	19	12.50		
12-23 M.	2	1.32	0		2	1.32	17	11.18	21	13.82		
24-35 M.	1	.66	0	0	0	0	49	32.24	50	32.89		
36-47 M.	1	.66	0	0	0	0	26	17.11	27	17.76		
48-60 M.							35	23.03	35	23.03		
TOTAL	10	6.58	4	2.63	5	3.29	133	87.50	152	100		

El 3.95% de niños menores de un año han recibido la dosis de DPT el 2.63% en el mismo grupo de edad - ha recibido segunda dosis , y ha recibido tercera dosis el 1.97%, el 32.24% de niños que han recibido refuerzo y que representa el mayor porcentaje se concentra en el grupo de 24-35 M.

TIPO DE VACINACION SEGUN EDAD (SABIN)

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO 1987 A FEB. 1988.

E D A D	S A B I N											
	1a. DOSIS		2a. DOSIS		3a. DOSIS		REFUERZO		TOTAL			
	No.	\$	No.	\$	No.	\$	No.	\$	No.	\$		
≤ 1 A.	8	5.30	3	1.99	3	1.99	6	5.97	20	13.25		
12-25 M.	2	1.32			2	1.32	16	10.60	20	13.25		
24-35 M.	3	1.99					46	30.46	49	32.45		
36-47 M.	1	.66					26	17.22	27	17.88		
48-60 M.							35	23.18	35	23.18		
TOTAL	14	9.27	3	1.99	5	3.31	129	85.43	151	100		

En el grupo de edad de mayor el 5.30% ha recibido 1a. dosis , el 1.99 2a. dosis y 1.99 3a. dosis, el 30.46% que representa el menor % ha recibido dosis de refuerzo y se concentra en el grupo de edad de 24-35 M.

CUADRO No. 61 - C
TIPO DE VACUNACIÓN SEGÚN EDAD (SARAMPION)

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO 1987 A
FEBRERO 1988.

EDAD	SARAMPIÓN					
	AIECUADO		NO ADECUADO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
< 1 A.	9	5.20	13	7.51	22	12.72
12-23 M.	18	10.40	7	4.05	25	14.45
24-35 M.	46	26.59	10	5.78	56	32.37
36-47 M.	27	15.61	3	1.73	30	17.34
48-60 M.	34	19.65	6	3.47	40	23.12
TOTAL	134	77.46	39	22.54	173	100

De un total de 173 niños el 77.46% está vacunado contra el Sarampión concentrándose mayor % de niños vacunados en el grupo de edad de 24-35 M., represento el 26.59%, el mayor % de niños con esquema no adecuado se concentra en el grupo de edad de menores de 1 año.

CUADRO No. 62

PREVALENCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN LA
POBLACIÓN MENOR DE 5 AÑOS

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO DE 1987
A FEBRERO DE 1988.

ESTADO DE SALUD	No .	%
SANO	120	60.61
IRA	78	39.39
TOTAL	198	100

De un total de 198 niños el 39.39% presentan IRA y el 60.61% están sanos.

LACTANCIA MATERNA Y GRAVEDAD DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO DE 1987 A FEBRERO DE 1988.

ESTADO DE SALUD	LACTANCIA MATERNA						TOTAL
	SI			NO			
	No.	%	No.	%	No.	%	
IRA LEVE	19	24.36	30	38.46	49	62.82	
IRA MODER.	6	7.69	23	29.49	29	37.18	
IRA SEVERA							
TOTAL	25	32.05	53	67.95	78	100	

62.82% de los casos de IRA corresponden a su forma leve de estos 24.36% en niños que recibieron lactancia materna y 38.46% en los que no recibieron; 37.18% son de IRA moderada y de éstos 7.69% en niños que lactaron y 29.49% en los que no recibieron lactancia; no se encontró casos de IRA severa.

CUADRO No. 64

UBICACIÓN ANATÓMICA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y
EDAD EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS,

EN EL MUNICIPIO *DE* SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO 1987 A
FEBRERO DE 1988.

EDAD	I R A						TOTAL	
	ALTA		BAJA		MIXTA			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0-11 M.	12	15.38	0	0	4	5.13	16	20.51
12-23 M.	14	17.95	4	5.13	1	1.28	19	24.36
24-35 M.	9	11.5*	7	8.97	0	3.85	16	20.51
36-47 M.	16	20.51	1	1.28	3	1.28	20	25.64
48-60 M.	3	3.85	3	3.85	i		7	8.97
TOTAL	54	69.23	15	19.23	9	11.54	78	100

El 69.23% de los niños menores de 5 años presentan IRA alta concentrándose el mayor porcentaje en el grupo de 36-47 M. que representa el 20.51%, el 19.23 % presentaban IRA baja concentrándose el mayor porcentaje en el grupo de 24-35 M. con un 8.97% y el 11.54% presentaba IRA mixta el mayor porcentaje se concentraba en el grupo de 0-11 M. con un 5.13%.

CUADRO No.65

EDAD DEL DESTETE Y GRAVEDAD DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO 1987 A FEBRERO 1988.

EDAD	I R A						TOTAL	
	LEVE		MODERADA		SEVERA			
	No .	%	No .	%	No .	%		
1 -3 M	1	10					1	10
4 - 6 M.	2	20					2	20
7-11M.	2	20					2	20
12-23M.	4	40	1	10			5	50
TOTAL	9	90	1	10			10	100

Este cuadro muestra que los niños que fueron destetados de 12-23 meses el 40% presentó IRA LEVE y el 10% IRA MODERADA, de 0-11 meses ningún niño presentó IRA MODERADA.

GRAVEDAD DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y ESTADO DE INMUNIZACION CON DPT

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO DE 1987 A FEBRERO DE 1988.

I R A	D P T						TOTAL
	ADECUADO			NO ADECUADO			
	No.	%	No.	%	No.	%	
LEVE	35	44.87	14	17.85	49	62.82	
MODERADA	27	34.62	2	2.56	29	37.18	
SEVERA							
TOTAL	62	79.49	16	20.51	78	100	

El 79.49% de la población menor de 5 años con esquema adecuado de DPT presentó IRA siendo la más frecuente la IRA leve en un 44.87% y solo el 20.51% de los niños con esquemas no adecuados presentó IRA - siendo la más frecuente la IRA leve en un 17.50%.

GRAVEDAD DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y ESTADO DE INMUNIZACION

CON SARAMPION

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO DE 1987 A FEBRERO DE 1988.

I R A	S A R A M P I O N				TOTAL
	ADECUADO		NO ADECUADO		
	No.	%	No.	%	
LEVE	34	43.59	15	19.23	49 62.82
MODERADA	23	29.49	6	7.69	29 37.18
TOTAL	57	73.08	21	26.92	78 100

Este cuadro muestra que el 73.08% de los niños a quienes se les aplicó la vacuna del Sarampión a edad adecuada presentaron IRA.

CUADRO No. 68

GRAVEDAD DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y ESTADO NUTRICIONAL
EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS EN LA COMUNIDAD DE SAN JUAN DE FLORES.

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO DE 1987
A FEBRERO 1988

I R A	N U T R I C I O N				T O T A L	
	N O R M A L		B A J O P E S O		N o .	%
	N o .	%	N o .	%		
LEVE	31	39.74	18	23.08	49	62.82
MODERADA	25	32.05	4	5.13	29	37.18
SEVERA						
TOTAL	56	71.79	22	28.21	78	100

El 71.79% de niños con peso normal presentó IRA siendo más frecuente la IRA Leve en un 39.24% y solo el **28.21%** de los niños con bajo peso presentó IRA ocupando siempre el primer lugar la **IRA LEVE**

CUADRO No. 69

GRAVEDAD DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y UBICACIÓN ANATOMICA

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO 1987 A FEBRERO 1988.

I R A	ALTA		BAJA		MIXTA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
LEVE	44	56.41	3	3.85	2	2.56	49	62.82
MODERADA	10	12.82	12	15.38	7	8.97	29	37.18
SEVERA								
TOTAL	54	69.23	15	19.23	9	11.54	78	100

Este cuadro muestra que el 69.23% presentó IRA alta, siendo más frecuente la IRA Leve que representa el 56.41%; el 19.23% presentó IRA baja y el 11.54% presentaron IRA Mixta.

ATENCIÓN DE SALUD UTILIZADA PARA EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO DE 1987 A FEBRERO DE 1988.

I R A	T R A T A M I E N T O						TOTAL	
	SI			NO			No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
NO LO TRATA			4	5.13			4	5.13
LO TRATA EN CASA	14	17.95					14	17.95
PERSONAL COMUNITARIO								
ENFERMERA	2	2.56					2	2.56
MEDICO	58	74.36					58	74.36
OTROS								
TOTAL	74	94.87	4	5.13			78	100

El 94.87% de los niños con IRA recibieron tratamiento y de estos el 74.36% fueron tratados por médico el 17.95% y el 5.13% no fueron tratados.

CUADRO No. 71

TIPO DE TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOSMENORES DE CINCO AÑOS

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO 1987 A FEBRERO 1988.

TIPO	No.	%
TRADICIONAL	27	34.62
MEDICAMENTOS	51	65.38
TOTAL	78	100

El 65.38% de niños menores de 5 años recibieron tratamiento medicamentoso y el resto (34.62%) recibió tratamiento tradicional.

FRECUENCIA DE DIARREA EN LA POBLACIÓN MENOR DE CINCO AÑOS
DE LA COMUNIDAD DE SAN JUAN DE FLORES.

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO DE 1987
FEBRERO 1988.

DIARREA	No.	%
SI	142	24.28
NO	131	75.72
TOTAL	173	100

De un total de 173 niños MENORES de 5 años el 24.28% presentaba diarrea al momento de la entrevista.

CUADRO No. 73

PREVALENCIA DE DIARREA SEGUN GRUPOS DE EDAD EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS.

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO DE 1987 A FEBRERO 1988.

