

MARCO TEORICO

V.

A. SITUACION DE SALUD

El crecimiento y los cambios demográficos influyen en las condiciones económicas y sociales, en consecuencia, en la salud y el bienestar.

El tamaño de la población y su índice de cambio figuran entre las determinantes primarias de las necesidades de atención de salud.

La población mundial aumentó en los años setenta a un ritmo normal de 1.9% y pasaba de 4000 millones en 1977, pero a fines del período que se examina, el índice de crecimiento parece haber disminuido.

La mitad de la población mundial vive hoy en cuatro países: los Estados Unidos, la India y la URSS.

Tres países (Brasil, Indonesia y el Japón) tienen cada una más de 100 millones de habitantes y otros ocho tienen entre 50 y 100 millones. (11)

Han pasado ya cuarenta años desde que un grupo de hombres y mujeres de espíritu abierto y buena voluntad sentaron los cimientos de la Organización Mundial de la Salud por primera vez en la historia se iba a iniciar una auténtica empresa de cooperación con el fin de proteger y promover la salud humana que muy bien se define en la constitución de la OMS, no es solamente ausencia de afecciones o enfermedades sino un estado de completo bienestar físico, mental y social.

La ciencia, la tecnología y la medicina habían hecho progresos considerables. Durante los primeros treinta años de vida de la OMS esos progresos se consolidaron, proporcionando suficientes conocimientos y experiencia para dar asistencia sanitaria a todos los habitantes del planeta.

Sin embargo, en materia de salud hay un abismo entre ricos y pobres, por desgracia, en nuestro mundo no hay todavía equidad en este terreno así por ejemplo: cerca de 1000 millones de personas se debaten en un círculo vicioso de pobreza, mal nutrición, enfermedad y desesperación que socava su energía, reduce su capacidad de trabajo y limita sus posibilidades de hacer planes para el futuro. (15)

En 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de

salud, celebrada en Alma-Ata, URSS instó a los gobiernos, a la OMS, la UNICEF y otras organizaciones internacionales, así como a los organismos multilaterales y bilaterales, a las organizaciones no gubernamentales, a los organismos de financiación, a todo el personal de salud y al conjunto de la comunidad mundial a que apoyara el plano nacional e Internacional y el compromiso de promover la atención primaria de salud y de dedicarle mayor apoyo técnico y financiero, sobre todo en los países en desarrollo. La declaración de ALMA-ATA señalaba como uno de los principales objetivos de los gobiernos, para que en el curso de los próximos decenios todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.

La atención primaria de salud _ añadió _ es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social. (19)

1• Salud en América Latina

Los objetivos concretos adoptados en la región de las Américas se centran, en la reestructuración y expansión de los sistemas de servicios de salud para acrecentar su equidad y eficacia.

Los Estados miembros hicieron claramente explícito que los objetivos deben concebirse de modo que se asegure la contribución específica del sector de la salud a la reducción de las desigualdades sociales y económicas.

En lo referente a las metas regionales para el año 2000, convinieron en que en ningún país de la región deberá ser la esperanza de vida al nacer inferior a los 70 años ni la mortalidad infantil mayor de 30 años defunciones por 1000 nacidos vivos. Acordaron, además, proporcionar acceso a los servicios de salud, agua potable y saneamiento básico al 100% de la población y servicios de inmunización al 100% de los niños menores de un año. (12)

En los últimos decenios ha habido un gran incremento poblacional en la mayoría de los países de las Américas, en general, ha disminuido la tasa de crecimiento. La población de la región era de cerca de 613 millones en 1980 y se estima que aumentará alrededor de 844 millones en el año 2000.

Al considerar a toda la población, el porcentaje que vive en América Latina aumentará del 58% al 64%, mientras que el correspondiente al Caribe permanecerá estable alrededor del 1% y el de América del Norte disminuirá del 41% al 35% las mayores tasas se observan en los países de la Zona Andino y de América Central así

como en el Brasil, República Dominicana, Haití, México y el Paraguay.

La mayoría de esos países todavía tendrían tasas de crecimiento que excederán del 2% en el año 2000.

Se provee que las tasas de crecimiento en los países del Caribe permanecerán relativamente estables y disminuirán a menos del 1% en Canadá y. los Estados Unidos. (16)

2• Situación Económica

Muchos países sufren procesos de inflación elevada y los resultados que se han logrado en el empeño de reducir las tasas inflacionarias indican que esta situación prevalecerá, por lo menos durante los primeros años del próximo decenio. Surge entonces una situación de profundo contenido económico: la existencia de tasas elevadas de inflación y la necesidad de incrementos considerables del gasto público para coadyuvar al logro de metas mínimas desde el punto de vista ético. Ello impone y refuerza la necesidad de un cambio de estilo en el desarrollo y de redistribución de los ingresos y los consumos, además de hacer imperativa la adopción de formas no convencionales de atención de las necesidades de salud. (12)

Muchos países desarrollados y en desarrollo siguen consagrando

notables proporciones de sus ventas nacionales a armamentos. En el mundo se gasta cada año con fines militares 3000 veces mas de lo que se gasta en total para erradicar la viruela en un período de diez

años.

En muchos países desarrollados y en desarrollo se ha observado en general una "explosión de costos" sanitarios como características de los últimos decenios. Esto ha llevado a una revisión completa de las estrategias nacionales e internacionales de desarrollo en materia de salud y a la conclusión de que es preciso adoptar métodos eficaces de bajo costo.

El Banco Mundial estima que viven en pobreza absoluta unos 800 millones de personas, lo que supone el 40% de la población de los países en desarrollo.

La mayoría se encuentran en regiones rurales, concentrados sobre todo en Asia Meridional e Indonesia. Además de estas personas con pobreza absoluta muchos otros tuvieron acceso insuficiente a los servicios públicos en el período examinado, que cubre cinco años correspondientes de 1973 a 1977. (11)

POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA POR SEXO Y SECTOR
DE ACTIVIDAD ECONOMICA, L980 a) b)

(Miles de personas)

PAIS	Ambos Sexos			Hombres			Mujeres		
	1	2	3	1	2	3	i	2	3
Argentina	1332.6	3455.7	5429.5	12047.4	2954.1	3267.8	85.2	501.6	2161.8
Barbados	11.6	24.6	81.7	6.3	14.6	41.1	5.3	10.1	40.6
Bolivia	806.8	341.9	588.7	699.5	277.4	369.9	107.3	64.5	219.1
Brasil	13730.4	11721.1	18608.	11917.0	9469.2	10821.	1813.	2251.9	7786.9
Colombia	2736.7	1876.1	3376.3	2647.2	1500.3	2052.0	89.5	375.8	1324.3
Costa Rica	462.1	182.0	362.0	235.4	148.7	235.4	6.7	33.3	126.7
Cuba	701.2	935.9	1907.9	590.6	707.2	1183.7	110.6	228.7	724.2
Chile	613.6	938.2	2182.2	590.5	771.0	1353.3	23.4	167.2	828.8
Ecuador	938.1	483.3	1012.5	878.0	398.7	687.5	60.1	84.6	525.1
El Salvador	645.0	289.7	558.3	626.5	222.3	274.0	18.5	67.4	284.4
Guatemala	1093.5	327.5	502.4	1 068.5	274.4	315.0	24.9	53.1	187.4
Guyana	77.7	74.9	137.0	69.5	63.5	86.8	8.2	11.3	50.2
Haití	1727.9	204.1.4	537.1	1 092.3	116.1	174.2	635.5	88.0	362.9
Honduras	652.8	174.8	252.6	640.3	123.2	146.0	12.5	51.5	106.7
Jamaica	295.9	155.3	495.1	216.7	117.0	177.3	79.2	38.3	317.8
México	8 351.4	6 629.1	7882.5	7160.0	4906.9	4623.1	1191.	1722.3	3259.3
Nicaragua	384.3	130.2	310.6	370.0	103.5	173.4	14.3	26.7	137.2
Panamá	200.9	114.8	317.8	187.7	97.5	182.3	13.2	17.3	135.4
Paraguay	503.1	212.5	319.9	476.3	160.1	184.8	26.8	52.4	135.1
Perú	2117.0	964.2	2205.9	1 805.4	791.5	1410.7	311.6	172.7	795.2
Rep.	748.8	253.1	637.1	733.0	237.6	465.2	15.9	15.4	171.9
Duriname	20.7	20.6	62.7	15.0	18.0	42.0	5.7	2.6	20.7
Trinidad	40.2	152.7	203.6	33.5	127.6	120.5	6.7	25.2	83.1
Uruguay	176.9	329.6	627.2	166.9	250.1	372.0	10.0	79.4	255.2
Venezuela	777.1	1376.9	2393.5	744.5	1147.9	1704.9	32.5	229.5	988.6
TOTAL	38.926. 4	31368.9	51,293.2	34,217.9	24,997.9	30464.5	4708.5	6.371.0	20828.7

