

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



Diagnóstico de Salud de la Comunidad de
Pespire, Depto. de Choluteca y sus
Areas de Influencia.

TESIS

PRESENTADA POR EL BACHILLER:

Rafael Antonio Merlo Girón

PREVIA OPCION AL TITULO DE

Doctor en Medicina y Cirugia

14
56 pes

90-90

TEGUCIGALPA, D. C.

C.2

HONDURAS, C. A.

1990

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS,

Diagnóstico de **Salud de la Comunidad de**
Pespire, Depto. de Choluteca y sus
Áreas de Influencia.

TESIS

PRESENTADA POR EL BACHILLER:

Rafael Antonio Merlo Girón

PREVIA OPCION AL TITULO DE

Doctor en Medicina y Cirugía

TEGUCIGALPA, D. C.

HONDURAS, C. A.

1 9 9 0

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ABTOKIDADES HMEYEKSITAKIAS

RECTOR: LIC. JORGE OMAR CASCO

SECRETARIO GENERAL: LIC. GERMAN RODRIGUEZ

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS:

DECANO: DR. ANTONIO NUÑEZ

VICE-DECANO: LIC. EVA LUZ DE ALVARADO

SECRETARIO: DR. RUBEN PALMA CARRASCO

PRO-SECRETARIO: DR. HUMBERTO RIVERA MEDINA

VOCAL: DR. MAXIMO LOPEZ

VOCAL: DR. CESAR A. CASTELLANOS

VOCAL: BR. IRIS D. IRIAS

VOCAL: BR. SILVERTO FLORES

VOCAL: BR. ISAI GUTIERREZ

VOCAL: BR. OVIDIO CALDERON

TERNA EXAMINADORA:

LIC. HOSTILIO TEJADA (COORDINADOR)
LIC. NELSON ESPINAL
DR. RAUL GUTIERREZ

SUSTENTAMENTE:

BR. RAFAEL ANTONIO MERLO GIRON

PADRINOS:

LIC. CARLOS PAZ
ING. ANGEL BOESCH

DEDICATORIA

Dedico este esfuerzo:

En primer lugar a Dios Eterno, que ha estado junto a mí siempre, para guiarme y guardarme en su camino.

A mis padres, a quienes amo mucho: Sr. Rafael Obdulio Merlo
y Sra. Hilda Girón de Merlo, quienes me brindaron su apoyo y
Comprensión durante toda mi carrera, y de los cuales me siento muy orgulloso.

A mis hermanos: Alex, Silvia, Darwin, Harol y Scarlet

A mis tíos y tías

Con especial cariño para mi abuela doña Carlota y mi querido abuelo Don Horacio Merlo.

Y mi reconocimiento profundo, por su ayuda desinteresada y su aliento, de mis amigos.
Entre ellos a Gladys Ponce, Save the Children de Honduras, Proyecto MAM y al Ing.
Angel Boesch

A todos ellos gracias desde mi corazón

INDICE

- I. INTRODUCCION
- II. PROBLEMA
- III- JUSTIFICACIONES
- IV. OBJETIVOS
 - A. Objetivos Generales
 - B. Objetivos Específicos
- V. MARCO TEORICO
 - A. SITUACION DE SALUD
 - 1) Salud en América Latina
 - 2) Situación Económica
 - 3) Empleo
 - 4) Educación
 - 5) Población Rural y Urbana
 - 6) Vivienda
 - 7) Mortalidad y Morbilidad
 - a) Mortalidad General
 - b) Natalidad
 - 8) Saneamiento
 - B. DESCRIPCION DE HONDURAS
 - 1) Ubicación
 - 2) Principales Aspectos Demográficos
 - 3) Situación Socioeconómica

- 4) Empleo
- 5) Educación
- 6) Vivienda
- 7) Agua y Saneamiento

C. DESCRIPCION DE LA SITUACION DE SALUD EN HONDURAS

- 1) Aspectos de la Salud
- 2) Organización Sector Salud
- 3) Salud Pública
 - a) Subsistema Institucional
 - b) Subsistema Comunitario
 - c) Sistema de Seguridad Social
 - d) Cobertura
- 4) Política Nacional de Salud
- 5) Financiamiento
- 6) Epidemiología
 1. Programas Básicos
 2. Programas Complementarios
 3. Programas de Apoyo Técnico y Administrativo
 4. Programa Básico
 - a) Control de Enfermedades Diarreicas
 - b) Control de Infecciones Respiratorias Agudas
 - c) Nutrición
 - d) Programa Saneamiento Básico

D. REGION DE SALUD No. 4

VI-	DESCRIPCION DEL MUNICIPIO DE PESPIRE (MARCO DE REFERENCIA)
	1. Ubicación Geográfica
	2. Clima
	3. Antecedentes Históricos
	4. Salud
VII.	VARIABLES
VIH.	DISEÑO METODOLOGICO
XIV.	ANALISIS Y RESULTADOS
X.	DISCUSION
XI.	CONCLUSIONES
XII.	RECOMENDACIONES
XIII.	RESUMEN
XIV.	BIBLIOGRAFIA
XV.	ANEXOS

El Municipio de Pespire es uno de los diez y seis que constituyen el Departamento de Choluteca, en la Zona Sur del país; la cabecera municipal está situada en el bajo valle, en el margen izquierdo del río de su mismo nombre.

Ocupa una rea de 326.1 Km², lo que en términos porcentuales equivale al 0.3% del territorio nacional, y 7.7% del departamento.

Pespire limita al Norte con los municipios de San Isidro, San Antonio de Flores y San José del Departamento de Choluteca y los municipios de La Venta y La Libertad del Departamento de Francisco Morazán. Al Sur, con los municipios de San Lorenzo y Choluteca respectivamente; al Este con los municipios de Soledad del Departamento de El Paraíso y Orocuino del Departamento de Choluteca; al Oeste, con el municipio de Nacaome del Departamento de Valle.

Al ubicarnos dentro del área de estudio, nos formamos un criterio de su contexto en forma parcial, ya que sabemos que la Zona Sur del país presenta condiciones de desarrollo favorables, debido a múltiples factores; como las sequías, la deforestación y la pobreza extrema de la mayoría de sus habitantes.

La salud involucra muchos aspectos, de tipo socioeconómico de un país, generalmente sus indicadores son el termómetro de desarrollo de un país.

En pleno siglo veinte nuestro país se encuentra muy atrás en materia de salud, de allí la importancia de establecer medidas mancomunadas de todos los sectores sociales del país en materia de salud.

Con el presente estudio se pretende identificar los indicadores más relevantes de salud y confirmar una vez más la relación entre el desarrollo socioeconómico y la salud.

La comunidad de Pespire adolece de un diagnóstico de salud el cual no permite establecer las áreas en las cuales deben dirigirse suficientes recursos, para disminuir las tasas de morbi- mortalidad.

II●

PROBLEMA

La comunidad objeto de nuestro estudio en el municipio de Pespire, en el Departamento de Choluteca, el cual cuenta con nueve aldeas que son sus áreas de influencia.

La Zona Sur es una de las áreas territoriales de nuestro país que mas ha sufrido en los últimos años los embates de la naturaleza, ya sea por largas sequías o por las inundaciones; factores que han deteriorado la economía de su población.

El Ministerio de Salud Pública ha tenido que dirigir sus esfuerzos para minimizar las. Condiciones de salud precaria.

Pero para poder nosotros dirigir los recursos necesarios, deberemos conocer los factores involucrados que predisponen a la prevalencia de las enfermedades más comunes.

1. Cuál es la estructura poblacional de esta comunidad?
2. Cuál es el nivel económico de la comunidad?
3. Cuáles son las principales fuentes de ocupación de la población?
4. Cuál es el nivel He

5. Cual es la morbilidad por grupos de edad de la población?
6. Cuál es la tasa de natalidad y mortalidad poblacional?
7. Cuál es el porcentaje de la población que cuenta con los servicios básicos?
8. Cuáles son los factores que impiden el acceso de la comunidad a los servicios de salud?
9. Cuál es la prevalencia de IRA en niños menores de 5 años?
10. Cual es la prevalencia de enfermedades diarreicas agudas en la población y la frecuencia del uso del Litrosol?
11. Cuál es el porcentaje de los grados de deshidratación en menores de 5 años?
12. Cuáles son las condiciones estructurales de la vivienda y de tenencia de la tierra?
13. Cual es el estado nutricional de la población menor de 5 años?
14. Cuál es el número de instituciones que colaboran en la resolución de los problemas de salud de la comunidad?

III•

JUSTIFICACIONES

1. No se ha realizado un trabajo de investigación del Diagnóstico de Salud de la comunidad de Pespire, Choluteca.
2. Las condiciones de salud de la Zona Sur de Honduras se consideran precarias, por lo tanto los esfuerzos deben dirigirse hacia esas áreas.
3. Las demandas de los servicios de salud no es acorde al número de población

OBJETIVOS

IV.

A. GENERALES:

Realizar un diagnóstico de salud en la comunidad de Pespire identificando la problemática existente y los principales factores que inciden directamente en el nivel de salud de la población para una mejor coordinación entre las instituciones de desarrollo que sirven de apoyo a los programas de salud.

B. ESPECIFICOS:

1. Determinar la estructura según edad y sexo de la población del Municipio de Pespire.
2. Identificar el nivel económico de la comunidad
3. Identificar los tipos de ocupación e ingreso según categoría ocupacional.
4. Identificar el nivel de escolaridad de la población
5. Clasificar la morbilidad registrada según grupos de edad

6. Describir los servicios básicos de salud existentes en la población.
7. Identificar los factores que inciden al acceso de la población a los servicios de. salud.
8. Establecer la prevalencia de IRA en la población menor de 5 años.
9. Prevalencia de enfermedades diarreicas en la población "y la frecuencia del uso del litrosol".
10. Identificar las condiciones de la estructura de vivienda y tenencia de la tierra.
11. Establecer el estado nutricional de la población de menores de 5 años

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)

3. Empleo

En los países en desarrollo, el desempleo manifiesto manifiesto a mediados del decenio (1970-1979), parecía afectar al 5% aproximadamente de la fuerza laboral; en muchos países desarrollados es corriente encontrar tasas semejantes.

El subempleo, o realización de un trabajo por un salario que no permite satisfacer las necesidades esenciales, es mucho más corriente en los países en desarrollo que el desempleo patente.

La OIT ha estimado que en 1975, el 40% aproximadamente de la fuerza laboral en los países en desarrollo de economía de mercado no ganaba un sueldo apropiado. (11)

La situación del empleo en la región presento una leve mejoría. El desempleo abierto disminuyo en forma importante en Colombia, chile, Guatemala y Venezuela, moderadamente en Uruguay, costa rica, Paraguay y México y aumento levemente en argentina, ecuador, honduras y panamá mientras que se mantuvo sin variaciones en Brasil.

El problema del empleo informa sigue afectando a la mayoría de los países de la región y aunque no se cuenta con la metodología para medir su magnitud, en algunos países se estima que podría alcanzar a cifras cercanas al 30% de la fuerza de trabajo.

(8)

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	18608.1	11917.0	9469.2	10821.1	1813.1	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	1191.1	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 los 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)

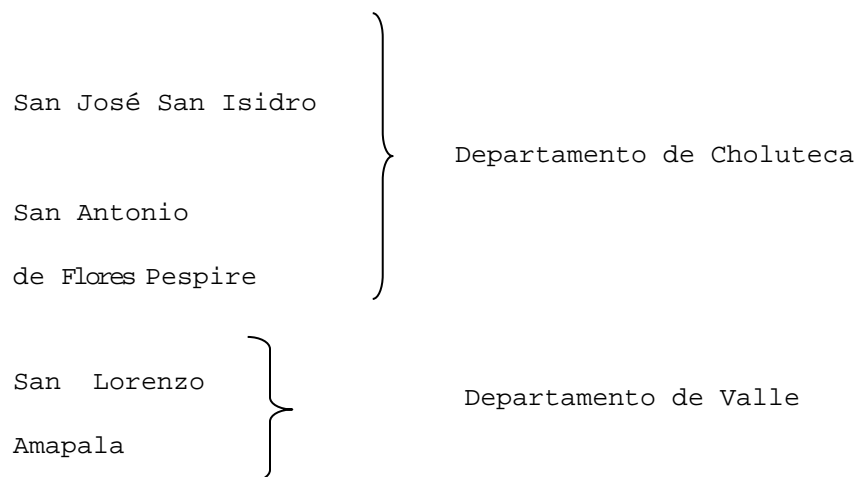
D. REGION DE SALUD No, 4

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	}	Departamento Francisco Morazán
Reitoca		



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.

