

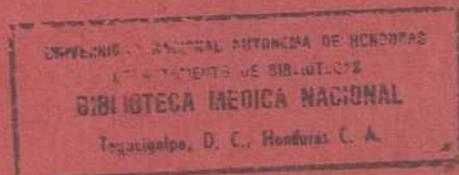
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

Facultad de Ciencias Médicas



Diagnóstico de Salud del Municipio de
Güinope y sus Areas de Influencia
de Junio de 1987 a Febrero de 1988

TESIS



PRESENTADA POR:

Adán W. Mora Mora

PREVIA OPCION AL TITULO DE:

Doctor en Medicina y Cirugía

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

Facultad de Ciencias Médicas

Diagnóstico de Salud del
Municipio de Güinope y
sus Áreas de Influencia
de Junio de 1987 a
Febrero de 1988

TESIS

PRESENTADA POR:

Adán W. Mora Mora

PREVIA OPCION AL TITULO DE:

Doctor en Medicina y Cirugía

TEGUCIGALPA, D. C. 1983

HONDURAS, C. A

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
HONDURAS FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR: ABOGADO JORGE OMAR CASCO
SECRETARIO LIC ALFREDO HAWIT BANEGAS.

**JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS**

DECANO: DR. RAUL FELIPE CALIX
VICE DECANO: DR. RENATO VALENZUELA
SECRETARIA: LIC. EVA LUZ DE ALVARO
PRO SECRETARIO: DR. JESUS ADELMO ARITA.

VOCALES

DR. CARLOS RAMON GARCIA
j \ i;

DR. CESAR

CASTELLANOS BR.

MARVIN CALDERON

BR. HECTOR OQUELI

BR. ADOLFO MORENO

. ; .
BR. MARIO RAMOS

TRIBUNAL EXAMINADOR

HONORABLES :

FRANCISCO SALVADOR VILLATOI

LICDA: ELENA RISSO

LIC: FRAIN ORDOÑEZ.

SUSTENTANTE

BR. ADAN W. MORA MORA

ASESOR

DR. GERMAN LEONEL ZAVALA.

PADRINOS :

LIC. NUBIA RODRIGUEZ DE MORA

P.M. JAVIER RODRIGUEZ.

DEDICATORIA

A DIOS TODOPODEROSO:

Quien siempre me ha iluminado en mi vida.

A MI ADORADA MADRE:

Que Dios la tenga en los cielos Mercedes de Mora quien siempre me aconsejó para ser hombre de bien.

A MI AMADA ESPOSA: Nubia Rodríguez quien siempre me ha apoyado incondicionalmente.

A MIS HIJOS: Adán, Gustavo Mora y Andrés Alonso Mora.

A MIS QUERIDOS HERMANOS:

Quien han hecho el papel de madre con mi persona y me apoyan económicamente y moralmente.

Marylyss de Alvarado, Helen Mora.

A MIS SOBRINOS:

Oscar A. Alvarado

José H. Alvarado

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS:

En los buenos y malos tiempos en el transcurso de mi carrera.

AGRADECIMIENTO

A NUESTRO ASESOR: GERMAN LEONEL ZAVALA, quien nos guio
con sus conocimientos para finalizar este trabajo.

GRACIAS.

INDICE

I.	- INTRODUCCION	1
II.	- JUSTIFICACION	4
III.	- DESCRIPCION DELPROGRAMA	5
IV.	- OBJETIVOS	7
V.	- MARCO TEORICO	9
	A. Marco Teórico	
	1. Aspectos Geográficos	14
	2. Antecedentes Históricos	15
	3. Aspectos de Organización	16
	4. Aspectos Demográficos	
	5. Aspectos Económicos	17
	6. Nutrición	33
	7. Educación	36
	8. Vivienda	
	9. Saneamiento Ambiental	41
	10. Sistema de Salud	43
	11. Panorama Epidemiológico	58
	B. Descripción de la Zona de Estudio	67
VI.	-DEFINICION DE VARIABLES	77
VII.	-METODOLOGIA	91
VIII.	-RESULTADOS	99
IX.	-ANALISIS DE RESULTADOS	189
X.	-CONCLUSIONES	218

