

Universidad Nacional Autónoma de Honduras
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**DIAGNOSTICO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE
EL NEGRITO, DEPARTAMENTO DE YORO**

TESIS

PRESENTADA POR:

Br. Ramón Ernesto Morales Luna

PREVIA OPCION AL TITULO DE:

MEDICO Y CIRUJANO

Universidad Nacional Autónoma Honduras
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DIAGNOSTICO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE
EL NEGRITO, DEPARTAMENTO DE YORO

TESIS

PRESENTADA POR:

Br. Ramón Ernesto Morales Luna

PREVIA OPCION AL TITULO DE:

MEDICO Y CIRUJANO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

RECTOR: DR. JUAN ALMENDAREZ BONILLA

SECRETARIO GENERAL: ING. BAYARDO ALTAMIRANO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO: DR. NELSON VELASQUEZ

VICE-DECANO: DR. MARIO ALFREDO ZAMBRANA

SECRETARIO: DR. PEDRO R. PORTILLO

PRO-SECRETARIO: DR. CESAR CACERES

VOCAL: DR. DANILO ALVARADO

VOCAL: DR. RABINO CORDOVA

VOCAL: DR. MARCO TULIO CARRANZA

VOCAL: BR. SADITH CACERES

VOCAL: BR. OMAR RONZALES

VOCAL: BR. RAMON CACERES

VOCAL: BR. ARIO GALARDO

TRIBUNAL

EXAMINADOR DR. EDGARDO MURILLO DR.

JANUARIO GARCIA DR. CARLOS GARCIA

SUSTENTANTE

BR. RAMON ERNESTO MORALES LUNA

PADRINOS

LIC. LEONEL SOLIS DR. NELSON

VELASQUEZ

DEDICATORIAS

- A MIS PADRES: Por la abnegación, sacrificios, confianza y voluntad que pusieron para lograr coronar un sueño, que era común para los tres.
- A MIS HERMANAS: Les dedico este triunfo, con todo el amor fraternal que siempre les he profesado.
- A MI ESPOSA: Por no haber claudicado, en ningún momento, en brindarme su apoyo, amor y comprensión en los momentos más difíciles.
- A MIS HIJOS: por haber sido la fuerza impulsora para 11 años par al final de lo que hoy obtengo.
- A MIS MAESTROS: Con el agradecimiento más vertical y profundo, por haberme transmitido sin egoísmos y con desinterés sus conocimientos, frutos de su larga experiencia.
- A MIS COMPAÑEROS: Por esos largos años de amistad, cariño y hermandad que nos unió y nos seguirá manteniendo Juntos hasta que el HACEDOR nos lo permita.

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO I. EL NEGRITO: EVOLUCION HISTORICA, SITUACION GEOGRAFICA, HIDROGRAFIA, CLIMA, POBLACION, VIVIENDA Y OTROS.

CAPITULO II. POLITICA DE SALUD EN HONDURAS.

CAPITULO III. CAMPO DE SALUD.- CESAMO DE EL NEGRITO,- INFRAESTRUCTURA, AREA DE INFLUENCIA.

CAPITULO IV. SISTEMA DE REFERENCIAS.

CAPITULO V. ATENCION MEDICA POR PROGRAMAS.

CAPITULO VI. PARTICIPACION COMUNITARIA.

CAPITULO VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

BIBLIOGRAFIA

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

El presente trabajo de tesis constituye un informe de las actividades realizadas en el Municipio de El Negrito, Departamento de Yoro y un análisis crítico de la situación socio-económica y cultural de sus pobladores.

En ella realizamos un estudio de la formación histórica del Municipio, cuyo conjunto de datos obtenidos en diversas fuentes de información, incluyendo la consulta personal a los pobladores más viejos, podrían servir a las futuras generaciones de ésta, para aumentar sus conocimientos acerca de su Municipio, ya que la mayor parte de datos históricos contenidos en esta tesis son ignorados por la comunidad.

Destinamos un capítulo para hacer un análisis de la Política Nacional de Salud, dejando uno especialmente para analizar el Sistema de Referencias, por considerarlas de fundamental importancia para el Sistema de Salud Formal, al cual no se le ha valorado en su real utilidad.

Se estudia, con datos estadísticos, la situación de este Municipio con respecto a su población, posesión de las tierras, producción agropecuaria, indicadores demográficos, vivienda, educación y otros.

Dejamos un capítulo para poner en contacto al lector, con el área de influencia que nos tocó cubrir y los recursos materiales, humanos y económicos con que contábamos para desarrollar nuestra función.

El penúltimo capítulo, lo destinamos para hacer una valoración de los programas que nos tocó desarrollar dentro de lo que concierne a la atención médica y la proyección comunitaria, detallando cada uno de ellos.- Por último hace-

mos nuestras respectivas recomendaciones v conclusiones.

CAPITULO I

EL NEGRITO: EVOLUCION HISTORICA, SITUACION GEOGRAFICA, HIDROGRAFIA, CLIMA, POBLACION, VIVIENDA Y OTROS.

FORMACION HISTORICA:

Se ignora por completo el año de fundación de la cabecera del Municipio de El Negrito, pero según informes de los vecinos más viejos, su fundación se remonta a los años 1843 ó 1845.

En una de las guerras civiles que ha sufrido el país, la cabecera fue víctima de un incendio y de esta manera se cree que desapareció el título de su fundación.- Con respecto a lo anterior, se sabe que allá por los años 1873-1874, siendo Presidente de la República, Don Ponciano Leiva, se levantó una facción al mando de los Generales Antonio Medina, Barahona y otros, que no estando de acuerdo con el régimen, se proponían derrocar al Presidente.- El General González (originario de Yorito), fiel servidor del gobierno, se apostó en el pueblo de Cataguana (actual Morazán) para sofocar la facción que se había asomado por Santa Cruz de Yojoa y que ya estaba en El Negrito.- Los revolucionarios, al tener noticias que González marcharía sobre El Negrito, le tendieron una emboscada en una quebrada intermedia entre los dos pueblos, pero éste repentinamente retrocedió para volver ocupar Cataguana, pueblo que los revolucionarios atacaron con tan mala suerte, que son derrotados por González, quién pasa por las armas a los jefes de la facción y persigue a los derrotados hasta El Negrito, con tanta furia que ordena que sea incendiado el pueblo, al darse cuenta que todo lo selecto de la comunidad estaba comprometido en la revolución.- Desde esa época el Municipio ha ido decayendo, a tal grado que en los últimos años aldeas que pertenecían al Municipio de El Negrito, se han constituido en muni-

cipios independientes, como ser el Municipio de El Progreso, Morazán y Santa Rita.

DESCRIPCION DE LA CABECERA DEL MUNICIPIO

La cabecera de El Negrito, situada en el Valle del mismo nombre, entre las quebradas de La Pita y El Dorado, a cuatro kilómetros al norte del río Cuyamapa y a veinticuatro en el mismo rumbo, del macizo de El Pijol.- Por los lados S.O. y N.E. se encuentran los cerros llamados: Cerro Azul, Mico Quemado y El Junco. Esta cabecera se ha llamado así por la abundancia, en un tiempo, de los árboles de este nombre.- Anteriormente se le llamó: "Dulce Nombre de la Concepción"; después, "Villa del Carmen" y por último, con el que es conocido en la actualidad.

La altura de El Negrito sobre el nivel del mar es de 750 metros.- El pueblo se divide en varios barrios, siendo los más importantes: el Barrio Abajo y el Barrio Arriba.- En la parte céntrica se encuentra la plaza principal, de una manzana de superficie, encontrándose el frente de ella los edificios de la escuela, la municipalidad, el CESAMO y otras edificaciones particulares.

SITUACION GEOGRAFICA Y EXTENSION DEL MUNICIPIO

Este municipio se encuentra situado en la parte noroeste del Departamento de Yoro y está limitado: al norte, con el Municipio de Tela, en Atlántida; al este, con los de Morazán y Victoria; al sur, con el Municipio de La Libertad, en el Departamento de Comayagua y el de Santa Cruz de Yojoa en el Departamento de Cortés (Río llumuya de por medio) y al oeste con el Municipio de El Progreso y el de Santa Rita.- Se calcula su extensión en unos mil kilómetros cuadrados.

ASPECTO FISICO, OROGRAFICO, HIDROGRAFIA Y CLIMA DEL MUNICIPIO:

Tiene un relieve muy quebrado, pues gran parte de él, hacia el sur, está ocupado por la cordillera de Sulaco y sus numerosos ramales que se desprenden en todas direcciones, posee varias altiplanicies, principalmente donde está ubicada la cabecera.- La cordillera de Sulaco lo rodea de sureste a noroeste, para formar un semicírculo, terminando en las altas montañas de Mico Quemado.- Este ramal montañoso, así descrito, recibe los nombres de montañas de: Mulilla, Mico Quemado, Cerro Negro, Guajiniquil, Pizote, Colgado, Tapesco, El Tigre, Quebrada Honda, Loma de Ocote y la Crucita.

Los principales ríos que lo irrigan, son: el Cuyamapa, que procede del Municipio de Morazán, naciendo en el lugar llamado Corinto.- Pasa a cuatro kilómetros de la cabecera municipal, siendo su principal afluente el río Olomán.- El Cuyamapa va a desembocar al Llumuya ó Comayagua.

El clima del municipio es variable, en las alturas es frío y en los valles es cálido.- Las lluvias son abundantes desde el mes de abril hasta diciembre, produciéndose el resto de los meses ligeras lloviznas, a veces persistentes.

GOBIERNO DEL MUNICIPIO, DIVISION POLITICA

Su gobierno está encomendado a una municipalidad con autonomía propia para gobernarse con sujeción a las leyes generales del país.- Está compuesta por un Alcalde, dos Regidores, un Síndico y un Secretario Municipal.- A la municipalidad le corresponde el gobierno, dirección y administración de los intereses peculiares de los pueblos, conforme lo dispone la Ley de Municipalidades y Régimen Político.- La municipalidad nombra los alcaldes auxiliares de la cabe-

-cera, de las aldeas y caseríos de su jurisdicción.- En el ramo judicial hay un Juez de Paz propietario y un suplente, nombrado por el Juez de Letras Departamental.- En el ramo militar, hay una delegación de la Fuerza de Seguridad Pública, comandada por un Cabo.

ORGANIZACION FAMILIAR:

La familia, en general, está compuesta por el padre, la madre y los hijos, siendo lo más frecuente el tipo de familia numerosa.- Un alto porcentaje de los matrimonios son de hecho (unión libre), lo cual llega a ser común entre las clases sociales de economía débil.- La familia en el municipio es nuclear, porque está formada por los cónyuges y sus hijos, rodeada de un grupo de parientes; de descendencia bilineal, porque los hijos se identifican con los apellidos de ambos padres y heredan las pertenencias de ellos; el poder es patriarcal, porque es el padre quien ejerce la autoridad, ocupando la mujer un segundo plano dentro de la organización familiar.

INFRAESTRUCTURA Y VIAS DE COMUNICACION:

El Negrito cuenta con un servicio de telégrafo, luz eléctrica generada por un motor de la municipalidad (el cual brinda la luz desde las seis de la tarde hasta las once de la noche), una oficina de correo, agua potable a nivel del casco urbano y un CESAMO, que a partir de marzo del presente año será convertido definitivamente en un CESAR, debido a que en la comunidad de Morazán se construirá un hospital financiado por instituciones inglesas y la apertura en junio de este año, del Centro Hospitalario de Emergencia, en el Progreso, Yoro, lo cual hace innecesaria la existencia de un CESAMO en esta co-

munidad.

Para la comunicación terrestre dentro del municipio hay una serie de caminos de tierra en mal estado, transitadas por camiones.- Se cuenta con un servicio de buses que hacen el recorrido: Yoro (cabecera) Morazán-El Negrito-Santa Rita El Progreso y viceversa.

Las principales vías de comunicación son:

1.- La carretera que conduce de El Progreso a Yoro, la cual se encuentra Pavimentada hasta la comunidad de Santa Rita, para continuar sin la capa de asfalto hasta la cabecera departamental.- Con respecto a este último tramo se están haciendo las gestiones pertinentes a través de las municipalidades de todo el Departamento y las fuerzas vivas de las comunidades, para que la carretera quede pavimentada en su totalidad, ya que de lo contrario y debido a los fuertes inviernos, quedaría destruida en término de tres años, con lo cual se flecharía a perder la fuerte inversión que se ha hecho en ella.

2.- La carretera que une a El Negrito con Morazán, la cual en su totalidad es de tierra, sumamente estrecha en algunos sitios y de difícil tránsito durante el invierno.

POBLACION:

Dadas las condiciones geográficas de Honduras y la insuficiencia de sus comunicaciones, la población ha tenido a la dispersión y al aislamiento.- Sin embargo, en las últimas décadas el patrón tradicional de asentamiento poblacio-

nal ha tendido a cambiar, observándose una tendencia a la concentración en las zonas de mayor dinamismo económico.

Un hecho de gran importancia ha sido el acelerado crecimiento experimentado por la población rural.- En 1930, la población total aproximada de todo el país era de 947,523 habitantes, de los cuales 655,636 (70%) residían en el campo.- Para 1950, la población rural se había duplicado, alcanzando los 985,381 habitantes, lo que corresponde a un incremento de 120% en términos de 20 años.

La población del Municipio de El Negrito, según el último censo de septiembre de 1974, es de 13,061 habitantes, la población urbana es de 2,696 habitantes, que representan el 20,72% y la rural de 10,365 habitantes, constituyendo el 79,23%, existiendo un mayor índice de masculinidad a nivel rural.- En el Cuadro No.1, se hace una comparación de la población del municipio, con el departamento y toda la República, por sexos y por áreas, guardándose entre ellas la misma proporción y demostrándose que sigue manteniéndose el incremento de la población rural, con respecto a los años antes mencionados.

De lo anterior podemos deducir que este incremento poblacional rural, se traducirá en una mayor presión sobre la tierra y sus productos, y si los encargados de dirigir la política agraria no adoptan una posición realista, adecuada a las circunstancias actuales y futuras, esto generará mayor número de conflictos en el agro, de lo que estamos viendo actualmente.

En el Cuadro No.2, tenemos la población total en cabecera municipal y aldeas y caseríos pudiendo apreciarse, como dijimos anteriormente, que el índice de masculinidad es mayor a nivel rural, lo cual está acorde, si tomamos en cuenta

que en este departamento no existen verdaderos polos de desarrollo que motiven al campesino a emigrar, como sucede en otros del país.- Por lo contrario, aquí se ve la situación de la familia campesina con gran número de hijos, de los cuales los varones se dedican, junto con el padre, a las faenas del campo, ya sea como lo que se ha dado en llamar "Campesinos Autónomos", que a nivel nacional son la minoría (10%), los cuales poseen sus pequeñas parcelas y son dueños de los medios de producción, utilizando mayormente mano de obra familiar para lograr hacer producir la tierra y obtener un excedente comerciable; o como "Campesino Dependiente", que es el sector mayoritario de la población rural.- Este último tipo de campesinos, por la precariedad de sus fondos, de sus escasos instrumentos de labranza, se ven obligados a entrar en relaciones contractuales, que los hacen dependientes de otros sectores sociales.

En el Cuadro No.3, podemos ver que la suma de la población menor de 15 años y del grupo mayor de 65 años nos da, tanto en el Departamento como en el Municipio, aproximadamente el 52% de la población, lo que aunado al dato (Cuadro No. 4) de que la población económicamente no activa de 10 a más años, es mayor que la económicamente activa, nos dará por resultado un fuerte grupo improductivo, que según Censos y Estadísticas es de 73,72% a nivel nacional, siendo más improductivo del sexo femenino.- Lo anterior viene condicionado por la falta de fuentes de trabajo y la mala distribución de las tierras principalmente en el sector rural, y no por holgazanería como maliciosamente se ha pretendido hacer creer.