- a) De acuerdo con la Clasificación industrial internacional uniforme de todas las actividades económicas (CHU), Rev. 2:1 = Agricultura incluye (1) Agricultura caza, silvicultura y pesca. 2 = Industria incluye: (2) Explotación de minas y canteras; (3) Industrias manufactureras; (4) Electricidad, gas, y agua y (5) Construcción 3 = Servicios incluye: (6) Comercio al por mayor y al por menor y restaurantes y hoteles; (7) Transportes, almacenamiento y comunicaciones; (8) Establecimientos financieros, seguros, bienes inmuebles y servicios prestados a las empresas y (9) Servicios comunales, sociales y personales.
- b) Se refiere a la población económicamente activa de 10 años y más

4. Educación

El alfabetismo reviste gran importancia en relación con la salud; permite a la gente comprender sus problemas de salud y la manera de resolverlos y facilita su participación directa en las actividades de salud de la comunidad. Mientras que la tasa de alfabetismo de los adultos es de cerca del 100% en los países industrializados, llega tan sólo al 28% de los países menos adelantados y apenas a un 13% entre las mujeres de estos últimos países.

En los países en desarrollo unos 900 millones de adultos no saben leer ni escribir y sólo 4 de cada 10 niños pasan de los tres primeros años de la escuela primaria. (10)

ANALFABETISMO

(Porcentaje de la población de 15 años y más)

PAIS	Alrededor de			
	1960	1970	1980	1985 a)
Argentina	8.6	7.4	6.1	4.5
Bahamas	10.3 a)	8.8 a)	-	-
Barbados	1.8	0.7 a)b)	0.5 a)b)	-
Belice	-	8.8 a)	-	-
Bolivia	61.2 a)	36.8	-	25.8
Brasil	39.7	33.8	25.5	22.3
Colombia	27.1	19.2	12.2 e)	17.7 d)
Costa Rica	15.6	11.6	-	6.4
Cuba	-	-	1.9 e)	-
Chile	16.4	11.0	8.9	5.6
Dominica	-	5.9 a)b)	-	-
Ecuador	32.5	25.8	16.5	17.6
El Salvador	51.0	42.9	38.0 a)	-
Granada	-	2.2 a)b)	-	-
Guatemala	62.2	54.0	44.2	45.0
Guyana	12.9	8.4 a)b)	-	4.1
Haití	85.5 a)	78.7	-	-
Honduras	55.0	43.1	-	40.5
Jamaica	18.1	3.9 a)b)	-	-
México	34.5	25.8	16.0	9.7
Nicaragua	50.4	42.5	-	13.0
Panamá	23.2	18.7	12.9	11.8
Paraguay	25.5	19.9 b)	12.3	11.8
Perú	38.9	27.5	18.1	15.2
Rep. Dominicana	35.5	33.0	31.4 d)	22.7
Santa Lucía	-	18.3 a)b)	-	-
Suriname	-	-	35.0 f)	10.0
Trinidad y Tobago	6.6 a)	7.8	5.1	3.9
Uruguay	9.5	6.1	-	4.6
Venezuela	37.3 c)	23.5	15.3	13.1

a) Estimación de la UNESCO

b) Las personas sin escolaridad han sido consideradas como analfabetas

c) Se refiere a la población de 10 y más años de edad

d) Se refiere a la población de 5 años y más

e) Se refiere a la población de 10 a 49 años de edad

f) Excluye población indígena que viven en la selva (9)

MATRICULA POR NIVEL DE ENSEÑANZA

Enseñanza de primer nivel (a)

Tasas brutas de matrícula (a)

PAIS	GRUPOS DE EDADES b)	1969	1970	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Argentina	6-12	95.5	113.6	111.4	111.2	112.1	111.9	107.0	108.0	109.0
Barbados	5-10	108.0	108.0	99.0	101.0	102.0	108.0	110.0	111.2	-
Bolivia	6-13	56.4	56.4	76.2	74.5	85.7	87.5	91.	-	94.1
Brasil	7-14	57.2	78.7	96.9	95.7	101.6	102.2	103.0	104.0	105.0
Colombia	6-10	73.7	105.0	128.5	129.3	123.6	112.2	119.5	117.0	114.1
Costa Rica	6-11	92.6	109.6	105.6	104.6	101.2	99.8	101.0	101.0	-
Cuba	6-11	109.6	120.9	108.4	108.4	110.8	111.2	108.5	104.8	102.2
Chile	6-13	86.6	104.8	108.8	106.5	105.6	108.8	107.6	109.0	108.0
Ecuador	6-11	77.4	99.4	112.8	113.7	114.3	117.0	114.0	116.9	-
El Salvador	7-15	60.0	61.4	74.9	62.5	70.1	72.3	70.	77.2	-
Guatemala	7-12	43.4	58.3	70.8	74.8	70.2	74.5	76.	75.	75.5
Guyana	6-11	107.0	99.0	95.0	96.0	95.0	90.0	-	-	-
Haití	7-12	44.0	46.2	67.5	73.8	74.9	76.0	78.	78.	-
Honduras	7-12	67.9	87.3	95.3	93.9	99.3	100.5	102.0	102.0	-
Jamaica	6-11	92.0c	119.0	99.0	104.0	106.0	106.0	104.0	104.8	-
México	6-11	78.2	103.5	119.7	120.0	120.0	119.7	116.0	115.0	115.8
Nicaragua	7-12	64.9	80.0	99.0	102.5	105.8	103.0	99.	101.0	-
Panamá	6-11	90.9	102.0	106.2	104.7	104.8	104.1	104.7	105.0	105.2
Paraguay	7-12	102.0	104.9	103.7	103.8	103.6	102.0	101.0	101.0	-
Rep. Dominic	7-12	95.7	98.4	117.6	121.5	115.1	112.0	121.0	124.0	133.0
Suriname	6-11	-	131.0	125.0	-	-	132.0	133.0	132.0	-
Trinidad y Tobago	5-11	88.0d	107.0	98.0	96.0	99.0	96.0	96.	95.	97.0
Uruguay	6-11	117.0	112.1	106.4	107.0	108.8	109.8	109.1	110.1	108.7
Venezuela	7-12	98.7	98.6	108.7	109.3	110.3	111.5	109.0	108.0	110.1

a) Total de matriculados sobre la población del grupo de edades correspondiente multiplicado por cien. La comparabilidad de la información de este cuadro está afectada por los cambios en los sistemas de enseñanza de algunos países, lo que se detalla en las notas explicativas.

b) Límites para las edades legales de la población considerada en el denominador de la tasa bruta de matrícula

c) Límite de edad: 6 a 10 años

d) Límite de edad: 5 a 13 años

MATRICULA POR NIVEL DE ENSEÑANZA (Continuación).