EDAD	D Í A R R E A				TOTAL	
	SI		NO			
	No.	%	No.	%	No.	%
0-6 M.	4	2.31	18	10.40	22	12.72
7-11 M.	8	4.62	6	3.47	14	8.09
12-23 M.	6	3.47	18	10.40	24	13.87
24-35 M.	8	4.62	42	24.28	50	28.90
36- 47 M.	6	3.47	22	12.72	28	16.18
48-60 M.	10	5.78	25	14.45	35	20.23
TOTAL	42	24.28	131	75.72	173	100

En el grupo de edad de 48-60 M. se concentra el mayor % (5.78%) de niños que presentan diarrea.

CUADRO No. 74

PREVALENCIA DE DIARREA EN LOS ULTIMOS SEIS MESES EN LA POBLACION
MENOR DE CINCO AÑOS

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO DE 1987 A FEB. **1988.**

FRECUENCIA	No.	%
UNA	28	19.86
DOS	39	27.66
TRES	24	17.02
CUATRO	21	14.89
CINCO	18	12.77
SEIS Y MAS	11	7.80
TOTAL	141	100

De 141 niños que presentaron diarrea, en un período de 6 meses el 27.60% presentó por lo menos dos episodios de diarrea; el 7.80% seis, y más episodios.

CUADRO No.75

TIPO DE TRATAMIENTO DEL SINDROME DIARREICO AGUDO ADMINISTRADO A NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS.

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO DE 1987
A FEBRERO 1988.

TIPO DE TRATAMIENTO	No .	%
REMEDIOS CASEROS	49	34.75
ANTIBIÓTICOS	70	49.65
ACEITES Y PURGTES.	8	5.67
LITROSOL	10	7.09
OTROS	4	2.84
TOTAL	141	100

De 141 niños que presentaron diarrea el 49.65% recibieron tratamiento con antibióticos y el 34.75% son tratados con remedios caseros.

CUADRO No.76

DISTRIBUCION DE LA POBLACION INFANTIL CON DIARREA, QUE UTILIZA SALES DE HIDRTACION ORAL.

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO 1987 A FEBRERO 1988.

USO DE LITROSOL	No .	%
SI	130	92.20
NO	11	7.80
TOTAL	141	100

El 92.20% de la población hace uso del Litrosol. Y sólo un 7.89% no.

CUADRO No. 77

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ACUERDO A SU CONOCIMIENTO DE LAS SA-
LES DE HIDRATAACION ORAL.

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO DE 1987
 FEBRERO 1988.

CONOCE EL LITROSOL	No.	%
SI	133	53.20
NO	117	46.80
TOTAL	250	100

El **53.20%** de la población en estudio conocen el Litrosol. Yel **46.80%** no lo conocen.

CUADRO No. 78

CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN ACERCA DE LA PREPARACIÓN DE LAS SALES
DE HIDRATAIONES ORAL.

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO 1987 A FEBRERO
 1988.

SABE PREPARARLO	No.	%
SI	132	52.80
NO	118	47.20
TOTAL	250	100

El 52.80% de la población conoce la preparación del Litrosol. y el 47.20% no lo conoce.

CUADRO No. 79

FUENTE DE OBTENCIÓN DE LAS SALES DE HIDRATACIÓN ORAL

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO DE 1987 A
FEBRERO 1988.

FUENTE DE LITROSOL	No .	%
HOSPITAL	2	1.50
CENTRO DE SALUD	128	96.24
PERSONAL		
COMUNITARIO	2	1.50
OTROS	1	.75
TOTAL	133	100

La mayor fuente de obtención del Litrosol es el centro de Salud y representa el 96.24%.

20 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL EN LA COMUNIDAD DE SAN JUAN DE FLORES
FRANCISCO MORAZAN.

EN EL PERIODO DE JUNIO DE 1987 A FEBRERO DE 1988. SAN JUAN DE FLORES.

C A U S A	No.	%
IRAS	862	35.56
DIARREAS	180	7.42
PARÁSITOSIS	172	7.09
DPCG1	144	5.94
I TU	142	5.85
SD.CONVULSIÓN	108	4.45
UTA	80	3.30
LEUCORREA	73	3.01
ARÍROLGIAS	62	2.55
ESCABIOSIS	59	2.43
CEFALEO	53	2.18
ENF.AC-PÉPTICO	49	2.02
MICOSIS SUPERF.	46	1.89
OTITIS MEDIA	32	1.32
ANEMIA	27	1.11
CONJUNTIVITIS	25	1.03
ABSCESOS	21	0.86
DPCG11	19	0.78
MI ALGIAS	12	0.49
OTROS	212	8.74

El 35.56% busco atención médica por IRA, el 7.42% por diarreas en tercer lugar las parasitosis con un 7.09% en cuarto lugar DPCGI con un 5.94%.

CUADRO No. 81

10 CAUSAS MAS FRECUENTES DE ENFERMEDAD EN LA COMUNIDAD DE
SAN JUAN DE FLORES. FRANCISCO MORAZAN.

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO DE 1987
A FEBRERO DE 1988.

C A U S A	No .	%
IRA	862	40.80
DIARREA	180	9.56
PARASITOSIS	172	9.13
DPCGI	144	7.65
ITU	142	7.54
SD CONVULSIVO	108	5.73
HTA	80	4.25
LEUCORREA	73	3.87
ASTRALGIAS	62	3,29
ESCABIOSIS	59	3.13

Este cuadro muestra que las primeras causas de morbilidad están por enfermedades infecto-contagiosas.- El 46.801 corresponde a IRAS, en segundo lugar las -diarreas en un 9.561 y tercero lugar las enfermedades parasitarias en un 9.13%.

ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACION INFANTIL

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE JUNIO DE 1987 A FEBRERO 1988.

	0-1	%	1-4	No.	%	5-14	No.	%	TOTAL	%
CYD	287	46.74	152		24.75	11		1.79	450	73.28
DPCGI	16	2.60	125		20.75	3		0.48	144	23.45
DPCGII	-		16		2.28				16	2.73
DPCGIII	2	0.32	2		0.32				4	0.65

Este cuadro muestra que el 73.28% de niños menores de 5 años tienen un CYD ni y que el 23.45% tiene DPCGI.

CUADRO No.83

DISTRIBUCIÓN ATENCIÓN DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD DE
SAN JUAN DE FLORES, FRANCISCO MORAZAN.

EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE FLORES EN EL PERIODO DE
JUNIO 1987 A FEBRERO 1988.

ATENCIÓN	No .	%
EMBARAZOS	581	86.7%
CONTROL PUERPERAL	22	3.28
CITOLOGÍAS	0	
PLANIF. FAMILIAR	67	10
TOTAL	670	100

El 86.7% de mujeres embarazadas asisten a control prenatal, 3.28% asisten a control puerperal y el 10% están en control de planificación familiar.- Durante este año no se tomó ninguna citología por órdenes superiores.

IX. DISCUSIÓN

ASPECTO DEMOGRAFICO

El incremento del tamaño poblacional y la estructura por edad y sexo, son factores demográficos fundamentales que son afectados por determinadas variables.- De acuerdo a datos obtenidos en 1987, la distribución de la población por porcentaje de edad y sexo, en los grupos de edad de 0-4 y 5-9 se encuentra la mayor población siendo mayor en el primer grupo (40).

En nuestro estudio, los datos concuerdan con los mencionados anteriormente,-En el grupo de edad 5-9 años se concentra el 16.701 de la población a diferencia del grupo de 1-4 años que presenta el 12.821 , esto es debido a que en las áreas rurales las diferencias de edad temprana son más frecuentes --afectándose de ésta manera la distribución poblacional.- En cuanto a las distribución por sexo, el masculino ocupó el mayor porcentaje en el rango de -edad de 0-4 años (17.81).- Este dato es similar al encontrado en nuestro estudio, que representa el 6.831 y 6001 para el femenino, en el rango de edad de 5-9 años los datos son diferentes, el mayor porcentaje lo representa el sexo femenino en 8.51 y 8.121 para el sexo masculino, estos datos son similares a los obtenidos a nivel nacional en donde ambos porcentajes son iguales para ambos sexos (15.41).

Referente al Estado Civil, el mayor porcentaje de la población son solteros representando el 42.121 seguido del grupo unión libre 39.041 y únicamente el 13.291 son casados.- En cuanto al estado civil según sexo el mayor porcentaje de solteros es representado por el sexo femenino, en un 26.991 debido esto quizá a que la población es mayor para éste sexo.

En el área rural es frecuente observar las uniones de parejas a edades tempranas, esto ocurre sobre todo en las mujeres quienes antes de los 20 años ya han tenido historia de embarazos, en el grupo de edad de 20-24 años se encuentra

El mayor porcentaje de mujeres con historia de embarazos y que representa el 24.401, de estos el 7.60% han tenido por lo menos un (1) embarazo, -el 5.60% ha tenido de 2-3 embarazos y el 3.60% han tenido de 405 embarazos el 11.20% de todas las madres han tenido de 8-9 embarazos, lo cual es el resultado como es de esperar a las uniones tempranas en las áreas rurales que aumentan mis la natalidad y la población en sí.

“la tasa de mortalidad general en 1985, era de 9.51 por mil habitantes”. Esto dato varia ligeramente en nuestro estudio, ya que la tasa de mortalidad encontrada fue de 6.51 y la tasa de natalidad de 29.2%.

ASPECTO ECONÓMICO

Honduras es uno de los Países más pobres de América Latina, con una baja productividad económica, en donde los sectores económicos que producen realmente riqueza sus productos son menos valorados.

En nuestro estudio el 69.311 tienen ingreso mensual, i 99 el mayor porcentaje de ellos son estudiantes que al mismo tiempo desempeñan algún tipo de trabajo, el segundo lugar lo ocupan los oficios domésticos, con un 26.431 y el tercer lugar los agricultores en un 3.901 siendo este grupo el que representa el mayor porcentaje en el grupo de L100-199 con un 8.651 " Y en nuestro país los principales medios de producción son la agricultura, silvicultura caza y pesca en un 22.11 y con un PB1 de L. 1,064.00 constituyendo a la -vez la principal fuente de trabajo" (1).

La educación es afectada por el bajo nivel socio-económico.- En nuestro estudio el 39.461 de la población es analfabeta y de estos el 14.371 y 23.871 tienen ingresos mensuales de L.99 y L100-199, aquellas personas que han cursado de 4-6 años tienen ingresos variables entre L200-S00 y más, estos nos demuestra la estrecha relación que existe entre el grado de escolaridad ingreso mensual.