De la población económicamente activa, en este municipio, la mayor parte se dedica a la agricultura, ganadería, trabajos forestales, artesanía, comercio, etc.- El 95% de estas ocupaciones las realizan los hombres (Cuadro No.5), in-

finándose de lo anterior, que las faenas de la mujer están consignadas al nivel de los trabajos domésticos.

Como podemos apreciar en el Cuadro lio.5, la mayor parte de la población económicamente activa se dedica a la agricultura y la ganadería, es importante entonces, hacer un análisis con respecto a la tenencia de las tierras y la producción agrícola y pecuaria.

En el Municipio de El Negrito existen un total de 1,396 explotaciones, que oscilan entre 1 y 2,000 Hectáreas, con un total de superficie de 21,455 Hectáreas (Cuadro No.6).- En el extremo inferior tenemos las explotaciones de 1 a menos de 5 Hectáreas, las que sumadas nos dan 909 explotaciones, cubriendo una superficie de 1,527 Hectáreas.- En el extremo superior, encontramos tres explotaciones de 1.000 a 2.000 Hectáreas, las que cubren una superficie de 5.408 Hectáreas, aproximadamente tres veces más que la suma de las superficies de las explotaciones de 1 a menos de 5 Hectáreas, a pesar que éstas constituyen el 64. 97% del total de explotaciones, las otras el 0.21%.

Por las características de tenencia de las tierras se dividen en: Tierras de - Tenencia Simple y de Tenencia Mixta, para efectos del estudio únicamente analizaremos las primeras, las cuales se clasifican en: Propias, Nacionales, Arrendadas y otras formas.- Dentro de ellas haremos más hincapié en las Propias, que son, en nuestro criterio, las que determinan la situación en el Aero nacional.

En el Cuadro No.7, podemos apreciar que las tierras propias abarcan 299 explotaciones que cubren una superficie de 10.243 Hectáreas; las Nacionales comprenden 352 explotaciones, para una superficie de 6.009 Hectáreas; las Arrendadas, que son la mayoría, comprenden 635 explotaciones, que cubren 2.489 Hectáreas,

aproximadamente una quinta parte de las tierras propias.

Clasificando las Tierras Propias en: Minifundio (menos de 5 Hectáreas), Familiares (de 5 a 49 Hectáreas), Gran Propiedad la cual subdividiremos en Mediana (de 50 a 499 Hectáreas) y Grande (de 500 Hectáreas a más); podemos ver en el Cuadro ílo.3, que los Minifundios que forman el 46.48% del total de fincas, cubren una superficie de 11.07%, mientras que por otra parte, las fincas clasificadas en la Gran Propiedad como Grandes, que únicamente forman el 1% del total de fincas, abarcan aproximadamente cuatro veces el territorio ocupado por el Minifundio, es decir un 43.54% de la superficie de fincas.- Esta estructura de tenencia de las tierras tiene su origen en la colonia y tomando como muestra de lo que ocurre a nivel nacional, el Municipio de El Negrito, podemos ver que la mayor parte de las tierras, que por lo general son de vocación agrícola, están en manos de unos cuantos apellidos.

En el Cuadro No. 9 para hacer una comparación, analizamos la situación a nivel de todo el territorio de la República y en él vemos que las fincas minifundistas forman el 67.5% del total de fincas, abarcando apenas el 12.4% de la superficie; mientras que las fincas multi familiares grandes, que únicamente forman el 0.4% de las fincas, abarcan más de dos veces el territorio ocupado por el minifundio, es decir, el 27.5% de la superficie en fincas, lo cual da un balance negativo para el Municipio de El Negrito, ya que en él las Grandes Propiedades abarcan cuatro veces el territorio ocupado por el minifundio.

Casados en los datos del Cuadro No.8, podemos ver que una superficie de 2.876 Hectáreas (minifundio y familiar) que equivale al 28.08% de la superficie total (10.243 Hectáreas) es propiedad de 279 campesinos, que equivalen al 93.31%

de la población de propietarios de tierra y 7.367 Hectáreas (Gran Propiedad) que equivalen al 71.92% de la superficie total, pertenecen a 20 terratenientes, que conforman un 6.63% de la población de propietarios de tierra (Gráfica No.1) de lo cual podemos concluir que aproximadamente tres cuartas partes de la superficie total está ocupada por unos cuantos terratenientes, dejando la otra cuarta parte para el minifundio y la propiedad familiar, que comprende 279 familias.

En cuanto al uso dado a la tierra, podemos ver en el Cuadro No.10 que el mayor porcentaje (54.47%) se utiliza para pastos, dejando únicamente el 30.39% para agricultura, que equivale a una superficie de 7.330 Hectáreas, de las cuales se obtuvo una producción agrícola total de 8.584 toneladas métricas, perteneciéndoles a los granos básicos el 53.06% de ese total; en segundo lugar, los plátanos y otros guineos y en tercer lugar, el café, que en los últimos años se ha convertido en uno de los mejores rubros de exportación nacional (Cuadro No.11).- Comparando la producción de Negrito con la del Departamento (Cuadro No.12), vemos que contribuye con el 1.31% de la producción total del Departamento.

Con respecto a la producción de ganado, el Municipio de El Negrito produce el 12.78% de la población bovina del Departamento de Yoro, para lo cual se dedican 372 explotaciones (Cuadro No.13), de las 1.396 explotaciones que posee en total (Cuadro No. 6), si consideramos las explotaciones entre 10 y 2000 Hectáreas como las más aptas para la crianza de ganado, en este municipio, nos suman 355 explotaciones (17 explotaciones menos que las realmente utilizadas), lo cual nos dice que aproximadamente usaremos 19.000 Hectáreas, de las 21.455

disponibles, sobrándonos 2.455 Hectáreas para la pequeña propiedad y el minifundio, volcándose éstos en una producción de subsistencia y algunos de ellos posiblemente para el consumo interno; mientras que las grandes propiedades familiares, en mejores condiciones económicas, se aplican a una producción ganadera y agrícola, si bien, no altamente tecnificada, sí de exportación.- Esto está acorde con la gran cantidad de terrenos dedicados a los pastizales (Cuadro No.10), para los cuales están destinadas 13.138 Hectáreas.- Como conclusión de los análisis anteriores podemos inferir que en este municipio, posiblemente, esté mejor nutrido el ganado que sus moradores.

VIVIENDA:

El número total de viviendas ocupadas, en el Municipio de El Negrito, es de 2.338, siendo el material predominante en su construcción: el bahareque, para las paredes; la lámina de zinc; la paja ó palma, para los techos; para el piso, la tierra en primer lugar, seguida por la torta de cemento y la madera.- Ver Cuadro No. 14.

Del número total de viviendas, 299 (12.79%) poseen para uso exclusivo un tipo de servicio sanitario (letrina ó inodoro) y 8 viviendas (034%) lo tienen para uso en común con otras.- El resto, 2.031 viviendas (86.79%), no disponen de ningún tipo de servicio para la eliminación de excretas, por lo cual podemos deducir, que la gran mayoría de la población practica el fecalismo al aire libre (Cuadro No.15), con las subsiguientes implicaciones a nivel de salud.

Con respecto al servicio de agua (Cuadro No.16, 1.202 viviendas (51.84%) uti-

lizan el agua de pozo; 497 viviendas (21.26%) tienen servicio de agua de cañería, sea dentro o fuera de la casa, siendo lo último lo más frecuente; 87 viviendas (3.72%) utilizan llave pública; el resto tienen que recurrir al río, manantial u otros.- Es de hacer notar, que como la mayor parte de los lugares en el país, el servicio de agua no se refiere a agua potable, - sino que agua entubada y que dicho servicio es por horas durante el verano y que en el invierno se adolece de él durante varios días, dependiendo de - la frecuencia y densidad de las lluvias, debido a la poca capacidad y defectos en la construcción de la fuente de captación de aguas.

De las 2.338 viviendas, únicamente 98 (4.19%) poseen alumbrado eléctrico (Cuadro No.17), sea público ó privado; el resto, 2.240 viviendas (95.81%) se sirven para su iluminación nocturna del ocote, gasolina, candelas u otros.

El hacimiento es altamente marcado, como podemos ver en el Cuadro No.18, ya que el mayor número de viviendas, 1.701 (72.75%) son de 1 a 2 cuartos, y dentro de éstas el 55.60% (1.300 viviendas), viven cuatro a más de siete personas.

INDICADORES DEMOGRAFICOS NATALIDAD:

El número de nacimientos registrados para 1977, en los archivos de la municipalidad de El Negrito, fue de 544.- Para el año 1978, se vuelven a registrar 544, de los cuales 266 son varones y 278 mujeres.- Lo anterior nos da una Tasa Bruta de Natalidad de 42 por mil, siendo ésta a nivel nacional de 48 por

mil.

MORTALIDAD:

En el año 1977 se registraron 33 defunciones y para 1978 se registraron 36.- Lo anterior, nos da una Tasa Bruta de Mortalidad de 2.75 por mil.- La Mortalidad Infantil fue de 16.54 por mil, no habiendo mortalidad materna ni neonatal.

En el Cuadro No.19, podemos ver las causas de mortalidad según son informadas, por grupos de edad y Tasa de Mortalidad Específica, donde podemos ver que la "diarrea y vómitos" son la causa más frecuente de muerte en niños menores del año.

Con respecto a los Registros de Mortalidad, si bien es cierto, se puede tener confianza en cuanto al registro total de defunciones, no sucede lo mismo con las causas que ocasionaron dichas defunciones, ya que los diagnósticos son proporcionados por empíricos y en la mayor parte de los casos, por los mismos familiares, motivo por el cual encontramos en los archivos causas de muerte como: fiebre neonocencia, dolor de estómago, tumor de hígado, etc.- Esto nos da causas de muerte poco fidedignas e inespecíficas, por lo cual se nos hace difícil saber a ciencia cierta, de qué se nos está muriendo la población.- Sin embargo, sobre todo en los niños, son los procesos prevenibles y en la mayor parte curables, los que los llevan a la muerte, lo cual es característico en los países sub-desarrollados.

MATRIMONIOS:

Únicamente se registraron 34 matrimonios, lo que nos indica que la mayor parte de uniones son de hecho (Unión Libre).

MIGRACIONES:

No se lleva registro, en esta municipalidad, ni de emigraciones ni de inmigraciones.

EDUCACION:

En el Municipio de El Negrito existen 33 escuelas, de las cuales, 31 son rurales mixtas y dos son urbanas, divididas por sexos.- Con respecto a la dependencia económica de dichas escuelas: 5 son oficiales (localizadas en el - área rural), 9 dependen del gobierno municipal (dos urbanas y siete rurales), y 19 escuelas rurales que dependen de particulares.

Se dispone de 40 maestros titulados, 20 empíricos y 9 con título de la Escuela Superior del Profesorado, para un total de 69 maestros.- De estos, 55 trabajan en el área rural y 14 en la urbana.

Para 1978 se obtuvo una población escolar de 3.077 (Cuadro No.20), de los cuales 674 alumnos (21.90%) corresponden al área urbana y 2.403 alumnos (78.10%) al área rural.

Tomando en cuenta que únicamente se dispone de 66 aulas en total, para 3.077 alumnos, podemos deducir que existe un alto grado de hacinamiento en las aulas, faltándose a uno de los requisitos mínimos pedagógicos para lograr un

buen aprendizaje, agudizando lo anterior, con el mal estado nutricional de la mayor parte de ellos.

Existen, según el Censo Educativo Nacional (Cuadro No.21), 733 niños en edad escolar que nunca han asistido a la escuela y según archivos de la Supervisión Primaria del municipio, se reportan 226 desertores.

Aprobaron satisfactoriamente la primaria 130 alumnos, a nivel de todo el municipio, lo que representa el 4% de toda la población escolar.

CUADRO No.1

COMPARACION DE LA POBLACION URBANA Y RURAL, POR SEXO, DEL MUNICIPIO DE
EL NEGRITO, EL DEPARTAMENTO DE YORO Y TODA LA REPUBLICA

LUGAR	AMBOS SEXOS	URBANA	RURAL
REPUBLICA	2656948	833179	1.823769
YORO	195037	45263	149774
EL NEGRITO	13061	2696	10365

FUENTE: Basado en el Censo Nacional de Población. 1974

CUADRO No.2

POBLACION TOTAL EN CARECERA MUNICIPAL, ALDEAS Y CASERIOS, POR SEXOS

CABECERA DEPARTAMENTAL ALDEAS Y CASERIOS	TOTAL MUNICIPIO			CABECERA MUNICIPAL			ALDEAS Y CASERIOS		
	AMBOS SEXOS	MASCU- LINO	FEME- NI NO	AMBOS SEXOS	MASCU- LIMO	FEME- MINO	AMBOS SEXOS	MASCU- LIMO	FEME- NI NO
EL NEGRITO	13.061	6664	6397	2696	1281	1415	10.365	5388	4982

FUENTE: Censo Nacional de Población. 1974.

CUADRO No.3

POBLACION COMPARATIVA, POR GRUPOS DE EDAD, ENTRE EL
MUNICIPIO DE EL NEGRITO Y EL DEPARTAMENTO DE YORO

GRUPOS DE < EDAD	Y O R O	EL NEGRITO
1 año	3.903	709
1-4	27.996	1.962
5-9	32.263	2.227
10-14	23.077	1.746
15-24	36.790	2.324
25-39	31.215	2.127
40-64	24.179	1.699
64 a mas	4.714	267
T O T A L	195.037	13.061

FUENTE: Basado en Censo Nacional de Población. 1974.

CUADRO No.4

POBLACION DE 10 AÑOS O MAS, ECONOMICAMENTE ACTIVA Y NO ECONOMICAMENTE ACTIVA, POR SEXO,
SEGUN DEPARTAMENTO Y MUNICIPIO

DEPARTAMENTO MUNICIPIO	T O T A L			ECONOMICAMENTE ACTIVO			NO ECONOMICAMENTE ACTIVO		
	AMBOS SEXOS	M	F	AMBOS SEXOS	M	F	AMBOS SEXOS	M	F
Y O R O	125.875	62.447	63.428	51.161	44.476	6.685	74.714	17.971	56.743
EL NEGRITO	8.163	4.231	3.932	3.417	3.280	137	4.746	951	3.795

FUENTE: Censo Nacional de Población. 1974. M=

Masculino

F= Femenino

CUADRO No. 5

POBLACION DE 10 AÑOS Y HAS, ECONOMICAMENTE ACTIVA, POR OCUPACION, SEGUN SEXO Y

MUNICIPIO

MUNICIPIO	TOTAL	AGRICULTORES, GANADEROS, TRABAJADORES RESTALES	ARTESANOS Y OPERARIOS	COMERCIAN- TES, VENEDOR ES Y A- FIMES	TRABAJADORES EN SER VICIO	PROFESIO- NALES, TEC- NICO A FINES	EMPLEADOS OFICINISTAS Y AFI- NES	OTROS
EL NEGRITO	3402	3042	72	68	63	46	42	69
MASCULINO	3265	3035	56	54	9	21	36	54
FEMENINO	137	7	16	14	54	25	6	15

FUENTE: Censo Nacional de Población. 1974

NUMERO Y SUPERFICIE DE LAS EXPLOTACIONES DEL MUNICIPIO
DE EL NEGRITO, DEPTO. YORO

MUNICIPIO Y TAMAÑO DE LAS EXPLOTACIONES	TOTAL DE EXPLOTACIONES	TOTAL DE SUPERFICIE
EL NEGRITO	1.396	21.455
De menos de 1 Ha.	262	165
De 1 a menos de 2 Has.	359	434
De 2 a menos de 3 lías.	164	389
De 3 a menos de 4 Has.	76	265
De 4 a menos de 5 Has.	48	214
De 5 a menos de 10 Has.	132	966
De 10 a menos de 20 Has.	134	1.843
De 20 a menos de 50 Has.	147	4.374
De 50 a menos de 100 Has.	48	3.142
De 100 a menos de 200 Has.	18	2.631
De 200 a menos de 500 Has.	5	1.564
De 500 a menos de 1000 Has.	-	-
De 1000 a menos de 2000 Has.	3	5.408

FUENTE: Censo Nacional Agropecuario

TOMO II Tenencia de la Tierra. 1974.