VI.

DESCRIPCION AREA DE ESTUDIO1. Ubicación Geográfica

El Municipio de Pespire es uno de los diez y seis que constituyen el Departamento de Choluteca.

Ocupa una área de 326.1 Km

Sus límites son al Norte con los municipios de San Isidro, San Antonio de Flores y San José del Departamento de Choluteca y los municipios de La Venta y La Libertad del Departamento de Francisco Morazán, al Sur con los municipios de San Lorenzo y Choluteca, al Este con los municipios de Soledad del Departamento de El Paraíso y Orocuina del Departamento de Choluteca, al Oeste con el municipio de Nacaome, Valle.

Sus aldeas y caceríos son:

Cacautare (aldea)	Distancia	4 Km
Morolica (aldea)	Distancia	10 Km
Concepción (aldea)	Distancia	15 Km
El Espinal (aldea)	Distancia	14 Km
San Juan Bosco (aldea)	Distancia	16 Km
Esquimay (aldea)	Distancia	28 Km
San Juan Bautista (aldea)	Distancia	16 Km

San Antonio de Padua (aldea)	Distancia	24 Km	
El Guayabo (aldea)	Distancia	32 Km	El
La Laguna (caserío)	Distancia	15 Km	
El Tablado (caserío)	Distancia	3 Km	
San Felipe (caserío)	Distancia	8 Km	
La Palma (caserío)	Distancia	5 Km	
El Tamarindo (caserío)	Distancia	22 Km	
El Quebracho (caserío)	Distancia	20 Km	
El Portillo (caserío)	Distancia	2 Km	
El Chocolate (caserío)	Distancia	3 Km	
Los Limones (caserío)	Distancia	26 Km	

municipio de Pespire posee suelos aluviales formados en los márgenes de los ríos, identificándose por lo menos siete tipos.

2. Clima

Predomina un clima caliente seco o de sábana determinado por varios elementos y factores, entre ellos la precipitación cuyo promedio a-

3

nual es de 147.4 m³ , temperatura 29.3°C. la presión atmosférica anual es de 1,009.9 milibares. Humedad relativa de un 62%, la altura sobre el nivel del mar es de 160 m. el relieve es irregular con una topografía abrupta.

Gran parte del territorio del municipio de Pespire, es drenada por el Río Grande Pespire. Nace en la falda meridional de la montaña de Yerbábuená en el municipio de Lepaterique.

3. Antecedentes Históricos

En tiempo de la colonia llamaron al Río Chiquito "Río de las piritas pequeñas", derivado del dialecto "PEZTLI" (piritas) "Peli" "partícula" en mexicano para formar diminutivos en el mismo idioma y "LI" (agua o río) de donde salió la palabra Pespire que coincide con el canto de un pájaro que abunda en las montañas que claramente dice:

Pes-pes-pire-pire. El dato más antiguo y acertado

de la fundación de Pespire especifica: que el 11 de abril de 1640 encontrándose en Nacaome el beneficiado Faustino de Herrera, Cura del pueblo de Emitía, visitador general del entonces obispo de Guatemala comparecieron el alcalde Mayor de Pespire don Juan Baustisdia y el Regidor Francisco López a pedir fuese aprobada la Cofradía de la pura y limpia concepción, cuya hacienda estaba situada a continuación de los ejidos del mismo pueblo, lo cual fue aprobado el 11 de Agosto del mismo año.

Pespire se erigió pueblo en el año de 1794 "hasta 1879 Pespire formó parte del distrito de Nacaome. El 20 de Diciembre de 1879, fue creado municipio quedando en todo sujeto al Departamento de Choluteca". El 18 de Febrero 1927 recibió el título de Ciudad.

La población estimada en 1974 fue de 18,261 y para 1987 fue de 29.635 habitantes.

La agricultura de ladera que se practica en Pespire se conoce como sistema de cultivos magisterio, que se define como "varios años de cultivo son seguidos por año de descenso".

Los cultivos predominantes son: maíz, frijoles, maicillo, arroz y algunas frutas (magno).

En Pespire existe la producción ganadera principalmente en fincas familiares y grandes propiedades, y éstas son orientadas básicamente a la producción de leche y derivados de este producto.

4. Salud

El municipio de Pespire cuenta con un CESAMO y cuatro CESARES.

El primero fue fundado en 1969, su cobertura no es total, cubre las siguientes aldeas: Cacautare, Marilica, San Juan Bosco y Concepción.

Los servicios que se brindan son: Medicina General, Odontología, Laboratorio, Farmacia, Vacunación y Educación Sanitaria. (27)

VII

VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	INDICADORES
1. Edad	Tiempo cronológico desde el nacimiento hasta el día en que se toma la encuesta, se toman desde menores de un año hasta mayores de 65 con Intervalos de 5 años.	a) 0a menor de 1 año b) 1- 4 años c) 5- 9 años d) 10 - 14 años e) 15 - 19 años f) 20 - 24 años g) 25 - 29 años h) 30 - 34 años i) 35 - 39 años j) 40 - 44 años k) 45 - 49 años l) 50 - 54 años m) 55 - 59 años n) 60 - 64 años ñ) 65 y más
2. Sexo	Condición orgánica que distingue el macho de la hembra.	a) Masculino b) Femenino
3. Estado Civil	Estado de toda persona hombre o mujer ante la sociedad, la que tenga al momento de la encuesta.	a) soltero b) Casado c) Unión Libre d) Divorciado e) Viudo

VARIABLE	DEFINICION	INDICADORES
4. Escolaridad	Conjunto de cursos que una persona sigue en un establecimiento docente lo definiremos desde analfabeta hasta educación superior.	a) Analfabeta b) Primaria incompleta c) Primaria completa d) Secundaria incompleta e) Secundaria completa f) Educación superior incompleta g) Educación superior completa.
5. Profesión	Empleo facultad u oficio que una persona tiene y ejerce con derecho a retribución.	1) Labrador 3) Obrero 3) Oficios domésticos 4) Jornalero 5) Carpintero
6. Ocupación	Empleo, oficio o dedicación del individuo, ya sea por su propia experiencia o por adquisición comunitaria	6) Albañil 7) Modista 8) Sastre 9) Mecánico 10) Comerciante 11) Motorista 12) Artesano 13) Cartero 14) Vendedor ambulante 15) Estudiante 16) Maestro 17) Agrónomo 18) Ingeniero

VARIABLE	DEFINICION	INDICADORES
7. Ingreso Económico	Caudal que entra en posesión de uno; suma de dinero que se percibe por alguna actividad o trabajo	19) Odontólogo 20) Partera 21) Enfermera 22) Zapatero 23) Telegrafista 24) Ayudante motorista 25) Médico 26) Otros 1) Menor de 99 Lempiras 2) 100 - 199 3) 200 - 299 4) 300 - 399 5) 400 - 499 6) 500 y más
8. Vivienda	Morada, habitación, posada se consigna tenencia de la vivienda, se evaluará la estructura física de la misma y una descripción completa.	a) Propia b) Alquilada c) Prestada d) Otros a) Materiales de construcción 1. Piso 2. Pared 3. Techo

VARIABLE	DEFINICION	INDICADORES
	<p>Servicios básicos: como ser el agua y potabilización, excretas, eliminación de basura o iluminación.</p> <p>Agua: Líquido incoloro, inodoro e insípido, compuesto por dos volúmenes de hidrógeno y uno de oxígeno.</p> <p>Obtención de agua.</p>	<p>b) Descripción interna de la vivienda</p> <p>1. No. de cuartos</p> <p>2. No. de dormitorios</p> <p>3. No. de personas</p> <p>Dormitorios:</p> <p>4. No. personas por cama</p> <p>5. No. de ventanas</p> <p>6. No. de puertas</p> <p>En que cocina:</p> <p>a) Fogón</p> <p>b) Estufa</p> <p>c) Otros Especifique</p> <p>1) Río</p> <p>2) Pozo</p>

VARIABLE	DEFINICION	INDICADORES
	<p>Potabilización de agua que se puede beber.</p> <p>Eliminación de excretas y basura: El acto de botar elementos de desecho y que ayudan al saneamiento ambiental.</p> <p>Iluminación: Método usado apra alumbrar</p>	<p>3) Pila retención A) Tubo</p> <p>5) Otros</p> <p>6) Tanque de agua</p> <p>1) Hierve 2) Filtra 3) Clora el agua A) Ninguna</p> <p>1) Aire libre 2) Fosa séptica 3) Letrina A) Servicios sanitarios</p> <p>1) Bota en el solar 2) Bota fuera del solar 3) La quema A) La entierra</p> <p>5) Otros</p> <p>1) Candela 2) Candil</p> <p>3) Lámpara A) Eléctrica</p> <p>5) Ninguna 6) Otros</p>

VARIABLE	DEFINICION	INDICADORES
9. Tenencia de la tierra	Posesión del terreno propio para cultivo	1) Propia 2) Prestada 3) Alquilada 4) No posee
10. Asistencia en Salud	<p>Libertad o bien público y particular de cada uno, de asistir a recibir asistencia médica ante cualquier dolencia física, mental y moral.</p> <p>En caso de no haber asistencia al centro de salud se valorará diferentes parámetros determinando así el papel de la Salud Pública en la comunidad.</p>	1) Curandero 2) Enfermera 3) Médico del centro 4) Hospital 5) Clínica privada 6) Otros Especifique 1) Deficiente calidad de atención. 2) Inadecuadas relaciones humanas 3) Deficiencia de medicamentos. 4) Discordialidad con la enfermera. 5) Otros. Especifique
11. Natalidad	Número de nacimientos ocurridos en un determinado lapso de tiempo	Tasa de natalidad

VARIABLE	DEFINICION	INDICADORES
12. Mortalidad general	Número proporcional de muertes en una población en un tiempo determinado	Tasa de mortalidad general
13. Morbilidad	Número de casos nuevos de una enfermedad en relación con la población en que ocurren, expresado en tasas.	

VIII.

DISEÑO METODOLOGICOA. Tipo de Estudio

Según el problema y los objetivos planteados, se considero que es de tipo descriptivo transversal porque investigó la situación de salud del Municipio de Pespire y sus áreas de influencia.

B. Área de Estudio

El área de estudio corresponde al Municipio de Pespire y sus áreas de influencia pertenecen al Área No. 2 y a la Región de Salud No. 4, actualmente cuenta con el siguiente personal de salud:

1. Médico en Servicio social
2. Odontólogo en Servicio Social
3. Enfermeras Auxiliares
 - 1- Técnico en Laboratorio
 - 2- Promotores de Salud
 - 1- Encargada de Farmacia
 - 1- Conserje
 - 1- Vigilante
 - 1- Ayudante de Odontología

Cuenta con 9 áreas de influencia

C. Población y Muestra de Estudio

1. **Universo:**

Fue la Comunidad de Pespire, Cholulteca y sus áreas de influencia, las que corresponden a 9 aldeas, la población total es de 22,000 habitantes distribuidos en 3,500 viviendas, no se pudo obtener la población por estratos, esta no se encuentra elaborada en el Registro Nacional de las Personas.

2. **Muestra:**

La Unidad de Observaciones fueron las familias y la Unidad de Muestreo fueron las viviendas en un 10%, las que correspondieron a 350.

Sistema de Muestreo:

Para efectos de recolección de la información se utilizó el muestreo por conglomerado. La selección de los conglomerados se hizo en base al concepto de cuando un universo es mayor a 100,000 habitantes se utilizan 30 conglomerados, y cuando la población es menor de 100,000 habitantes se toman 10 conglomerados; por lo tanto, en nuestro estudio se tomaron 10 conglomerados, los cuales se eligieron las 10 comunidades incluyendo el casco urbano.

Las nueve comunidades representan los lugares más poblados y con viviendas más agrupadas.

Para determinar el número de encuestas por cada comunidad se hizo lo siguiente: Dividir el total de la muestra 350 entre el total de conglomerados que son 10, y esto es igual a 35; por lo tanto se aplicaron 35 encuestas por cada comunidad, eligiéndose las comunidades siguientes:

- Pespire (cabecera municipal)
- El Espinal
- San Juan Bautista
- San Antonio de Padua
- Esquimay
- El Guayabo
- Cacautare
- San Juan Bosco
- Marilica
- Concepción

D. Instrumento

Quedaron fuera del Estudio:

Cantinas, billares, iglesias, pensiones, casas deshabitadas, establecimientos educativos y el resto de lugares públicos.