(b) Enseñanza de Segundo Nivel

(Tasas brutas de matrícula) a)

PAIS	GRUPOS DE EDADES b)	1960	1970	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Argentina	13-17	31.9	44.6	56.0	57.1	58.8	59.7	65.0	70.0	74.0
Barbados	11-16	44.0	71.0 ^c	85.0	85.0	89.0	89.0	93.0	-	-
Bolivia	14-17	9.6	24.0	35.6	33.8	34.8	35.1	37.0	-	-
Brasil	15-17	6.2	15.7	33.6	36.6	34.1	41.4	35.0	35.9	-
Colombia	11-16	11.9	24.0	46.0	48.0	46.4	46.8	49.1	50.0	55.3
Costa Rica	12-16	20.3	34.8	47.4	46.9	46.2	44.2	42.0	44.0	41.0
Cuba	12-17	14.2	29.8	80.5	80.7	78.0	80.5	82.2	85.0	87.6
Chile	14-17	22.9	37.9	61.5	62.5	63.0	63.0	66.0	69.0	74.9
Ecuador	12-17	11.9	25.9	50.2	56.4	54.2	52.0	55.0	54.7	-
El Salvador	16-18	10.8	21.0 ^d	24.4	21.2	24.1	25.7	24.0	27.4	-
Guatemala	13-18	6.1	10.4	16.8	17.3	16.4	16.6	17.0	17.6	-
Guyana	12-17	40.0	56.0	59.0	57.0	57.0	57.0	56.0	-	-
Haití	13-18	4.3	5.7	11.9	12.8	12.3	16.0	18.0	17.6	-
Honduras	13-17	7.4	13.7	29.9	-	32.3	31.7	33.0	36.0	-
Jamaica	12-18	46.0	46.0 ^c	58.0	60.0	60.0	58.0	58.9	58.6	-
México	12-17	10.7	22.0	47.7	51.3	53.1	54.4	55.0	55.0	-
Nicaragua	13-17	7.3	20.9	42.6	40.4	40.0	43.8	43.4	39.0	-
Panamá	12-17	26.9	39.2	61.0	60.1	59.0	58.4	59.0	59.0	-
Paraguay	13-18	11.1	15.3	26.2	27.1	29.0	30.0	31.0	31.0	-
Perú	12-16	18.2	36.2	58.8	57.9	58.4	62.7	63.2	65.0	72.3
Rep. Dominic.	13-18	7.3	20.1	41.5	43.4	38.7	42.2	50.0	50.0	-
Suriname	12-17	-	43.0	35.0 ^c	-	44.0	44.0	51.0	-	-
Trinidad y Tobago	12-16	26.0	42.0	68.0	-	73.0	76.0	76.0	76.0	-
Uruguay	12-17	36.6	60.9	57.6	58.4	61.3	65.9	68.6	70.5	73.6
Venezuela	13-18	17.7	29.6	40.6	41.2	43.0	44.7	45.0	45.0	45.5

- a) Total de matriculados sobre la población correspondiente, multiplicado por cien. La comparabilidad de la información de este cuadro está afectada por los cambios en los sistemas de enseñanza de algunos países lo que se detalla en las notas explicativas.
- b) Límites para las edades legales de la población considerada en el denominador de la tasa bruta de matrícula.
- c) Límite de edad: 11 a 17 años (9)
- d) Límite de edad: 13 a 17 años
- e) A contar de ese año el límite de edad es de 12 a 18 años

MATRICULA POR NIVEL DE ENSEÑANZA (Conclusión)

(b) Enseñanza de Tercer Nivel

(Tasas Brutas de Matrícula) a)

PAIS	1060	1970	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Argentina	10.7	14.9	21.6	23.0	24.0	25.3	29.3	36.4	38.7
Barbados	0.8	4.0	15.6	18.7	18.7	18.9	19.4	-	-
Bolivia	4.2	9.3	16.5	16.5	16.4	20.6	19.5	17.2	-
Brasil	1.5	5.1	11.9	11.6	11.4	11.3	10.6	10.0	-
Colombia	1.8	4.8	10.6	12.0	12.2	13.3	12.8	13.0	13.1
Costa Rica	4.8	8.8	21.0	21.5	21.0	20.4	22.1	23.0	-
Cuba	3.1	4.9	19.5	20.0	19.3	19.8	20.2	21.4	22.8
Chile	4.2	9.7	13.6	-	13.3	14.7	15.3	15.8	16.6
Ecuador	2.6	7.6	36.4	34.6	32.0	32.5	33.1	-	-
El Salvador	1.1	3.3	4.3	6.6	10.1	11.9	12.8	13.8	-
Guatemala	1.6	3.8	8.4	-	7.4	8.3	8.2	8.4	8.6
Guyana	-	2.0	2.6	2.6	2.0	2.0	2.1	2.2	-
Haití	0.4	0.4	0.8	0.8	0.7	1.1	1.1	-	-
Honduras	1.0	2.3	8.5	9.2	9.7	9.7	9.6	9.5	-
Jamaica	1.7	5.5	6.4	6.0	5.9	3.9	-	4.6	-
México	2.6	5.9	14.1	14.7	14.9	15.2	15.6	16.0	-
Nicaragua	1.2	5.5	14.1	13.2	12.3	12.8	11.0	9.8	8.7
Panamá	4.5	7.0	22.5	23.2	24.4	22.9	24.4	25.9	25.7
Paraguay	2.4	4.3	8.8	8.3	9.3	10.3	9.7	-	-
Perú	3.6	9.9	19.8	21.6	22.2	23.4	23.7	24.0	27.7
Suriname	-	1.3	7.0	7.3	7.6	7.3	6.9	6.5	-
Trinidad y	0.8	2.8	4.6	-	4.4	3.8	3.9	4.2	-
Uruguay	7.6	10.0	16.1	16.0	20.5	21.0	26.1	31.7	37.4
Venezuela	4.4	11.0	21.4	22.3	22.7	23.7	23.4	26.4	25.7

a) Total de matriculados de 20 a 24 años sobre la población de esa misma edad, multiplicado por cien.

5. Población Rural y Urbana

Existe diferencia entre la proporción que representa la población rural con respecto a la población urbana en cada país de América Latina. Los países del cono sur del continente muestran el máximo de población urbana, de 66 a 81% en Chile, Argentina y Uruguay son seguidos de cerca por Venezuela y en menor proporción, Cuba y México.

La población rural en las Repúblicas de América Central fluctúa entre 63 y 75%. En los restantes países de América Latina, la diferencia entre la población rural y la urbana es menor, con ligero predominio de la rural. Pero es claro que la población rural de América Latina constituye un elemento de máxima importancia en los programas de desarrollo general y específicamente en los programas de salud.

Desde el punto de vista sociocultural, algunos de los problemas de salud más importantes en el área rural de América Latina se relacionan con factores que permiten la agrupación de tales problemas en rubros como los siguientes:

Problemas relacionados con el medio ambiente y su percepción en términos culturales.

- Problemas relacionados con los conceptos tradicionales sobre salud y enfermedad.
- Problemas de interpretación mágica de la enfermedad
- Problemas de percepción de la distancia social. (23)

La urbanización continúa a paso acelerado en los países de la región, indican que 14 de 22 países de América Latina tenían una población urbana equivalente al 50% o más del total en 1985 y que todos, excepto uno, tendrán una por porción en el año 2000; al final del siglo, 10 países tendrán más del 70% y 5 más del 80%.

La población urbana de América Latina aumentará de cerca de 276 millones en el 2000.

En 1985 muchos países de América Central y del Caribe eran predominantemente rurales mientras que los de la Zona Andino, el Cono Sur, Brasil y México eran predominantemente urbanos.

Un análisis más detallado reveló que las ciudades de crecimiento más acelerado en las Américas serán las que tienen una población de 2 a 4 millones de habitantes. El porcentaje del total de la población urbana que reside en ciudades de ese tamaño aumentará del 9.1% al 12 1985 y el 2000. (16)

6. Vivienda

La comisión de asentamiento humano en su lio. Período de sesiones celebrado en Nueva Delhi, India, del 6 al 12 de Abril de 1988, recomendó la aprobación de la estrategia mundial de vivienda hasta el año 2000 como marco para las actividades complementarias nacionales e internacionales después del año internacional de la vivienda para las personas sin hogar. El objetivo principal de la estrategia mundial de vivienda es proporcionar vivienda adecuada a todos hacia el año 2000.

Vivienda adecuada significa algo más que tener un techo sobre la cabeza: significa disponer de intimidad adecuada, espacio Adecuado, seguridad adecuada, iluminación y ventilación adecuada, infraestructura básica adecuada y una situación favorable en relación con el trabajo y los servicios básicos todo ello a un costo razonable.