CUADRO No. 7
NUMERO Y SUPERFICIE DE LAS EXPLOSIONES POR TENENCIA SIMPLE DE LA TIERRA

I: MUNICIPIO Y TAMAÑO DE EXPLOTACIONES	TENENCIA SIMPLE							
	PROPIA		NACIONAL	AL	ARRENDADA		OTRAS FORMAS	
	ixplo_ tacio aes	Super ficies	Explo tacio_ Nes nes	Super ficies	Explo _ tacio nes	Super ficies	Expío tacio nes	Super ficie s
EL NEGRITO	299	10243	352	6009	653	2489	2	3
De menos de 1 Ha.	35	22	33	25	135	115	.	
De 1 a menos de 2 Has.	45	62	73	97	228	317	2	3
De 2 a menos de 3 Has.	24	62	36	82	93	217	-	-
De 3 a menos de 4 Has.	20	69	11	40	40	138	-	-
De 4 a menos de 5 Has.	15	70	4	19	24	103	-	-
De 5 a menos de 10 Has.	34	340	44	332	41	103	-	-
De 10 a menos de 20 Has.	52	759	52	715	20	238	-	-
De 20 a menos de 50 Has.	54	1592	60	1774	17	549	-	-
De 50 a menos de 100 Has.	10	620	26	1753	3	210	-	-
De 100 a menos de 200 Has.	5	927	7	966	2	299	-	-
De 200 a menos de 500 Has.	1	412	1	206	-	-	-	-
De 500 a menos de 100 Has.	-	-	-	-	-	-	-	-
De 1000 a menos de - 2500 Has.	3	5409	-	-	-	-	-	-

FUENTE: CENSO Nacional Agropecuario, tomo II, tenencia de la tierra. 1974

CUADRO No.8

NÚMERO Y SUPERFICIE DE LAS FINCAS, SEGUN TAMAÑO, EN EL MUNICIPIO
DE EL NEGRITO

TAMAÑO EN HECTAREAS	No.	%	SUPERFICIE (Has)	%
MINIFUNDIO (Menos de 5)	139	46.48	285	11.07
FAMILIARES (5-49)	140	46.80	2691	26.27
GRAN PROPIEDAD				
MEDIANAS (50-499)	17	5.68	1959	19.12
GRANDES (500 ó más)	3	1.00	5408	43.54
T O T A L	2 9 9		10243	

FUENTE: Censo Nacional Agropecuario, Tomo II, Tenencia de la tierra.
1974

CUADRO No. 9

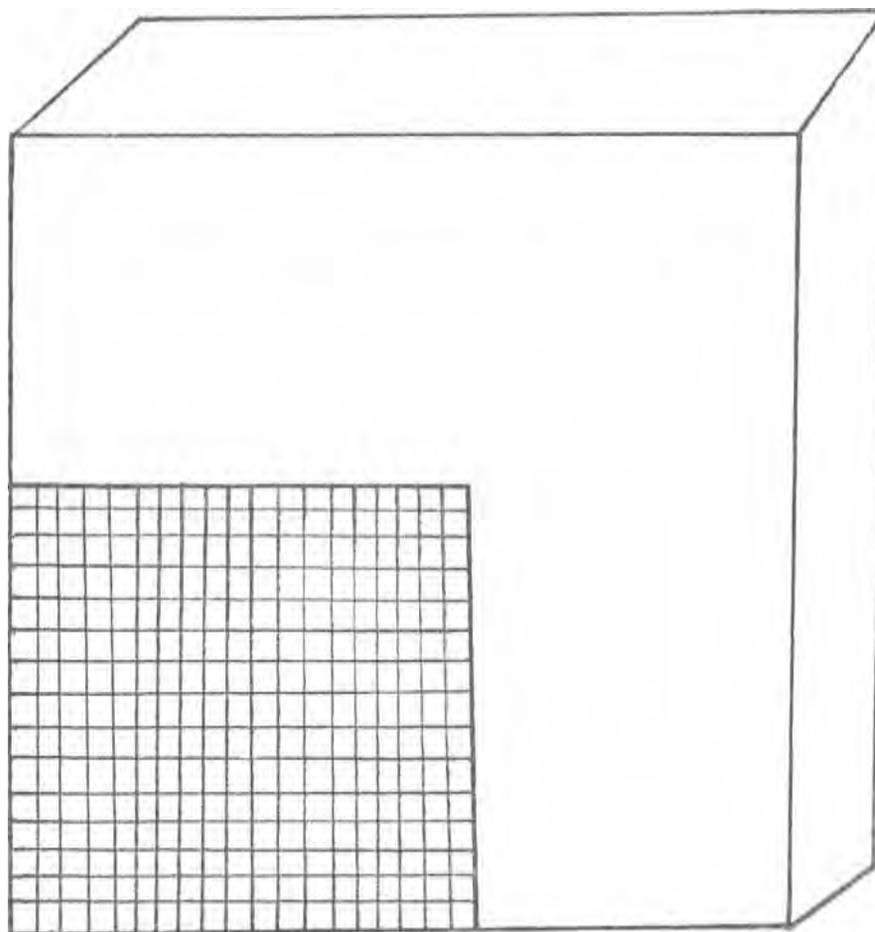
NUMERO Y SUPERFICIE DE LAS FINCAS, SEGÚN TAMAÑO, A NIVEL NACIONAL

TAMAÑO EN MANZANAS	No.	SUPERFICIE
MINIFUNDIO (1-9)	67.5%	12.4%
FAMILIARES (10-49)	26.4%	27.4%
MULTIFAMILIARES		
MEDIANAS (50-499)	5.7%	32.7%
GRANDES (500 ó mas)	0.4%	27.5%
T O T A L	100.0%	100.0%

FUENTE: Censo Nacional Agropecuario.- 1974

GRAFICO No. 1

CONCENTRACION DE LA TIERRA



Campesinos: propiedades menores de 50 hectáreas.



Terratenientes: propiedades mayores de 50 hectáreas.

FUENTE: en base al Censo Nacional Agropecuario.- 1974.

CUADRO No. 10

USO POTENCIAL DE LA TIERRA EN HECTAREAS Y PORCENTAJES

USOS DE LA TIERRA	HECTAREAS	%
AGRICULTURA	7.330	30.39
PASTOS	13.138	54.47
PINOS	209	0.87
GUAMILES	2.415	10.01
OTROS	778	3.23
T O T A L	24.121	100.00

FUENTE: Basado en el Censo Nacional Agropecuario, Uso de la

Tierra, Tomo III.- 1974.

PRODUCCION AGRICOLA DE EL NEGRITO, EN TONELADAS METRICAS Y PORCENTAJES

PRODUCTOS	CANTIDAD EN TONELADAS METRICAS	%
GRANOS BASICOS	4.555	53.06
PLATANOS Y OTROS GUINEOS	3.213	37.43
CAFE	278	3.24
CAÑA DE AZUCAR	184	2.14
NARANJAS	135	1.57
BANANOS	75	0.87
VERDURAS	62	0.72
COCOS	44	0.51
SANDIA	37	0.31
AGUACATES	5	0.06
TORONJAS	3	0.03
PIDAS	3	0.03
T O T A L	8.584	100.00

FUENTE: Censo Nacional Agropecuario, Cultivos Anuales y Permanentes,
Tomo IV.- 1974.

PRODUCCION COMPARATIVA Y PORCENTAJES DEL MUNICIPIO DE EL NEGRITO CON
EL DEPARTAMENTO DE YORO

PRODUCTOS	EL NEGRITO	YORO	%
GRANOS BASICOS	4.555	39.267	11.60
PLATANOS Y OTROS GUINEOS	3.213	20.620	15.58
CAFE	278	3.527	7.88
CARA DE AZUCAR	184	19.277	0.95
NARANJAS	135	824	16.38
BANANOS	75	572.375	0.01
VERDURAS	62	141	43.97
COCOS	44	55	80.00
SANDIA	27	88	30.68
AGUACATES	5	40	12.50
TORONJAS	3	496	0.60
PIRAS	3	17	17.65
T O T A L	8.584	656.727	100.00

FUENTE: Basado en Censo Nacional Agropecuario, Cultivos Anuales y Perma-
nentes, Tomo IV.- 1974.

PRODUCCION PC GANADO BOVINO, EN FORMA COMPARATIVA, ENTRE LA REPUBLICA EL DEPARTAMENTO DE YORO Y EL MUNICIPIO DE EL NEGRITO.

GANADO BOVINO		
L U G A R	No. EXPLOTACIONES	TOTAL DE CABEZAS
TODA LA REPUBLICA	32.610	1.795.115
YORO	4.806	146.338
EL NEGRITO	372	18.703

FUENTE: Censo Nacional Agropecuario, Tono VII, Ganado Bovino y Porcino.
1974.

CUADRO No.14

NUMERO DE VIVIENDAS PARTICULARES, OCUPADAS Y DESOCUPADAS, SEGUN MATERIAL DE CONSTRUCCION EN
LAS PAREDES EXTERIORES, TECHO Y PISO, POR MUNICIPIO

MATERIAL PAREDES EXTERIORES MUNICIPIO	MATERIAL PREDOMINANTE EN EL TECHO							
	TOTAL	TEJADO DE DARRO	ASBESTOS CEMENTO	LAMINA DE ZINC	CONCRE TO	PAJA PALMA SIMI LARES	DESE CHO	OTROS
EL NEGRITO	2.694	464	13	1.093	-	1.047	42	35
LADRILLO	89	10	2	77	-	-	-	-
ADOBE	160	102	4	52	-	2	-	-
MADERA	945	107	7	690	-	121	10	10
BAHAREQUE	777	245	-	273	-	224	12	23
PALO Ø CAÑA	715	-	-	-	-	694	19	2
OTROS	8	-	-	-	-	6	1	-
MATERIAL PREDOINANTE EN EL PISO								
MUNICIPIO	TOTAL	LADRILLO DE BARRO	LADRILLO DE CEMENTO	TORTA DE CEMENTO	MADERA	TIERRA	IGNORADO	
EL NEGRITO	2.338	11	22	337	153	1.765	356	

FUENTE: Censo Nacional de la Vivienda, Tomo I.- 1974.

NUMERO DE VIVIENDAS OCUPADAS, SEGUN SERVICIO SANITARIO

MUNICIPIO	TO- TAL	USO EXCLUSIVO DE VIVIENDA						USO DE VARIAS VIVIENDAS				NO TIE NE
		TO- TAL	INODORO		LE- TRI NA	LAVA- BLE	TO- TAL	INODORO		LE- TRI NA	LA- VA- BLE	
			Al can- tari11 a do	Pozo Sép- tico				Al can- tari- 11 ado	Pozo Sen- tico			
EL NEGRITO	2333	299	6	12	227	54	8	1	-	2	5	2037

FUENTE: Censo Nacional de Vivienda, Tono I.- 1974

CUADRO No. 16

HUMERO DE VIVIENDAS PARTICULARES OCUPADAS, SEGUN SERVICIO DE AGUA

MUNICIPIO	SERVICIO DE AGUA						
	TOTAL	AGUA DE CAÑERIA			POZO	RIO LAGO o MANANTI-AL	OTROS
		Dentro	Fuera	Servicio Publico			
EL NEGRITO	2.338	70	427	87	1.202	517	35

FUENTE: Censo Nacional de la Vivienda, Tomo I.-

1974

CUADRO No. 17

NUMERO DE VIVIENDAS PARTICULARES OCUPADAS, SEGUN CLARE DE ALUMBRADO

MUNICIPIO	TOTAL	CLASE DE ALUMBRADO						
		ELECTRICO		GAS	GASO LINA	ACEI TE	CAN DELA	OTROS
		Servi- ció Público	Servi- cio Priva- do					
EL NEGRITO	2.338	46	52	2.048	12	169	7	4

FUENTE: Censo Nacional de Vivienda, Tomo I.-
1974.

CUADRO No. 18
HUMERO DE VIVIENDAS PARTICULARES OCUPADAS, SEGUN HUMERO DE PERSONAS
Y NUMEROS DE CUARTOS

HUMERO DE PERSONAS MUNICIPIO	NUMERO DE CUARTOS					
	TOTAL	1	2	3	4	5 ó Mas
EL NEGRITO	2.338	477	1.224	446	119	72
DE 1-3 PERSONAS	605	175	319	81	22	8
DE 4-6 PERSONAS	941	201	501	171	43	26
DE 7 ó MAS	791	101	404	194	54	33

FUENTE: Censo Nacional de Vivienda, Torno I.-

1974

CUADRO No. 19CAUSAS DE MORTALIDAD, SEGUN SON INFORMADOS, POR GRUPOS DE EDAD YTASA DE MORTALIDAD ESPECÍFICA

ENFERMEDAD	-1 Mes	-1 Año	+ 1 Año	TOTAL	T.E.M. y 10.000 HABS.
DIARREAS Y BASCA	0	0	3	11	5
FIEBRE Y COMPLICACIONES	4	1	0	5	2
DERRAME	0	0	3	3	1
CORAZON	0	0	3	3	1
DENGUE	1	0	1	2	1
ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO	0	0	2	2	1
HERIDA CON ARMA	0	0	2	2	1
OTROS	0	0	8	3	4
T O T A L	5	9	2 2	3 6	

FUENTE: Archivos de la Municipalidad de El Negrito, Yoro.- 1978.

Población estimada para 1978 = 20.612 habitante.

T.E.M. = Tasa específica de mortalidad por 10.000 habitantes.

CUADRO No.19POBLACION ESCOLAR DEL MUNICIPIO DE EL NEGRITO, DEPARTAMENTO DE YOROSEGUN AREA Y SEXO.- 1978

GRADOS	U R B A N A			R U R A L			T O T A L
	Ambos Sexos	F.	M.	Ambos Sexos	M.	F.	
1o.	176	90	78	1.125	504	621	1.301
2o.	137	64	73	470	228	250	615
3o.	135	68	67	321	158	163	456
4o.	95	48	47	243	135	108	338
5o.	66	39	27	137	71	66	203
6o.	65	43	22	99	53	46	164
T O T A L	674	360	314	2.403	1.254	1.254	3.077

FUENTE: Departamento de Informática,

DIGEPRE. F. = Femenino M. = Masculino

NIÑOS EN EDAD ESCOLAR OIJE NUNCA HAN ASISTIDO A LA ESCUELA

EDAD	SEXO M.	F.	TOTAL
7	137	120	257
8	61	71	132
9	56	29	35
10	33	29	67
11	26	24	50
12	30	20	50
13	60	37	97
TOTAL	408	330	738

FUENTE: Censo Educativo Nacional.- 1973

Dirección General de Planeamiento.

Unidad de Investigación.

CAPITULO II

POLITICA DE SALUD EN HONDURAS

Nace de la necesidad de establecer un orden que pueda no sólo canalizar los esfuerzos, sino también ajustar, en consecuencia, la política y estrategia para alcanzar en menor tiempo posible los objetivos del Plan Decenal de Salud.

Los Ministros de Salud de las Américas en su tercera reunión especial realizada en 1972 recomendaron: "Comenzar en el decenio, la instalación de mecanismos que hagan viable el logro de la cobertura total de la población por los sistemas de servicios de salud, en todos los países de la región.