Para la selección de la muestra se utilizó el muestreo sistemático,

donde cada unidad del universo tiene igual probabilidad de ser seleccionada, el intervalo entre cada vivienda fue de 10, en otras palabras que cada 10 casas se tomará una y se marcó con una X para no pasar de nuevo por ella.

En esta encuesta se usó preguntas cerradas, se efectuaron en forma personal y las preguntas se redactaron de tal forma que fue de fácil comprensión por el encuestador y el encuestado.

E. El Procedimiento para la Recolección de Datos

1. Forma Directa:

La encuesta se aplicó a los jefes de familia o a una persona adulta.

Para la recolección de datos se contó con la ayuda de tres enfermeras auxiliares y de promotores de salud pertenecientes a la misión internacional Save The Children, los cuales obtuvieron un entrenamiento por el investigador.

2. Forma Indirecta:

Se consultó con las siguientes organizaciones:

- Archivos del CESAMO de Pespire
- Archivos de Save The Children

- Archivos Municipales de Pespire
- Archivos del Registro Nacional de las Personas
- Archivos del Área de Salud No. 2

F. Duración del Estudio

Se realizó en el período comprendido de enero a octubre de 1989.

La revisión estadística sobre nutrición, prevalencia de enfermedades diarreicas, los grados de deshidratación, la mortalidad y natalidad, se hizo en los archivos del centro de salud de Pespire, en el período comprendido entre Junio de 1988 a Junio de 1989, a las que se le aplicarán cuadros simples.

G. Recursos Materiales

1. Materiales Oficina	L. 100.00
2. Tiraje encuesta	L. 150.00
3. Fotocopias	L. 250.00
4. Encuadernación	L. 250.00
5. Servicio de cómputo	L.1000.00
6. Transporte	L. 100.00
	L. 1950.00

H. Plan de Tabulación y Análisis de Variables

Al finalizar la recolección de datos se procedió a la debida codificación para luego tabularlos utilizando los servicios de computación, de aquí se procedió a confeccionar los cuadros descriptivos y los cruces de variables que se determinaron luego de lo cual se hizo el análisis respectivo junto con las conclusiones y recomendaciones.

A continuación se describe los cruces de variables de acuerdo a los objetivos:

Distribución de la población según edad y sexo

Distribucion según la escolaridad y estado civil

Distribucion según escolaridad y ocupación

Distribucion según escolaridad e ingreso económico

Distribucion según escolaridad y medio de potabilización del agua

Distribucion según escolaridad y el uso de eliminación de excretas

Distribucion según escolaridad y disposición de la basura

Distribucion según ocupación y el ingreso económico

Distribución según ocupación y tenencia de la vivienda

Distribución según ingreso económico y medio de obtención de obtención del agua.

IX.

ANALISIS Y RESULTADOS

A. DATOS POBLACIONALES:

79

- 1) Población
- 2) Estado civil
- 3) Escolaridad

B. DATOS ECONOMICOS:

- 1) Ocupación
- 2) Ingreso económico
- 3) Vivienda
- 4) Agua y saneamiento
- 5) Iluminación
- 6) Tenencia de la tierra

C. DATOS SOBRE SALUD:

- 1) Tipo de servicio de salud utilizado
- 2) Morbilidad general
- 3) Prevalencia de cuadros diarreicos
- 4) Infecciones Respiratorias Agudas
- 5) Estado nutricional
- 6) Natalidad
- 7) Mortalidad
- 8) Dificultades para la asistencia a los centros de salud

CUADRO NQ1

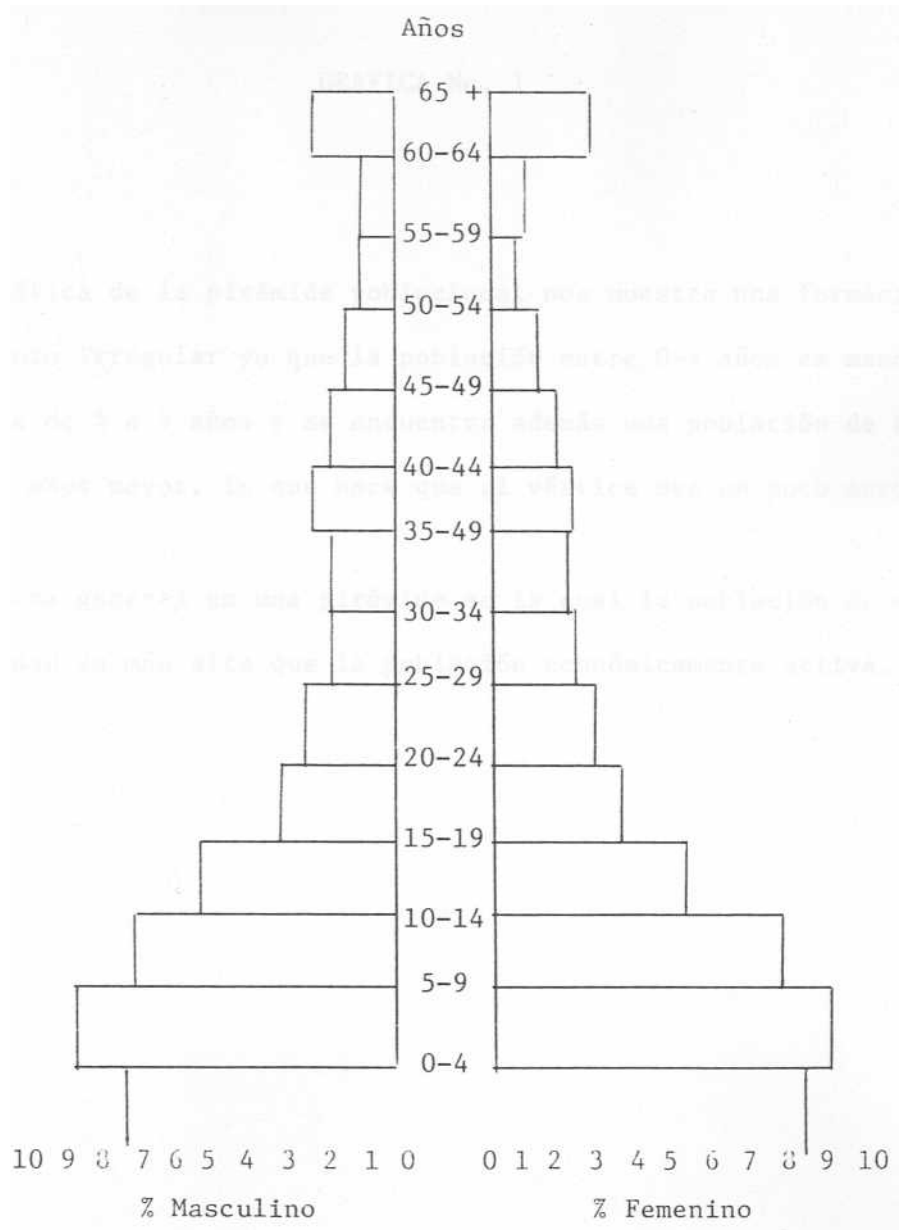
DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD EN EL MUNICIPIO DE PESPIRE, DEPARTAMENTO DE CHOLUTECA 1988-1989

EDAD AÑOS	SEXO				TOTAL NQ %	
	MASCULINO		FEMENINO			
	NQ %		NQ %			
0-1	30	1.4	32	1.5	62	2.9
1-4	130	6.1	146	6.8	276	13.0
5-9	185	8.7	195	9.1	380	17.8
10-14	156	7.3	168	7.9	324	15.2
15-19	112	5.2	112	5.2	224	10.5
20-24	72	3.3	77	3.6	149	7.0
25-29	55	2.5	58	2.7	113	5.3
30-34	41	1.9	47	2.2	88	4.1
35-39	40	1.8	42	1.9	82	3.8
40-44	48	2.2	49	2.3	97	4.5
45-49	35	1.6	42	1.9	77	3.6
50-54	25	1.1	27	1.2	52	2.4
55-59	21	0.9	19	0.8	40	1.8
60-64	19	0.8	22	1.0	41	1.9
65 Y MAS	57	2.6	61	2.8	118	5.5
TOTAL	1026	47.4	1097	50.9	2123	100.0

Este cuadro nos muestra un ligero predominio del sexo Femenino sobre el Masculino, las diferencias no son muy marcadas, al sexo Femenino corresponden 1,097 personas mientras que al Masculino 1,026.

El porcentaje de mayor población se encuentra entre los 0 a 19 años, observándose una población económicamente activa menor.

GRAFICO No. 1



PIRAMIDE DE LA POBLACION DE PESPIRE
DEPARTAMENTO DE CHOLUTECA

GRAFICA No. 1

La gráfica de la pirámide poblacional nos muestra una formación un tanto irregular ya que la población entre 0-4 años es menor que la de 5 a 9 años y se encuentra además una población de 65 y más años mayor, lo que hace que el vértice sea un poco ancho.

En forma general es una pirámide en la cual la población de menor edad es más alta que la población económicamente activa.

La población económicamente dependiente (0-14 años) corresponde al 49.08%, más la población de 65 años y más con 5.5%.

La población económica activa (15-64 años) es de 45.36%

$$\text{RAZON DEPENDENCIA POR EDAD} = \frac{1042 + 118}{963} \times 100 = 120.45$$

963

$$\text{INDICE DE MASCULINIDAD DE LA} = \frac{1026}{1097} \times 100 = 93.52$$

$$\text{POBLACION} \quad 1097$$

$$\text{INDICE DE MASCULINIDAD AL} = \frac{567}{494} \times 100 = 114.77$$

$$\text{NACER} \quad 494$$

CUADRO NQ 2

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN EL ESTADO CIVIL EN
EL MUNICIPIO DE PESPIRE, CHOLUTECA 1988-1989

ESTADO CIVIL	N.º	%
Solteros	309	30.3
Casados	303	29.7
Unión Libre	361	35.4
Viudos	47	4.6
TOTAL	1020	100.0

El 35.4% corresponde a la Unión Libre, seguido por los Solteros con un 30.3% y Casados con 29.7%.

CUADRO NQ3

NACIMIENTOS JUNIO 1988 A JUNIO DE 1989
 PESPIRE, DEPTO. DE CHOLUTECA

MES	MASCULINO NQ %		FEMENINO NQ %		TOTAL NQ %	
JUNIO	49	86	40	80	89	83
JULIO	35	61	34	68	69	65
AGOSTO	38	67	23	46	61	57
SEPTIEMBRE	41	72	28	5.6	69	6.5
OCTUBRE	46	81	36	72	82	7.7
NOVIEMBRE	37	6.5	39	78	76	71
DICIEMBRE	37	6.5	32	64	69	65
ENERO 1989	42	74	44	89	86	81
FEBRERO	90	158	30	60	120	113
MARZO	30	52	84	170	144	107
ABRIL	42	74	38	76	80	75
MAYO	30	56	35	70	67	63
JUNIO	48	84	31	6.2	79	74
TOTAL	567	1000	494	1000	1061	1000

* Fuente de Datos Registro Nacional de las Personas.

El mayor número de Nacimiento correspondió al Sexo Masculino con 567 y para el Sexo Femenino 494 Nacimientos, para una Tasa general de Natalidad de 48.22%.

$$\text{tasa de Natalidad} = \frac{1061}{22,000} \times 1000 = 48.22\%$$

CUADRO NQ4

MORTALIDAD JUNIO 1988 A JUNIO DE 1989
PESPIRE, DEPTO. DE CHOLUTECA

MES	NATURALES		VIOLENTAS		TOTAL NQ	
	NQ	%	NQ	%	NQ	%
JUNIO	5	18.5	1	2.3	6	8.6
JULIO	2	7.4	4	9.5	6	8.6
AGOSTO	1	3.7	3	7.9	4	5.7
SEPTIEMBRE	4	14.8	5	11.9	9	13.0
OCTUBRE	0	0	0	0	0	0
NOVIEMBRE	1	3.7	0	0	1	1.4
DICIEMBRE	1	3.7	1	2.3	2	2.8
ENERO 1989	2	7.4	4	9.5	6	8.6
FEBRERO	1	3.7	5	11.9	6	8.6
MARZO	3	11.1	3	7.1	6	8.6
ABRIL	2	7.4	4	9.0	6	8.6
MAYO	2	7.4	4	9.5	6	8.6
JUNIO	3	11.3	8	19.0	11	15.9
TOTAL	27	39.1	42	60.8	69	100.0

* Fuente de Datos Registro Nacional de las Personas.