La relación existente entre la vivienda y la salud es íntima y compleja y se complica por una multitud de factores como la pobreza, la nutrición, los niveles de ingresos, el analfabetismo, etc. (1)

La Organización Mundial de la Salud en una iniciativa reciente para evaluar el grado de morbilidad y mortalidad de situaciones patológicas específicas que están relacionadas de modo muy claro con la vivienda, calculó que 5 millones de fallecimientos, es decir, el 10 por ciento de todos los fallecimientos en todo el mundo, podrían prevenirse si la situación de la vivienda en todas partes respondiera a los niveles establecidos de seguridad.

Además de ello, muchas deficiencias en la vivienda afectan también de modo favorable la salud mental de los habitantes. (1)

UNIDADES DE VIVIENDA
(Número de unidades de vivienda) a)

PAIS	AÑO	TOTAL
Argentina	1980	7.103.853
Barbados	1970	59.391
Bolivia	1976	1.040.704
Brasil	1980	25.210.639
Colombia	1985	5.251.273
Costa Rica	1984	500.030
Cuba	1981	2.290.176
Chile (b)	1982	2.457.142
Ecuador	1982	1.576.441
El Salvador	1971	654.539
Guatemala	1973	934.954
Guyana	1970	129.722
Honduras	1974	463.004
Jamaica b)	1970	420.008
México	1980	12.074.609
Panamá d)	1980	464.325
Paraguay	1982	580.810
Perú e)	1972	2.771.553
República Dominicana	1970	722.550
Trinidad y Tobago b)	1970	193.186
Uruguay	1975	794.501
Venezuela	1981	2.708.674

a) Según la última información disponible. b) Hogares c) Viviendas particulares ocupadas. d) Excluye la población indígena agrupada en tribus, e) Excluye pob. indígena selvática estimada en 39.800 personas en 1972.

7. Mortalidad y Morbilidad

Los datos sobre el estado de salud en los países menos desarrollados con frecuencia van de extremadamente insuficientes a inexistentes.

Una característica común de las tendencias sanitarias recientes en todas partes del mundo parece ser la mayor lentitud en la disminución de la mortalidad.

En algunos lugares se ha manifestado por un cese de la reducción de la mortalidad e incluso por un pequeño aumento.

Una característica particularmente desalentadora es que la gama de las tasas de mortalidad parece hallarse en aumento. Las variaciones internacionales en la mortalidad infantil y de la primera infancia son casi ciertamente mayores de lo que nunca habían sido antes. (11)

a) Mortalidad General:

La tasa de mortalidad por sexo por 1000 habitantes en todos los países excepto Bolivia, Haití y Martinica, en el caso de los hombres, las tasas de mortalidad oscilan en-

tre un mínimo de 3.9 por 1000 habitantes en la Isla de Trucas y Caicos y un máximo de 11.5 en un grupo análogo en San Cristóbal y Nieves.

En Argentina, Uruguay, El Salvador, Guatemala, la Guayana Francesa, Bermuda y Los Estados Unidos, la tasa de mortalidad entre los hombres fue también relativamente elevado y se presentó más de 8.0 por 1000 habitantes.

Las tasas de mortalidad femenina son de ordinario mucho menores y oscilan entre un mínimo de 3.4 por 1000 habitantes en Costa Rica y Panamá y un máximo de 12.4 en San Cristóbal y Nieves.

En 36 países menos del 5% del total de defunciones por todas las causas fueron ocasionados por "signos, síntomas y estados morbosos mal definidos" en nueve países: Argentina, Costa Rica, Cuba, Puerto Rico, Barbados, Trinidad y Tobago, las Islas Vírgenes Canadá y Los Estados Unidos.

Los países con menor porcentaje de defunciones atribuidas a "signos, síntomas y estados morbosos mal definidos" fueron Cuba 0.3%, Puerto Rico 0.8% y Canadá y Estados Unidos con 1.3% y 1.5% respectivamente.

b) Mortalidad Infantil:

La mal nutrición es el trastorno más extendido, pues afecta a la salud de los niños en todo el mundo, en particular en los países en desarrollo. Unos 100 millones de niños de menos de 5 años sufren de mal nutrición proteico-energetica, y más de 10 millones de los mismos presentan formas graves, que por lo general llevan a la muerte en ausencia de tratamiento. (11)

Apenas en los últimos 10 años se reconoció que los (IRA) Infección Respiratoria Aguda, en niños constituía un problema en en gran parte solucionable con la tecnología apropiada ya disponible. (21)

Las defunciones que se registran en la mayor parte de los países en desarrollo resultan de las enfermedades infecciosas y parasitarias.

Las enfermedades diarreicas, que se transmiten por contaminación del suelo, de los alimentos y del agua con heces humanas, hacen sus peores estragos en los países en desarrollo.

En los países menos desarrollados del mundo, sólo una tercera parte de la población, aproximadamente, tiene acceso permanen-

te a instalaciones adecuadas de abastecimiento de agua potable y de saneamiento. (8)

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) en los niños constituyen un problema de reconocida magnitud, son los principales causas de consulta a los servicios de salud y de internación de niños menores de 5 años.

En los países en desarrollo y en correspondencia con la mortalidad infantil y otros indicadores de falta de acceso a los servicios de salud, los IRA de vías respiratorias inferiores (neumonías) tienen una elevada proporción etiológica bacteriana. A medida que aumenta al grado de desarrollo de los países disminuye la tasa de mortalidad por IRA y la etiología de los casos graves por lo general es vírico.

Las enfermedades diarreicas continúan siendo uno de los más graves problemas de salud que afectan a los niños menores de 5 años en la mayoría de los países de Las Américas. A pesar de que en casi todos ellos se ha reducido la mortalidad por diarrea, esta sigue constituyendo una de las tres primeras causas de muerte en niños pre-escolares y está clasificada como la primera o la segunda en los menores de un año. Encuestas de morbilidad realizadas por medio de visitas a hogares en siete países han permitido de-

terminar que los niños menores de 2 años que viven hacinados y en malas condiciones de saneamiento ambiental sufren por año, en promedio, alrededor de ocho episodios de diarrea, de los cuales aproximadamente el 80% no son atendidos por los sistemas de salud públicos o privados.

También los niños de 2 a 5 años padecen un alto número de episodios por año, aunque su frecuencia sea menor si se le compara con la registrada en los de menor edad. (21)

c) Natalidad:

Aunque en términos generales la natalidad ha disminuido en los americanos, las tasas de natalidad se mantienen bastante elevados en muchos países, las variables del grado de fecundidad dentro de cada país pueden ser bastante amplios y se sabe que guardan relación con variables tales como la residencia, urbana o rural, grado de instrucción y la clase de ocupación, la ocupación y la fecundidad parecen guardar una relación más estrecha en los países con mayor grado de desarrollo socioeconómico. -

TASA BRUTA DE NATALIDAD POR CADA 1.000 HABITANTES
 EDAD, POR PAIS, 1980-1985, 1985-1990, 1990-1995 y 1995-2000

PAIS	Tasa de Natalidad			
	1980- 1985	1985- 1990	1990- 1995	1995- 2000
AMERICA LATINA Zona Andina:				
Bolivia	44,0	42,8	41,3	39,6
Colombia	31,0	29,2	26,7	24,3
Ecuador	36,8	35,4	33,6	31,4
Perú	36,7	34,3	31,2	28,0
Venezuela	33,0	30,7	28,2	26,0
Cono Sur				
Argentina	24,6	23,2	21,4	20,2
Chile	22,7	22,0	20,7	19,1
Paraguay	36,0	34,3	31,9	29,5
Uruguay	19,5	18,9	18,2	17,7
Brasil				
América Central				
Costa Rica	30,5	28,5	25,7	23,2
El Salvador	40,2	37,9	35,9	34,2
Guatemala	42,7	40,8	38,7	36,3
Honduras	43,9	39,4	37,9	38,0
Nicaragua	44,2	41,8	38,7	35,4
Panamá	28,0	26,7	24,9	22,8
México				
Caribe Latinoamericano				
Cuba	16,9	18,2	18,2	17,1
Haití	41,3	40,8	40,1	39,1
Puerto Rico	2,7	21,0	19,5	18,0
República Dominicana	33,1	30,9	28,0	24,9
CARIBE				
Barbados	17,8	18,6	18,2	17,1
Guadalupe	20,9	19,5	18,4	16,3
Guyana	28,5	24,8	21,6	19,3
Islas de Barlovento ³	29,4	26,7	23,5	21,1
Jamaica	28,1	26,0	22,6	20,2
Martinica	17,9	18,6	18,0	15,9
Suriname	28,8	25,9	23,2	20,3
Trinidad y Tobago	25,4	24,0	21,4	19,0
Otras divisiones políticas del Caribe [^]	24,7	22,4	20,3	18,9
AMERICA DEL NORTE				
Canadá	15,1	14,9	13,9	12,8
Estados Unidos	16,0	15,7	15,2	14,4

Fuente: Naciones Unidas. World Population Prospects. Estimates and Projections as Assessed in 1984. Nueva York. 1986.