En nuestro país la prioridad de los objetivos se ha establecido siguiendo el orden enunciado en los lineamientos de la política de Salud en el Plan Nacional de Desarrollo, de la siguiente forma:

Proporcionar acciones básicas de salud que satisfagan necesidades esenciales, orientadas preferentemente a la zona rural y en áreas programáticas prioritarias, con técnicas que produzcan efectos multiplicadores.

El desarrollo del Plan comprende propiciar servicios de salud a las personas, los de acción sobre el medio y el desarrollo de la infra-estructura, circunscrita preferentemente al ámbito rural, tomando en consideración lo anterior se pretende:

- I. - Enfatizar las acciones sobre el saneamiento del medio.
- II. - Emplear y mejorar los programas de enfermedades transmisibles.

- III.- Dar alta prioridad a los programas de Salud Materno-Infantil.
- IV.- Aumentar la cobertura de servicios asistenciales en las áreas rurales, en base a una regionalización.
- V.- Disminuir la prevalencia de enfermedades nutricionales.
- Aprovechar a su nivel óptimo los recursos disponibles y la capacidad instalada.
- VI. Promover la participación activa de la comunidad, en el desarrollo de los Programas de Salud Integral y del bienestar familiar.
- VII. - Igualar y nivelar, a largo plazo, los servicios de salud y extenderlos paulatinamente a nivel nacional, estableciendo un sistema único de salud.
- VIII. - Incrementar el desarrollo de los recursos humanos.
- Establecer y mejorar las condiciones de las diferentes instituciones que integran el sector de salud.
- X.- Organizar el Departamento de Mantenimiento, con el propósito de lograr un funcionamiento eficiente, lo que comprenderá ampliaciones, reparaciones, adecuaciones y sustitución y dotación de equipo deteriorado y faltante.
- XI.- Uno de los puntos básicos de la Política Nacional de Salud, lo constituye la ampliación de cobertura (ver Cuadro No. 1), el concepto de cobertura implica la admisión de que existe una relación dinámica en la que intervie-

nen, por una parte, las necesidades y aspiraciones de la población, expresada por la demanda de servicios, y por otra, los recursos disponibles y sus combinaciones tecnológicas y organizativas, que configuran la oferta para satisfacer esa demanda.- Otro punto importante lo constituye la atención médico hospitalaria, para la cual se ha desarrollado los servicios por niveles, queriendo integrar el sistema tradicional comunitario con el sistema formal ó institucional.- Dentro del sistema institucional se ha - elaborado la siguiente pirámide (ver Cuadro Mo. 2), cuya base la constituye la comunidad, en segundo escalón encontramos el CESAR (Centro de Salud Rural) a cargo de una Auxiliar de Enfermería, donde se desarrollan actividades de Medicina Preventiva y Curativa; a continuación encontramos el CESAMO (Centro de Salud con Médico), cuyas actividades son lógicamente más complejas, aunque básicamente se desarrollen funciones de curación y prevención.

En la escala inmediata superior se encuentra el CHE (Centro Hospitalario de Emergencia) que atenderá los cuatro servicios básicos: Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina y Cirugía.- Superior a éste se encuentra el Hospital Regional, que desarrolla las funciones completas de un hospital.- En la cúspide de la pirámide encontramos al Hospital Escuela, en el cual además de las funciones asistenciales se impartirá docencia e investigación.

El Sistema Tradicional de la comunidad, establecido por ella misma y usado por los individuos siguiendo las costumbre de la auto-medicación, ó acudiendo a algún miembro de la comunidad reconocido como agente del sistema, por ejemplo: partera empírica, brujos ó curanderos, líderes.- En este sistema, se pretende capacitar estos individuos, para que puedan dar una mejor aten-

ción a nivel primario, para lo cual se le elige en la comunidad un miembro, por votación popular, al que se le instruye principalmente en el tratamiento de enfermedades respiratorias altas, gastrointestinales, curación de heridas, durante algún tiempo en el Centro de Salud, lo mismo se hace con las parteras empíricas detectadas en las comunidades.- A los primeros, dentro del sistema formal ó institucional se les conoce como "Guardianes de Salud" y a las segundas "Parteras Empíricas Adiestradas".- Tanto unos como otras se les convoca mensualmente para que rindan informe sobre sus actividades y se les dota de medicamentos que se les ha enseñado a manejar (antidiarreicos, expectorantes, analgésicos, antisépticos, gazas, vendas).- Además, con ellos se ha establecido el Sistema de Referencias de Nivel Inferior, de lo cual hablaremos más detalladamente en el siguiente capítulo.

Conociéndose que la Morbi-Mortalidad en nuestro país radica en procesos morbosos no sólo curables, sino lo más importante, prevenibles, se delineó al aspecto de prevención y promoción, para lo cual se cuenta además de los médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, con un personal especial conocido como "Promotores de Salud", cuyo máximo hincapié es en el trabajo de campo, reforzando el aspecto educativo para lograr la participación capacitante de la comunidad, mediante el desarrollo de cursos, motivación, instalación de letrinas y el abastecimiento de aguas.- Para lograr dichos propósitos se vale de lo que en el sistema de llaman "Representantes de Salud", que constituyen el eslabón entre el promotor y la comunidad, el cual ó los cuales, dicho sea de paso, debe ó deben ser elegidos por votación popular.

SALUD Y NUTRICION:

Con pleno conocimiento que los niveles de salud del hondureño son deficientes y disminuyen su capacidad de trabajo, se considera indispensable apoyar los Programas de Salud y en especial atender aquellas áreas y grupos que registran condiciones más bajas.- Debido a que en el área rural se encuentran los niveles más altos de mortalidad y morbilidad y siendo en esta área donde radica la mayor parte de nuestra población, en el Plan Nacional, se dará atención primordial a los programas básicos para mejorar la salud de las colectividades campesinas.- Como la elevada mortalidad que caracteriza al país tiene como causa preponderante las enfermedades transmisibles, se han considerado de primordial importancia los Programas para su control.- También se sabe que la desnutrición que adolece nuestro pueblo no es un problema específico de salud y que para su dominación se necesita de un enfoque intersectorial, pero que como proceso influye y determine el estado de salud de un pueblo, se pretende mejorar dicho estado, mediante: la educación, programas de salud escolar, instalación de lactarios, centros de recuperación nutricional, con plena participación de la comunidad, además se espera que con la - ejecución de la Reforma Agraria y el aumento de la producción que ella genere, se mejorará el problema de la alimentación en el ámbito rural y en las zonas marginales de las ciudades.

INCIDENCIA DEL PROYECTO DEL PLAN NACIONAL DE SALUD

La ampliación de la cobertura de los servicios de salud, mediante la creación de Centros de Salud Rural, integrado por el sistema de supervisión y referencias a centros de mayor complejidad dentro del concepto de regionalización, permitirá resolver los problemas de servicios a las personas, prefe_

rentemente de los sectores rurales y grupos más vulnerables.- Además, el proyecto, por otra parte, va dirigido a:

- 1.-Evitar el deterioro de las camas hospitalarias, las cuales a su vez se distribuyen racionalmente, incrementándolas en el área rural.
- 2.-Se fortalece la infra-estructura, para poder obtener una real regionalización de los servicios de salud.
- 3.-Da oportunidad al campesino de recibir una atención médica más o nocturna.
- 4.-Disminuye los egresos por consulta de la población económica más vulnerable.

Para todo lo anteriormente tratado se requiere de un adecuado mantenimiento y del desarrollo de recursos humanos, cuyo contenido educativo sea coherente con las necesidades reales de la comunidad, para lo cual es indispensable la definición de funciones en las distintas categorías del personal de salud, para que estén de acuerdo con las necesidades, la tecnología a usar y los recursos disponibles.- La ejecución de este plan nos llf varía a un desarrollo integral de la comunidad

CUADRO No. 1

POLITICA DE SALUD PÚBLICA

AMPLIACION DE COBERTURA RURAL

PROMOCION Y PREVENCION

ATENCION MEDICA HOSPITALARIA

ABASTECIMIENTO DE AGUA

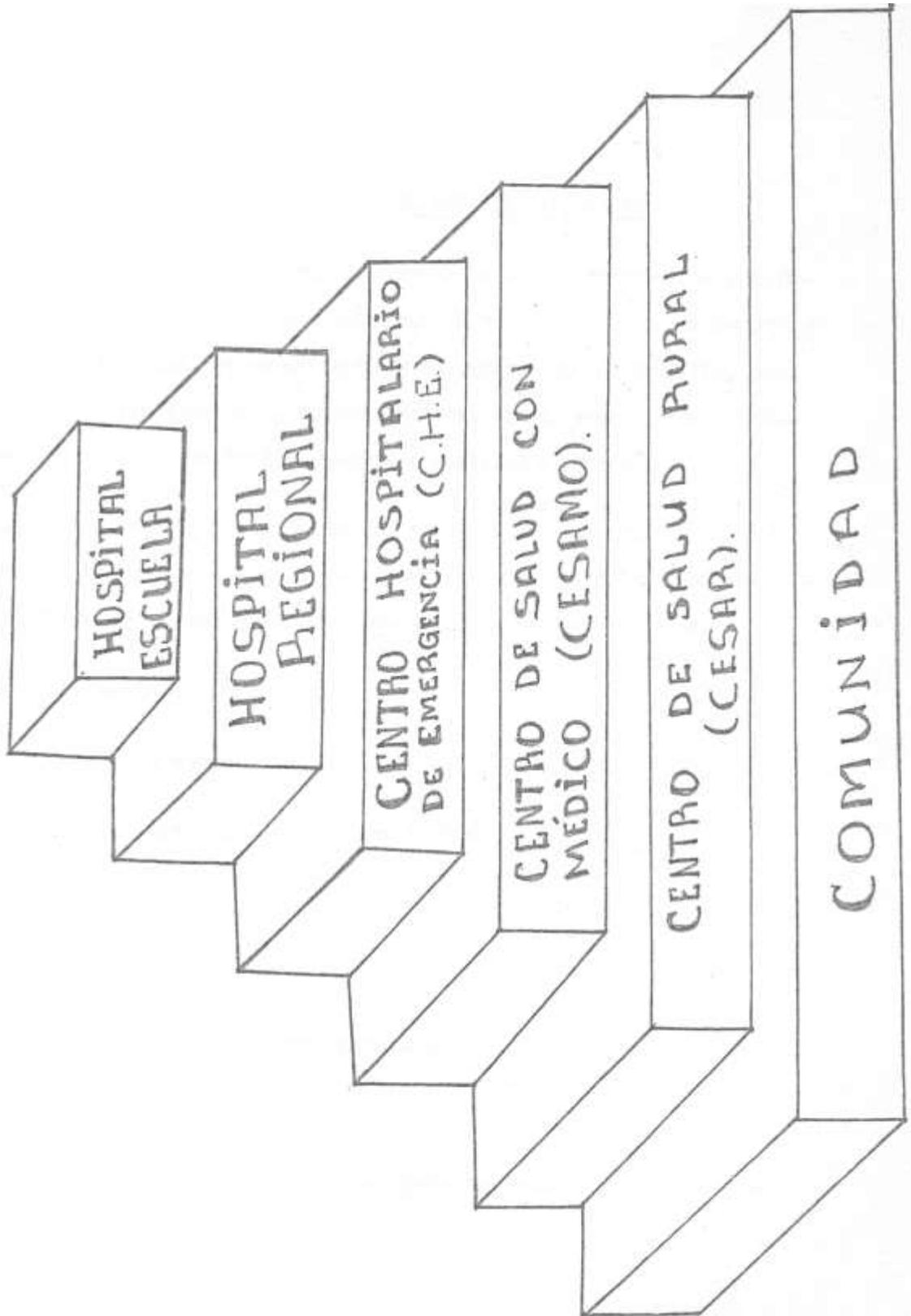
DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

COMBATIR DESNUTRICION

ADECUADO MANTENIMIENTO

DESARROLLO INTEGRAL DE LA COMUNIDAD

CUADRO No.2
NIVELES DE ATENCION



CAPITULO III

CAMPO DE LA SALUD

CESAMO DE EL NEGRITO, INFRA-ESTRUCTURA, AREA DE INFLUENCIA

El CESAMO de El Negrito construido durante la administración constitucional del General Oswaldo López Arellano, con fondos del Gobierno Central y de la Municipalidad, es un edificio de concreto, piso de ladrillo, techo de asbesto, bien ventilado, con extensa área verde, sembrada de cítricos, palmeras, mangos, una área dedicada a hortalizas e injertos.

Situado en el centro de la comunidad, frente a la plaza municipal, colindante con la escuela.- Para su funcionamiento depende del Ministerio de Salud Pública y un pequeño aporte económico de la Municipalidad.

Cuenta con las siguientes dependencias:

1. -Una sala de espera
2. -Un consultorio para médico, con lavabo
3. -Una sala de pre-clínica
4. -Una sala de post-clínica
5. -Una sala para inyecciones y curaciones
6. -Una bodega
7. -Un servicio sanitario con baño, para pacientes

8. -Un servicio sanitario para personal.

RECURSOS HUMANOS:

El personal del CESAMO lo constituyen:

1. - Un médico en servicio social
2. - Una auxiliar de enfermería
3. - Un promotor de salud
4. - Una colectora
5. - Un conserje-vigilante

PERSONAL OCASIONAL:

1. - El médico del área
2. - Las enfermeras supervisoras del área
3. - Los rociadores del SNEM
4. - El Jefe de Promotores de Salud

El 1, 2 y 4 con su sede en el CESAMO de El Progreso, Yoro.

EL PERSONAL VOLUNTARIO:

Está constituido por guardianes de salud, representantes de salud y parteras

Empíricas adiestradas, los cuales serán detallados en el siguiente apartado

AREA DE INFLUENCIA:

El área de influencia del CESAMO de El Negrito está determinada por las vías de comunicación terrestres y las estaciones del año, cabe recalcar esto último, ya que durante el invierno quedan aisladas varias aldeas - localizadas en la ribera opuesta del Río Cuyamapa.- Las siguientes son las aldeas y asentamientos campesinos que corresponden como área de la influencia al CESAMO.

1.- San Juan de Oloman (Victoria, Yoro).- Esta comunidad se encuentra a 12 Kms. de la Unidad de Salud y su recorrido lo hacen parcialmente a pie ó a caballo y en carro.- Se cuenta en dicha comunidad con un guardián de salud, un representante de salud y una partera empírica, para una población de 192 habitantes, cuyo patrimonio es la agricultura.- Se han construido con la participación de la comunidad y ayuda de la región sanitaria No. 3, dos pozos tipo hincado.

2.- Asentamiento Campesino "El Portillo" (Victoria, Yoro).- Se encuentra a 16 Kms., ocupan el mismo medio de transporte, contando con un guardián y un representante de salud para una población de 69 habitantes.- Se han construido 3 pozos tipo hincado.- Su patrimonio es la agricultura.

3.- Asentamiento Campesino "Cangrejales" (Victoria, Yoro).- Se encuen-

tra a 14 Kms. del Centro de Salud, ocupando el mismo medio de transporte, cuentan con un guardián y un representante de salud, para una población de 131 habitantes.- Se han construido 4 pozos tipo hincado.- Su patrimonio es la agricultura.

4.- Jurutungo (Victoria, Yoro).- A 18 Kms. del Centro de Salud, con los mismos medios de transporte, cuentan con un guardián de salud y una partera empírica adiestrada, para una población de 158 habitantes.- Se han construido tres pozos tipo hincado.- Su patrimonio es la agricultura.

5.- Las Mangas de Cuyamapa (Victoria, Yoro).- A 20 Kms. del Centro de Salud, los mismos medios de transporte, cuenta con un guardián y un representante de salud para una población de 255 habitantes.- Se han construido 4 pozos tipo hincado.- Su patrimonio es la agricultura.