El cuadro muestra que el 60.8% de las muertes fueron Violentas y el 39.0% fueron por causas Naturales, resultando una Tasa de Mortalidad General de 3.1%.

$$\text{Tasa de Mortalidad General}^{\wedge} \frac{69 \times 1000}{22,000} = 3.1\%$$

CUADRO No 5

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN LA ESCOLARIDAD
 PESPIRE, DEPTO. CHOLUTECA
 1988 - 1989

OCUPACION	NQ	%
Analfabeta	320	20.42
Primaria incompleta	640	40.80
Primaria completa	472	30.12
Secundaria incompleta	93	5.93
Secundaria completa	42	2.68
TOTAL	974	100.00

Este cuadro nos muestra que el 40.80% de la población mayor de 15 años tuvieron primaria incompleta, seguido de un 30.12% para la primaria completa y un tercer lugar para los analfabetas en 20.42% tomando siempre los mayores de 15 años.

CUADRO No.6

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN OCUPACION PESPIRE,
DEPTO. DE CHOLUTECA 1988-1989

OCUPACION	NQ	%
Labrador	363	37.26
Oficios Domésticos	464	47.63
Jornaleros	69	7.08
Albañiles	12	1.95
Comerciantes	11	1.12
Estudiantes	24	2.46
Maestros	12	1.23
Otras Ocupaciones	19	1.95
TOTAL	974	100.00

De la población económicamente activa tomando los mayores de 15 años el 47.63% realizan Oficios Domésticos, un 37.26% para los Labradores y 7.08% para los Jornaleros.

CUADRO NQ7
DISTRIBUCION DE LAS FAMILIAS SEGUN INGRESO
MENSUAL FAMILIAR RESPIRE, DEPTO. DE CHOLUTECA
1988-19890

INGRESO MENSUAL	NQ %	
Menor L.100	264	75.4
L.101-L.200	20	5.7
L.201-L.300	30	8.6
L.301-L.400	2	0.6
L.401-L.500	25	7.1
L.501 Y MAS	9	2.6
TOTAL	350	100

De las 350 familias estudiadas 264 que corresponden a un 75.4% ganan menos de 100 lempiras al mes, el segundo grupo corresponde a un 8.6% con ingresos entre 201 a 300 lempiras y el tercero a un 7.1% que reciben entre 401 y 500 lempiras por mes.

CUADRO NQ8

DISTRIBUCION DE LAS FAMILIAS SEGUN
TENENCIA DE LA VIVIENDA PESPIRE,
DEPTO. DE CHOLUTECA 1988-1989

TENENCIA DE LA VIVIENDA	NQ	%
Propia	306	87.4
Prestada	13	3.7
Alquilada	31	8.9
TOTAL	350	100.0

Se observa que el 87.4% de las viviendas son Propias, y el 8.9% son Alquiladas y un 3.7% corresponden a las Viviendas Prestadas.

CUADRO NQ9
 DISTRIBUCION DE LAS VIVIENDAS SEGUN EL TIPO DE PISO
 QUE UTILIZAN
 PESPIRE, DEPTO. DE CHOLUTECA
 1988-1989

PISO DE LAS VIVIENDAS	NQ %	
Tierra	266	760
Ladrillo	21	60
Cemento	45	124
Mosaico	17	49
Madera	i	03
TOTAL	350	1000

El cuadro nos indica que el 76.0% del piso de las viviendas es de tierra seguido de un 12.4% con piso de cemento y ladrillo en un **6.0%**.

CUADRO NQ10

DISTRIBUCION DE LAS VIVIENDAS SEGUN EL TIPO DE PARED
PESPIRE, DEPTO. DE CHOLUTECA 1988-1989

PARED DE LAS VIVIENDAS	NQ	%
Bahareque	66	18.9
Adobe	159	45.4
Madera	90	25.7
Ladrillo	33	9.4
Bloque	2	0.6
TOTAL	350	100.0

En este cuadro se observa que el 45.4% de las paredes de las viviendas son de Adobe, un 25.7% corresponden a Madera, el 18.9% son de Bahareque, Ladrillo en un 9.4% y solamente 0.6% son de Bloque de Cemento.

CUADRO NQ11

DISTRIBUCION DE LAS VIVIENDAS SEGUN EL TIPO DE
TECHO QUE UTILIZAN PESPIRE, DEPTO. DE CHOLUTECA
1988-1989

TECHO DE LAS VIVIENDAS	NQ	%
Paja	8	2.3
Madera	4	1.1
Teja	329	94.0
Zinc	4	1.1
Asbesto	5	1.4
TOTAL	350	100.0

El 94% de las viviendas poseen Techo de Teja, un 2.3% con Techo de Paja; Asbesto, Zinc y Madera casi en el mismo porcentaje.

CUADRO NQ12
 DISTRIBUCION DE LAS VIVIENDAS SEGUN EL NUMERO
 DE HABITACIONES QUE POSEEN
 PESPIRE, DEPTO. DE CHOLUTECA
 1988-1989

NQ HABITACIONES	NQ %	
1	82	23 43
2	144	41 14
3	92	26 69
4	21	6 00
5	8	2 29
6	3	0 86
TOTAL	350	100 00

En 41.14% de las viviendas poseen 2 habitaciones, el 26.29% 3 habitaciones, seguido de 23.43% con una habitación, un 6% con 4 habitaciones, 2.9% con 5 habitaciones y solo el 0.86% con 6 habitaciones.

CUADRO NQ13

DISTRIBUCION DE LAS VIVIENDAS EN RELACION AL
 NUMERO DE DORMITORIOS PESPIRE, DEPTO. DE
 CHOLUTECA 1988-1989

<i>m</i> DE DORMITORIOS	NQ	%
1	228	65.14
2	95	27.14
3	23	6.57
4	4	1.14
TOTAL	350	100.00

Se observa que el 65.14% de las viviendas poseen un dormitorio, el, 27.14% poseen dos dormitorios y 3 dormitorios el 6.57%.

CUADRO No14
DISTRIBUCION DE LAS FAMILIAS SEGUN EL NÚMERO DE
PERSONAS POR DORMITORIO PESPIRE, DEPTO. DE
CHOLUTECA 1988 - 1989

PERSONAS DORMITORIO	POR	NQ	%
1		18	5.14
2		48	13.71
3		60	17.14
4		63	18.00
5		55	15.71
6		30	8.57
7		24	6.86
8		20	5.71
MAS DE 8		32	9.14
TOTAL		350	100.00

En el 18.0% de las viviendas 4 personas duermen en un dormitorio, el 17.14% 3 personas, el 15.71% 5 personas y un 13.71 2 personas por dormitorio. Más de 8 personas con un 9.14%.

CUADRO NQ15
 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN EL NÚMERO
 DE PERSONAS POR CAMA
 PESPIRE, DEPTO. DE CHOLUTECA
 1988-1989

PERSONAS POR CAMA	NQ	%
1	81	23.14
2-3	256	73.14
4-5	13	3.71
6 Y MAS	0	0
TOTAL	350	100.00

En este cuadro observamos, que el 73.14% de la población duermen de 2 a 3 personas por cama, y el 23.14% duermen 1 persona por cama.

CUADRO NQ16
 DISTRIBUCION DE LAS VIVIENDAS SEGUN EL NÚMERO
 DE VENTANAS QUE POSEEN
 PESPIRE, DEPTO. DE CHOLUTECA
 1988-1989

VENTANAS POR VIVIENDA	NQ	%
0	54	15.42
1	68	19.42
2-3	139	39.71
4-5	70	20.28
6 Y MAS	19	5.42
TOTAL	350	100.00

El 39.71% de las viviendas poseen de 2 a 3 ventanas, seguido de un 20.28% de viviendas que poseen de 4 a 5 ventanas.

CUADRO NQ17

DISTRIBUCION DE LAS VIVIENDAS EN RELACION AL
 NUMERO DE PUERTAS QUE POSEEN PESPIRE, DEPTO.
 DE CHOLUTECA 1988-1989

PUERTAS POR VIVIENDA	NQ %	
1	24	6.85
2-3	302	86.28
4-5	20	5.71
6 Y MAS	4	1.14
TOTAL	350	100.00

Se observa que el 86.28% de las viviendas poseen de 2 a 3 puertas un 6.85% poseen una puerta y el 5.71% poseen de 4 a 5 puertas.

CUADRO NO18

DISTRIBUCION DE LAS FAMILIAS SEGUN EL MEDIO
UTILIZADO PARA COCINAR PESPIRE, DEPTO. DE
CHOLUTECA 1988-1989

MEDIOS PARA COCINAR	NQ	%
Fogón	331	94.6
Estufa	11	3.1
Otros	8	2.3
TOTAL	350	100.0

El tipo más frecuentemente usado para cocinar por la población en estudio es el fogón en un 94.6%.

CUADRO NO19

DISTRIBUCION DE LAS FAMILIAS SEGUN EL TIPO DE
 ABASTECIMIENTO DE AGUA PESPIRE, DEPTO. DE
 CHOLUTECA 1988-1989

ABASTECIMIENTO DE AGUA	N2	%
De Río	19	5.4
Pozo	22	6.3
Tubería	288	82.3
Pila	21	6.0
TOTAL	350	100.0

El 82.3% obtiene el Agua por Tubería, de Pozo un 6.3%, Pila 6.0% y Río 5.4%.

CUADRO No.20

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN EL INGRESO ECONOMICO EN RELACION AL MEDIO DE OBTENCION DEL AGUA PESPIRE, DEPTO. DE CHOLUTECA 1988-1989

MEDIO DE OBTENCION DEL AGUA										
INGRESO MENSUAL FAMILIAR	RIO		POZO		TUBO		PILA		TOTAL	
	N	%	NQ	%	NQ	%	NQ	%	NQ	%
MENOR DH L. 100	17	89.4	17	77.2	218	75.6	12	57.1	264	75.4
L. 101 - L. 200	1	5.2	1	4.5	15	5.2	3	14.2	20	5.7
L. 201 - L. 300	0	0	2	9.0	25	8.6	3	14.2	30	8.6
L. 301 - L. 400	0	0	0	0	1	0.3	1	4.7	2	0.6
L. 401 - L. 500	1	5.2	1	4.5	21	7.2	2	9.5	25	7.1
L. 501 Y MAS	0	0	1	4.5	8	2.7	0	0	9	2.5
TOTAL	19	100.0	22	100.0	288	100.0	21	100.0	350	100.0

De las 350 familias 218 que corresponden al 75.6% se abastecen de Agua por Tubería ganan menos de Lps. 100 por mes, el 8.6% ganan entre Lps. 201 y 300 y el 7.2% ganan entre Lps. 401 y 500 mientras que el 89.4% que se abastecen de Agua de Río ganan menos de Lps. 100 por mes.

CUADRO No.21

DISTRIBUCION DE LAS FAMILIAS SEGUN LOS METODOS DE
 POTABILIZACION DEL AGUA PESPIRE, DEPTO. DE
 CHOLUTECA 1988-1989

POTABILIZACION DEL AGUA	NQ	%
La Hierve	16	4.5
La Clora	122	34.8
Ninguna	208	59.4
Otras Formas	. 21	6.0
TOTAL	350	100.0

El 59.4% de la población no usa ningún medio de potabilización del agua, el 34.8% la clora, el 6.0% usa otras formas y el 4.5% la hierve.

CUADRO No.22

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN EL INGRESO MENSUAL FAMILIAR
Y METODO DE POTABILIZACION DEL AGUA
PESPIRE, DEPTO. DE CHOLUTECA 1988-1989

POTABILIZACION DEL AGUA	INGRESO ECONOMICO										TOTAL NQ %			
	<100 NQ %		101 - 200 % NQ %		201-300 NQ %		301 - 400 NQ %		401 - 500 NQ %				501 Y MAS NQ %	
LA HIERVE	7	2.6	2	10.0	3	10.0	1	50.0	2	8.0	1	11.1	16	4.6
LA CLORA	102	38.6	6	30.0	4	13.3	1	50.0	6	24.0	3	33.3	122	34.9
NINGUNA	154	58.3	12	60.0	20	66.6	0	0	17	68.0	5	55.5	208	59.4
OTRAS FORMAS	1	0.3	0	0	3	10.0	0	0	0	0	0	0	4	1.1
TOTAL	264	100.0	20	100.0	30	100.0	2	100.0	25	100.0	9	100.0	350	100.0

Observamos que en este cuadro que el 58.3% de las familias que ganan menos de Lps. 100 por mes, ninguna usa algún medio de potabilización del agua, el 38.6% la clora y solo un 2.6% la hierve. El 66.6% que gana entre Lps. 201 y 300 no usa ningún medio de potabilización del agua, tenemos que el 68.0% de la población que gana entre Lps. 401 y 500 por mes no usa también ningún medio de potabilización del agua, de este grupo de ingreso el 24.0% la clora.