- a) Comprende Dominica, Grenada, San Vicente y las Granadinas y Santa Lucía
 b) Comprende Anguila, Antigua, Antillas Neerlandesas, Bahamas, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Monserrat y San Cristóbal y Nieves. (16)

8. Saneamiento

Hay actualmente en la superficie del globo terráqueo la misma cantidad de agua dulce que había hace millones de años; unos 40.000 kilómetros cúbicos, pero mientras que en 1820 había en el planeta 1000 millones de habitantes, actualmente son 4000 millones y serán 6000 millones hacia el año 2000.

Es evidente que toca a menos agua por cabeza, además desde el advenimiento de la era industrial la demanda de agua ha aumentado espectacularmente, en razón del crecimiento demográfico y del mejoramiento del nivel de vida.

El decenio internacional del agua potable y del saneamiento ambiental (1981-1990) actualmente en la mitad de su transcurso, está dedicado al objetivo de hacer llegar agua potable sana a la puerta de todos los hogares disponer de agua potable equivale a gozar de mejor salud y mejor nutrición y a tener más tiempo para la educación; significa también mayores posibilidades de instaurar un estilo de vida que habrá el camino al crecimiento social económico. Con razón puede decirse "dichosos los que basan su desarrollo en el agua".

(14)

En muchas partes del mundo, el desarrollo social y económico se ha traducido en un crecimiento no regulado y en la creación de enormes conjuntos urbanos, industriales que contaminan la atmósfera y las fuentes de abastecimiento de agua y afectan la salud de los trabajadores; además ha provocado la pérdida de grandes extensiones de tierra cultivables.

El término "contaminación del medio" es una fórmula convencional para referirse a las sustancias biológicas, químicas y físicas que entran en contacto con el medio, sobre todo a causa de las actividades humanas.

Con frecuencia, los países en desarrollo se ven obligados por circunstancias a agotar sus recursos naturales a un ritmo inaceptable al carecer de otras posibilidades económicas frente a los elevados costos de la energía, el crecimiento demográfico y los bajos ingresos procedentes del sector industrial. Haciendo caso omiso de la experiencia de otros países, dejan de adoptar medidas adecuadas para impedir la contaminación del medio. (13)

B. DESCRIPCION DE

HONDURAS 1. Ubicación

Honduras es un país subtropical ubicado en el centro de América Central. Por su tamaño ocupa el segundo lugar entre las cinco repúblicas que conforman el Istmo Centroamericano.

Limita al Norte con el Océano Atlántico; al Sur con la República de Nicaragua, la República de El Salvador y el Océano Pacífico; al Este con el Océano Atlántico y la República de Nicaragua y al Oeste con las Repúblicas de Guatemala y El Salvador. Se encuentra situada entre las ordenadas 12:58 y 16:02 latitud Norte y 83:10 y 89:22 longitud Oeste.

Extensión Territorial:

La extensión territorial es de 112,088 Km² con un largo máximo de 675 Km, desde el cerro de Montecristo al Cabo de Gracias a Dios y un ancho máximo de 360 Kms. desde Puerto Castilla al Golfo de Fonseca.

El perímetro total es de 2,010 kms. (24)

2. Principales Aspectos Demográficos

La población hondureña estimada en base al censo de 1974 fue de 2,656.948 habitantes, esta información comparada con los datos preliminares del censo nacional de población y de vivienda de 1988 que evidencia un aumento de la población a 4,376.839 significa que durante el último período intercensal el ritmo de crecimiento poblacional fue de 3.6% sin embargo, esta tasa de crecimiento parece poco probable en función de las tasas de natalidad para ese mismo período intercensal.

La tasa global de fecundidad en 1984 se estima en 5.3 hijos por mujer y la tasa de fecundidad general fue de 192 nacidos niños por 1000 mujeres de 15 a 49 años.

Según las proyecciones de población para 1988 y tomando de base el censo de 1974 y la encuesta demográfica nacional de Honduras en 1983 se estima que la distribución etarea es de 45.9% para el grupo de edad 0-14 años 51.1% para el de 15-64 y 3.0% en el de 65 años y más años.

La estructura de la población refleja una presencia de mujeres similar a la de sexo masculino, con un 50.1% y 49.9% respectivamente.

La densidad poblacional para 1988 fue de 39 habitantes por Km².

La población hondureña es fundamentalmente rural, el censo de 1974 indicó que el 70% de la población vivía en el área rural y en 1988 los datos provisorios del censo indican el 58% manteniéndose la tendencia de aumento de la población urbana versus la rural. Los datos poblacionales varían debido a los contingentes de refugiados con alrededor de 40,000 personas bajo la responsabilidad de ACNUR.

(22)

3. Situación Socioeconómica

Al hacer un análisis de la situación y economía del país, cinco han sido los grandes problemas identificados a saber: De crecimiento económico, desequilibrio financiero, desempleo, desarrollo territorial e insatisfacción de las necesidades vitales. (24)

En el período 1980 1983 se produjo una desaceleración en la actividad económica de Honduras.

El PIB que entre 1976 y 1979 había crecido a una tasa del 5.7% anual entre 1980 y 1983 descendió a una tasa negativa del 0.4%; esto se debió entre otros factores a la disminución de las in-

versiones privadas tanto nacionales como extranjeros, a la reducción de las exportaciones, a la fuga de capitales y el aumento de los gastos de defensa.

El crecimiento del país ha sido financiado mediante el endeudamiento externo de mediano y largo plazo, que ascendía al finalizar 1984 a US \$ 2.781.4 millones.

En ese año la deuda representaba el 86.1% del PIB Y el pago de los servicios de la deuda absorbían el 20% de las divisas generadas por las exportaciones. (17)

En los últimos diez años el comportamiento de la economía hondureña ha experimentado dos períodos caracterizados por condiciones significativamente diferentes. Estas etapas reflejan las características estructurales de la economía y su alto grado de apertura cuya combinación afecta susceptiblemente el desenvolvimiento de algunas variables internas de tipo económico y social a razón de los cambios en los mercados internacionales.

Es así que en la primera etapa comprendida entre 1976 y 1979, la economía experimentó un crecimiento sostenido (8.5% anual real), debido a los altos precios del café, la expansión de los volúmenes exportables, el dinamismo de la economía industrializada, la

alta disponibilidad de recursos externos y considerables incrementos en las inversiones públicas y privadas. En la segunda mitad del período de análisis (1980-1985) se manifiesta como rasgo dominante la pérdida constante del dinamismo económico acompañado de una creciente expansión del desempleo como consecuencia de la contracción de la demanda regional e internacional la disminución del flujo de financiamiento externo, la caída de los términos de intercambio, a la par los problemas político sociales de la región ocasionaron una fuga de capitales y una disminución de la inversión privada. (4)

4. Empleo

Una característica estructural de la economía hondureña ha sido su limitada capacidad para generar empleo productivo en cantidad suficiente para absorber la creciente oferta de mano de obra, aún en períodos de elevado crecimiento económico. En el período de crisis económica 1980-1985 la situación ha tendido a gravarse y el desempleo abierto ha pasado del 8.2% en 1980 a 11.4% en 1987 y el subempleo, alcanzó el 32% en este último año. De acuerdo con la encuesta agrícola nacional, realizada en 1980, un 90% de los trabajadores del sector agropecuario es afectado por el desempleo estacio-

nal y por lo tanto, se puede caracterizar como subempleado. En el área ³⁸ urbana se han venido manifestando en forma creciente, diversas formas de sub-empleo en actividades de baja productividad e ingreso.