6.- El Porvenir de la Coroza (Victoria, Yoro).- Situado a 24 Kms. de la Unidad de Salud, con los mismos medios de transporte, cuentan con un guardián de salud, un representante de salud y una partera empírica adiestrada, para una población de 198 habitantes.- Se han instalado en esta comunidad 16 letrinas.- Su patrimonio es la agricultura.

7.- Asentamiento Campesino "San Fernando" (Victoria, Yoro).- A 17 Kms. del CESAMO, con los mismos medios de transporte, cuentan con un guardián y un representante de salud, para una población de 126 ha-

-bitantes.- Se ha construido un pozo de tipo excavado.- Su matrimonio es la agricultura.

8.- Cooperativa Victoria (Victoria, Yoro).- A 16 Kms. del CESAMO, medios de transporte iguales, cuenta con un guardián y un representante de salud para una población de 127 habitantes.- Se han construido 2 pozos tipo taladro.- Su patrimonio es la agricultura.

Las comunidades anteriores, pertenecientes al Municipio de Victoria, * son las que resultan más afectadas con respecto a las-prestaciones de salud durante el invierno, debido a las crecientes del Río Cuyamapa.

9.- El Junco (El Negrito, Yero).- Está 3 Kms. del CESAMO, con carretera de polvo hasta El Negrito, cuenta con un guardián de salud y una partera empírica adiestrada para una población de 76 habitantes.- Su patrimonio es la agricultura.

10.- San José (El Negrito, Yoro).- Está a 24 Kms. de la Unidad de Salud, con carretera de polvo, pudiendo hacer su recorrido en carro en 1 hora y media (promedio).- Únicamente cuentan con un guardián de salud para una población de 475 habitantes.- Su patrimonio es la agricultura.

11.- Grupo Guanolola No. 2 (El Negrito, Yoro).- Se encuentra a 20 Kms. del CESAMO, pudiendo hacer su recorrido en carro en un promedio de 1 hora.- Cuentan con un guardián y un representante de salud para una población de 116 habitantes.- Se han construido 4 pozos tipo taladro y un pozo tipo excavado.- Su patrimonio es la agricultura.

12.- Grupo Cuyamapa (El Negrito, Yoro).- Está a 8 Kms. de la Unidad de Salud, pudiendo hacer su recorrido en carro con un promedio de 1 hora y media.- Cuentan con un representante de salud para una población de 74 habitantes.- Se ha construido un pozo tipo excabado. Su patrimonio es la agricultura.

13.- La Pita. (El Negrito, Yoro).- Se encuentra a 3 Kms. del CESAMO, pudiendo hacer su recorrido en carro con un promedio de media hora, cuentan con un guardián, un representante de salud y una partera empírica adiestrada para una población de 248 habitantes.- Se han construido 4 letrinas y con fondos de la comunidad y de la municipalidad de El Negrito se ha logrado la instalación de agua entubada.- Su patrimonio es la agricultura.

14.- Jocomico (El Negrito, Yoro).- Se encuentra localizado a 3 Kms. del CESAMO, pudiendo hacer su recorrido a pie en media hora.- Cuentan con un representante de salud, un guardián y una partera empírica adiestrada para una población de 369 habitantes.- Se han construido 5 letrinas.- Su patrimonio es la agricultura.

Ocasionalmente tenemos demandas de salud de Caseríos como: El Pate, El - Tigre, El Rodeo, Cerro Prieto, La Majada, La Laguna, Rancho Escondido, Rivera de las Minas, El Potrero.- Cuya distancia promedio es de 14 a 19 Kms. por camino de herradura.

PRESUPUESTO DEL CESAMO:

El CESAMO no cuenta con un presupuesto propio, dependiendo para su mantenimiento de la administración de la Región Sanitaria No. 3, con sede en San Pedro Sula, quien provee los medicamentos, ciertos sueldos, materiales, etc.

Las actividades del CESAMO generan ciertos ingresos que son remitidos al Área Sanitaria de Yoro, con sede en El Progreso (Yoro), y consisten en la consulta del médico y en su defecto de la Auxiliar de Enfermería, por la cual cada paciente paga el valor de UN LEMPIRA (L. 1.00), sean nuevos o sub-siguientes, lo anterior es conocido como cuota de recuperación.- Quedan exonerados de pago los niños de la Clínica de Crecimiento y Desarrollo, las embarazadas, los niños que mandan de emergencia de las escuelas (heridos, quemados, fracturados, intoxicados) y los que no pueden pagar por ser excesivamente pobres.

No contamos con ingresos de servicios odontológicos por carecer de este servicio, lo mismo que de ingresos por venereología (Control Venéreo), ya que en esta comunidad no existen prostíbulos.

Para los egresos por materiales como Kerossene, mantas, lapiceros, cuadernos, se cuenta con una "Caja Chica", manejada por la colectora, por un valor de L. 30.00 mensuales, de carácter reembolsable.

CAPITULO IV

SISTEMA DE REFERENCIAS

El Sistema de Referencias y Contra referencias es el mecanismo principal de coordinación y articulación dentro del sistema Institucional ó Formal y entre éste y el Sistema Tradicional ó Comunitario, proporcionando la facilidad para una educación médica continuada y un mejor seguimiento del paciente.

Es indispensable no sólo establecer mecanismos de dirección, de control y de evaluación, sino lo más importante, luchar por su aceptación a nivel de los miembros del Sistema Formal.- Decimos lo anterior, basados en la experiencia vivida con respecto a las Referencias enviadas a nivel superior, ya que la mayoría de las veces, si bien fue aceptada, no fue contestada.- De las ochenta y dos Referencias enviadas durante los meses de mi Servicio Social, únicamente fueron contestadas las enviadas al CESAMO: "Carlos B. Gonzáles", de El Progreso, Yoro, Centro en el cual afrontaban la misma situación con respecto a las instituciones de nivel superior.

A continuación (Cuadro No. 1) se tabulan los datos en cuanto al número de Referencias enviadas a nivel superior y recibidas de nivel inferior por mes, dándonos un total de ciento veintisiete recibidas y ochenta y dos enviadas.- En la Gráfica No. 1 pretendemos demostrar la mayor afluencia de Referencias desde el área rural, al establecer la aceptación del sistema por parte del nivel superior (CESAMO DE EL NEGRITO, YORO), para

lo cual, en compañía de la Auxiliar de Enfermería y el Promotor de Salud, se estableció el sistema de visitas a nuestra área de influencia, concientizando las comunidades sobre la necesidad que se tenía de que antes de llegar en demanda de salud a nuestro centro, se avocaran al Guardián de Salud de su respectiva comunidad, el cual, según su criterio, las referiría.- Además a los pacientes que llegaban con Referencia de nivel inferior se les dio la preferencia en cuanto a atención médica, cumpliendo con esto, dos objetivos, a saber: la aceptación del Sistema Formal y la oportunidad para el paciente de regresar temprano a su lugar de origen ó de ser referido a nivel superior, en caso de no contar con los medios necesarios para su tratamiento en el Centro de Salud.

En el Cuadro No. 2 se tabulan los datos en cuanto a la institución a nivel superior, a la cual se enviaron nuestras Referencias (CESAMO de El Progreso, Hospital "Leonardo Martínez", Hospital General "San Felipe", Hospital Materno Infantil, Hospital Neuro-Siquiátrico, Instituto Nacional del Tórax, Hospital "Subirana"), en el cual se demuestra la falta de aceptación a este nivel, ya que de 82 referencias (100%) enviadas únicamente se contestaron 12 referencias (14.6%), que corresponden, como dijimos anteriormente, al CESAMO DE El Progreso, Yoro.

Como podrá verse, se trata de un nuevo sistema y antes de pasar a la evaluación de sus defectos y virtudes habría que luchar por su implantación ó más claramente por su utilización, haciendo conciencia dentro del personal médico hospitalario sobre los beneficios del Sistema, tanto para el paciente como para él los, ya que no es otra cosa más que una especie

de filtro, que evitará mayor flujo de nacientes al Hospital.

CUADRO No. 1

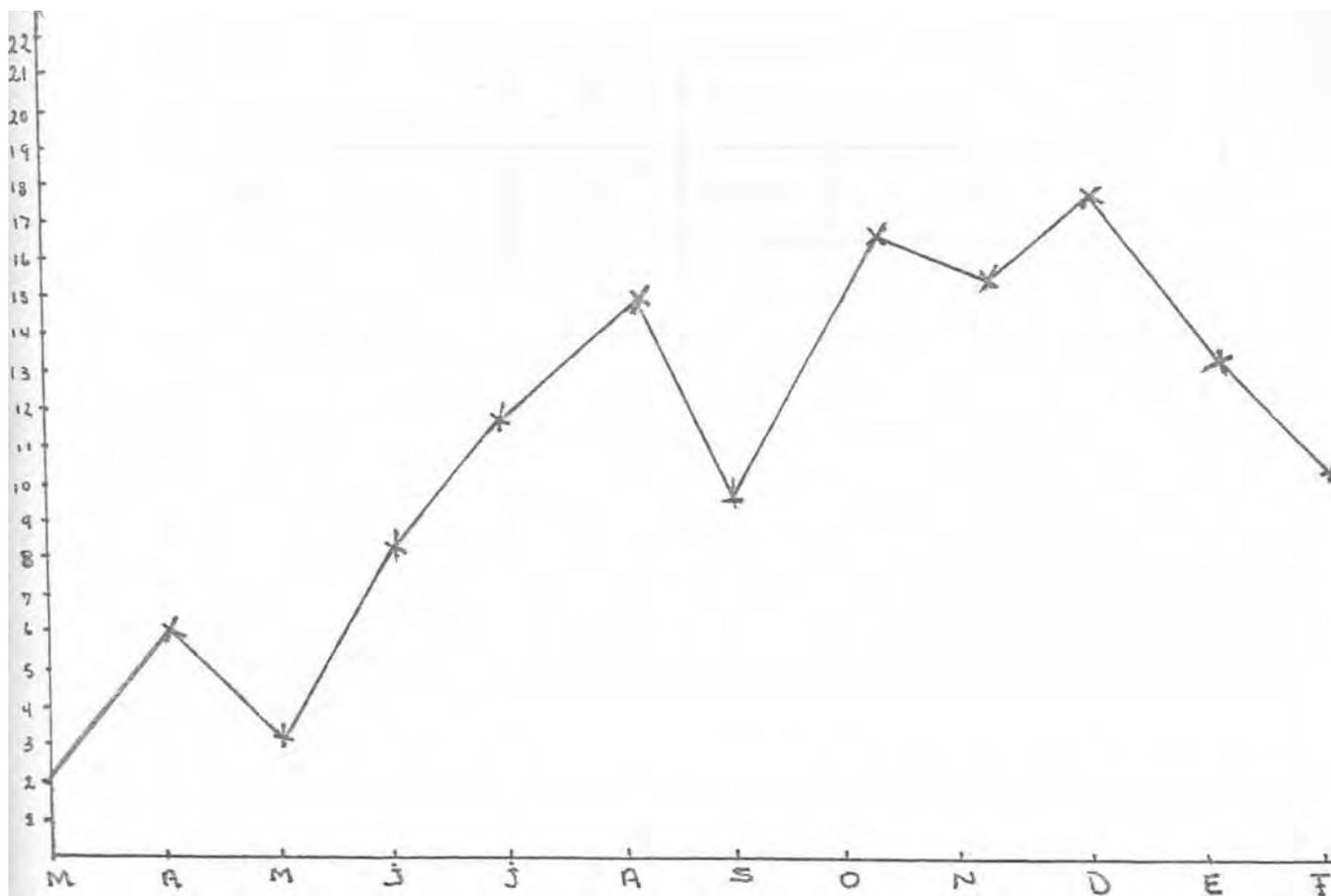
REFERENCIAS RECIBIDAS DE NIVEL INFERIOR ENVIADAS A NIVEL SUPERIOR,
POR MESES

MESES	REF. RECIBIDAS	REF. ENVIADAS
MARZO	2	2
ABRIL	6	16
MAYO	3	10
JUNIO	8	9
JULIO	12	13
AGOSTO	15	6
SEPTIEMBRE	9	3
OCTUBRE	17	10
NOVIEMBRE	15	&
DICIEMBRE	13	1
ENERO	12	5
FEBRERO	10	3
TOTAL	127	32

FUENTE: Archivos del CESAMO, El Negrito, Yoro.- Marzo 1978.-
Febrero 1979

GRAFICA No.1

REFERENCIAS RECIBIDAS



FUENTE: Archivos del CESAMO de El Negrito, Yoro.-

Marzo de 1978 - Febrero 1979.

CUADRO No. 2

REFERENCIAS ENVIADAS, LUGAR, PORCENTAJES

LUGAR	No .	%	CONTESTADAS
CESAMO PROGRESO, YORO	12	14.63	12
HOSP. L.M.	54	65.85	0
HOSP. GSF.	6	7.32	0
H. M. I.	6	7.32	0
H. N. P.	2	2.44	0
I. M. T.	1	1.22	0
HOSP. SUBIRANA	1	1.22	0
TOTAL	32	100.00%	12

FUENTE: Archivo del CESAMO, El Negrito.

Marzo 1978 - Febrero 1979.

CAPITULO V

ATENCION MEDICA POR PROGRAMAS

MORBILIDAD:

La atención de pacientes se realizó según normas, estableciendo orden de prioridad, de la siguiente forma:

- Pacientes graves
- Pacientes con referencia de nivel inferior
- Pacientes según lugar de procedencia

A pesar de que la función primordial de un Contro de Salud es de tipo preventivo, para este programa se destinaron de cuatro a cinco horas diarias, debido a que la demanda espontánea de salud así lo exigió.

El número total de asistencias fue de 3.964, de los cuales el Programa de Atención Pre-natal absorbió 341 pacientes, equivalente al 8.40% de la población atendida.

Por carecer de ayuda laboratorial, los diagnósticos son de orden clínico, incluyendo aquellos que por definición son de tipo laboratorial: Anemia, Disentería Amebiana, Parasitismo Intestinal, etc.

Las diez enfermedades de mayor incidencia, se tabulan en el Cuadro No. 1, de ellas, las cuatro primeras representan el 63.90% del total de la morbilidad, siendo éstas: La Gastroenteritis, el Parasitismo Intestinal, la

Anemia y la Bronquitis.

En el Cuadro No. 2 se tabulan, por meses, las tres enfermedades infecto- contagiosas más frecuentes en el Negrito, a partir de marzo de 1978 a febrero de 1979, siendo ellas: la Gastroenteritis, la Angina Estreptocócica y la Gripe.

Considerando en conjunto las enfermedades del Tracto Digestivo: Gastroenteritis y Parasitismo Intestinal, obtenemos 948 consultas por esas causas, un 34.94%, lo que representa aproximadamente una tercera parte de las 10 enfermedades más frecuentes.- En el Cuadro No. 3 podemos apreciar que la mayor frecuencia de Gastroenteritis se encuentra dentro de los grupos de lactantes y pre-escolares, lo que demuestra las malas condiciones higiénicas y culturales, que prevalecen en la comunidad.- Con respecto al Parasitismo Intestinal, tabulado en el Cuadro No. 4, observamos que los grupos más atacados son los pre-escolares y escolares, poniéndose de manifiesto la urgente necesidad de buenas fuentes de abastecimiento de agua.

Haciendo otra agrupación, por enfermedades del Tracto Respiratorio: Angina Estreptocócica, Bronquitis y Gripe, obtenemos un total de 743 consultas, un 30.61%, lo que también nos da aproximadamente una tercera parte del total.- Merece atención la Bronquitis, Cuadro No. 5, por atacar preponderantemente a los lactantes y pre-escolares, grupos altamente vulnerables, acosados de por sí, por distintos grados de desnutrición.- Con respecto a la Angina Estreptocócica, tabulada en el Cuadro No. 6, puede-

mos observar que los prunos más atacados son los escolares y los adultos jóvenes, lo que está acorde con las estadísticas de otros países.