El 55.5% de los que ganan de Lps. 501 y más por mes no usan ningún medio de potabilización del agua.

CUADRO NQ23

DISTRIBUCION DE LAS FAMILIAS EN RELACION AL
SISTEMA DE ELIMINACION DE EXCRETAS RESPIRE,
DEPTO. DE CHOLUTECA 1988-1989

ELIMINACION DE EXCRETAS	NQ	%
Al Aire Libre	130	37.1
En Fosa Séptica	22	6.3
En Letrina	135	38.6
En Sanitario	63	17.7
TOTAL	350	100

El 38.6% de la población usa la Letrina, el 37.1% al Aire Libre, el 17.7% usa Sanitario y el 6.3% Fosa Séptica.

CUADRO NQ24

DISTRIBUCION DE LAS FAMILIAS SEGUN EL INGRESO MENSUAL FAMILIAR
EN RELACION A LA ELIMINACION DE EXCRETAS
RESPIRE, DEPTO. DE CHOLUTECA 1988-1989

ELIMINACION DE EXCRETAS

INGRESO MENSUAL	AIRE LIBRE		FOSA SEPTICA		LETRINA		SERVICIO SANITARIO		TOTAL NQ	
	NQ	%	NQ	%	NQ	%	NQ	%	NQ	%
MENOR DE L.100	118	90.7	6	27.2	97	71.8	43	68.2	264	75.4
L.101 - L. 200	3	2.3	1	4.5	9	6.6	7	11.1	20	5.7
L.201 - L. 300	5	3.8	8	36.3	11	8.1	6	9.5	30	8.6
L.301 - L. 400	0	0	0	0	2	1.4	0	0	2	0.6
L.401 - L. 500	3	2.3	4	18.1	13	9.6	5	7.9	25	7.1
L.501 Y MAS	1	0.7	3	13.6	3	2.2	2	3.1	9	2.6
TOTAL	130	100.0	22	100.0	135	100.0	63	100.0	350	100

El presente cuadro muestra que el 90.7% de la población que evacúa al Aire Libre gana menos de Lps. 100 por mes, el 71.8% usa Letrina. Un 6.6% de la población que usa Letrina gana entre Lps. 101 y 200, el 8.1% de los que también usan Letrina ganan entre Lps. 201 y 300, además el 68.2% de la población que usa Servicio Sanitario gana menos de Lps 100.

Un 11.1% gana entre Lps. 101 y 200, un 9.5% entre Lps. 201 y 300 y un 7.9% entre Lps.401

CUADRO No.25
DISTRIBUCION DE LAS FAMILIAS EN RELACION AL
SISTEMA DE ELIMINACION DE BASURA PESPIRE,
DEPTO. DE CHOLUTECA 1988-1989

ELIMINACION DE LA BASURA	NQ	%
En el Solar	143	40.85
Fuera del Solar	99	28.28
La Quema	106	30.28
La Entierra	1	0.2
Otras Formas	1	0.2
TOTAL	350	100.0

En este cuadro se observa que el 40.85% Bota en el Solar la basura y el 30.28% la Quema.

CUADRO No.26

DISTRIBUCION DE LAS VIVIENDAS SEGUN EL TIPO DE
ILUMINACION QUE UTILIZAN PESPIRE, DEPTO. DE
CHOLUTECA 1988-1989

ILUMINACION DE LA VIVIENDA	NQ	%
Cándil	310	88.6
Lámpara	7	2.0
Luz Eléctrica	33	9.4
TOTAL	350	100.0

El 88.6% de la población usa como medio de iluminación el 9.4% la Energía Eléctrica y un 2.0% la Lámpara.

CUADRO NQ27

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN EL INGRESO MENSUAL FAMILIAR EN RELACION AL TIPO DE ILUMINACION DE LA VIVIENDA PESPIRE, DEPTO. DE CHOLUTECA 1988-1989

ILUMINACION	INGRESO ECONOMICO													
	<100		101 - 200		201-300		301 - 400		401 - 500		501 Y MAS		TOTAL	
	NQ	%	NQ	%	NQ	%	NQ	%	NQ	%	NQ	%		NQ
CANDIL	254	96.2	17	85.0	18	60.0	1	50.0	16	64.0	4	44.4	310	88.6
LAMPARA	1	0.3	0	0	1	3.3	1	50.0	2	8.0	2	22.2	7	2.0
LUZ ELECTRICA	9	3.4	3	15.0	11	36.6	0	0	7	28.0	3	33.3	33	9.4
TOTAL	264	100.0	20	100.0	30	100.0	2	100.0	25	100.0	9	100.0	350	100.0

El 96.2% de las familias que ganan menos de Lps. 100 por mes se iluminan con Cándil, que corresponden a 254 familias de las 350 estudiadas, un 85.0% de los que ganan entre Lps. 101 y 200 se iluminan con Cándil, el 60.0% que gana entre Lps. 201 y 300, y el 64.0% que gana entre Lps. 401 y 500.

Un 36.6% que gana entre Lps. 201 y 300 se ilumina con Luz Eléctrica lo mismo que el 3.4% que gana menos de Lps. 100, seguido del 28.0% entre Lps. 401 y 500.

CUADRO NQ.28

DISTRIBUCION DE LAS FAMILIAS SEGUN EL TIPO DE TENENCIA DE LA TIERRA PESPIRE, DEPTO. DE CHOLUTECA 1988-1989

TENENCIA DE LA TIERRA	NQ	%
Propia	133	38.0
Prestada	17	4.8
Alquilada	79	22.6
No Posee	121	34.6
TOTAL	350	100.0

Se puede observar que el 38.0% de la tierra que posee la población es propia, el 34.6% no posee tierra y un 22.6% alquila.

CUADRO NQ29

DISTRIBUCION DE LAS FAMILIAS SEGUN TENENCIA DE LA TIERRA EN
RELACION AL INGRESO MENSUAL FAMILIAR PESPIRE, DEPTO. DE
CHOLUTECA 1988-1989

INGRESO MENSUAL FAMILIAR	PROPIA		ALQUILADA		PRESTADA		NOPOSEE		TOTAL	
	NQ	%	NQ	%	NQ	%	NQ	%	NQ	%
MENOR DE L. 100	84	63.1	71	89.8	17	100.0	92	76.0	264	75.4
L. 101 - L.200	10	7.5	2	2.5	0	0	8	6.6	20	5.7
L. 201 - L. 300	15	11.2	5	6.3	0	0	10	8.2	30	8.6
L. 301 - L. 400	2	1.5	0	0	0	0	0	0	2	0.6
L. 401 - L. 500	15	11.2	1	1.2	0	0	9	7.4	25	7.1
L. 500 Y MAS	7	5.2	0	0	0	0	2	1.6	9	2.6
TOTAL	133	100.0	79	100.0	17	100.0	121	100.0	350	100.0

El 76.0% de la población que no posee tierra gana menos de Lps. 100 por mes, un 63.1% de la población que tiene tierra propia gana menos de Lps. 100 por mes, el 89.8% de los que alquilan tierra reciben también menos de Lps. 100 por mes. Un 11.2% que tiene tierra propia recibe entre Lps.201 y 300 lo mismo que un 11.2% que gana entre Lps.401 y 500.

CUADRO NQ.30

DISTRIBUCION DE LAS FAMILIAS SEGUN
EL TIPO DE SERVICIO DE SALUD
UTILIZADOS PESPIRE, DEPTO. DE
CHOLUTECA 1988-1989

SERVICIOS DE SALUD UTILIZADOS	No	%
Curandero	22	6.3
Enfermera	129	36.9
Médico Centro Salud	186	53.1
Hospital	9	2.6
Clínica Privada	4	1.1
TOTAL	350	100.0

El 53.1% de la población utiliza los servicios médicos del CESAMO DE PESPIRE, el 36.9% asisten con la enfermera del CESAR y un 6.3% a curanderos.

CUADRO No. 31

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN SERVICIOS DE SALUD
UTILIZADOS EN RELACION AL INGRESO MENSUAL FAMILIAR
PESPIRE, DEPTO. DE CHOLUTECA 1988-1989

SERVICIOS DE SALUD UTILIZADOS

INGRE SO MENSUAL	CURANDERO		ENFERMERA		MEDICO CENTRO		HOSPITAL		CLINICAS PRIVADAS		TOTAL	
	NQ	%	NQ	%	NQ	%	NQ	%	NQ	%	NQ	%
MENOR DE L .100	20	90.9	110	85.2	128	68.8	5	45.4	0	0	264	75.4
L. 101 -L.200	2	9.0	7	5.4	10	5.3	1	9.0	0	0	20	5.7
L. 201- L.300	0	0	4	3.1	25	13.4	1	9.0	0	0	30	8.6
L . 301 - L.400	0	0	1	0.7	1	0.5	0	0	0	0	2	0.6
L. 401- L.500	0	0	5	3.8	16	8.6	2	27.2	0	0	25	7.1
L. 501Y MA s	0	0	2	1.5	6	3.2	1	9.0	2	100.0	9	2.6
TOTAL	22	100.0	129	100.0	186	100.0	10	100.0	2	100.0	350	100.0

El presente cuadro nos muestra que el 90.9% de las familias que asisten al Curandero ganan Lps. 100 por mes; el 68.8% de los que asisten al Médico del Centro de Salud reciben también menos de Lps.100 por mes.

Un 85.2% de las familias que asisten donde la Enfermera del Centro de Salud Rural reciben menos de Lps. 100 por mes, un 13.4% que asiste al Médico del Centro de Salud gana entre Lps. 201 y 300, y un 8.6% gana entre Lps. 401 y 500 por mes.

CUADRO NQ.32

MORBILIDAD GENERAL POR GRUPOS DE EDADES
PRIMERAS DIEZ CAUSAS
PESPIRE, DEPTO. DE CHOLUTECA
1988-1989

MORBILIDAD REGISTRADA	< 1 AÑOS		1-4 AÑOS		5-14 AÑOS		> 15 AÑOS		TOTAL	
	NQ	%	NQ	%	NQ	%	NQ	%	NQ	%
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	804	40.2	1900	42.5	0	0	0	0	2704	310
DESNUTRICION	488	24.4	1776	39.7	479	39.8	5	0.4	2748	315
PARASITISMO INTESTINAL	185	9.2	224	5.0	194	16.1	126	12.0	729	93
SINDROME DIARREICO	370	18.5	399	8.9	50	4.1	0	0	819	94
SINDROME ANEMICO	35	1.7	26	0.5	47	3.9	44	4.2	152	17
RINOFARINGITIS	0	0	0	0	325	27.0	415	39.7	740	84
ENFERMEDADES PIOGENAS DE LA PIEL	109	5.4	136	3.0	96	7.9	47	4.4	388	44
LEUCORREAS	0	0	0	0	0	0	156	14.9	156	17
INFECCION TRACTO URINARIO	6	0.3	4	0.1	12	0.9	96	9.1	118	13
HIPERTENSION ARTERIAL	0	0	0	0	0	0	89	8.5	89	10
TOTAL	1997	1000	4465	1000	1203	1000	1045	100.0	8710	1000

El presente cuadro nos muestra que la primera causa de Morbilidad General es la Desnutrición, por grupos de edad de 1 a 4 años el 42.5% presentó Infecciones Respiratorias Aguda, el 39.7% Desnutrición y un 8.9% Síndrome Diarreico.

El 40.2% de la población menor de un año presentó Infección Respiratoria Aguda, el 24.4% Desnutrición y el 18.5% Síndrome Diarreico.

CUADRO No.33

PREVALENCIA DE CUADROS DIARREICOS JUNIO
1988 A JUNIO 1989 PESPIRE, DEPTO. DE
CHOLUTECA

MESES	NQ	%
0 - 11	370	45.17
12 - 35	399	48.71
36 - 60	50	6.10
TOTAL	819	100.00

* Fuente de Datos Centro De Salud Pespire Choluteca.