La situación de vivienda en el país es precaria y el déficit habitacional en el área rural se estima que es de 82.3% (43).

Sin embargo, encontramos que el 62.801 de la población posee casa propia, dato que es diferente al encontrado a nivel nacional (50.601 área urbana y 17. 70% área rural). La mayoría de la población tiene ingreso per cápito bajo y en este grupo encontramos que el grado de nutrición es ligeramente superior a aquellos cuyas

viviendas no son propias.

El 64.401 no posee tierra debido a la escasez de recursos económicos y el -48.50% de la población cultiva cantidades inferiores a una manzana.

El 20.53% de la población se dedica al cultivo de maíz y el 19.47% al cultivo del frijol, estos datos son los esperados " La producción agrícola principal son los granos básicos siendo los más importantes el maíz, el frijol y el maizillo con una participación relativa de 16.37% y 23% de sus producciones nacionales" (49).

NUTRICIÓN

“La situación nutricional se agrava debido a las condiciones de salud y saneamiento ambiental”, el 72.51 de la población menor de 5 años sufre de DPC, lo que significa que para 1985 padecieron de algún grado de desnutrición 600,000 niños (43).

Los datos encontrados en el Municipio de Cantarranas, son diferentes al porcentaje encontrado en nuestro estudio es 23.451 de niños con DPCCI, el 73.281 de niños menores de 5 años son eutróficos.

"En el área rural el alimento que más se consume es el frijol rojo 63.7% gramos netos per cápita en comparación a 1 a urbana que corresponde a 46.9 gramos netos per cápita" (47),

Nuestros datos son similares en el Municipio de Cantarranas se encontró que el 97.60% consumen como alimento diario los frijoles y las tortillas, el .32.

40 Y 32.40 % consumen carne y plátano menos de una vez por semana, los alientos que se consumen más de una vez por semana son huevos, queso o cuajada en 78.80% y 50.40% y los alimentos que se consumen rara vez son los mangos, fruta o naranja en 98.80% y 97.60% respectivamente. La mayoría de los alientos son consumidos por todo el núcleo familiar, el 12% de los niños consumen leche y el 0.80% de adultos.

Las personas que poseen tierra y vivienda propias consumen todos los alimentos, en un 11.60% y 62%, las personas que alquilan vivienda o tierra consumen todos los alimentos en un 22%, las personas que poseen vivienda o tierra prestada consumen todos los alimentos en un 14.40% las personas que no poseen tierra consumen todos los alimentos en 64.40%.

Estos datos son diferentes a los esperados, esperábamos encontrar que las personas que poseen tierra y vivienda propia consumieran todos los alimentos

EDUCACION

“Las condiciones de la educación, como son bajas coberturas en calidad y cantidad de los servicios básicos educacionales generando con ello un 40% de analfabetismo, la pérdida de la conciencia escolástica por parte de los sectores educadores, la falta de una educación orientada hacia el abordaje y solución de las necesidades del País, aunado a la baja accesibilidad de ciertos sectores de la población o los niveles superiores de educación " (2).

Datos encontrados revelan que en 1986, la tasa de escolaridad de nivel primario era de un 90%, educación media 27% y educación superior 8%.

La comparación con los datos encontrados en nuestro estudio, éstas cifras son muy altas, ya que apenas el 56.40% han cursado primaria completa, el 4.14% - educación media y el 0% educación superior.- La población analfabeta y semi analfabeta es de 39.461 y 11.451 y es a la vez la población que tiene el menor ingreso económico ya que abarca de 99 y L100-199, las personas que han cursado de 4-6 años tienen ingresos variables entre L200-500 y más.

Estos índices tan altos del bajo nivel educacional es debido a la situación socio-económica que afecta en mayor medida a la población que trabaja y estudia ya que del total (821), el 38% son estudiantes que al mismo tiempo desempeñan otro tipo de trabajo, el 23.03% se dedican a los Oficios Domésticos y 14.37% de ellos son agricultores.

VIVIENDA Y SANEAMIENTO

“Se calcula que en **los próximos 20 años, el déficit de vivienda en Honduras \$e acercará al millón de unidades lo que significa un reto económico, político social que supera ampliamente las más óptimas perspectivas financieras Del País**” (47).

La producción de vivienda por parte del Gobierno es **de 38,000 unidades** anuales que no cubren el déficit **provocado por el aumento vegetativo de la población** (42,000 familias anuales).

“ El sector informal (Empresa Privada), ha estado produciendo 7000 unidades límales que representa el doble de la producción anual” (43).

En un estudio realizado por SECPLAN se encontró que el 82.3% carecen de Casa propia y que el 4% alquilan” (43).

En nuestro estudio encontramos datos diferentes ya que el **62.80%** de la población tienen casa propia y el **22%** alquilan.

SECPLAN (32) encontró además que el **tipo** de paredes que predominan en el medio urbano son **de ladrillo o piedra, 32%** y **de baraheque y adobe en el medio cultural el 63.4%**, el **tipo de techo predominante en ambos medios es la teja 79%** en el medio urbano y el **54.41** en el medio rural, el **tipo de piso que predomina en el medio rural es el de tierra en un 90%**.

Estos datos son similares a los encontrados en nuestro estudio, así tenemos que el tipo de **piso que predomina es el de tierra en un 44.80%**, el **tipo de techo es teja en un 44.80%** y el **tipo de material usado para las paredes más frecuentemente es el adobe en un 75.60%**.

“Los Índices de nacimiento es de aproximadamente **52%** ”

Con los datos **encontrados en nuestro estudio, podemos comprobar que la mayoría de la población vive en nacimiento y que las casas son poco ventiladas** esto debido a la situación socio-económico y cultural, así tenemos que en el las viviendas **tienen un (1) dormitorio, el 50% posee de 1-2 ventanas** fue 36% no posee ninguna, el **59.20%** duermen de 2-3 personas **por cama**.

A pesar de contar con el **Servicio de Energía Eléctrica el 96.80%** **cocinan con fogón**.

SANEAMIENTO

"En particular comprende el agua potable y su manejo, la disposición de excretas, la higiene de los alimentos, el control de la fauna principalmente insectos y roedores, saneamiento de la vivienda, disposición sanitaria de (basura, la higiene en los Centros de Trabajo y la Higiene en el Transporte"(15).

"Según la encuesta nacional de salud, realizada en 1984, el 25%. De las viviendas disponen de agua potable intradomiciliaria, 52% en el área urbana y 9% en el área rural (25). En las zonas rurales la vivienda afronta graves problemas en lo relacionado a los Servicios Básicos, así tenemos que el 88%, carecen de agua y el 55.7% toman agua sin hervir" (22).

En nuestro estudio encontramos que la mayoría de la población posee " otros " como sistema de acumulación de agua diferente a tanque de agua y pila de retención y corresponde a 60.80% la mayoría de la población de todos los grupos económicos se abastecen de agua potable el 76.80%, se abastece de agua intradomiciliaria y el 13.601 extradomiciliaria, la mayoría (64.401), no usa ningún medio de potabilización de agua, el 72.84% de la población posee baño.

Así tenemos que el 61% de la población urbano-rural, carece de servicio de aguas negras (22). Inodoros poseen el 311 de las viviendas, 80% urbano y 6 % rural o sea que el 94% de las viviendas rurales no poseen servicio sanitario dentro o fuera del solar y el 38% la quema.

En honduras disponen de servicio eléctrico el 44% de las viviendas, el 95% en la Zona urbana y el 13% en la zona rural" (25).

Los datos encontrados en el Municipio de Cantarranas son diferentes, el 65.20% que representa la mayoría de la población usa energía eléctrica y el 27.20% usa candil.

Por el factor cultural de nuestra población hay animales que viven dentro de casa, como los perros que ocupan el mayor porcentaje representando el 23.90% los gastos representan el 16.24%, las gallinas viven en el solar y representan el 24.13% y los caballos viven en lugar separado representan el 8.12%.

En cuanto a la vacunación de animales los perros que representan el 19.78% la mayoría de ellos están vacunados.

MATERNO INFANTIL

Uno de los programas que tiene amplia cobertura es el Materno Infantil, que comprende diferentes aspectos, y para su buen funcionamiento se requiere de una participación activa de diferentes sectores.

En nuestro estudio referente a la mujer encontramos que la edad más frecuente de la menarquia es en el grupo de 13-15 años representando el 18.40%, el 43.14% de las madres tuvieron su primer embarazo en el grupo de edad de 15-18 años, este dato nos revela que en el área rural la mayoría de las mujeres se embarazan a edades tempranas. De un total de 873 embarazadas solamente el 6.23% terminaron en aborto el 94.62% fueron embarazos a término de estos únicamente el 1.72% nacieron muertos, a la gran mayoría de los niños (77.43%) no se les pesa al momento de nacer debido a que son atendidos por partera quienes a pesar de tener balanza no suelen hacerlo. En cuanto a la atención a la mujer en Post-Parto, el dato es bajo (3.28%), debido esto a la poca importancia que se le da a este periodo a factores tradicionales y culturales.

En el programa de planificación familiar únicamente el 19.60% de la población hace uso de anticonceptivos de éstos el 77.55% planifica con anticonceptivos -orales el 12.24% usa métodos naturales y 8.16% usa DIU, de las mujeres que planifican el 8% tienen ingresos mensuales de L 100-199, y la razón más frecuente

Por la cual planifican es porque no desean más hijos (40.82%) y el 36.73% desean Espaciar los embarazos.

En el área infantil el 62.50% de los niños recibe lactancia materna encontrándose el mayor porcentaje como es de esperar en el rango de edad de 0-3 meses Y las madres que amamantan a sus hijos el 4.40% tiene un ingreso mensual de 100-199 y el 37.50% posee tierra propia.- A pesar de la propaganda que se hace a la alimentación con leche materna el porcentaje de madres que amamantan a

Sus hijos son bajo, debido al escaso conocimiento que tienen sobre las ventajas de la alimentación con leche materna.