Según datos de la encuesta de hogares para Tegucigalpa y San Pedro Sula, realizada en 1985, el nivel de subempleados por tiempo de trabajo alcanzó 15.5% y 10% en estas dos ciudades, respectivamente, y estadísticas en 1987 arrojaron datos de 8.3% y 11.1%.

Las altas tasas de analfabetismo y los bajos niveles de escolaridad, sobre todo en el área rural, así como la inadecuada orientación y formación en los niveles medio y superior, dan lugar a que más de las dos terceras partes de la población económicamente activa se caracteriza por tener un escaso nivel de calificación o una formación en áreas situadas frente al mercado global, esta deficiente inversión ocupacional determina niveles mínimos de productividad de trabajo.

(22)

Educación

En educación las necesidades se definen en términos del acceso a la educación básica completa para la población de 7 a 13 años y oportunidades de alfabetización funcional y capacitación para

la población adulta que no tuvo ocasión de incorporarse a programas educativos regulares.

En los últimos años, el sector educativo ha tenido que hacerle frente a un doble reto, las demandas derivadas del crecimiento poblacional y el déficit acumulado.

Esta situación produjo una expansión importante de los servicios educativos; sin embargo unido a este fenómeno no se tomaron medidas conducentes a atender el déficit educativo, produciéndose en consecuencia una existente tendencia al deterioro de la calidad educativa. En el nivel pre-escolar sólo el 11.7% de la población de 4 a 6 años tiene acceso de este tipo de educación; mientras el nivel primario registra una cobertura de 90% para la población 7 a 13 años.

No obstante la elevada cobertura, se presentan serios problemas que destacan su deficiencia, como ser: altas tasas de ausentismo, reprobación y deserción, que son más significativos en los tres primeros grados en la escuela rural; donde sólo la mitad de los niños matriculados en primer grado llegan al segundo grado.

El nivel medio en 1985 registró una cobertura de 31.6% de la población de 14 a 19 años, estaba atendido por 6496 maestros y

funcionaron 400 centros educativos, de los cuales ocho atendieron modalidades técnicas. (25)

El sistema educativo nacional está constituido por dos categorías de análisis denominadas: sub-sistema escolarizado y sub-sistema no escolarizado.

El sistema escolarizado se caracteriza por desarrollar acciones educativas debidamente sistematizadas, graduadas e institucionalizadas. La principal institución que constituye este sub-sistema es el Ministerio de Educación Pública, el cual desarrolló su actividad atendiendo los niveles pre-primario, medio y superior en el campo de la formación pedagógica, más otras instituciones públicas y privadas para ese fin, para la matrícula de impacto de ese nivel es atendido por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y recientemente ampliada este marco institucional con la creación de dos nuevas universidades en el ámbito del sector privado. (5)

La inversión comprometida de este sector suma 47563.6 millones de lempiras, está orientado a un 50.6% al mejoramiento de la educación primaria y en un 45.2% a la expansión y mejoramiento de la educación técnica.

El 4.2% restante se ha destinado al programa de crédito educativo. (26)

6. Vivienda

La crisis habitacional que abate a las principales ciudades del país es producto de la constante migración del campesino a la ciudad, la cual ha originado un alto crecimiento poblacional urbano, que cada año ingresan al área marginal, varios niveles de habitantes sin contar con vivienda adecuada, los servicios básicos de salubridad, educación, etc. (24)

Dentro del sector vivienda se distinguen dos subsectores, el subsector público está representado por: El Instituto de la Vivienda (INVA), la Financiera Nacional de la Vivienda (FINAVI), la Alcaldía Municipal del Distrito Central (AMDC), la municipalidad de San Pedro Sula y otros gobiernos locales, que han ejecutado acciones de construcción y mejoramiento de vivienda en el área urbana y rural.

Se cuentan con organismos de apoyo dentro del sector público como el Instituto de Jubilaciones y Pensiones de los Empleados del Poder Ejecutivo (INJUPEN) y el Instituto de Previsión del Magisterio (IMPREMA). En el subsector privado se distinguen: Las Asociaciones de Ahorro y Préstamo y las entidades aprobadas del Sistema Nacional de Cooperativas de Vivienda Limitada (FEHCOVIL) algunas instituciones sin fines de lucro, el sistema empresarial

formado por 47 empresas constructoras y el sistema informal. (4)
Las estimaciones revelan que 2/3 de la población hondureña está afectada por malas condiciones habitacionales. Hacen falta alrededor de 230.000 viviendas para ubicar 1,380.000 personas problema que se agrava a un promedio anual de 5.1%, solamente la ciudad de Tegucigalpa tiene un déficit de 60,000 viviendas, lo que ha originado que más de 300,000 habitantes vivan en completa marginalidad. (24)

El 99% de las viviendas construidas durante 1977-1982 se localizan en el área urbana, se determina una necesidad anual de 18,600 alojamientos, 12,500 en el área urbana y 6,100 en el área rural. (4)

Existe una inversión comprometida para el período 1987-1990 por un monto de L. 10,500.0 miles que equivale a un 9.5% de la inversión total del sector.

De este, el 51.4% se ha destinado a un proyecto de mejoramiento habitacional urbano. El 48.6% restante está constituido por varios proyectos para la construcción y mejoramiento de vivienda en el área rural.

La inversión propuesta es de L. 100.491.0 miles que equivale a un 90.5% de la inversión total del sector, los que están destinados en su totalidad al área urbana, 92.5% para construcción y 7.5% para mejoramiento habitacional. (26)

7. Agua y Saneamiento

Las condiciones de salud ambiental en Honduras siguen siendo insatisfactorias, a pesar de que en los últimos años se ha producido un importante progreso en campos como agua potable para zonas rurales y urbanas, letrinización, control de la contaminación y otros. (22)

Sin lugar a duda el Programa de Salud Pública de mayor envergadura es el de aprovisionamiento de agua y la disposición de excretas tanto por su notable impacto en la salud, como por la cuantía de las inversiones y en de las obras y acciones involucradas .

Según las últimas estimaciones en 1986 641.136 habitantes del medio rural y 1.765.325 del medio urbano, fueron beneficiados con servicios de aprovisionamiento de agua, esto es el 24.7% y 91.8% de las respectivas poblaciones.

Para 1986 se hicieron 80 pozos y 34,360 letrinas, la población con "algún sistema adecuado de disposición de excretas" llega solamente al 60% del total de la población, de los cuales solamente el 18% es con conexiones al alcantarillado.

Ninguna ciudad cuenta con planta de tratamiento de aguas negras. Los desechos sólidos representan una de las causas principales de contaminación ambiental la cual tiene poco desarrollo en relación a otros servicios. Existen sistemas de manejo de desechos sólidos en el 43% de los centros urbanos.

36 de las 284 municipalidades tienen servicios de tratamiento de desechos sólidos. (24)

C. DESCRIPCION DE LA SITUACION DE SALUD EN

HONDURAS 1. Aspectos de Salud

El sector social está firmemente respaldado por normas jurídicas claras; en cuanto a la salud, si bien la constitución de 1982 no la define rotundamente como un derecho en cambio ordena a todos los organismos centralizados y descentralizados que se desempeñen bajo la coordinación del Ministerio de Sa-

-lud Pública y Asistencia Social mediante un plan nacional de salud que da prioridad a los grupos más necesitados.