La mayor frecuencia de Cuadros Diarreicos se presentó entre los 12 a 35 meses de edad con un 48.71%, seguido de un 45.17% entre las edades de 0 a 11 meses.

CUADRO NQ 34

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN LOS GRADOS DE
DESHIDRATAACION MAS FRECUENTES EN MENORES DE CINCO AÑOS
PESPIRE, DEPTO. DE CHOLUTECA 1988-1989

MESES	GRADOS DE DESHIDRATAACION			TOTAL NQ %
	LEVE NQ %	MODERADA NQ %	SEVERA NQ %	
0 - 11	259 52.85	93 33.21	18 36.73	370 45.17
12 - 35	199 40.61	172 61.42	28 57.14	399 48.71
36 - 60	32 6.53	15 5.35	3 6.12	50 6.10
TOTAL	490 100.00	280 100.00	49 100.00	819 100.00

* Fuente de Datos Centro De Salud Pespire Choluteca.

La Deshidratación más alta correspondió a la LEVE en la población de 0 a 11 meses con 52.85%, seguido también de la Deshidratación LEVE en la población de 12 a 35 meses con un 40.61% y en tercer lugar la Deshidratación MODERADA entre los 12 a 35 meses de edad con 61.42%

CUADRO NQ 35

GRAVEDAD DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS
EN MENORES DE CINCO AÑOS
PESPIRE, DEPTO. DE CHOLUTECA
1988-1989

MESES	IRA LEVE NQ %	IRA MODERADA NQ %	IRA SEVERA NQ %	TOTAL NQ %
0- 11	258 36.75	527 26.76	19 57.57	804 29.73
12- 35	284 40.45	1007 51.14	11 33.33	1302 48.15
36- 60	160 22.79	435 22.09	3 9.09	598 22.11
TOTAL	702 100.00	1969 100.00	33 100.00	2704 100.00

* Fuente de Datos Centro De Salud Pespire Choluteca.

La mayor frecuencia de IRA corresponde a la MODERADA con un 51.14%, entre los 12 a 35 meses, seguida de la IRA MODERADA de 0 a 11 meses con 26.76%.

CUADRO NQ36

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN EL ESTADO NUTRICIONAL
 EN MENORES DE CINCO AÑOS
 PESPIRE, DEPTO. DE CHOLUTECA
 1988-1989

MESES	ESTADO NUTRICIONAL									
	NORMAL		GRADO I NQ %		GRADO II		GRADO III		TOTAL	
	NQ	%		%	NQ	%	NQ	%	NQ	%
0 - 11	66		208	12.6	175	23.7	105	28.8	1157	30.0
12- 35	290	60.1	1002	61.0	425	57.5	211	57.9	1928	50.0
36- 60	154	13.8	431	26.2	138	18.6	48	13.1	771	19.9
TOTAL	1113	100.0	1641	100.0	738	100.0	364	100.0	3856	100.0

* Fuente de Datos Centro de Salud Pespire Choluteca.

El Grado Nutricional más alto corresponde al Grado I con un 61.0% entre las edades de 12 a 35 meses, seguida del Grado II entre los 12 a 35 meses con 57.5%, y también el Grado I entre 36 y 60 meses de edad con 26.2%.

CUADRO NQ37

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN EL ESTADO NUTRICIONAL Y LA PREVALENCIA DE IRA EN MENORES DE CINCO AÑOS PESPIRE, DEPTO. DE CHOLUTECA 1988-1989

ESTADO NUTRICIONAL GRADOS	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS							
	LEVE		MODERADA NQ		SEVERA		SIN IRA	
	NQ	%	NQ	%	NQ	%	NQ	%
GRADO I	305	43.44	759	38.54	8	24.24	939	73.93
GRADO II	214	30.48	767	38.95	10	30.30	0	0
GRADO III	183	26.06	443	22.49	15	45.45	331	26.06
TOTAL	702	100.00	1969	100.00	33	100.00	1270	100.00

* Fuente de Datos Centro de Salud Pespire Cholteca.

El 38.95% de los menores con IRA MODERADA presentaron Estado Nutricional Grado II, el 38.54% con IRA MODERADA presentaron Estado Nutricional Grado I, y el 43.44% con IRA LEVE tuvo Estado Nutricional Grado I.

CUADRO N°38
DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN ENFERMEDADES DIARREICAS EN
MENORES DE CINCO AÑOS Y EL ESTADO NUTRICIONAL DE LA
MISMA POBLACION
PESPIRE, DEPTO. DE CHOLUTECA
1988-1989

ENFERMEDAD DIARREICA MESES	ESTADO NUTRICIONAL									
	NORMAL NQ %		GRADO I NQ %		GRADO II NQ %		GRADO III NQ %		TOTAL NQ %	
0 - 11	26	44.8	115	39.6	133	41.0	96	65.3	370	45.1
12- 35	32	55.1	153	52.7	166	51.2	48	32.6	399	48.7
36- 60	0	0	22	7.5	25	7.7	3	2.0	50	6.1
TOTAL	58	100.0	290	100.0	324	100.0	147	100.0	819	100.0

* Fuente de Datos Centro de Salud Pespire Choluteca.

La población entre 12 a 35 meses de edad con Enfermedades Diarreicas en un 51.2% presentaron Desnutrición Grado II, seguida del Grado I en la misma edad con 51.7% y un 41.0% con Estado Nutricional Grado II con Enfermedad Diarreica entre 0 a 11 meses de edad.

CUADRO NQ39

DISTRIBUCION DE LAS FAMILIAS SEGUN RAZON DE NO ASISTIR AL CENTRO DE SALUD PESPIRE, DEPTO. DE CHOLUTECA 1988-1989

RAZON DE NO ASISTIR AL CENTRO DE SALUD	NQ %	
Deficiente Calidad de Atención	0	0
Inadecuadas Relaciones Humanas	0	0
Deficiencia de Medicamentos	16	45.7
Desavenencias con Enfermeras	2	5.7
Falta de Transporte	5	14.2
Vías de Comunicación	4	11.4
Recursos Económico	8	22.8
Otras	0	0
TOTAL	35	100.00

Podemos observar que de un total de 35 familias que no asisten al Centro de Salud, el 45.7% no lo hacen por la deficiencia de medicamentos, un 22.8% por la falta de recursos económicos, un 14.2% por la falta de transporte; por problemas en vías de comunicación el 11.4% y un 5.7% no asiste por desavenencias con el personal de enfermería.

X.

DISCUSION

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 y mortalidad para ese mismo período intercensal.

Según la encuesta de 1987, se registró una tasa bruta de natalidad de 37 X 1000 habitantes mientras que la tasa bruta de mortalidad fue de 8 X 1000, resultando un crecimiento negativo mayor.

Se estimó 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% en el de 65 años y más (**22**).

Lo anterior concuerda con nuestro estudio donde encontramos 49.08% para el grupo de edad 0-14 años; 45.36% entre 15-64 y para 65 y más años un 5.5%.

Obteniéndose una pirámide poblacional de base ancha donde la población joven y económicamente dependiente es mayor que la población productiva económicamente.

La estructura de la población por sexo a nivel nacional refleja una

Presencia de mujeres similar a la del sexo masculino, con un 50.1% y 49.9% respectivamente. (22)

Nosotros encontramos un 48.32% para el sexo masculino y 51.67% para el femenino, con un ligero predominio del sexo femenino, que prácticamente no es representativo de una mayoría.

Para la población hondureña el estado civil según la EDENH II de 1983 corresponde a lo siguiente 38.18% solteros, 23.94% casados, 23.82% unión libre, viudos 4.5% y divorciados 0.46%.

En nuestro estudio tomando como base la población mayor de 15 años encontramos la siguiente: 30.3% para los solteros, 29.7% casados, unión libre con 35.4%, viudos 4.6% y no encontramos divorciados; como se puede apreciar en la mayoría su estado civil es unión libre quedando en segundo lugar los solteros.

Según el plan operativo anual para 1987 del Ministerio de Salud Pública la tasa estimada de analfabetismo es de 40.5% alcanzando niveles de hasta un 86% en el área rural. Se ha estimado que de cada 100 niños que se matriculan en primer grado, sólo 24 llegan al sexto y sólo uno consigue llegar a la Universidad. (7)

En la comunidad de Pespire los analfabetos corresponden a un 20.42% de la población, con primaria incompleta 40.80% primaria completa 30.12%, secundaria incompleta 5.93%, y secundaria completa 2.68%; observamos que el porcentaje de los analfabetos es más bajo en relación a otros estudios, la mayoría de la población ha cursado algún grado de la

primaria, lo que podría corresponder a dos cosas:

Ya sea a una mayor cobertura de la educación primaria, o porque la población menor es la que predomina, que es la que ha cursado algún grado escolar.

En cuanto a la educación superior no se encontró ninguna persona en ese nivel.

Las perspectivas de empleo se presentan alarmantes.

La población en 1985 se estimó en 4.5 millones de habitantes la que se duplicará en las próximas dos décadas. La base poblacional es eminentemente joven, 47% del total es menor de 15 años lo cual demanda la creación de una cantidad significativa de nuevos puestos de trabajo. (25).

En nuestro estudio encontramos que el 47.63% de la población económicamente se dedica a los oficios domésticos, este porcentaje corresponde a las mujeres, la segunda ocupación con 37.26% es de los labradores y en tercer lugar los jornaleros con 7.08; cómo podemos ver la mayoría de la población se dedica a los oficios domésticos y a la agricultura, condiciones que no necesita ninguna preparación académica y las cuales generan ingresos económicos extremadamente bajo.

A pesar de los esfuerzos realizados por el estado en cuanto a la dotación de servicios sociales, el grado de satis-

facción de las necesidades vitales continua siendo bajo, por efecto del escaso nivel de ingreso de la población y el comportamiento de las variables demográficas.

Estimaciones recientes reflejan que en 1985 los ingresos medios diarios por ocupado, ascendieron alrededor de L.2.55 en el sector agropecuario y L. 8.13 en el sector industrial.

En promedio, los trabajadores del sector rural (que representan el 47.4% del total) percibieron por su actividad ingresos inferiores al salario mínimo legal y solo ligeramente superiores al costo mensual de la canasta básica. Esto es más significativo si se considera que del ingreso de cada trabajador, dependen en promedio de 6 personas.

El ingreso nominal de los trabajadores, tomando como base de referencia el salario mínimo, ha tenido una drástica pérdida de poder adquisitivo con respecto a la canasta básica de alimentos.

Entre 1981 y 1985 el costo promedio diario de la canasta básica de alimentos se había incrementado en 11% mientras el salario mínimo nominal continuaba al mismo nivel. (24).

En la comunidad de Pespire los niveles de ingreso son extremadamente paupérrimos; el 75.4% de las familias encuestadas perciben ingresos menores de 100 lempiras, el segundo grupo representativo está entre 201 y 300 lempiras con un 8.6% y un 7.1% para familias que perciben entre 401 y 500 lempiras.

Los datos anteriores son dramáticos y reflejan las condiciones de vida que se vive en el área rural las cuales son milagrosas.

El alto costo de la vivienda explicado por; la escases de tierras aptas para implementar proyectos habitacionales, el alto costo de los materiales de construcción y el tipo de proyectos ejecutados, se refleja en un marginamiento de la población de bajos ingresos y en una limitada capacidad del estado para producir un mayor número de viviendas.

El Consejo Superior de Planificación Económica (CONSUPLANE) determinó en sus encuestas que: En el área rural el 32.3% tienen vivienda propia, el 82.9% de las viviendas es de piso de tierra, el 63.4% de las viviendas la pared es de adobe.

El 54% de las viviendas el techo es de teja el 29.8% es de paja; el 14.1% con techo de zinc y asbesto y el 72.7% de las viviendas tienen de 1 a 2 cuartos.

En la Comunidad de Pespire en contraste con los datos anteriores el 87.4% de las familias poseen viviendas propias. El 76.0% el piso es de tierra, 45.4% de las paredes son de adobe distribuidos los demás porcentajes altos entre bahareque y madera.

El techo es de teja en el 94.0% y poseen dos habitaciones en el 41.14%, utilizándose una de las dos habitaciones para dormitorio en un 65.14%.

El 18% de las familias duermen 4 personas por dormitorio, hasta un 9.14% de las familias en las que duermen 8 personas por dormitorio.

39.21% de las viviendas poseen de 2 a 3 ventanas y el 86.28% tienen de 2 a 3 puertas.