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI)

Uno de los programas al cual se brinda atención por las secuelas de las enfermedades que afectan a los niños menores de 5 años, que no haya sido vacunado, es al Programa Ampliado de Inmunizaciones. En nuestro estudio por la promoción que se hace a éste Programa, encontramos que un alto porcentaje (89-60%) de niños están vacunados, el grupo de *EDAD* (24-35 meses), es el que presenta la mayor cantidad de niños con vacuna con 28.90%, en el grupo de edad de 30-47 meses, se encontró un niño (0.50%) que no había iniciado su esquema de vacunación y 5 niños en el grupo de 12-23 meses (2.89%).

A los niños menores de un año, se les ha aplicado 1, 2,3, dosis de DPT y SARIN en mayor porcentaje, y en el grupo de 24-35 meses, se encuentra el mayor porcentaje de niños que no han recibido dosis de refuerzo.

El 77.46, de niños están vacunados con Sarampión en forma adecuada concentrándose el mayor porcentaje en el grupo de edad de 24-35 meses (26.59%) y el 78.68% de niños están vacunados con BDG concentrándose el mayor porcentaje en el grupo de edad 24-35 meses (28.32%).

PANORAMA EPIDEMIOLOGO

En nuestro país las enfermedades infectocontagiosas constituyen las causas más frecuentes de atención médica.

En el Municipio de San Juan de Flores, las infec. Del tracto respiratorio representan la principal causa de morbilidad general en 35.56% siendo el grupo de edad más afectado de 1-4 años referido por la literatura mundial" Las infecciones respiratorias agudas, junto con las diarreicas, son las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil" (38).

Las enfermedades diarreicas, parasitarias y DPC GI conforman la 2a.3a. Y 4ta., causa de morbilidad general de acuerdo como lo muestra también la literatura mundial. En éstas áreas donde practican poco o ninguna medida de potabilización de agua (64.401 no usa ningún medio de potabilización), es frecuente encontrar una alta incidencia de éstos casos.

Debido al nacimiento en que vive nuestra población " Los índices de hacinamiento son de 42%" (39).- (44.80% duermen 2-3 personas por dormitorio), a las pocas medidas higiénicas, encontramos que las enfermedades dermatológicas como la escabiosis y el impétigo se incluyen dentro de las 20 causas representando *el* 2.59%, y 1.99% respectivamente.

“Un 80% de los niños menores de 5 años tienen algún grado de desnutrición situación también evidente en la población adulta" (39) nuestros datos revelan la desnutrición GI y GII está incluido dentro de las 10 y 20 primeras causas de morbilidad y que representan el 5.94% y 0.78% respectivamente.

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

“ Las infecciones del tracto respiratorio constituyen una de las causas más frecuentes de morbilidad a nivel mundial" (38).

En nuestro estudio, en el Municipio de Cantarranas, son la primera causa de atención médica y los resultados no son diferentes a las investigaciones sobre este tema realizado.

De toda la población infantil menor de 5 años el 39.39% tienen IRA al momento de la entrevista y de estos la IRA LEVE y MODERADA, son las más frecuentes, con 62.82% y 37.18% respectivamente.- Los datos encontrados nos demuestran la estrecha relación que existe entre IRA LACTANCIA materna pues el 67.95% de niños no reciben alimentación con leche materna, siendo este el mismo porcentaje de niños con IRA.

Existen otras variables que podrían afectar la incidencia de IRA como son la vacunación y nutrición, se encontró que el 20.51% de los niños menores de 5 años tienen el esquema de DPT en forma no adecuada y el 26.92%. De vacuna 1 antisarampionosa el 28.21% de niños menores de 5 años tienen bajo peso y según la literatura " La ingesta dietética y el estado de nutrición alteran la susceptibilidad a enfermedades infecciosas" (52). La mayoría de los casos de IRA son LEVES y anatómicamente altas, el 94.87% busca atención médica y el 65.38% recibe tratamiento medicamentoso, esto es debido a la falta de concientización de la población que deberían esperar la remisión espontánea por tratarse de IRA LEVE en la mayoría de los casos.

DIARREAS

“ En Honduras la enfermedad diarreica representa la primera causa de morbilidad y la deshidratación por diarrea es el factor principal que constituye a la alta le morbilidad infantil" (20)" La diarrea y la deshidratación son la causa más frecuente de consulta en el área de emergencia pediátrica" (41).

En nuestro estudio el 24.28% de niños menores de 5 años presentan diarrea al momento de la entrevista, concentrándose el mayor porcentaje en el grupo de edad 48-60 meses en 5.78%.

"En el área Centroamericana, 1,400.000 niños de 0-2 años padecen de 2 a 3 episodios de diarrea por año" (38}.

Nuestros datos nos revelan que en un período de 6 meses el 27.66% de los niños han presentado dos episodios de diarrea, dato que es más elevado en comparación 1 anteriormente expuesto.

El tipo de tratamiento que con mayor frecuencia se usa cuando los niños presentan diarrea son los antibióticos en un 49.65* y ocupan el segundo lugar los reídlos caseros en un 34.75%.

"La rehidratación oral es un método fácil, sencillo, fisiológico, de menor cosió (70% más barato), y de menor riesgo que la rehidratación IV" (15).

Nuestros datos revelan que el 53.20% de la población conoce el Litrosol y sabe prepararlo el 52.80%, hacen uso de ésta sal oral el 92.29% cuando sus niños presentan diarrea. Las personas que conocen y usan el Litrosol el 96.24% lo obtienen del Centro de Salud.

Estos datos nos revelan que a pesar de la promoción que se hace al suero oral hay un gran porcentaje de la población que no lo conoce.

X. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. La salud de nuestra país se encuentra en un estado deprimente ocasionado por: Bajo nivel socioeconómico con un 46.40% de la población que tiene ingresos mensuales de 99-199 lempiras, encontrándose en el Municipio de San Juan de flores que las fuentes principales de ocupación son: Estudiantes, oficios domésticos y agricultores que generan ingresos familiares bajos. La mala distribución de la tierra, el 11,60% únicamente posee tierra propia, falta de programas de desarrollo por parte del gobierno, mala administración de fondos elevado índice de analfabetismo, falta de fuentes **de** trabajo lo cual viene a influir principalmente en el estado de salud del Hondureño.
2. Las principales causas de morbilidad las constituyen las enfermedades infectocontagiosas; infecciones respiratorias agudas (46.80%), síndrome diarreico agudo (9.56%).
3. Nuestro país existe un elevado índice de analfabetismo al igual que en todos los países subdesarrollados. En el Municipio de San Juan de Flores se encontró que el índice de analfabetismo es de 39.46% **y** el 56.40% han cursado de 1-6 años de educación primaria; hecho que influye en el mal estado de salud de nuestro país, ya que la población en estudio desconoce medidas preventivas que ayuden a controlar enfermedades que afecten su salud.

4. El 65.60% de la población estudiada se abastece de agua por medio de llave y el 64.40% no usa ningún medio de potabilización del agua, condición que nos agrava la alta incidencia de enfermedades diarreicas ayudas, encontrando que el 27.60% de niños menores de 5 años presentaron dos episodios de diarrea en un periodo de 6 meses.
5. A pesar de que la mayoría de la población (73.60%) acude en busca de salud al Centro de Salud, no se ha podido eliminar o disminuir la incidencia de enfermedades infectocontagiosas condicionando una atención prioritaria por parte de nuestras autoridades de salud, a dichas enfermedades.
6. El hacinamiento se constituye en un factor de interferencia con el desarrollo moral y espiritual de los niños, además, de exponerlos a enfermedades infectocontagiosas.
7. Los servicios públicos, ejemplo: Luz eléctrica que cubre el 65.10% de área del Municipio son deficientes pues aún el 96.80% de la población en estudio cocinan en fogón, contando se apenas con un 3.20%, que lo hacen en estufa eléctrica.
8. El 60.87% de los partos son atendidos por parteras adiestradas y el 18.156% son atendidos por módico. Encontrándose que de los partos atendidos por partera hay una ocurrencia de 1.49% de defunciones de los casos en estudio hecho que nos refleja la muy buena labor desempeñada por este personal

Comunitario.

9. El 89.46% de los niños menores de 5 años están vacunados, de estos 12.72% son menores de un año y 28.90% tienen de 24-35 meses, el 6.94% de niños vacunados son menores de un año, mostrando un alto porcentaje de niños inmunizados, no obstante es relevante hacer notar que hay mucha deficiencia de los programas de vacunación en el lugar de estudio pues se encuentra un alto porcentaje de niños desprotegidos.
10. La incidencia de los casos de infecciones respiratorias agudas es mayor en aquellos niños que no fueron amamantados y en aquellos que no están vacunados,
11. El 97.60% de la población consume como alimento diario los frijoles y tortillas lo que explica que el 26.70% de niños menores de 5 años presentan algún grado de desnutrición con predominio de desnutrición Grado I.
12. A pesar de que en el Centro de Salud existen programas como Planificación Familiar y Control Puerperal el uso que se hace de ellos es muy bajo; sólo el 10% y el 3.28% planifican y llevan control puerperal respectivamente.

RECOMENDACIONES

1. Las Campañas de Salud por parte del Ministerio de Salud pública. deben ser con un lenguaje sencillo, claro y preciso, pues estarán dirigidas al pueblo más necesitado y alfabeto, por ejemplo la campaña del Jabón, lavarse los manos antes y después de comer, luego de hacer necesidades fisiológicas, después de trabajar, etc., para con ello disminuir la incidencia de diarrea.
2. Se deben patrocinar, promover y establecer talleres orientados a la concientización y el conocimiento de diversos sistemas de potabilización del agua (hervido del agua, construcción de filtros naturales a bajo costo, etc.)
3. El hacinamiento existente se puede disminuir orientando a la población sobre la necesidad de hacer estructuras de casas, de fácil acceso en su costo y construcción,
4. El Gobierno Central a través de sus Secretorías respectivas debe de estimular, asesorar y organizar grupos campesinos en Cooperativas para que sean capaces de producir, consumir y vender sus productos y de esa manera contribuir a mejorar la dieta alimenticia que favorezca una mejor salud de la población.

El Ministerio de Educación pública debe de prestar especial atención a la concientización directa para romper el ciclo

De deserción, escolar, esto oí» debido a que los padres retiran a sus hijos de las escuelas y los utilizan para trabajar pudiéndose plantear un cambio en el horario escolar o disminución de años escolares.