El sector salud ha definido sus políticas en función de la Meta de Salud para Todos en el año 2000 como país signatario de la declaración de ALMA-ATA, y ha establecido como estrategia fundamental la atención primaria de salud. En el período 1982-1986 los objetivos del sector salud se centran en el mejoramiento del nivel de salud a través de acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud específicamente se orientan a: extender la cobertura de los servicios a áreas urbanas y marginales y a mejorar la calidad de los mismos; intensifican la coordinación institucional sectorial y extrasectorial con los organismos que intervienen directa o indirectamente en el sector; desarrollar actividades específicas en Salud Materno Infantil y disminuir la morbilidad de las enfermedades prevenibles por inmunización, las diarreas, las infecciones respiratorias agudas, la tuberculosis y la malaria. (17)

2. Organización Sector Salud

Las prestaciones de salud están a cargo de los sectores públicos y privados. El subsector público y privados. El subsector público incluye el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como entidad reguladora, los servicios médicos del Instituto Hondu-

reño de Seguridad Social (IHSS), el Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados, la Junta Nacional de Bienestar Social y el Departamento de Higiene Ocupacional y Seguridad Social del Ministerio de Trabajo. (17)

3. Salud Pública

El Ministerio de Salud Pública, se divide en dos subsistemas el institucional y el comunitario, con el fin primordial de llevar a cabo sus programas trazados.

a. Subsistemas Institucional:

El cual está estructurado en cinco niveles de atención para 1988, distribuidos en siete regiones incluyendo la Metropolitana, con un total de 701 establecimientos distribuidos así: 524 centros de salud rural (CESAR), 156 centros de salud con médico, 9 hospitales de área, 6 hospitales regionales y 6 hospitales nacionales, con un total de 3,448 camas en los hospitales del Estado. (6)

b. Subsistemas Comunitarios:

El Ministerio ha establecido que la comunidad está representada a través de guardianes de salud, colaboradores voluntarios, representantes de salud y parteras tradicionales, quienes son

Seleccionados por sus comunidades con criterios establecidos para el nivel institucional, y su acción está orientada hacia el cumplimiento de las actividades de los programas oficiales .

Hasta 1985 se habían capacitado 5- .231 guardianes de salud, 3,472 representantes de salud y 13.344 parteras en total 22,047 agentes comunitarios.

c. Sistemas de Seguridad Social:

El sistema cuenta con dos hospitales regionales y tres dispensarios para un total de 505 camas.

Las camas existentes en el país son insuficientes y ha disminuido entre 1980 y 1984, la razón de camas por 1000 habitantes bajo de 2.07 a 1.36 en el IHSS y de 0.28 a 0.24 en el sector privado.

Sin embargo, los ingresos hospitalarios de los establecimientos del Ministerio y la Seguridad Social aumentaron en la Seguridad Social el 26% del personal está en funciones administrativas el 48% en hospitales y el 26% en consultorios. Su funcionamiento proviene de las aportaciones de los trabajadores (2.5% de sus salarios), los patronos (5% de su salario) y el estado (2.5% de los salarios pagados a los trabajadores asegurados) .

d. Cobertura:

Se estima que la cobertura del Ministerio de Salud Pública llega al 60% de la población. El sector privado cubre un 3% y el Seguro Social un 7%; un 30% de la población no tiene acceso a los servicios básicos de salud. (17) Para 1988 algunos porcentajes de cobertura fueron los siguientes: Tiempo en llegar al centro de salud menor de una hora 64.0%, 1-3 horas 30.0%, más de 3 horas 5.8% encuesta nutricional 1987 como fuente; número de atenciones por habitante 0.8 número de camas por 1000 habitantes 0.8, habitantes por establecimientos 6.820. (6)

En 1984 la disponibilidad de recursos humanos en salud llega a 14.253 personas: profesionales 20.7%, técnicas 9.8%, auxiliares de enfermería 37.4% y administrativos y de servicios generales 32.1% de este personal, el 59% labora en el Ministerio de Salud Pública y el 14.2% en el IHSS.

Hay 4.2 médicos por 10,000 habitantes, 1.6 enfermeras 0.8 odontólogos, 13.1 auxiliares de enfermería y 1.4 técnicos medios. Estas proporciones han aumentado poco en los últimos años. (17)

4. Política Nacional de Salud

"La estrategia global de desarrollo para el período 1986-1989, señala como objetivo fundamentalmente el bienestar de la población a través de un mayor crecimiento económico y una mejor distribución de ingreso y la riqueza en el marco del fortalecimiento de la democracia y la paz" en su concepción global, la estrategia de desarrollo se fundamenta en dos grandes áreas: La económica y la social.

En el área social la política se propone combatir el rezago social y la pobreza, avanzando decididamente en la satisfacción de las necesidades básicas de la población serán objeto de atención prioritaria ls espacios población que por sus condiciones de vida más deprimidos están expuestas a mayor vulnerabilidad.

Desde este punto de vista tendrán atención preferente los grupos humanos asentados en las zonas rurales y áreas urbanas marginales.

En el área de salud, se mantendrá en vigencia la política de extensión de cobertura, a través del sistema de servicios de salud y la estrategia de atención primaria teniendo como objeto esos

espacios enunciados por la política global y persiguiendo su misión en condición de la máxima equidad, eficacia, eficiencia y participación social posible. (7)

5. Financiamiento

La inversión comprometida del sector salud asciende a un total de 457.776.000 lempiras equivalente a un 46% de la inversión total del sector la inversión se concentra en un 38.7% en el Programa Nacional de Servicios de Salud (PRONASSA) orientada a la construcción y equipamiento de hospitales; asimismo algunos proyectos del sector salud están dirigidos al mejoramiento de los servicios de aguas y alcantarillados.

El total de inversión comprometida del sector salud será financiada con fondos internos que ascienden a un total de 143.364.0 lempiras y con fondos externos que suman L. 434.363.5 de los cuales el 67.2% es préstamo y el 32.8% en donación.

La inversión propuesta para el período de 1987-90 es de L.... 537.660.3 millones de lempiras, equivalente a un 54% de la inversión total del sector, esta inversión está orientada a:

- Programa de saneamiento básico, mejoramiento de servicios de salud, desarrollo de programas de prevención de enfermedades

programa de educación alimentaria y nutrición. (26)

6. Epidemiología

La tasa de mortalidad general se ha reducido de 10.8 por 1000 habitantes en 1980 a 8.3 en 1983, la esperanza de vida al nacer es de 61 años, una proyección al año 2000 estima que llegará a 67.8 años.

La mortalidad infantil ha bajado de 98.5 por 1000 nacidos vivos a 78.6 en el mismo período. (17)

La tendencia de la mortalidad general en Honduras ha sido claramente descendente de acuerdo a los datos publicados por la Dirección General de Estadística y Censos, las cifras van de 9.3 defunciones por cada mil habitantes en 1960 hasta 4.7 en 1983. (22)

En Honduras predominan las enfermedades transmisibles como causa de morbilidad. En 1984 la primera causa de morbilidad fueron las diarreas que condujeron a una tasa de 4.373 consultas por 100,000 habitantes. (15) Para fines de Siglo se espera un descenso de la mortalidad general hasta 5 por 1000 habitantes, un descenso en la natalidad que llegará a 30 por 1000 habitantes y un crecimiento vegetativo de 2.5%. (22)

Quince Primeras Causas de Morbilidad General 1985

- Infección intestinal mal definida	7.08%
- Parasitosis intestinal	6.89 %
- Influenza	4.07%
- Otras anemias	3.55%
- Amigdalitis aguda	3.11%
- Bronquitis no especificada	2.74%
- Rinofaringitis	2.29%
- Otras formas desnutrición	2.29%
- Otros trastornos de la uretra	2.07 %
- Asma	1.70%
- Bronquitis aguda	1.63%
- Inf. aguda no especificada	1.54%
- Faringitis aguda	1.31%
- Otitis media supurativa	1.30%
- Hipertensión esencial	1.26%

Diez primeras causas de mortalidad en 1983 y tasas por 100.000

habitantes:

- Infección intestinal mal definida	33.5%
- Disritmia cardiaca	16.2%
- Descripciones y complicaciones mal definidas de las enfermedades del corazón	12.6%
- Neumonía, organismo causal no especificado	9.5%
- Ataque por otros medios y por los no especificados	8.7%
- Otras causas accidentales y ambientales y las no especificadas	8.4%
- Otras enfermedades cerebrovasculares y las mal definidas	8.3%
- Tumor maligno de sitio no especificado	6.8%
- Ataque con armas de fuego y explosivos	6.6%
- Otras afecciones y las mal definidas que se originan en el período perinatal	6.4 %