Como se puede ver el hacinamiento la falta de ventilación son factores de gran importancia en el estudio y por ende para la salud de la población.

La encuesta nacional de epidemiología y salud familiar de 1987 revela que el 25% de la población no tiene agua potable, aumentando este porcentaje en el área rural a un 40%.

El 40.6% de la población defecan al aire libre en el área rural esto aumenta a 58.2% y el 26% dispone de la basura quemándola.

En nuestro estudio los datos defieren ya que el 38.6% de la población una letrina, seguida de un 37.1% que defeca al aire libre, la basura en su disposición, el 40.85% de las familias bota la basura en el solar, seguida del 30.28% de familias que disponen de la basura quemándola.

Según estadísticas de la O.P.S. 1, 567,000 habitantes del área rural (60%) tiene acceso a alguna fuente de aprovisionamiento de agua, y el 85% de las viviendas del campo carecen de agua potable.

En Pespire tenemos que el 82.3% de las familias se abastecen de agua mediante tubería, y el 6.3% de pozo, estos datos no concuerdan con los nacionales debido a que en esta zona la organización SAVE THE CHILDREN DE HONDURAS ha promovido la construcción de sistemas de distribución de agua y de pozos.

El 59.4% de las familias no tienen ningún medio de potabilización del agua mientras que el 34.8% cloro unido a todas las condiciones deficitarias anteriores de insatisfacción de las necesidades básicas en Pespire el 88.6% de las familias se iluminan con candil y solamente un 9.4% posee luz eléctrica.

La superficie total de Honduras es de 112,088 Km² equivalente a 11.2 millones de hectáreas, de las cuales 2.8 millones (25%) son de vocación agropecuario, 7.4 millones (66.1%), de vocación forestal y 1.0 millones (8.9%) son áreas urbanas y tierras no definidas.

De los 2.8 millones de hectáreas con tierra de vocación agropecuario 1.8 están localizadas en las planicies costeras y cuencas de los grandes ríos y el resto se localizan en los altiplanos interiores. Así mismo se encuentra que de 226,200 explotaciones agropecuarias, el 75% pertenecen a la categoría de explotaciones no mayores a 10 Has, representando apenas el 16% del área total.

Por otro lado encontramos que el 0.7% de las explotaciones mayores de 200 Has. Abarcan el 31% del área agropecuaria total; lo que representa una inadecuada distribución de la tierra, factor que es determinante en la producción y concentración del ingreso en el sector rural.

Al analizar la tenencia de la tierra por tamaño de las fincas se observa la existencia de una gran concentración de tierras, en el sub-sector cultivos y ganadería en muy pocas manos; en tanto que por el otro extremo un inmenso número de agricultores apenas disponen de pequeñas parcelas, insuficientes para generar un ingreso que permita cubrir las necesidades mínimas básicas y muy distante de la posibilidad de dar empleo a la fuerza de trabajo de la familia campesina (2).

En nuestro estudio el 38% de las familias poseen alguna parcela de tierra propio, el 34.6% no posee tierra, el 22.6% alquila.

Los servicios de atención médica son el reflejo del desarrollo económico y social de una zona o región, las condiciones en que estas se prestan, la accesibilidad y la educación en salud para recurrir a los servicios que se prestan .

En nuestro estudio encontramos que el 53.1% de las familias acuden al Centro de Salud con médico para su atención, el 36.9% acude a la enfermera y un 6.3% al curandero.

Lo anterior demuestra que el 90% de la población encuesta- da, cuando se enferma acude a un Centro de Salud del Ministerio de Salud Pública; demostrando que el escaso ingreso económico no les permite asistir a los servicios de salud privados.

Los pacientes se tienen que enfrentar a una serie de condiciones para poder llegar a un Centro de Salud, como ser la falta de dinero para movilizarse, la crecida de los ríos que no les permite cruzarlos y también la misma enfermedad; aunado a lo anterior se encuentra la falta de medicamentos y equipo de los centros de salud.

Las primeras tres causas de morbilidad general por orden de frecuencia fueron:

1. - Las infecciones respiratorias agudas.
2. - La desnutrición proteica-colorida
3. - El síndrome Diarreico Agudo.

Estos datos son basados en los registros de morbilidad del centro de salud de Pespire Cholteca, lo que nos confirma que la población más vulnerable es la infantil, generándose un círculo vicioso de desnutrición, enfermedad, desnutrición.

Las infecciones respiratorias agudas se registraron con más frecuencia siendo mayor entre los 12 a 35 meses con

51.14% para la moderada siguiéndole 0-11 meses con 26.76% siempre para IRA moderada.

Analizando el estado nutricional en menores de 5 años, la encuesta de nutrición del Ministerio de Salud Pública para 1987 da un 57% para todos los grados de desnutrición. Para la región Sanitaria No. 4 para ese mismo año tenemos un 62.6%, hay una diferencia de aproximadamente un 9% con respecto a nuestro estudio y el dato de la Región, pues nosotros tenemos un 71.1% y que es un dato mayor que el nacional.

Entre los grados más frecuentes fue el grado I con un 61.06% entre los 12-35 meses y entre los 36 a 60 meses con 26.26% siempre con grado I.

El síndrome diarreico agudo fue más frecuente entre las edades de 12 a 35 años seguido de la población de 0 a 11 meses, con 48.71% y 45.17% respectivamente, los grados de deshidratación en el 52.85% correspondió a la leve entre las edades de 0 a 11 meses, seguido de la leve en la edad de 12 a 35 meses con 40.161% y en tercer lugar la deshidratación moderada con 61.42% entre las edades de 12 a 35 meses.

Lo anterior refleja que las campañas sobre la hidratación oral han producido un efecto muy positivo sobre la población infantil.

La tasa de natalidad de la comunidad de Pespire es de 48.22 X 1000 nacidos vivos, lo que es muy parecido a la encuesta nacional epidemiológica del Ministerio de Salud Pública, para el área rural que es de 40 X 1000 nacidos vivos (1987).

La tasa de mortalidad general (1987) para Honduras es de 9.5 X 1000 habitantes, en nuestro estudio encontramos 3.1 X 1000 habitantes, los cuales difieren mucho, esto podría ser en parte por la cobertura que ejercen los centros de salud y la organización SAVE THE CHILDREN, en materia de salud, agua y saneamiento.

XI. CONCLUSIONES

1. La estructura poblacional del Municipio de Pespire es similar a la nacional, la mayoría de su población es menor de 15 años con un 49.07%.
2. La distribución de la población según el sexo es similar entre ambos sexos, 48.32% para el sexo masculino y 51.67% para el femenino.
3. El estado civil más frecuente es la unión libre (35.4%) y los solteros con (30.3%).
4. El 70.92% de la población de Pespire ha cursado algún grado de la escuela primaria, los analfabetos son el 20.42% de la población.
5. Las ocupaciones presentes en la mayoría de los habitantes de Pespire son los labradores con 37.26% y los oficios domésticos en un 47.63%, de los cuales uno genera ingresos extremadamente bajos y la otra ocupación no genera ningún ingreso económico.
6. El ingreso económico de las familias de este municipio es muy bajo, el 75.4% de la población recibe menos de 100 lempiras al mes.
7. La mayoría de las familias tienen viviendas en condiciones precarias, aunque el 87.4% son propias.
 - 76% con piso de tierra
 - 45.4% tienen paredes de adobe
 - 94.0% techo de teja
 - 41.4% poseen dos habitaciones
 - 65.14% tienen un dormitorio
 - 18.0% duermen cuatro personas por dormitorio
 - 73.14% duermen de dos a tres personas por cama

- 39.71% poseen de dos a tres ventanas y
- 86.28% poseen de 2 a 3 puertas por vivienda

8. - Debido a la condición económica precaria de la población y a nuestra idiosincrasia el 94.6% cocinan en fogón con los consecuentes efectos que trae la exposición constante al humo.

9. - En cuanto a saneamiento ambiental el 82.3% de las familias se abastece de agua por tubería, el 59.4% no utiliza ninguna forma de potabilización del agua, encontramos que solo un 37.1% de las familias defecan al aire libre lo que es satisfactorio ya que el resto de las familias lo hacen ya sea en fosas sépticas, letrinas y sanitarias.

La disposición de la basura se realiza en el 40.85% dentro del solar de las viviendas.

10- Con respecto a la tenencia de la tierra solamente el 38.0% es propia, un 34.6% no posee y el resto la presta y la alquila.

11. - En el Municipio de Pespire el 90.0% de las familias acuden al Centro de Salud para su atención.
- Las infecciones respiratorias agudas son las de mayor prevalencia en la población infantil siendo la Ira moderada la de mayor frecuencia con 51.14% en la población infantil de 12 a 35 meses.
- La mayor frecuencia de cuadros diarreicos se presentó entre la población infantil de 12 a 35 meses y entre 0 a 11 meses.
- Los mayores grados de deshidratación fueron leves y moderados.
- El estado nutricional más frecuente se encontró entre el grado I y el II y entre las edades de 0 a 11 meses y 12 a 35.
- En morbilidad general se registró la incidencia más alta en desnutrición, seguida de las infecciones agudas, y en tercer lugar el síndrome diarreico.
- El 53.1% de las familias que requieren atención médica, acuden al centro de salud con médico, y el 36.9% al centro de salud con enfermera.
12. - La tasa de natalidad del Municipio de Pespire fue de 48 por mil habitantes.
13. - La tasa de mortalidad en el Municipio de Pespire Fue de 3 por mil habitantes.

14.- El 10% de las familias (35) no asisten al Centro de salud, de estos el 45.7% la hacen por falta de medicamentos y el 22.8% por falta de recursos económicos.

XII.

RECOMENDACIONES

1. Para disminuir el analfabetismo y la deserción escolar los líderes de la comunidad se deben unir para promover la construcción de más escuelas en lugares accesibles para los alumnos.
2. La supervisión departamental de educación primaria debe iniciar programas de concientización en los padres de familia para que éstos comprendan la importancia de que sus hijos finalicen sus estudios primarios.
3. Las fuerzas vivas se deben unir para conseguir la construcción de escuelas técnicas que ayuden a mejorar los recursos humanos y con esto aumentar sus ingresos y por consiguiente su nivel de vida.
4. Las condiciones físicas de las viviendas son sumamente inadecuadas y el hacinamiento es evidente, por lo que a través de la regional del Instituto Nacional de la Vivienda se debe orientar a la población y brindarle apoyo, para que las viviendas sean habitables con una construcción en la que exista higiene y mayor ventilación, y así evitar la propagación de muchas enfermedades.

5. A través de los centros de salud de Pespire, concientizar a la población sobre los peligros a la salud que trae el cocinar con fogón dentro de las casas lo mismo que la importancia de construir chimeneas a los fogones.
6. Las autoridades de la Región Sanitaria No. 4 deben iniciar campañas intensivas para que la población aplique métodos para potabilizar el agua y con esto mejorar la salud de los mismos.
7. Los promotores de salud de la Región No. 4, y de la Junta Nacional de Bienestar Social deben promover entre la población la construcción de más letrinas, además de enseñar los beneficios que esto trae a la salud familiar.
8. Las autoridades municipales deben dictar pautas y ordenanzas sobre la disposición de la basura en la comunidad de Pespire, y las maestras de las escuelas incentivar entre los alumnos una adecuada disposición de la basura.
9. Todas las fuerzas vivas de la comunidad de Pespire deben unirse en un sólo esfuerzo para solicitar ante las autoridades regionales de la ENEE, la necesidad que se tiene de la energía eléctrica; la que mejoraría indudablemente la calidad de vida de las familias y su integración al desarrollo.

10. - La Región Sanitaria No.4 deberá aumentar el personal de enfermería, el personal médico y el suministro de medicamentos, para poder atender la demanda de atención que es cada vez mayor.

11. - A través de la suplementación del personal anterior se pueda en el CESAMO Y CESARS del municipio enseñar a las madres que asisten, sobre la prevención y manejo primario de las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias agudas y las desnutrición; la que disminuiría la morbilidad y mortalidad infantil.

XIII.

R E S U M E N

El presente es un estudio de tipo descriptivo transversal, el que nos proporciona un diagnóstico de la situación de salud de la comunidad del Municipio de Pespire y sus afeas de influencia, realizada con una muestra de 350 familias demográficamente encontramos que la población de Pespire, en su mayoría es joven, gráficamente es una pirámide de base ancha, la distribución en cuanto a sexo es similar.