6. Para el mejor funcionamiento de los programas de IRA y diarreas hay que hacer promoción a través de los medios de comunicación, haciendo énfasis en el manejo paliativo para tratar de disminuir el uso indiscriminado de antibióticos.

RESUMEN

Este estudio se realizó en el Municipio de Cantarranas, Francisco Morazán , con datos obtenidos en nuestro estudio comprobamos, los bajos salarios de nuestra población (69.31%), tienen ingreso mensual á L99, viven en hacimiento aunque el 62.80% poseen casa propia, el nivel educacional es bajo con un 39.46% de analfabetismo, dato que es paralelo al ingreso mensual, pues son estos individuos los que tienen menores salarios, lo que nos lleva a que los alimentos que se consumen diario en mayor porcentaje son los frijoles y tortillas en 97.60% y 93.20% respectivamente.

Como era de esperar por el nivel socio-económico, escasa cultura, educación y por las pocas medidas higiénicas que practican (64.40%, no usa ningún medio de potabilización del agua), las enfermedades que constituyen las primeras causas de morbilidad son las infectocontagiosas (IRAS 35.56%, Diarrea 7.42% Parasitarias 7.09% y nutricionales DPC GI 7.65%).

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Banco Central de Hondura. Cuentas Nacionales de Honduras año 1975 - 1984.
- J2.- Banco Central de Honduras. Honduras en Cifras 1984 - 1986 mayo 1987.
- 3.- CELADE. Encuesta Demográfica Nacional de Honduras. San José Costa Rica 2 (A):1047 septiembre de 1985.
- 4.- CEPAL. Balance Preliminar de la Economía Latinoamericana 1985. Página 50 - 74 agosto de 1986.
- 5.- Colegio Hondureño de Economistas. Caracterización de la Crisis Actual y Recomendaciones de la Política Económica. 1986.
- 6.- CONSUPLANE. Encuesta Demográfica Nacional de Honduras año 1983.
- 7.- CONSUPLANE. Evaluación de las Áreas Prioritarias del Problema Nutricional de Honduras y sus posibles soluciones. Octubre 1976.
- 8.- CONSUPLANE. Monografía de la Población de Honduras. Año 1985.
- 9.- CONSUPLANE. Honduras. Plan Nacional de Desarrollo 1979 - 1983. "Orientations para el Desarrollo Regional"

- 10.-Gardners, G. et al. "Effects of Social and Family Factor on Viral Respiratory Infection and Illness in the First years of the Life ".J. Epidemiology Community Health 38(1):42 - 48 Mar 1984.
- 11.- Grueso Ortega, Reynaldo Dr. informe de Asesoría, Componente de Nutrición para el Sistema Primario de Salud en Honduras. Junio 1983.
- 12.- Haward, F. Gregor. Geografía Económica y Social. Pag 42 año 1974.
- 13.- Instituto Hondureño de Seguridad Social. Memorias Estadísticas, paginas 1 - 4 . 1977 - 1984
- 14, Landa Rivera, José Leonardo Dr.
 "Hidratación Oral, Resultado de un Programa Entre Pacientes Pediátricos del IHSS"
Salud Materno Infantil, Boletín de la Facultad de Ciencias Médicas extraordinario 1 (5): 6 - 7 año 1985.
- 15.- Leitzerlar, María Eloísa Lic.
 "Impacto del Programa de Rehidratación Oral en la Productividad"
Salud Materno Infantil, Boletín de la Facultad de Ciencias Médicas extraordinario 1 (5): 12 - 14 año 1985.

- 16.- López, Luis Reynaldo. Diagnóstico de Salud en la Comunidad de San Francisco, Atlántida. Honduras pág.: 14-18 1984.
- 17.- Mata, J. Leonard et al "Amamantamiento y Resistencia del Huésped a la Infección" Publicación Científica de la OPS 250: 11 - 21 1972.
- 18.- Miller, David L. "Investigación y Estrategias para el Estudio de Infecciones Respiratorias Agudas en la Infancia" Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 96(3): 205 - 212 1984.
- 19.- Ministerio de Economía. Honduras. Dirección General de Estadísticas y Censos "División Política Territorial" 1974.
- 20.- Ministerio de Salud Pública. Honduras. "Antecedentes Históricos de la Región Sanitaria No. 1." pág. 1-41 noviembre 1986.
- 21.- Ministerio de Salud Pública. Honduras. "Antecedentes Políticos, Administrativos e Institucionales de la Región Centro Oriental de Honduras" septiembre 1984.
- 22.- Ministerio de Salud Pública. Honduras. Dirección General de Educación de Adultos. Normas de Educación para la Salud. Tercera edición Nueva expresión pág.: 90 - 102 1983.

- 23.- Ministerio de Salud Pública. Honduras. Dirección General de Salud Pública. "Salud en Cifras" 1983 - 1986.
- 24.- Ministerio de Salud Pública. Honduras. División de Planificación. "Boletín de Estadísticas Hospitalarias Enero - Diciembre 1985 - 1986" boletín de Estadísticas e Información de Salud. Marzo 1987.
- 25.- Ministerio de Salud Pública. Honduras. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. Honduras 1984 pág.: 1 - 4 Junio 1986.
- 26.- Ministerio de Salud Pública. Honduras. Manual de Normas Programa de Control de Diarreas. Tegucigalpa López 1978
- 27.- Minístrelo de Salud Pública. Honduras. Manual de Programa de Control de Infecciones Respiratorias Agudas. Tegucigalpa López. 1978.
- 28.- Ministerio de Salud Pública. Honduras. Región de Salud No. 1. Información Básica Sobre la Situación de Salud. Noviembre 1986. July 1985.
- 29.- Ministerio de Salud pública Honduras. Sub Proyecto de Educación Básica de Adultos, pág.: 196 Julio 1987.
- 30.- Organización Mundial de la Salud. "Prioridades Recomendadas para el Programa de Lucha de Enfermedades Diarreicas." 3(4): 172 - 173 año 1980.

31. - Organization Panamericana de la Salud. "Acute Respiratory Infection; A Guide for the Planning, Implementation and Evaluation of Control Programmes within Primary Health Care publicación científica WHO.RSO 29: 20 - 21 año 1986.
- 32.- Organización Panamericana de la Salud. "Criterios de planificación y diseño de Instalaciones de atención de la Salud en los Países en Desarrollo." Publicación Científica. 382: 139 - 144 año 1979.
- 33.- Organización Panamericana de la Salud. "Diarreas y Rehidratación Oral, Artículos Relevantes" Publicación Científica. Guatemala pág. 50 - 51 abril 1983.
- 34.- Organización Panamericana de la Salud. "Las Condiciones de Salud en las Américas" Publicación Científica 500 (1) pág. 152 - 154 año 1981 - 1984.
- 35.- Organización Panamericana de la Salud. "Participación de la comunidad en la Salud y en el Desarrollo de las Américas" Publicación Científica. (473): 33 - 38 1985.
- 36.- organización Panamericana de la Salud "Riesgos del Ambiente Humano para la Salud" Publicación Científica. 329: 314 - 329, 1976.
- 37.- Organización Panamericana de la Salud. "Sistemas para

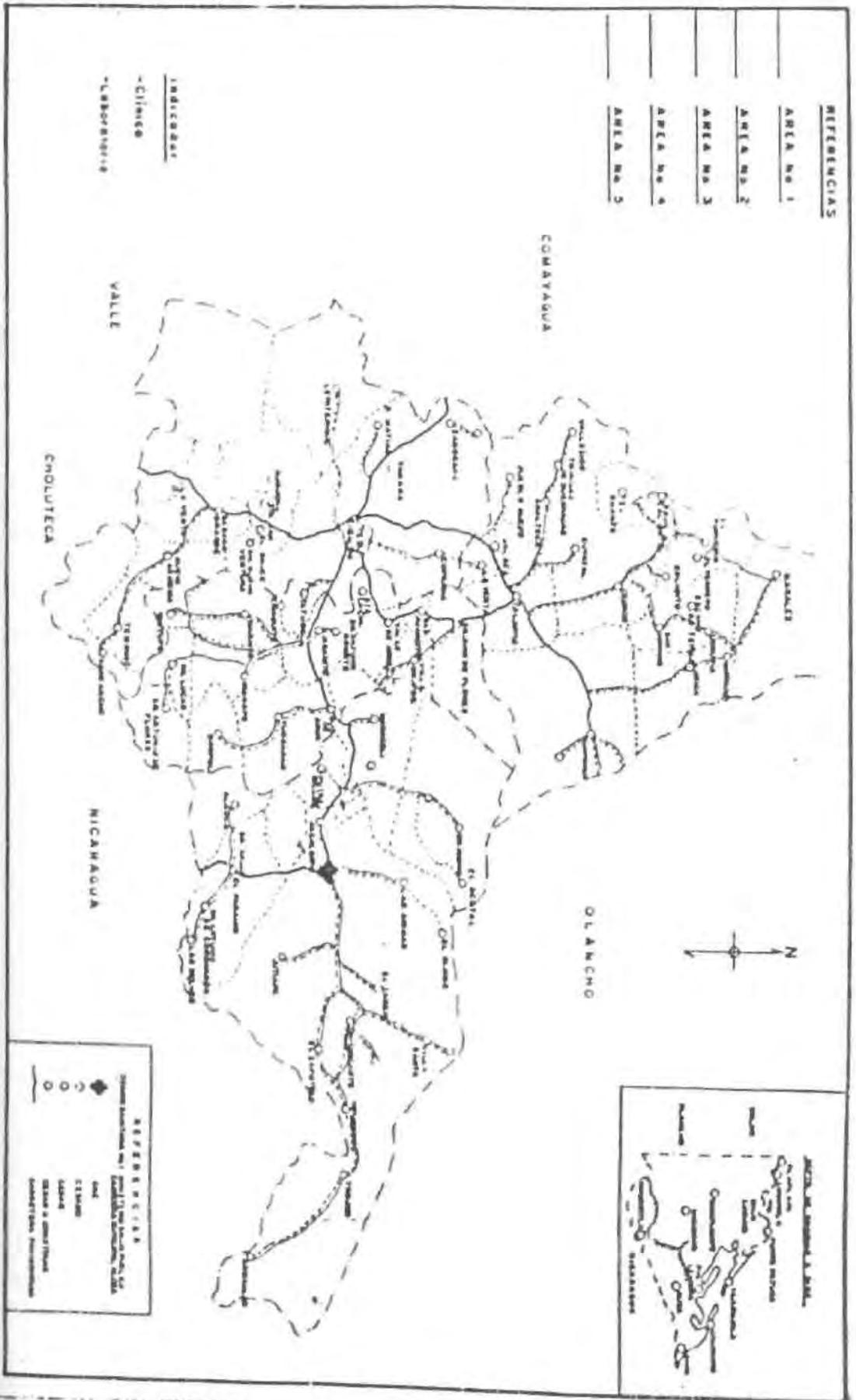
Aumentar la Cobertura de los Servicios de Salud en las Áreas Rurales Publicación Científica 17 0: 4 - 29 1986.