CUADRO No. 1

TASA DE INCIDENCIA DE LAS DIEZ ENFERMEDADES MAS FRECUENTES EN EL
NEGRITO, YORO, EN EL PERIODO: MARZO DE 1978 A FEBRERO 1979

ENFERMEDAD	NUMERO	%	TASA DE INCIDENCIA X 1000 HABITANTES
GASTROENTERITIS	439	18.09	21
PARASITISMO INTESTINAL	409	16.85	20
ANEMIA	384	15.82	18
BRONQUITIS	319	13.14	15
ANGINA ESTREPTOCOCICA	236	9.72	11
GRIPE	188	7.75	9
IMPETIGO	152	6.26	7
PALUDISMO	107	4.40	5
INFECCION URINARIA	99	4.07	5
TRICOHONIASIS VAGINAL	94	3.87	4
T O T A L	2.427	100.00	

FUENTE: Estadísticas del Archivo, CE SA110 El Negrito, Yoro.

Población estimada para 1978 = 20.612 habitante.

CUADRO No. 2

FRECUENCIA POR MESES, PE LAS TRES ENFERMEDADES INFECTO-CONTAGIOSAS

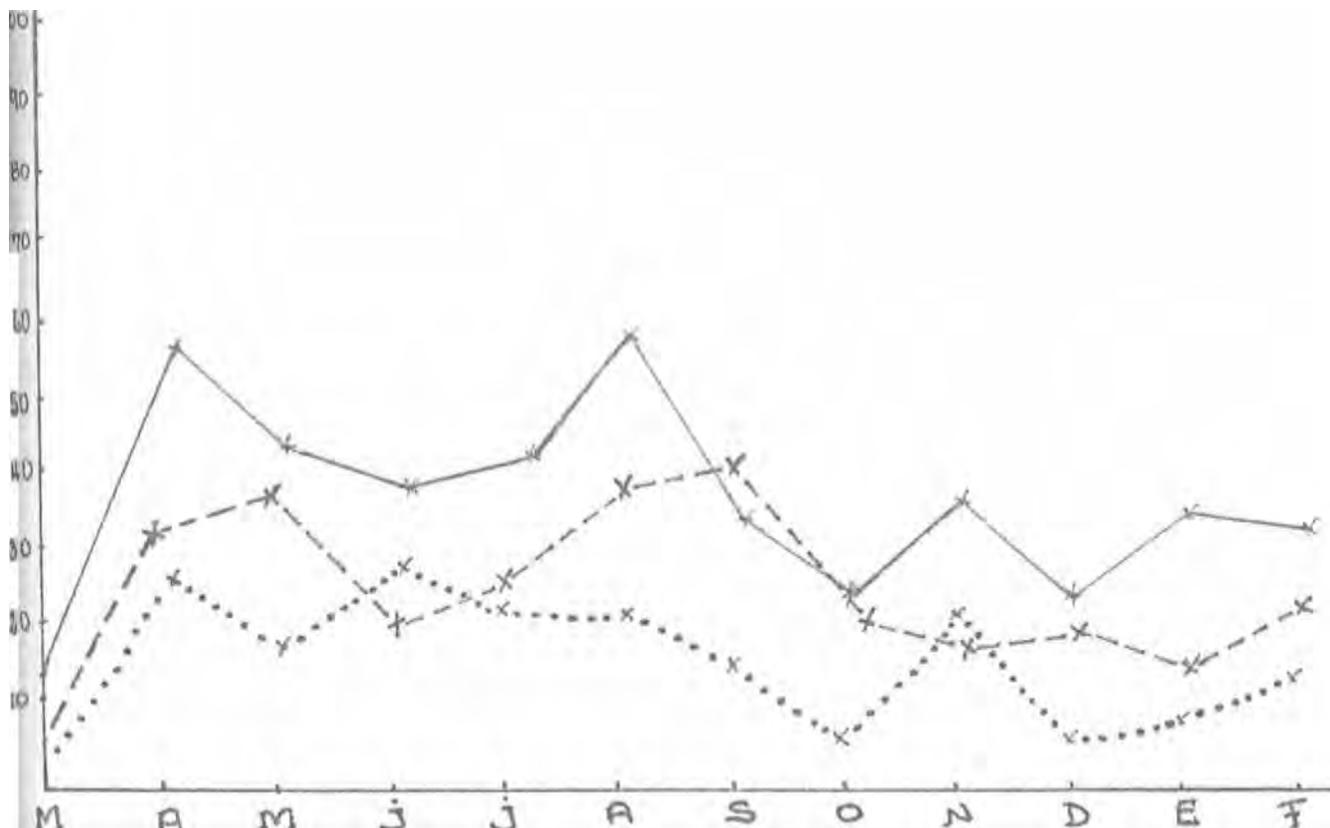
MAS FRECUENTES

ENFERMEDADES	GASTROENTERITIS	ANGINA ESTREPTOCOCICA	GRIPE
MARZO	17	5	2
ABRIL	56	32	26
MAYO	42	34	18
JUNIO	38	16	25
JULIO	39	23	23
AGOSTO	59	33	18
SEPTIEMBRE	35	13	15
OCTUBRE	21	14	6
NOVIEMBRE	37	16	22
DICIEMBRE	21	17	8
ENERO	38	14	10
FEBRERO	36	19	15
T O T A L	4 3 9	2 3 6	1 8 8

FUENTE: Archivo del CESAMO de El Negrito, Yoro.-
Marzo 1978 - Febrero 1979.

GRAFICA No. 1

REPRESENTACION GRAFICA DE LAS TRES ENFERMEDADES INFECTO-
CONTAGIOSAS MAS FRECUENTES, SEGUN MESES



FUENTE: Archivos CESAMQ, El Negrito, Yoro Febrero 1978-Marzo 1979.

- _____ Gastroenteritis
- Angina Estreptocócica
- Gripe

FRECUENCIA POR MES DE GASTROENTERITIS, SEGUN GRUPOS DE EDAD

ENFERMEDAD: GASTROENTERITIS

GRUPOS DE EDAD MES	0-1 Años	1-5 Años	5 y ñas	TOTAL
MARZO	10	7	0	17
ABRIL	27	29	0	56
MAYO	14	28	0	42
JUNIO	18	19	1	38
JULIO.	22	17	0	39
AGOSTO	24	34	1	59
SEPTIEMBRE	13	20	2	35
OCTUBRE	9	12	0	21
NOVIEMBRE	17	20	0	37
DICIEMBRE	12	9	0	21
ENERO	19	17	0	36
FEBRERO	16	22	0	30
T O T A L .	201	234	4	439

FUENTE: Estadísticas del CESAMO, El Negrito, Yoro.

Marzo 1978 - Febrero 1979

CUADRO No. 4

FRECUENCIA POR MES DE PARASITISMO INTESTINAL, SEGUN GRUPOS DE EDADES

ENFERMEDAD: PARASITISMO INTESTINAL

GRUPOS DE EDAD MES	0-1 Años	1-4 Años	5-14 Años	15 y más	TOTAL
MARZO	0	1	2	0	3
ABRIL	0	16	13	6	35
MAYO	0	23	29	5	57
JUNIO	0	18	23	10	51
JULIO	0	11	24	10	45
AGOSTO	0	9	23	6	38
SEPTIEMBRE	1	11	13	8	33
OCTUBRE	1	12	15	7	35
NOVIEMBRE	1	7	15	3	27
DICIEMBRE	1	5	15	2	23
ENERO	2	8	13	5	28
FEBRERO	1	11	17	5	34
TOTAL	7	133	202	67	409

FUENTES: Estadísticas del CESAMO, El Negrito, Yoro.-

Marzo 1978 - Febrero 1979.

FRECUENCIA POR MES DE BRONQUITIS, SEGUN GRUPOS DE EDAD ENFERMEDAD:

BRONQUITIS

GRUPOS DE EDADES MES	0-1 Años	1-4 Años	5-14 Años	15 y Mas	TOTAL
MARZO	0	2	1	0	3
ADRIL	12	6	1	0	19
MAYO	7	10	2	2	21
JUNIO	1	7	4	2	14
JULIO	3	8	2	5	18
AGOSTO	10	28	5	2	45
SEPTIEMBRE	8	16	5	5	34
OCTUBRE	8	15	2	4	29
NOVIEMBRE	13	23	7	1	44
DICIEMBRE	6	20	3	5	34
ENERO	6	13	6	0	25
FEBRERO	7	21	3	2	33
TOTAL	81	149	41	28	319

Fuentes: Estadistas del CESAMO, El Negrito, Yoro.

Marzo 1978 - febrero 1979.

PROGRAMA MATERNO-INFANTIL ATENCION

PRE-NATAL:

Se dio a este programa la máxima importancia con el objetivo inmediato de acostumbrar a la gestante a recibir los cuidados que ameriten, ya que en nuestro medio, por regla general sólo acuden al médico cuando el proceso ó la complicación revisten caracteres de suma gravedad ó por la búsqueda de vitaminas gratis.

Es de hacer notar que en este programa, a pesar de estar normalizado, no se aplicó el Toxoide Tetánico, por carecer de él.

La detección de las nuevas embarazadas estuvo a cargo de las parteras empíricas adiestradas, los Guardianes de Salud y la Auxiliar de Enfermería, pero la mayor parte de los casos se presentaban al Centro de Salud por haberles faltado dos ó tres períodos menstruales, acosadas por la duda de un potencial embarazo.

En el Cuadro No. 1 se tabulan por mes, las embarazadas de primer control ó nuevas y las subsiguientes.- En el primer caso, se hicieron 251 y en el secundo 73 controles; para un total de 324 controles.- Se cubrió el - 50% de la población esperada para el año, a diferencia del año inmediato anterior, que únicamente fue del 10%.

En el Cuadro No. 2 hacemos notar las patologías asociadas al embarazo, descubiertas durante los controles, además de un apartado de Referencias según caso.- Hacemos la aclaración que los casos de anemia no son consig-

nados, ya que el 100% de ellas clínicamente presentaban distintos grados de anemia, posiblemente desde antes de su embarazo, exacerbada durante el mismo.

Con respecto a las Referencias, se puede ver que el Aborto en sus distintas etapas clínicas, constituye la causa más frecuente de las Referencias enviadas a nivel superior (Hospital: Leonardo Martínez).

También se consignan cuatro Referencias para Esterilización, las cuales fueron solicitadas por las pacientes aduciendo: escasos recursos económicos, multiparidad y vejez.

ATENCIÓN DE PARTOS:

Únicamente se atendieron tres partos, uno domiciliario, el cual fue completamente normal, y dos en el Centro de Salud, los cuales llenaron por trabajo de parto prolongado, sufrimiento fetal y ya cuando la partera se encontraba impotente ante el caso.- Creemos que esta situación, en cuanto a la escasa demanda para la atención de partos por el médico, se debe a factores culturales, tradicionalistas.

PUERPERIO:

El número de puérperas que se presentaron a consulta fue de quince, generalmente con sangrado uterino abundante, dolores ó en demanda de vitaminas.- Es de hacer notar que en el área donde me tocó brindar mis servicios, los cuidados del puerperio se limitan al reposo durante cuarenta -

Días y a los “tres aceites”.

CUADRO No. 7

NUMERO DE EMBARAZOS NUEVOS Y SUBSIGUIENTES, POR MES

M E S	EMBARAZO NUEVO	EMBARAZO SUBSIGUIENTE	TOTAL
MARZO	8	0	8
ABRIL	43	3	46
MAYO	36	7	43
JUNIO	31	7	38
JULIO	16	10	26
AGOSTO	15	3	18
SEPTIEMBRE	29	11	40
OCTUBRE	18	2	20
NOVIEMBRE	14	12	26
DICIEMBRE	10	8	18
ENERO	11	5	16
FEBRERO	20	5	25
TOTAL	251	73	324

FUENTE: Estadísticas del CESAMO, El Negrito, Yoro.

Marzo 1978 - Febrero 1979.

PATOLOGIAS ASOCIADAS AL EMBARAZO, DETECTADAS DURANTE EL PROGRAMA DE
 ATENCION PRE-NATAL. - REFERENCIAS

ENFERMEDAD	NUMERO	REFERENCIA
TRICOMONIASIS VAGINAL	14	0
INFECCION URINARIA	8	0
ABORTO EN CURSO	5	5
ABORTO INCOMPLETO	5	5
ESCABLOSI	2	0
AMIGDALITIS AGUDA	2	0
PALUDISMO	2	0
DENGUE	2	0
PRE-ECLAMPSIA	2	2
HERNIA UMBILICAL	1	0
QUEMADURA II GRADO	1	0
AMENAZA DE ABORTO	1	0
GRIPE	1	0
ABORTO HABITUAL	1	1
HIPERMADUREZ FETAL	1	1
HUEVO MUERTO V RETENIDO	1	1
AMENAZA DE PARTO PREMATURO	1	1
EMBARAZO PODALICO	1	1
ANEXITIS	1	0
LIGADURAS TROMPAS	—	4
T O T A L	52	21

FUENTE: Archivo del CESAMO, El Negrito, Yoro.-

Marzo 1978 - Febrero 1979.

SUB-PROGRAMA

NUTRICION:

La población de Honduras sufre una serie de problemas nutricionales severos, los factores operantes son muy variados y se encuentran particularmente asentados en los sectores de la economía, educación, salud y principalmente en el sector agropecuario.- Debido a ello los problemas nutricionales están íntimamente vinculados al desarrollo del país y no pueden enmarcarse aisladamente en los programas de salud, sino como parte de un programa general, multisectorial que encare simultáneamente los distintos factores causales.

Es necesario recordar que la tasa de mortalidad infantil y neonatal es particularmente alta, que los niños que sobreviven son de estatura pequeña y que tanto los lactantes como los pre-escolares son muy susceptibles a las infecciones parasitarias.- En conclusión la desnutrición nos trae una elevada mortalidad, pobre desarrollo físico, retraso sicomotor y probablemente daño cerebral.

El crecimiento del lactante y escolar está condicionado por su nutrición e indirectamente por las enfermedades que la desnutrición engendra.- Si bien es cierto que en el medio rural se practica la lactancia materna, hay que considerar que de estas madres la mayoría están desnutridas ó anémicas, y además prolongan demasiado la duración de la lactancia.

No debemos olvidar que la morbi-mortalidad del niño en el aspecto inmediato es el reflejo de su estado nutricional deficiente y en su aspecto mediato, de su condición socio-económica.

Dentro del programa de nutrición normalizado por Salud Pública, se buscó la promoción y orientación sobre la producción, conservación y consumo de alimentos, mediante la planificación de charlas a grupos escolares, el fomento de huertos escolares, educación de la familia sobre la importancia de la alimentación materno-infantil.- Además, se realizó un control de niño desnutrido que consistió únicamente en la cuantificación de peso y talla, viendo pasivamente su evolución, sin disponer de medios para revertir estos grados nutricionales, sin embargo y aún a sabiendas que es un paleativo, con la ayuda de "CARITAS" de El Negrito (Yoro), de la municipalidad de El Negrito y del Patronato de la Feria comunal, logramos la instalación de dos comedores infantiles.- Para la decisión con respecto al sitio de su instalación, tomamos las comunidades que según nuestros archivos del Centro de Salud, presentaban mayor número de desnutridos, a saber: Aldea "La Pita" y Asentamiento Campesino "La Guangolola No.2".- El tipo de alimento que se nos proporcionaba sensualmente consistía en: leche, avena, trino y aceite.- Se organizaron las madres para que en forma rotatoria prepararan y distribuyeran el alimentó diariamente en establecimientos especiales para tal fin, construidos con las ayudas obtenidas.