(17)

L) Programas Básicos

Los que forman parte de la estructura básica de la prestación de servicios del Ministerio de Salud Pública, estos son:

- Atención Materno Infantil

- Programa Ampliado de Inmunización (PAI)
- Control de Enfermedades Diarreicas
- Control de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)
- Control de Tuberculosis
- Saneamiento Básico
- Control de Vectores
- Nutrición

2) Programas Complementarios

Los que consisten en:

- Salud Oral
- Salud Mental
- Enfermedades de Transmisión Sexual
- Control de Alimentos
- Control de Rabia
- Atención Medica Hospitalaria
- Control de Cáncer
- Control de Lepra

3) Programas de Apoyo Técnico y Administrativo

Los cuales se brindan en forma directa a la comunidad son:

- Desarrollo de los Recursos Humanos
- Educación para la Salud

- Laboratorio
- Suministros y Equipos (7)

Se coordinan acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud de la mujer y el niño, con la participación de instituciones gubernamentales y no gubernamentales entre los que se destacan:

4) Programa Básico

La Universidad Nacional Autónoma de Honduras con el propósito de facilitar la integración docente asistencial en los servicios de salud.

(7)

La mortalidad materna intrahospitalaria por 100 para 1987 era de 0.09, el total de atenciones maternas en 1988 es de 426276, controles puerperales 36434, planificación familiar 87804.

Partos 50676 a nivel institucional y 61620 nivel comunitario, total 112296 para 1988, en ese mismo año el total de atenciones para niños menores de 5 años fue de 767.092, atenciones puerperales a nivel institucional 36434 a nivel comunitario 122055 para un total de 158489. (6)

a) Control de Enfermedades Diarreicas:

Las enfermedades diarreicas primera causa de muerte de la población infantil, cuyas acciones están orientadas básicamente

a la prevención y tratamiento oportuno de la deshidratación por diarrea mediante la administración de sales hidratantes (litrosol) , promoción de la lactancia materna, atención alimentaria nutricional y educación sanitaria. (7)

En 1988 se brindaron 221.410 atenciones por diarreas a niños menores de 5 años. (6)

b) Control de Infecciones Respiratorias Agudas:

Las actividades que se desarrollan en el programa van tendientes a: la capacitación del personal permitiéndoles una mejor detección, clasificación y tratamiento de los IRA de acuerdo a las normas, mayor orientación a la comunidad y sobre todo a madres y familiares de los niños para la identificación y manejo adecuada en el hogar de los niños afectados con IRA leve.

La identificación de signos y síntomas que puedan acudir oportunamente al nivel de atención correspondiente de acuerdo a la gravedad del caso, promoción y orientación. (7)

En 1988 se brindaron 440,415 atenciones a menores de 5 años, la incidencia mayor de los grados de IRA corresponde a IRA leve en el grupo de 1 a 4 años, siguiéndole la IRA Moderada en el grupo 1 a 4 años también. (6)

c) Nutrición:

La Dirección General de Alimentación y Nutrición de la Secretaría de Salud Pública, fue creada mediante acuerdo el 3 de Julio de 1987.

Esta Dirección General está conformada por tres divisiones:

- De programación y evaluación
- De educación alimentaria nutricional y salud
- De alimentos y producción

Las actividades para el mejoramiento de la situación alimentaria nutricional, sobre todo en los grupos de población nutricionalmente más vulnerable han constituido siempre un área de acción orientada a mejorar las condiciones de vida de la población con prioridad la ubicada en el área rural y la urbana marginal. (7)

Observamos cifras de prevalencia de desnutrición de 43.1% en 1966 y 38.9% en 1987 con el indicador peso edad, 60% en 1966 y 44.7% en 1987 usando el indicador talla edad, 4.7% en 1966 y 3.9% en 1987. En ambas encuestas estas cifras de prevalencia son a expensas de la desnutrición leve y moderada.

Analizando las cifras de ambas encuestas en forma global se observa una disminución de la prevalencia en un 11.8% utilizando el in-

-dicador peso edad de 17% utilizando peso talla y de 25% utilizando talla para la edad. (22)

d) Programa de Saneamiento Básico:

El desarrollo de las actividades de saneamiento básico constituyen un factor importante en lo concerniente a la morbilidad y mortalidad especialmente en el grupo de edad menores de 5 años: estas acciones deberán ir encaminadas a generar cambios en el medio ambiente y en las condiciones de salud de la población en general. Durante el año de 1987 se llevaron a cabo los siguientes logros: La construcción de 861 pozos, 34 acueductos, 32,580 letrinas, 53 fosas sépticas con una población beneficiada de 278,517 habitantes y 40,437 viviendas beneficiados. (7)

En 1987 de acuerdo a la encuesta nacional de epidemiología y salud familiar:

- 1) Cobertura total de abastecimiento de agua 68.2%
- 2) Cobertura total de servicios de saneamiento 59.5%

En 36 de los 284 municipios existen los servicios de manejo y tratamiento de desechos sólidos llamados "trenes de aseo" con cobertura de 20.4% de las viviendas. Sólo en Tegucigalpa y San Pedro Sula se realiza una eliminación final que podría catalogarse co-

mo relleno parcialmente controlado. El resto de las ciudades utilizan tiraderos a cielo abierto que están contaminando el ambiente. De acuerdo con el espíritu del decenio internacional del abastecimiento de agua potable y del saneamiento (DIAAPS), se conocerá mayor atención al área rural y a las zonas peri-urbanas de las grandes ciudades. Con el DIAAPS se trataron de alcanzar una cobertura del 90% para agua y del 79% para saneamiento. (22)

D. REGION DE SALUD No, 4

La Región de Salud No. 4 comprende los Departamentos de Choluteca y Valle y algunos municipios de los Departamentos de Francisco Morazán y El Paraíso. La Región está dividida en cuatro áreas:

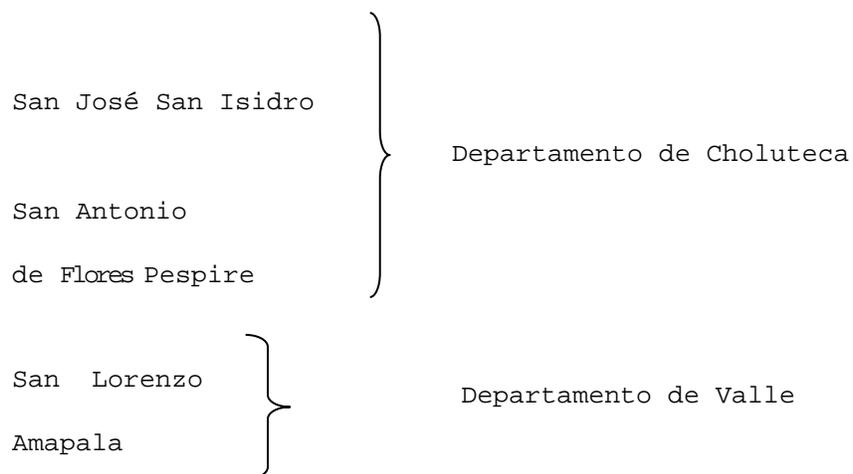
Área de Salud No. 1 Sede Nacaome Valle
 Área de Salud No. 2 Sede San Lorenzo, Valle
 Área de Salud No. 3 Sede Choluteca, Choluteca
 Área de Salud No. 4 Sede Gocascorán, Valle

Área de Salud No. 2

Curaren

Reitoca

Departamento Francisco Morazán



En la Región No. 4 las principales causas de morbilidad son para 1988

1. Infección respiratoria leve	57,807
2. Infección respiratoria moderada	30,733
3. Diarrea	26,270
4. Malaria	8,302
5. Infección respiratoria grave	900
6. Gonorrea	362
7. Otras formas de tuberculosis	399

(6)

Se brindaron 422,409 atenciones, 54,100 atenciones maternas, 3099 partos, 11,755 atenciones en planificación familiar.