- 38.- Pio, Antonio Et al. "Programa -de la Organización Mundial de la Salud en Infecciones Respiratorias Agudas en la Infancia" Boletín de la Organización Panamericana de la Salud 96(4): 283 - 292 abril 1984.
- 39.- Revista Médica Hondureña. "Análisis de la Situación del Desarrollo de la Salud en Honduras." 52(2): 81 - 83
Abril Junio 1984.
- 40.- SECPLANE. Honduras. Anuario Estadístico de educación 1985 pág.: 9 -46.
- 41.- SECOPT. Honduras. Dirección General de Caminos Jefatura de Estudios y Proyectos. Mapas 1986.
- 42.- SECPLANE. Honduras. Encuesta Sobre Consumo de Alimentos Tegucigalpa Honduras pág.:16 -33 Diciembre 1981.
- 43.- SECPLANE. Honduras. Plan Nacional de Desarrollo 1987 - 1990. pág. 15 - 16.
- 44.- Tesis. Aspectos Políticos Administrativos e Institucionales de la Región Centro Oriental de Honduras Julio año 1981.
- 45.- Tesis. Caracterización Física de la Región Centro Oriental. Septiembre 1981.

- 46.- Tesis. Situación Socioeconómica Organizativa del Sector de san Marcos de Ocotepeque 1986.
- 47.- Torres Fúnez, Benítez de. "Derechos Humanos en Honduras" Centro de Documentación de Honduras. Litopres. pág. 53 a 59 mayo 1984.
- 48.- UNAH. Carrera de Trabajo Social. Informe Final de Taller Urbano, Área de salud.1984.
- 49.- UNAH. Departamento de Ciencias Sociales, Área de Sociología. "Lectura Sobre la Realidad Nacional, Política, Agrícola y Perspectivas" Tegucigalpa Universitario 1(2) año 1985.
- 50.- Unicef - QMS Declaración Conjunta. Principios Básicos para el Control de las Infecciones Respiratorias Agudas en los Niños en los Países en Desarrollo" pág. 4-20 1985.
- 51.- Voguero Puerto, José Luis. Salud Pública. Pireme Madrid, pag 183 - 199. Año 1980.
52. - Walker, James M.D. "Longitudinal Study of the Morbidity of Diarrheal **and** Respiratory Infections in Malnutrition Children". The American Journal of Clinical Nutrition. July (25): 690 - 694 1979.

A N E X O S

ANEXO No. 1
MAPA REGION DE SALUD No. 1



A N E X O N o . 2

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO

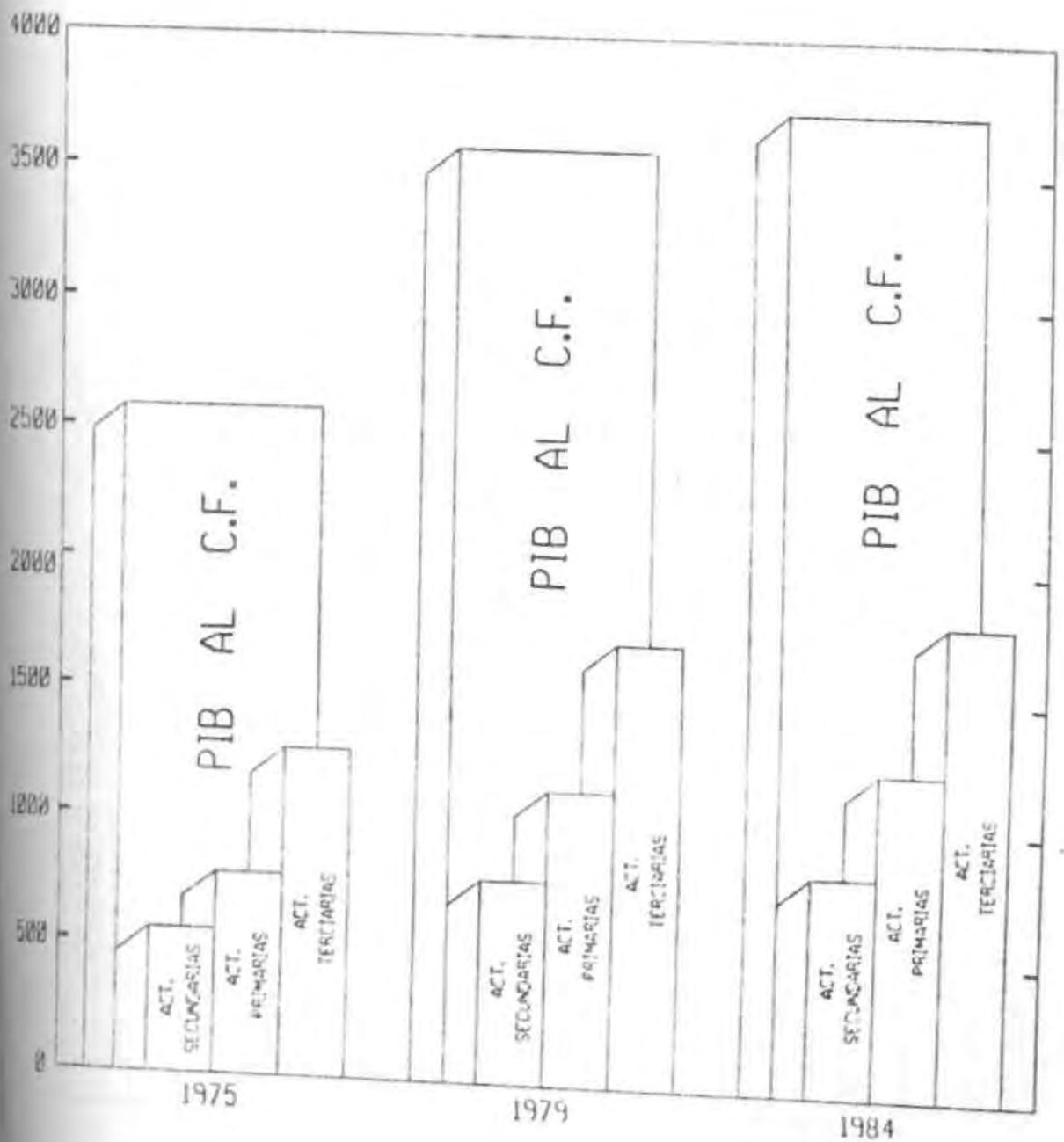
(Año 1987)

Edad	Hombres	%	Mujeres	%
0 - 4 años	415,330	17.8	408,016	17.5
5 - 9 "	361,492	15.4	358,916	15.4
10 - 14 "	306,055	13.1	305,238	13.1
15 - 19 ^M	256,245	11.0	254,750	11.0
20 - 24 "	211,147	9.0	209,032	9.0
25 - 29 "	169,544	7.2	167,718	7.2
30 - 34 "	135,823	5.8	134,345	5.7
35 - 39 "	105,942	4.5	105,283	4.5
40 - 44 "	85,397	3.6	85,309	3.6
45 - 49 "	72,300	3.1	72,300	3.1
50 - 54 "	60,442	2.6	60,610	2.6
55 - 59 "	49,501	2.1	49,855	2.1
60 - 64 "	38,936	1.6	39,520	1.7
65 - 69 "	28,649	1.2	29,618	1.3
70 - 74 "	19,295	0.8	20,640	0.9
75 - 79 "	11,576	0.5	12,390	0.5
80 - + "	6,642	0.2	8,055	0.3
TOTAL	2,334,135	100.0	2,321,595	100.0