En la Aldea "La Pita", con una población de 248 habitantes, se escogiero

los niños entre 1 y 5 años, por considerarlos los ras vulnerables y porque la cantidad de alimentos obtenidos no era abundante.- Incluyendo al programa 54 niños, de ambos sexos, de los cuales después de pesarlos y tallarlos, obtuvimos los datos consignados en el Cuadro No.9.En el Asentamiento Campesino "Guangolola No. 2" seguimos el mismo procedimiento y de los 116 habitantes que constituyen el grupo, obtuvimos 36 niños entre 1 y 5 años, que después de tomarles sus pesos y tallas, arrojó los datos consignados en el Cuadro No. 10.

El porcentaje de desnutridos en la Aldea "La Pita", fue de 59.3%, entre desnutrición proteico-calórica grado I y II y para el asentamiento 63.8%, dentro de los mismos orados.- Aunque los datos son semejantes, arrojan un balance positivo para la primera comunidad, que puede estar condicionado a que en ella hay mayor cantidad de campesinos autóctonos, mayor diversificación de la agricultura y algunos se dedican a la crianza de ganado, aunque en pequeña escala, para el consumo interno, a diferencia del asentamiento donde exclusivamente se dedican al cultivo de granos - básicos (frijoles y maíz), de lo cual obtienen un pequeño margen de ganancia.

En términos generales, los datos obtenidos en estas comunidades, son un poco inferiores a los que tenemos a nivel nacional, con respecto al grado nutricional de la población infantil, como podemos ver en el Cuadro No. 11, donde se consigna el 72.3% de desnutrición en sus diversos grados.

Lo anterior nos da una idea del estado nutricional de nuestra niñez, situación que no se podría modificar si es atacada unilateralmente desde el sector salud, sino que más bien necesita de un enfoque multisectorial que conlleve un cambio de la política nacional con respecto a una mejor distribución de la tierra en el plano, en el plano educacional, infraestructura, aperturas de nuevas fuentes de trabajo, diversificación de la agricultura, tecnificación, etc., acompañando lo anterior de una ' buena dosis de justicia social.

CUADRO No. 9

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS, POR SEXO Y PORCENTAJE,
DE LA ALDEA "LA PITA"

ESTADO NUTRICIONAL	SEXO FEMENINO	SEXO MASCULINO	TOTAL	
			NUMERO	%
NORMALES	11	11	22	40.7
DESNUTRICION PROTEICO-CALORICA GRADO I	11	10	21	38.8
DESNUTRICION PROTEICO-CALORICA GRADO II	5	6	11	20.5
T O T A L	2 7	2 7	5 4	100.00

FUENTE: Archivo del CESAMO, El Negrito, Yoro.

CUADRO No. 10

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS, POR SEXO Y PORCENTAJE, DEL
ASENTAMIENTO CAMPESINO: "CUANCOLOLA No. 2"

ESTADO NUTRICIONAL	SEXO FEMENINO	SEXO MASCULINO	TOTAL.	
			NUMERO	%
NORMALES	7	6	13	36.1
DESNUTRICION PROTEICO-CALORICA GRADO I	7	8	15	41.6
DESNUTRICION PROTEICO-CALORICA GRADO II	5	3	8	22.3
T O T A L	1 9	1 7	3 6	100.00

FUENTE: Archivo del CESAMO, El Negrito, Yoro.

ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACION INFANTIL DEL PAIS

ESTADO NUTRICIONAL	NUMERO	PORCENTAJE (%)
DESNUTRICION LEVE	204.379	43.00
DESNUTRICION MODERADA	129.282	27.00
DESNUTRICION SEVERA	10.932	2.30

FUENTE: Secretaría Técnica del Consejo Superior de Planificación Económica (CONSUPLANE).-Diagnóstico de los Recursos Humanos en Honduras. Tegucigalpa, D.C. 1973 (Pag. 30).

EPIDEMIOLOGIA

INMUNIZACIONES

El control de las enfermedades transmisibles, como ser: la Poliomielitis, Difteria, Tosferina, Tétanos y Sarampión, se realiza mediante la inmunización masiva por dosis de la población susceptible, esto es básicamente, los niños de cero a dos años.- No Queriendo decir con esto, que cualquier individuo mayor de estas edades está completamente a salvo, sino que es menos probable que sufra la enfermedad.

La inmunización se practica por medio de dos métodos:

I. - Tipo Campaña

II. - Tipo. Programa

TIPO CAMPAÑA:

Significa que durante el año se organizan dos brigadas, que con un intervalo de tres meses recorren todas y cada una de las aldeas y los cascos urbanos, para vacunar a los niños que en ese momento representen la edad adecuada y no estén inmunizados.- Lógicamente, esto significa movilización masiva de recursos económicos, humanos, materiales, con la consecuente te paralización de los otros programas, por lo menos a nivel de las áreas en inmunización.

TIPO PROGRAMA:

Mediante este sistema se utiliza únicamente el recurso de la Auxiliar de Enfermería, quién diariamente ó un día a la semana se dedica a inmunizar a los niños de su área de influencia.- Si bien es cierto hay una menor movilización de recursos humanos, materiales y económicos, hay que considerar que representa un desperdicio masivo de biológico.

Durante mi servicio social, se practicó el sistema tipo programa y parcialmente el tipo campaña, ya que únicamente se aplicó la primera dosis de DPT, Poliomielitis y Sarampión, como se apunta en el Cuadro No. 12, lo que nos indica que no se logran vacunaciones efectivas, porque de las dosis necesarias para considerar inmunizado un niño, sólo dos están normatizadas y únicamente se aplicó la primera.- Puedan así desprotegidos los niños de las aldeas del área de influencia, que cuando logran llegar al Centro de Salud presentan por lo general cuadros febriles ó diarréicos, motivo por el cual no se les aplica su vacuna; beneficiando se de la vacunación tipo programa, principalmente los niños del casco urbano.- Por lo anterior es urgente un nuevo enfoque en el tipo de vacunación.

CUADRO No. 12

NUMERO DE INMUNIZADOS SEGUN EDAD, VACUNA y "ETOOO

VACUNAS	POLIO				DPT				SARAM- PION
	1o.		2o.		1o.		2o.		DOSIS UNICA
EDAD MESES	0-11	12-23	0-11	12-23	0-11	12-23	0-11	12-30	
TIPO CAMPAÑA	210	300			210	300			320
TIPO PROGRAMA	no	221	160	290	no	221	160	250	364
TOTAL	320	521	160	290	320	521	160	290	684

FUENTE: Archivo del CESAMO, El Negrito, Yoro.-

Marzo 1978 - Febrero 1979.

TUBERCULOSIS:

La tuberculosis no es muy difusible ni es muy infecciosa, la infección requiere una exposición constante*.- Riley ha calculado que es necesario compartir 16.000 pies cúbicos de aire con una persona no tratada, bacteriológicamente positiva, para que un contacto tenga posibilidades de infección.

Siguiendo el programa ya delineado por Salud Pública, se procedió a la pesquisa de pacientes sintomáticos, tomando como tales a los que clínicamente eran sospechosos de ser tuberculosos ó por la presencia de tos con expectoración de más de dos semanas de evolución, a los cuales se les recogió muestra de su expectoración, enviándola al CESAMO de El Progreso, para su estudio.- A pesar de las explicaciones que les daban con respecto al examen, siempre se presentaba cierta resistencia para proporcionar la muestra.- Los resultados se tabulan en el Cuadro rio. 13, en el cual podemos apreciar casi la misma proporción entre hombres y mujeres, esto es así porque ambos sufren las mismas condiciones socio-económicas, y por lo tanto son igual campo fértil para la infección, pero además nos muestra que para un número tan reducido de esputos (43), que equivale a un promedio de 3 a 4 mensuales, se obtuvo en términos generales, una pasividad de 62.79%, de donde cabe la posibilidad de que a mayor toma de muestras de esputo, podríamos tener mayor número de diagnósticos de tuberculosis.

* Clínicas Médicas de Norteamérica, Noviembre de 1977.

En el Cuadro No. 14 y Gráfica No. 2 se expone el estado de los pacientes detectados, donde podemos apreciar un elevado porcentaje de pacientes que abandonan el tratamiento (18.51%), lo que traerá consigo su cronificación, mayor dispersión de la infección y por último, la muerte del individuo.- Esto es así porque el paciente tuberculoso clásico, en nuestro medio, pertenece a un bajo nivel económico, social y cultural, y cuando tiene la desgracia de ser infectado se suma a sus problemas ya - existentes, el miedo y la discriminación que motiva la enfermedad, además de que es un problema invalidante que viene a convertirlo en una carga para el hogar ó en un objeto de segregación por inútil ó peligroso para la salud de los demás.

Otro aspecto importante, viene dado por la necesidad de motivar el paciente para que tome la droga con regularidad ó en forma debida, porque de lo contrario, por muy potente que sea la droga siempre se producirán fracasos en el tratamiento y dará motivo al abandono del mismo, lo que hará más sombrío la situación de la Tuberculosis en nuestro país.

CONTROL DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL:

Este programa no se llevó a cabo debido a que en la comunidad no existen prostíbulos, sin embargo, nos tocó atender a nivel del Centro de Salud dos casos de Gonorrea y uno de Sífilis Primaria, los dos primeros adquiridos posterior a la Feria Patronal de la comunidad, período durante el cual llegan meretrices de El Progreso, y el caso de Sífilis adquirido en

prostíbulos de San Pedro Sula.- Es posible la existencia de más casos, pero como es costumbre en nuestro pueblo, se recurre a la automedicación ó al consejo del amino de más experiencia en estos casos.

CUADRO No. 13

NUMERO DE PACIENTES TUBERCULOSOS, SEGUN SEXO.- NUMERO DE ESPUTOS
POR MES

M E S E S	VARONES	MUJERES	T O T A L	No. ESPUTOS
MARZO	1	0	1	2
ABRIL	4	0	4	10
MAYO	1	3	4	8
JUNIO	0	2	2	4
JULIO	4	2	6	6
AGOSTO	4	6	10	8
SEPTIEMBRE	0	0	0	6
OCTUBRE	0	0	0	2
NOVIEMBRE	0	0	0	4
DICIEMBRE	0	0	0	1
ENERO	0	0	0	2
FEBRERO	0	0	0	2
T O T A L	14	13	27	43

FUENTE: Archivo del CESAMO, El Derrito, Yoro.-

Marzo 1978-Febrero 1979.

CUADRO No.14

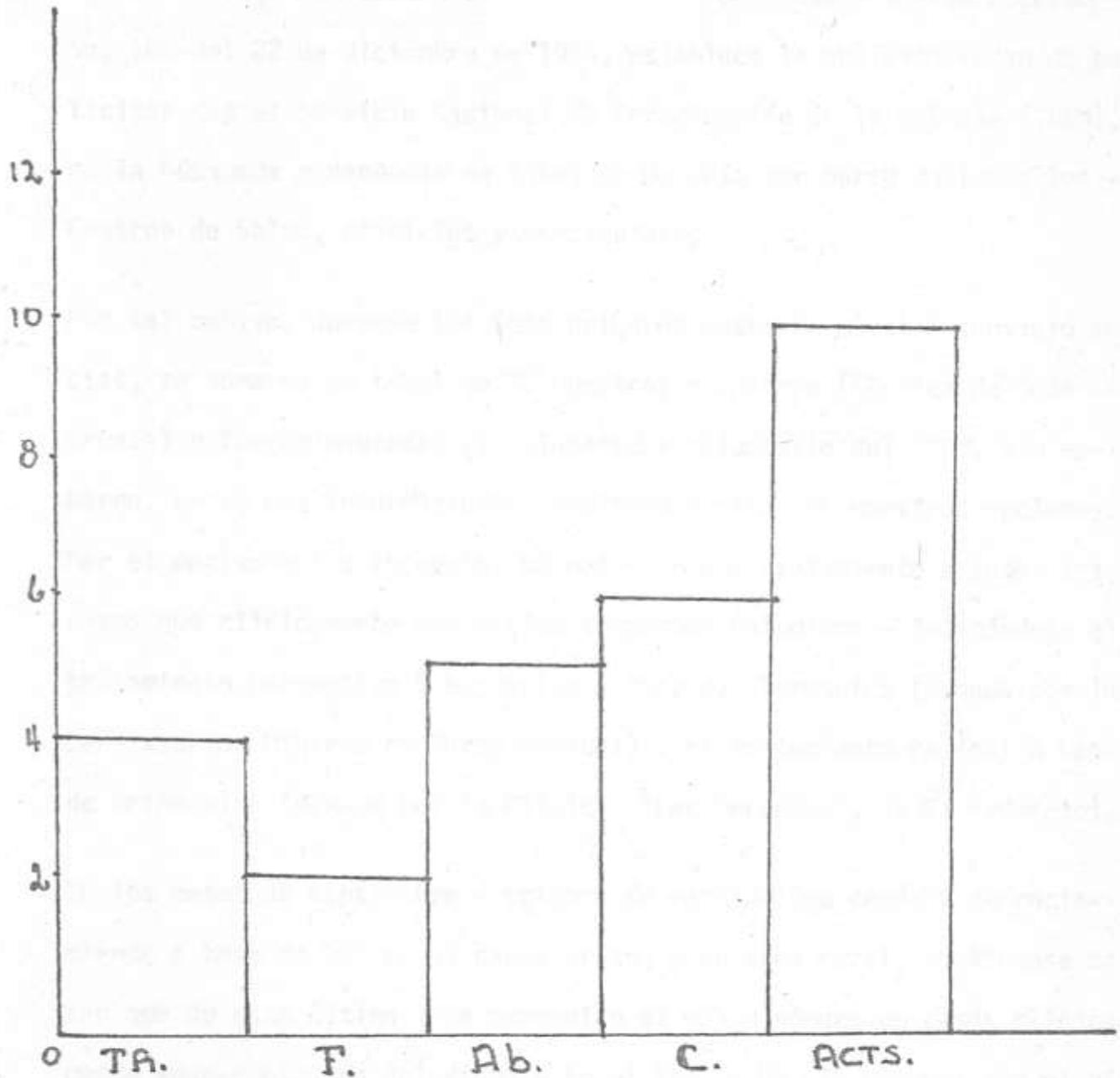
ESTADO DE LOS PACIENTES TUBERCULOSOS DETECTADOS

ESTADO	NUMERO	PORCENTAJE (%)
TRANSFERIDOS	4 Pcts.	14.81
FALLECIDOS	2 Pcts.	7.42
ABANDONADO	5 Pcts.	18.51
CURADOS	6 Pcts.	22.22
ACTIVOS	10 Pcts.	37.04
T O T A L	27 Pcts.	100.00

FUENTE: Archivo del CESAF10, El Nenrito, Yoro.- Marzo
1978 - Febrero 1979.

GRAFICA No. 2

ESTADO DE LOS PACIENTES TUBERCULOSOS DETECTADOS



TR. = Transferidos

F. = Fallecidos

Ab. = Abandonados

C. = Curado

Acts. = Activos

FUENTE: Estadísticas del CESAMO,

El Negrito, Yoro.-

Marzo 1978 - Febrero 1979.

MALARIA:

La Ley de la Erradicación de la Malaria, promulgada mediante Decreto No. 105 del 22 de Diciembre de 1955, establece la obligatoriedad de participar con el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM), en la búsqueda y denuncia de casos de Malaria por parte de todos los Centros de Salud, oficiales y particulares.