Los labradores y los oficios domésticos son las principales ocupaciones, con ingresos económicos menores de 100 lempiras por mes. Del total de la población 20.42% son analfabetos, el 71% aproximadamente tiene algún grado de educación primaria.

La mayoría de la población tiene vivienda propia, la estructura física más frecuente es, piso de tierra, paredes de adobe, y techo de teja.

Las habitaciones constan de 2 a 3, en su mayoría de un dormitorio, en el cual duermen de 2 a 5 personas y de 2 a 3 personas por cama. Encontramos que el 38.6% de la población usa letrina mientras que el 37.1% practica el fecalismo al aire libre, un 68% dispone de forma inadecuada de la basura.

El 82.3% de la población se abastece de agua mediante tubería, y el 59.4% no usa ningún medio de potabilización del agua.

El 90% de las familias asiste al centro de salud para su atención, el resto lo hace al curandero, hospital y clínicas privadas.

Las enfermedades más frecuentes son la desnutrición, las infecciones respiratorias agudas, el síndrome diarreico y el parasitismo intestinal.

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) fueron más frecuentes entre los 12 a 35 meses de edad, con una mayor prevalencia de Ira Moderada.

El mayor número de cuadros diarreicos se presentó entre los 0 a 35 meses de edad, los grados de deshidratación más frecuentes fue el leve entre los 0 a 35 meses de edad.

La tasa de mortalidad fue de 3.1X1000 habitantes y la tasa de natalidad de 48.22X1000 nacidos vivos.

Un 10% de las familias no asisten al centro de salud, en el 45.7% la causa es por deficiencias de medicamentos.

XIV.

BIBLIOGRAFIA

1. Centro de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (CNUAH), Boletín de la Vivienda "Estrategia Mundial de Vivienda hasta el Año 2000". Julio 1988 pag. 1-6.
2. CONSUPLANE, Honduras. Plan Nacional de Desarrollo del Sector Agropecuario, 1982 - 1986 pag. 1-4, 35, 37-79-84.
3. CONSUPLANE, Honduras. Plan Nacional de Desarrollo del Sector Agropecuario 1970 - 1984, pag. 1-6, 20-24.
4. CONSUPLANE, Honduras. Plan Nacional de Desarrollo, Plan de Vivienda. 1982 - 1986 pag. 1-4.
5. CONSUPLANE, Honduras. Plan Nacional de Desarrollo. Plan de Educación 1982 -1986 pag. 1-2, 11-13.
6. Ministerio de Salud Pública Honduras, Boletín de Estadística e Información de Salud, Estadística de Atención Ambulatoria 1988.
7. Ministerio de Salud Pública Honduras. Plan Operativo Anual 1987 pag. 3-14, 16-30.

8. Organización de las Naciones Unidas, Estudio Económico de América Latina y El Caribe. Comisión Económica para América Latina y El Caribe. Santiago de Chile 1988. Pag. 13-14.
9. Organización de las Naciones Unidas. Anuario Estadístico de América Latina y El Caribe. Comisión Económica para América Latina y El Caribe. Edición 1988, pag. 41, 42, 50-53, 752.
10. Organización Mundial de la Salud "Estrategia Mundial de la Salud para Todos en el Año 2000" 1981. pag. 19-23.
11. Organización Mundial de la Salud. "Los Principales Problemas de Salud en el Mundo". Foro Mundial de la Salud. Vol. No. 2 1981, pag. 305-323.
12. Organización Mundial de la Salud. "Salud y Desarrollo en América Latina", Foro Mundial de la Salud Vol. 2, No. 4, 1981, pag. 536-538, 539-540.
13. Organización Mundial de la Salud. "Vigilancia de la Contaminación del Medio en Relación con el Desarrollo". Informes Técnicos 718, 1985 pag. 9-11.
14. Organización Mundial de la Salud "Agua para el Desarrollo". Revista Salud Mundial, Diciembre 1986 pag. 16.

15. MAHLER, HALFOAN. "Salud para Todos, Todos para la Salud", Revista Salud Mundial, OMS. Enero - Febrero, 1988 pag. 3-4.
16. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las Condiciones de Salud en Las Américas, Vol. I 1981-1984, pag. 12-103, 148-151.
17. Organización Panamericana de la Salud, las Condiciones de Salud en las Américas. Vol. II, 1981 - 1984 pag. 162-168.
18. Organización Panamericana de la Salud. "Planificación en Salud" Temas de Actualidad. Boletín OPS. Vol. 104. No. 6 Junio 1988, Pag. 589-593.
19. Organización Panamericana de la Salud. "Homenaje a la OMS en los Estados Unidos de América" Temas de Actualidad. Boletín de la OPS Vol. 105, No. 1 Julio 1988. Pag. 64,74,73.
20. Organización Panamericana de la Salud "Diez Años después de ALMA- ATA" Temas de actualidad. Boletín OPS, Vol. 105, No. 2, Agosto 1988, pag. 176.
21. Organización Panamericana de la Salud. Crecimiento y Desarrollo Hechos y Tendencias. Publicación Científica No. 510, 1988 pag. 250-261, 530-565.

22. Organización Panamericana de la Salud. Condiciones de Salud de las Américas, Honduras C. A. Marzo 1989. Pag. 1-16, 21-24, 33-37.
23. Organización Panamericana de la Salud "Características Socioculturales del Medio Rural Latinoamericano: Su Influencia y Relación con la Salud. Sistemas para aumentar la cobertura de los servicios de salud en las áreas rurales. Publicación Científica No. 170. Nov. 1968 Pag. 30-39.
24. Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en Honduras, 1987, Pag. 5-14, 20-53.
25. SECPLAN. Honduras. Plan Nacional de Desarrollo, Tomo I, 1987- 1990, pag. 1-16.
26. SECPLAN. Programa Nacional de Inversiones Públicas 1987-1990, Pag. 25, 32-35.
27. Tesis. Monografía del Municipio de Pespire, Escuela Superior del Profesorado Francisco Morazán. Departamento de Ciencias Sociales Enero 1987.

XVI.

ANEXOS

2. - INGRESO MENSUAL

- 1. - Monos de L 100.00 ____
- 2. - L 101.00 250.00 _____
- 3. - L 251.00 500.00_____
- 4. - L 501.00 1(100.00 ____
- 5*- Mayor do L 1000,00 ...

3. - VIVTEIIDA

A.- Tenencia de la vivienda:

- a) Propia _____
- b) Alquilada _____
- c) Prestada _____
- d) Otros. Especifique _____

b.- Materiales do la vivienda

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

C.- Descripción de la vivienda:

1.1. Número de cuartos _____

2. Número de dormitorios _____

3. Número de personas por dormitorios _____

4. Número de personas por camas _____

5. Número de ventanas _____

6. Número de puertas _____

7. En que cocinas

1. Fogón _____

2. Estufa _____

3. Otros, Especifique _____ :

Do- Obtención de agua

1. Río _____

2. Pozo _____

3. Tubo _____

4. Pila _____

5. Otros Especifique _____

E.- Usa medio de potabilización de agua

1. Hiervo el agua _____
2. filtra el agua _____
3. Clora el agua _____
4. o ninguna _____
5. Otros _____

F. Eliminación de excretas

1. aire libre _____
2. Fosa séptica _____
3. Letrina _____
Servicio sanitario. _____

G- Tipo de iluminación

1. Candela _____
2. Candil _____
3. Lámpara _____
4. Eléctrica _____
5. ninguna _____
6. Otros _____

_____ -

H. disposición de basura:

1. bota en el solar _____
2. Bota fuera del colar _____
3. la quena _____
4. Ha entierro 5o _____
5. Otros _____

4.- Tenencia de la tierra ti.

1. Propia __ _____ 112
2. Prestada _____ 112
3. Alquilada _____ 112
- 4 no posee ____

5.- Asistencia en salud

A.- Cuando so enferma dónelo asistes

- 1.- o Curandero _____
- 2.-cEnfermera _____
- 3.- Médico del centro de salud _____
- 4.- Hospital _____

5.- clínicas privadas _____

6.- Otros. Especifique _____

B- Porque no asisto al centro de salud

1• Deficiente calidad do atención _____

2. Inadecuadas relaciones humanas _____

3. Deficiencia de medicamento _____

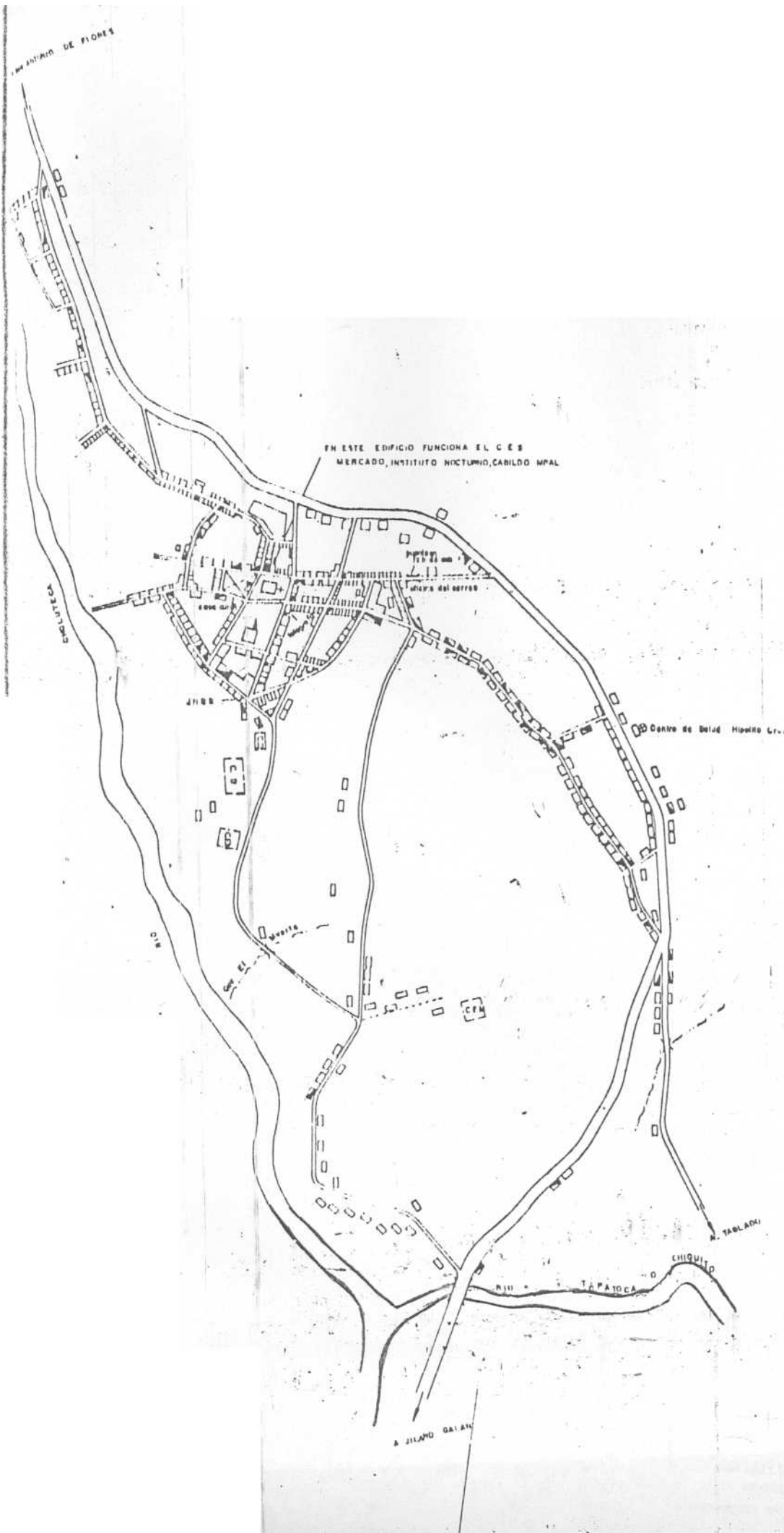
4. desavenencias en enfermeras _____

5. Falta de transporte _____

6. Vías de comunicación _____

5. recursos económicos _____

8. Otros. Especifique _____



MINISTERIO DE ECONOMIA DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA Y CENSOS SECCION DE CARTOGRAFIA	LEVANTAMIENTO Y REVISION 58 Vozto J. Zurro
PESPIRE DEPARTAMENTO DE CHOLUTECA ESCALA 1:5000	FUENTE DE INFORMACION D. S. F. C.
IMPRESION EN...	REVISION OFICINA M. T. Aguirre EXCLUSIVO PARA