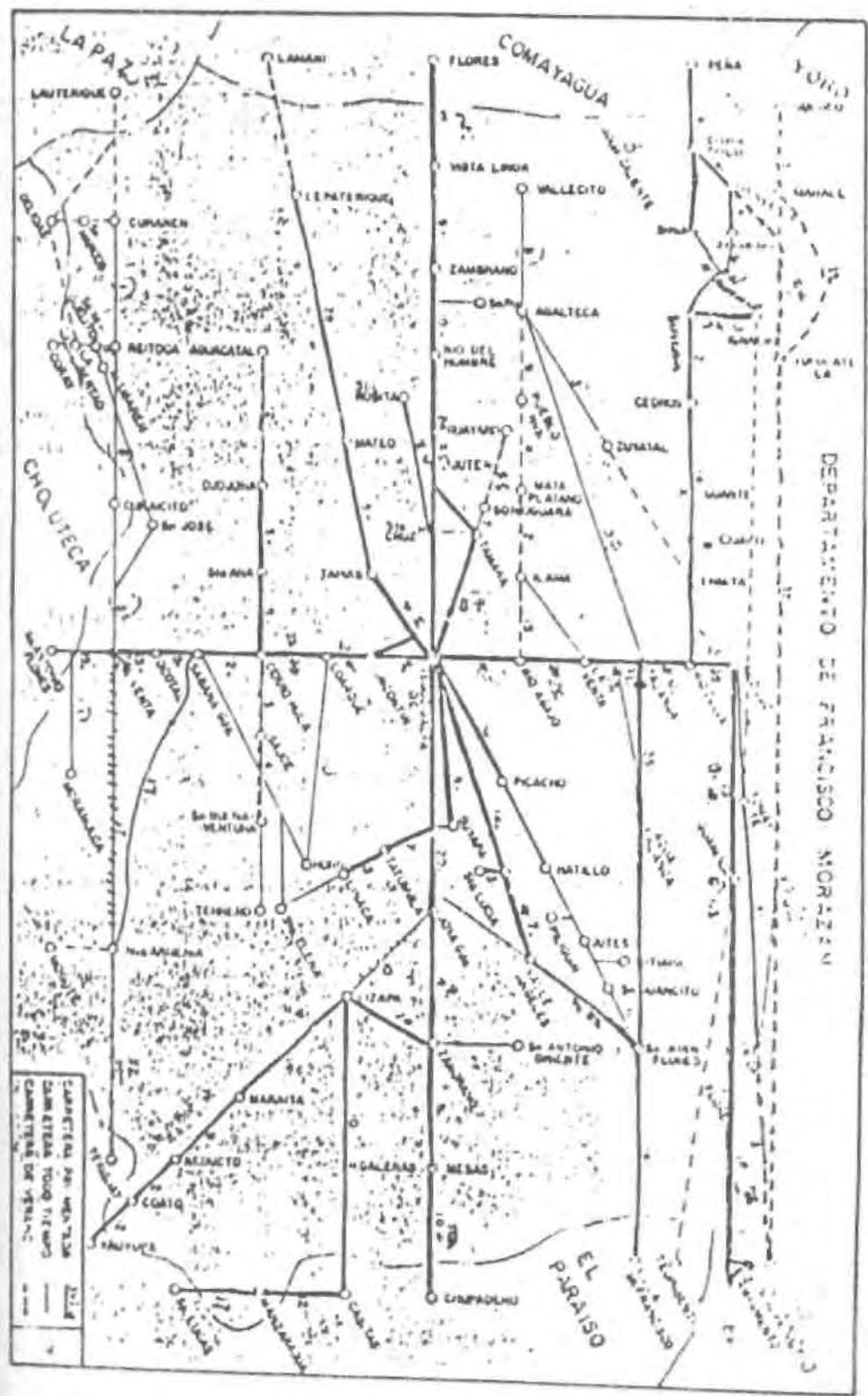
ANEXO NO. 4

ORIGEN DEL PIB AL COSTO DE FACTORES SEGUN ACTIVIDADES ECONOMICAS

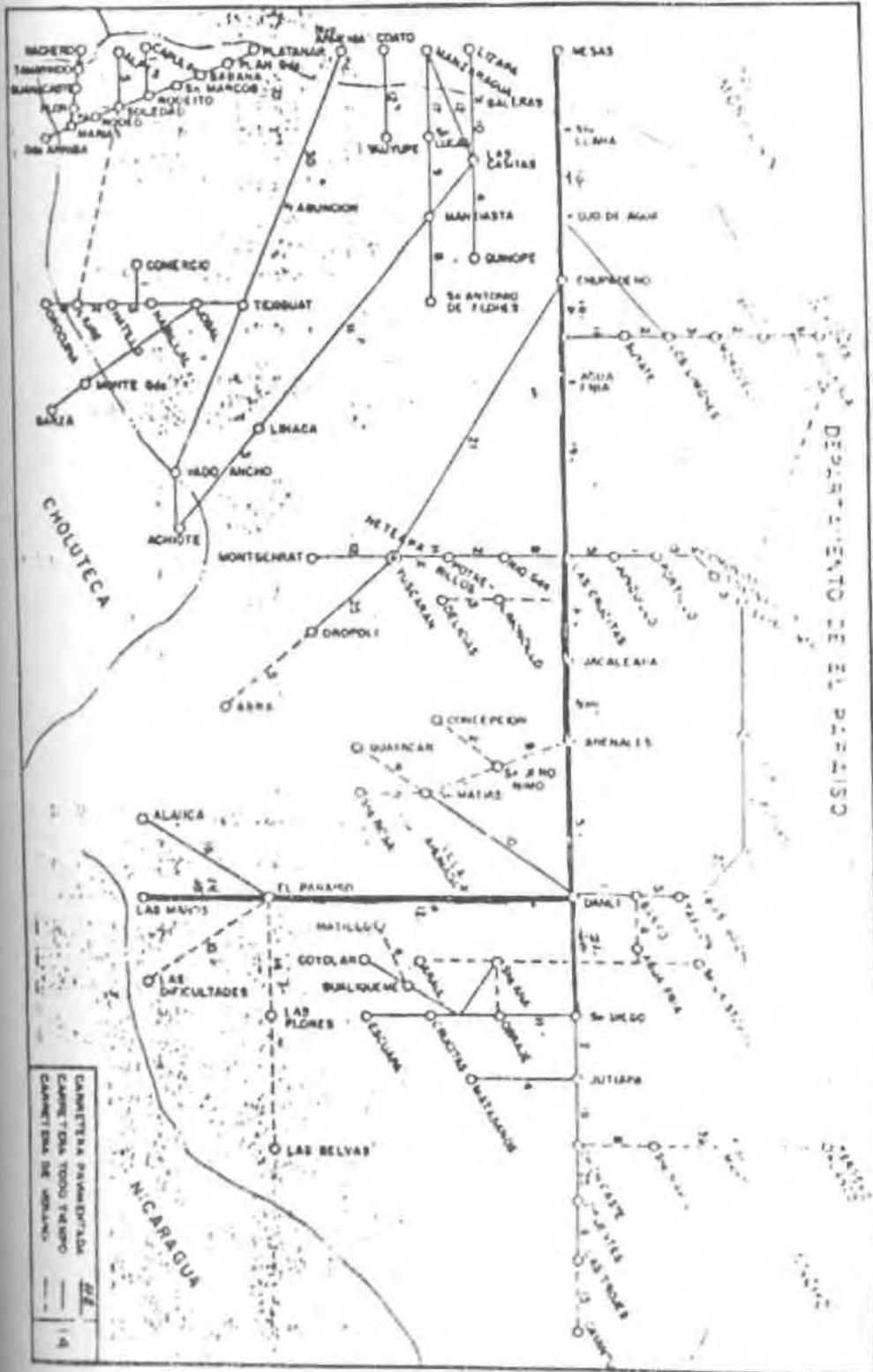
(EN MILLONES DE LEMPIRAS CONSTANTES DE 1978)



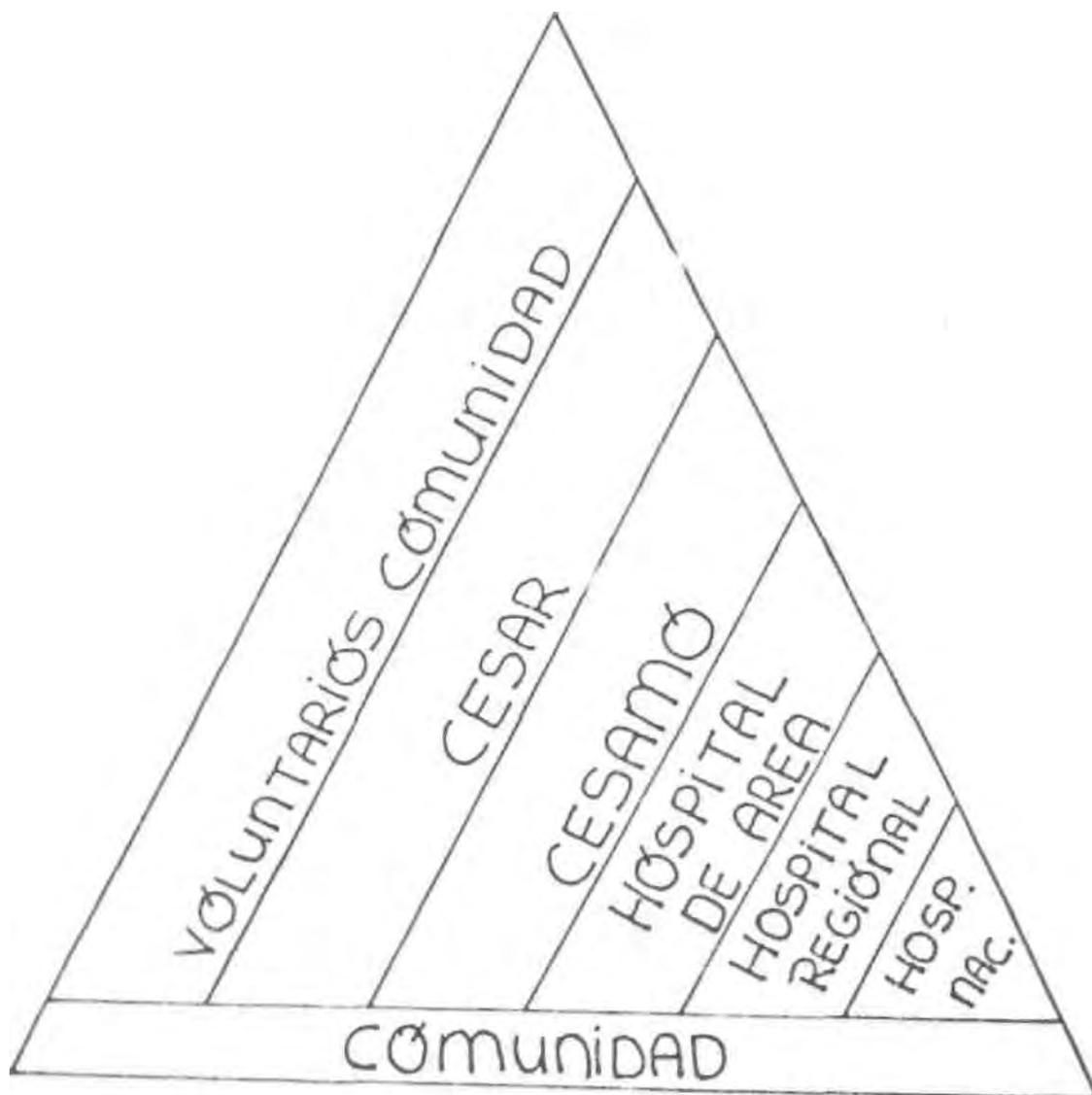
MAPA DE CARRETERA DE FRANCISCO MORAZAN 1986



MAPA DE CARRETERA DE EL PARAISO 1986



ANEXO No. 7 NIVELES DE
ATENCIÓN KN SALUD PÚBLICA



II. - Vivienda

A.- Tenencia de la Vivienda:

- a) Propia
- b) Alquilada
- c) Otros Especifique _____

B.- Descripción de la Vivienda

(Material de Construcción)

<u>Piso</u>	<u>Pared</u>	<u>Techo</u>
1.- Tierra _____	1.- Paja _____	1.- Paja _____
2.- Ladrillo _____	2.- Madera _____	2.- Madera _____
3.- Cemento _____	3.- Adobe _____	3.- Zinc _____
4.- Madera _____	4.- Piedra _____	4.- Teja _____
5.- Mosaico _____	5.- Bahareque _____	5.- Asbesto _____
6.- Otros _____	6.- Ladrillo _____	6.- Otros _____
	7.- Otros _____	

C- Descripción de la Vivienda:

- 1.- Pintada: 1 Si _____ 2 No _____
- 2.- Número de Cuartos _____
- 3.- Numero de Dormitorios _____
- 4.- Número de Personas por Dormitorio _____
- 5.- Número de Personas por Cama _____
- 6.- Numero de Ventanas _____
- 7.- Numero de Puertas _____
- 8.- En que Cocina Usted: 1 Fogón _____ 2 Estufa _____

3 Otros _____ 4 Especifique _____

D.- Obtención del Agua:

1 Rio _____ 2 Pozo _____ 3 Pila _____ 4 Llave _____

1 Intradomiciliaria _____

2 Extradomiciliaria _____

3 Tiene agua todo el año: 1 Si _____ 2 No _____

E.- Sistema de Acumulación de Agua:

1.- Pila do Retención _____

2.- Tanque de Agua _____

3.- Otros _____ 4.- Especifique _____

1.- Tiene Baño: 1 Si _____ 2 No _____ 3 En caso de No

Donde se baña _____

2.- Usa medio de Potabilización de agua:

1 Hierve el agua _____ 2 Filtra el Agua _____

3 Clora el agua _____ 4 Ninguna _____ 5 Otros _____

6 Especifique _____

F.- Tipo de Iluminación:

1 Candela _____ 2 Candil _____ 3 Lámpara _____

4 Electricidad _____ 5 Ninguna _____ 6 Otros _____

7 Especifique _____

G.- Eliminación de Excretas:

1 Raz del suelo _____ 2 Fosa Séptica _____

3 Servicio Sanitario _____ 4 Letrina _____

5 Distancia de la casa en metros _____

6 Utiliza 1 Si _____ 2 No _____

H.- Eliminación de Basuras:

1 La bota en el solar _____ 2 La bota fuera de su
Solar _____ 3 La entierra _____ 4 La quema _____

5 Otros _____ 6 Especifique _____

III.- Tiene Animales Domésticos:

Tipo de Animal	No. 1	Vive en la casa 2	Vive en el solar 3	Vive en lugar separado 4	Vacunado 5
Perros					
Gatos					
Caballos					
Cerdos					
Gallinas					
Otros					

IV. Asistencia de Salud

a) Cuando se enferma donde asiste

1.- Curandero _____

2.- Enfermera _____

3.- Medico Servicio Social _____

4.- Hospital _____

5.- Clínicas Privadas _____

6.- Otros _____ 7.-Especifique _____

b) Por que **no asisto** al Centro de Salud:

- 1.- Deficiente calidad de la atención__
- 2.- Inadecuadas relaciones humanas _____
- 3.- Deficiencia en medicamentos _____
- 4.- Desavenencias con la enfermera _____
- 5.- Otros _____ 6.- Especifique _____

c) Historia de Embarazos Previos

.Lugar del parto 1	Fecha de naci- miento 2	Sexo	Duración de gestación 4	Peso al nacer 5	Atención del parto 6	Nació vivo o muerto 7	Cond. actu- ales 8

(Sobre todo interesa lo del último hijo)

- 1.- Edad de la madre a la menarquia _____
- 2.- Edad de** la madre al primer embarazo _____
- 3.- Usa anticonceptivos: 1 Si _____ 2 No _____
- 4.- De que tipo _____ 5.- Quien se lo indico _____
- 6.- Por que los usa _____ 7.- ¿Tuvo problemas con
el Ultimo parto? 1 Si _____ 2 No _____
- 3 Cuales _____

Lactancia y destete

Aplicado a madre que tengan niño menor de dos años

O que aún se encuentren lactando. Tiene niño

lactando 1 Si _____ 2 No _____ 3 Antes de

darle el pecho que le da a su niño _____

Tipo de lactancia y edad de inicio en meses

Edad en meses	Materna 1	Mixta 2	Artificial 3
0-3			
3-6			
6-9			

Además de darle pecho le da otros alimentos

(Cuales enumere en el cuadro)

Numero	Tipo de Alimento 1	Edad de introducción 2

g) A qué edad le quito el pecho a su niño 1 Días _____

2 Meses ____ 3 Nunca le dio _____ 4 ¿Por qué? _____

h) Después de quitarle el pecho que alimentos le dio __

Numero	Tipo de Alimento 1	Edad de Introducción 2

PRODUCCIÓN

1.- Tenencia de tierra: 1 Si _____ 2 No _____

1 Propia _____ 2 Manzanas _____

2 Alquilada _____ 3 Prestada _____ 4 Otros _____

5 Manzanas _____ 6 Especifique _____

2.- Cantidades de tierra cultivada

No. manzanas	Cu tivo				
	Maíz 1	Frijol 2	Café 3	caña de azúcar 4	Otros 5

3.- Que uso le da a la tierra:

Dedicación	Mzs Dedicadas 1	Produc. Anual 2
Maíz 1		
Frijol/Maíz 2		
caña de azúcar 3		
Otros 4		

- 4.- Cultiva para pasto de ganadería 1 Si _____ 2 No _____
- 5.- Utiliza para tenencia de Ganado 1 Si _____ 2 No _____
- 6.- Numero de Manzanas _____

NUTRICIÓN

Hoja de frecuencia de consumo de alimentos.

Nombre de la persona que se interrogo

Alimentos	Frecuencia de Consumo	Menos de 1v/s	Más 3 v/s	Marque Rara vez	con X Todos	Solo Niños	solo Adul
Leche 1							
Queso Cuajada o quesillo 2							
Huevos, Carne, inclus. Cerdo							
Frijoles 4							
Hoja Lechuga especies 5							
Hortalizas amarillas Zanahorias Ayote 6							
Otras verduras cebolla tomate 7							
Papaya 8							
Mango 9							
Fruta Naranja 10							
Plátano y Banano 11							

ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN SOBRE IRA

1.- DATOS GENERALES:

- a.- Fecha _____
- b.- Encuestador _____
- c.- Nombre del Niño _____
- d.- Fecha de Nacimiento _____
- e.- Edad _____
- f.- Sexo _____
- g.- Residencia _____

2.- ANTECEDENTES PERSONALES

a.- Lactancia (Solo para niños menores de 2 años)

1.- Está dando pecho actualmente? 1 Si _____ 2 No _____

Si la respuesta es negativa 2.- A los cuantos días o meses suspendió el pecho?

1 Días _____ 2 Meses _____ 3 Nunca lo dio _____

b.- Estado de Vacunación:

1.- Cuantas dosis de DPT tiene el niño? No. _____

2 Adecuado _____ 3 Inadecuado _____

2.- Esta vacunado contra el Sarampión?

1 Si _____ 2 No _____

3.- De ser afirmativo se le aplico a la edad adecuada?

1 Si _____ 2 No _____

3.- EXAMEN FÍSICO

a.- Estado Nutricional

Peso Observado en kilos _____

b.- Impresión Diagnostica

1.- Anatómica

1.1 Alta _____

1.2 Baja _____

1.3 Mixta _____

2.- Gravedad

2.1 Leve

Obstrucción Nasal _____

Catarro con secreción

Mucosa _____

Dolor de oído transitorio persistente o secreción purulenta _____

Dolor y/o enrojecimiento Garganta _____

Ronquera _____

Tos _____

2.2 Moderada

Todo lo anterior _____

Catarro con Secreción purulenta _____

Oído con secreción

Garganta con placas de exudado purulento _____

Tos intensa _____

Dolor en pecho y costado

Actividad Normal _____

Apetito Normal _____

Frecuencia Respiratoria por min. Menor de 50 menos de un año _____
Menos de 40 en edad de 1 a 4 años _____
Hervor torácico _____

Sibilancias _____

Actividad disminuida ___

Apetito Disminuido _____

2.3 Grave

Todo lo anterior _____

Garganta con membrana grisácea _____

Tiraje supraesternal o intercostal _____

Aleteo Nasal _____

Cianosis y palidez _____

Estridor _____

Agitación acentuada _____

Imposibilidad para ingerir _____

4.- TRATAMIENTO

a.- Que hace usted cuando su niño se enferma de IRA?

1 No lo trata _____ 2 Lo trata en casa _____

3 Busca personal comunitario _____

4 Enfermera _____ 5 Medico _____

6 Otros/especifique _____

b.- Que tipo de tratamiento le aplica (si lo trata en casa).

1 Tradicional _____

2 Medicamentoso _____

5.- MORTALIDAD:

a.- Han muerto niños menores de cinco años en los últimos seis meses:

1 Si _____ 2 No _____

Si la respuesta es afirmativa, de que murió:

Observaciones: _____

ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN SOBRE DIARREA

a.- Frecuencia de diarrea en los últimos seis meses:

No.	1 Diarrea	2 frecuencia

b.- Cuando su niño esta con diarrea usted utiliza:

- 1.- Remedios caseros _____
- 2.- Antibióticos y otros _____
- 3.- Aceites y purgantes _____
- 4.- Otros, Especifique _____

c- Conoce usted que es el Litrosol?

1 Sí _____ 2 No _____

c.1 Si es afirmativo, sabe cómo se prepara el Litrosol:

1 Si _____ 2 No _____

d.- Cuando fue la última vez que le dieron Litrosol _____

d.1 Y lo utilizo: 1 Si _____ 2 No _____

e.- Quién se lo proporciono: _____

f.- Numero de sobres dados _____