Por tal motivo, durante los seis primeros meses de nuestro servicio social, se tomaron un total de 72 muestras de sangre (Técnica de Gota Gruesa) y fueron enviadas al colaborador voluntario del SNEM, sin embargo, no se nos informó ningún resultado a pesar de nuestros reclamos. Por el motivo antes expuesto, se optó por dar tratamiento a todos los casos que clínicamente nos hacían sospechar Paludismo.- Aplicándose el tratamiento presuntivo ó supresivo a base de Cloroquina (donada por los Laboratorios Wintrop en forma mensual) y el tratamiento radical a base de Primaquina (donada por la Clínica: "Las Mercedes", de El Progreso).

En los meses de septiembre y octubre se realizó una campaña de rociamiento a base de DDT en el casco urbano y en área rural, haciéndose notar que de esta última zona provenían el mayor número de casos clínica, mente sospechosos de Paludismo.- En el Cuadro No. 15 podemos ver el número de casos por meses, en donde característicamente se puede observar una disminución en el número de casos a partir de la campaña de rociamiento, sin embargo, esperamos que con el abandono actual de este tipo de programas, la endemia palúdica prevalezca en esta zona.

CUADRO No. 15

NUMERO DE CASOS DE MALARIA, POR MES

ENFERMEDAD: PALUDISMO

M E S E S	NUMERO	%
MARZO	1	1.09
ABRIL	8	7.33
MAYO	9	0.25
JUNIO	9	8.25
JULIO	7	6.33
AGOSTO	28	25.68
SEPTIEMBRE	26	23.85
OCTUBRE	0 0	7.33
NOVIEMBRE	3	2.75
DICIEMBRE	4	3.66
ENERO	3	2.75
FEBRERO	3	2.75
T O T A L	1 0 9	100.00

FUENTE: Estadística del CESAMO, El Negrito, Yoro.

Marzo 1978 - Febrero 1979.

PLANIFICACION FAMILIAR:

Para este programa contamos con la participación de la Auxiliar de Enfermería, que se encarnó de la detección de mujeres vulnerables como ser: las de parto reciente, grandes multíparas, madres desnutridas, mujeres con enfermedad crónica tuberculosa, antecedentes de aborto a repetición, antecedentes de prematuridad, niños desnutridos en la familia; apoyándose esta labor en las consultas médicas por morbilidad y control de embarazadas.- Es de hacer notar que se detectaron mujeres en planificación con anticonceptivos orales por más de cuatro años, a las que nos permitimos retirarles este método, recomendándoles otros, como ser la colocación del Dispositivo Intrauterino, al cual la mayor parte de las veces lo relacionaron con sangrado, infecciones y adelgazamiento.- Se hicieron, como informamos anteriormente, cuatro referencias al Hospital "Leonardo Martínez", para practicárseles esterilización por el método de ligadura de Trompas Uterinas.

En el Cuadro No. 16, se informa el número de pacientes por mes, a las cuales se les brindó planificación familiar a base de anticonceptivos orales, previa información de uso y posibles consecuencias, así como la realización de un examen físico completo, incluyendo examen de mamas y ginecológico.

En el Municipio de El negrito existen 1279 mujeres en edad fértil, de las cuales 205, el 16%, fueron incluidas en el Programa de Planificación Familiar, de lo cual obtenemos una razón de 1:6, es decir, que de cada seis

mujeres en edad fértil, una está planificando.

DETECCION PRECOZ HE CANCER CERVICAL UTERINO:

Con la ayuda del CESAMQ de El Progreso, logramos obtener el material necesario para practicar Citologías Vaginales, cuyas muestras en número total de 69, fueron enviadas a los laboratorios del Hospital: "Materno Infantil", informándonos los resultados veinte a treinta días después del envío de la muestra.- Se les tomó citología a todas las pacientes clínicamente sospechosas ó que se encontraban en la edad más frecuente de aparición de dicha patología, no encontrando en ningún caso, una muestra positiva por malignidad.- Los resultados variaron entre inflamaciones leves a severas.

CUADRO No. 16

PACIENTES INCLUIDOS, POR MES, EN EL PROGRAMA PE PLANIFICACION
FAMILIAR

M E S	NUMERO	% to
MARZO	18	8.70
ABRIL	19	9.27
MAYO	12	5.35
JUNIO	26	12.68
JULIO	14	6.83
AGOSTO	39	19.02
SEPTIEMBRE	14	6.83
OCTUBRE	14	6.83
NOVIEMBRE	14	6.83
DICIEMBRE	9	4.39
ENERO	20	9.76
FEBRERO	6	2.93
T O T A L	2 0 5	100.00

FUENTE: Estadísticas del CESAMO, El Negrito, Yoro.

Marzo 1978 - Febrero 1979.

CAPITULO VI

PARTICIPACION COMUNITARIA

Entre los principios en que descansa la política de salud que se describió, debemos señalar el de la participación activa de la comunidad.

El contacto más estrecho entre la comunidad y el sector salud se establece a nivel primario del CESAR y el CESAMO, por la naturaleza de las acciones de salud a estos niveles, por poner en contacto el sistema con el individuo y su familia, lo que no ocurre tan completamente a nivel de los servicios superiores de salud.- Sin embargo, este encuentro de demanda espontánea de consulta, no es suficiente para producir una verdadera participación de la comunidad, es decir, una participación capacitante, entendida ésta, como un proceso de auto transformación de los individuos en función de sus principios, necesidades propias y las de su comunidad, que crea en ellos un sentido de responsabilidad, así como la capacidad de actuar consiente y constructivamente en el desarrollo.

Los primeros pasos están orientados ó motivados por el equipo de salud, y en este aspecto se desarrolló un trabajo comunitario, mediante la participación en la campaña de vacunación, educación para la salud, charlas sobre educación sexual y nutrición a nivel de escuelas primarias y colegio, y sobre todo mediante la participación conjunta con la Auxiliar de Enfermería y el Promotor de Salud, para intentar elevar el nivel educacional en cuanto a problemas de salud, al mismo tiempo contribuir a remediar la falta de fuentes de agua mediante la instalación de pozos y una mejor distribución de excretas, por medio de instalación de letrinas.

A continuación mencionamos los programas que quedan al momento de concluir mi servicio social:

1. - San Juan de 01 ornan.- Programa de pozos excavados.
2. - El Portillo.- Programa de pozos excavados.
3. - Cangrejales.- Programa de pozos excavados.
4. - Jurutungo.- Programa de pozos excavados y charlas de saneamiento ambiental.
5. - Las Mangas de Cuyamapa.- Programa de pozos excavados y saneamiento ambiental.
6. - El Porvenir de la Coroza.- Programa de letrización y cursos de participación comunitaria y saneamiento ambiental.
7. - San Fernando.- Programa de pozos excavados y charlas de saneamiento ambiental.
8. - Cooperativa "Victoria".- Programa de pozos excavados y charlas de saneamiento ambiental.
9. - Grupo: "Guangolola fio. 2".- Programa de pozos excavados, comedor infantil y charlas de saneamiento ambiental.

10.- Grupo: "Cuyamapa".- Programa de pozos excavados y charlas de saneamiento ambiental.

11.-La Pita.- Programa de letrinización, charlas de saneamiento básico y comedor infantil.

12.-Jocomico.- Programa de letrinización y charlas de saneamiento ambiental.

Es de hacer notar, que para la culminación de estos proyectos es necesaria la participación activa y militante del Promotor de Salud, ya que como se dijo anteriormente, es una etapa inicial que debe ser motivada por el sector salud, y a nivel del equipo, el Promotor es el más indicado para desarrollarlos.

CAPITULO VII

RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES

Después de haber efectuado a través del presente trabajo, un diagnóstico tanto de la comunidad como de la atención médica, surge la necesidad de extraer recomendaciones y conclusiones, sin embargo, antes de planearlas es necesario manifestar que las posibles soluciones que podemos darles a los programas a nivel del campo de salud, sólo serán realizables en la medida en que se haga un verdadero enfoque intersectorial, porque la satisfacción de las necesidades básicas de la comunidad dependen de factores que actúan entre sí y en su mayoría están fuera del control del sector salud.- Además, es necesario lograr mediante cambios en el sistema de estudios, que el médico desempeñe su función en forma desinteresada y con niveles de conciencia social lo suficientemente altos, como para que su objetivo principal sea la entrega total al trabajo médico-social y no un requisito previo a la obtención de su título o el de la explotación del pueblo, ya de por sí explotado; necesitándose para lo anterior, mejorar sus salarios y especialmente, brindarle los recursos necesarios para el buen desempeño de sus funciones.

A continuación pasaremos a exponer las conclusiones y recomendaciones que, a nuestro criterio, son las más importantes:

1. - Por los motivos expuestos en el Capítulo I, se ha tomado la decisión de convertir definitivamente el CESARIMO de El Negrito en un

CESAR, decisión con la cual estamos de acuerdo, ñero, recomendamos mantener en él una adecuada existencia de medicinas, ya que la gente que busca los servicios en éste, son las más menesterosas y en un gran porcentaje, de la zona rural, las que si bien tienen el dinero para hacer el viaje y pagar la consulta, no alcanzan para comprar la medicina en caso de su no existencia en el Centro, situación que se presenta con mucha frecuencia.

2. -Recomendamos la construcción de los CESAR en lugares que sean de verdadera utilidad para las comunidades y no por conveniencias políticas, ya que hemos podido observar dentro de la zona en la que nos tocó desenvolvernó, la presencia de éstos en sitios donde no brindan ninguna utilidad justificable, generando desperdicio de recursos humanos y económicos.
3. -Necesitamos la participación de la comunidad para el desarrollo de las acciones de salud y para la prevención de las enfermedades, pero para esto es necesario elevar su nivel cultural, lo cual se puede lograr a través de la alfabetización y concientización, por lo cual recomendamos a los futuros médicos en servicio social, que participen en las acciones que conlleven esta finalidad, a nivel comunitario.
4. -Sabemos que la mayor parte de nuestra población es rural, la cual, principalmente se dedica a la agricultura como medio de sub-sistencia y que además, es ésta la población más desprotegida desde cual_

quier ángulo que se quiera examinar, que es ella la que nos genera el mayor número de problemas, de los cuales el sector salud se lleva un gran porcentaje, motivo por el cual recomendamos a los encargados de dirigir la política agraria que agilicen su ejecución, dotando al campesino de tierras y brindándoles asistencia técnica, con lo cual se estará realizando un acto de justicia social y disminuyendo al mismo tiempo los altos índices de desnutrición, mortalidad infantil y miseria, que actualmente nos colocan como uno de los países más sub-desarrollados del Continente.

5.- Actualmente se está viendo un aumento de la incidencia de Cáncer Cervical Uterino a nivel nacional, a pesar de que en el municipio de El Negrito no detectamos esta patología, recomendamos que las Auxiliares de Enfermería sean adiestradas en la toma de Citologías Vaginales y se doten a los CESAR del material necesario para la toma de muestras, con lo cual lograremos su detección precoz y disminuirémos la mortalidad por dicha causa.

6.-A nivel del Programa de Crecimiento y Desarrollo, recomendamos a los futuros médicos en servicio social, se aboquen con instituciones tipo CARITAS, CARE, para crear con su cooperación y la de la comunidad donde les toque desenvolverse, lactarios ó comedores infantiles, lo que estamos concientes es un paliativo, pero lo consideramos de mejor productividad que sentarnos pasivamente a tomar medidas antropométricas que al final nos dirán To mismo que ya sa-

bemos, ó dar consejos sobre nutrición a gente que escasamente puede producir por carecer de tierras y medios de sub-sistencia.

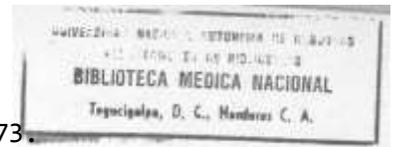
7. -Durante la exposición del programa de inmunizaciones podemos darnos cuenta que ambos tipos de sistemas usados son altamente costosos y poco funcionales, por lo cual recomendamos la instalación de una adecuada "red de frio" y la programación de vacunaciones cada tres meses, durante una semana, y que esta labor sea encomendada a la Auxiliar de Enfermería.- Lo anterior permitirá disminuir los costos, menor movilización de personal, establecer un mejor control de Biológico y de supervisión de personal.
8. -Recomendamos a los médicos que trabajan a nivel intra-hospitalario que contesten las Referencias enviadas, ya que aparte de servir para hacer un mejor seguimiento de la evolución del paciente, le brinda una educación médica continuada al médico en servicio social, el cual al referir el paciente para su atención a nivel superior lo hace con un diagnóstico presuntivo y al no recibir contestación se queda con la duda e ignora el tratamiento que se le dio a su paciente.- Para lo anterior deben buscarse los mecanismos necesarios para que se cumplan a nivel de los centros superiores y debe hacerse conciencia a su personal médico, que tanto el Guardián de Salud, la Auxiliar de Enfermería, el Médico en Servicio Social y demás personal médico que trabaja con Salud Pública, constituimos un filtro que evita que las instituciones hospitalarias sean invadidas, literalmente, por casos que fácilmente se pueden resolver a niveles inferiores,

enviándoles únicamente los que por falta de medios, no se pueden atender en los mismos.

9. - Creemos que es necesario salir del concepto erróneo de que los servicios de salud son un fin en si mismos y no mecanismos para mantener un individuo en situación productiva, para lo cual es necesario la confluencia de todos los sectores que conlleven un cambio positivo a nivel nacional, del que seamos un eslabón más. Con lo anterior evitaremos los problemas que caen dentro de nuestro sector, pero fuera de nuestra influencia y que actualmente nos están peñerando una situación de impotencia.
10. - Si bien es cierto que es mejor prevenir que curar, en nuestro país se da la situación de tener un pueblo enfermo, en donde, sin descuidar la función preventiva, todas las instituciones de salud deben de estar dotados de los medicamentos necesarios para realizar la función de curar.

B I B L I O G R A F I A

1. - Apuntes de viaje por los Departamentos de El Paraíso, Yoro y Olancho.- H.F. Kamor.- Pao. 53, 54, 56 y 130.
2. - Archivos de la Municipalidad de El Negrito.- 1977-78.
3. - Archivos de la Supervisión de Educación Primaria, de El Negrito.- 1378.
4. - Censo Educativo Nacional, 1978.- Dirección General de Planeamiento y Reforma Educativa.- Unidad de Investigación.
5. - Censo Nacional Agropecuario, Tono II, Tenencia de las Tierras. 1974.
6. - Censo Nacional Agropecuario, Tomo III, Uso de las Tierras.- 1974.
7. - Censo Nacional Agropecuario, Tomo IV, Cultivos Anuales y permanentes.- 1974.
8. - Censo Nacional Agropecuario, Tomo VII, Ganado Vacuno y Porcino. 1974.
9. - Censo Nacional de Población.- 1974.
10. - Censo Nacional de la Vivienda, Tomo I.- 1974.
11. - Departamento de Informática.- Ministerio de Educación Pública. Informe 1978.



12. -Monografía de Yoro.- Antonio Antúnez.- Pan. 168 a 173.
13. -Monografía del Departamento de Choluteca y otros.- Bernardo Galindo.- 1933.
14. -Manual de Programación, Nivel Básico, CESAMO.- 1975.
15. -Normas Técnicas y Procedimientos de Trabajo para la participación de los Establecimientos de Salud, en la Erradicación de la Malaria.- Marzo 1974.
16. -Plan Decenal de Salud para las Américas, Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas.- 1973.
17. -Reforma Agraria y Capitalismo Dependiente.- Rafael Del cid.- Editorial Universitaria.- 1977.
18. -Resumen de la Política y Objetivos del Plan Nacional de Salud.- Septiembre de 1977.
19. -Tratamiento Práctico y Control de la Tuberculosis.- Clínicas Médicas de Norteamérica.- Editorial Interamericana.- Noviembre de 1977.- Pags. 1185-1204.