	.PAG
XI . RECOMENDACIONES	222
XII . RESUMEN	225
XIII . BIBLIOGRAFIA	226
XIV . ANEXOS	233

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

	PAGINA
1.- Distribución de la población del Municipio de Guinope.	100
2.- Distribución de la población por edad y sexo.	101
3.- Distribución de la población según su estado civil.	102
4.- Distribución del estado civil según el sexo	103
5.- Escolaridad según años cursados.	104
6.- Distribución de la población según ocupación.	105
7.- Ingreso mensual familiar.	106
8.- Ingreso mensual individual según ocupación.	107
9.- Ingreso mensual individual y escolaridad.	108
10.- Tipos de tenencia de la vivienda.	109
11.- Características del piso de las viviendas.	
12.- Características del techo de las viviendas.	
13.- Características de la pared de las viviendas.	112
14.- Número de habitaciones que poseen las viviendas.	113
15.- Número de dormitorios que poseen las viviendas.	114
16.- Distribución del número de ventanas por viviendas	115

	PAGINA
17.- Distribución del número de puertas por viviendas	116
18.- Número de personas por casa.	117
19.- Número de personas por dormitorio.	118
20.- Medio utilizado para cocinar.	119
21.- Sistema de acumulación de agua que poseen las viviendas.	120
22.- Distribución de la vivienda según la tenencia de baño.	121
23.- Tipo de abastecimiento de agua y localización.	
24.- Ingreso económico familiar y tipo de abastecimiento de agua.	122
25.- Métodos de potabilización del agua.	123
26.- Ingreso económico familiar y método de potabilización del agua.	124
27.- Tipos de iluminación de la vivienda.	125
28.- Ingreso económico familiar y tipos de iluminación de la vivienda.	126
29.- Sistemas de eliminación de excretas.	127
30.- Sistemas de eliminación de basura.	128
31.- Animales domésticos y su lugar de permanencia.	129
32.- Estado de vacunación de los animales domésticos.	130
	131

	PAGINA
33.- Tipos de servicios de salud utilizados por las familias.	132
34.- Razones, de la inasistencia de las familias al centro de salud.	133
35.- Número de gestas maternas y edad.	134
35.- Prevalencia de abortos en la población femenina en edad fértil.	135
36.- Edad de la menarquía en la población femenina.	
36.- Distribución de las mujeres según su edad al primer embarazo.	137
37.- Servicios utilizados en la atención del parto.	138
38.- Condición del producto al nacer según el lugar del parto.	139
39.- Peso del producto al nacer según edad gestacional.	140
40.- Peso del producto al nacer según el sexo.	141
41.- Utilización de anticonceptivos por la población femenina en edad fértil.	142
42.- Tipo de métodos anticonceptivos utilizados por la población femenina en la edad fértil.	143
43.- Relación entre la utilización de anticonceptivos y el ingreso mensual familiar.	144
44.- Motivos por los cuales se utilizan anticonceptivos.	145
45.- Tipo de lactancia y edad de inicio.	146
46.- Lactancia materna por ingreso económico familiar,	
47.- lactancia materna por ingreso económico familiar	147

	PAGINA
48. - Tipo de lactancia y tenencia de la tierra.	148
49. - Distribución de la población lactante de acuerdo a la edad del destete.	149
50. - Edad de introducción de alimentos al niño lactante.	150
51. - Distribución de la tenencia de la tierra.	151
52. - Extensión de la área del terreno de la población que posee parcelas.	152
53. - Número de manzanas cultivadas según tipo de dedicación.	153
54. - Tipo de alimentos y la frecuencia de consumo.	154
55. - Tipo de alimentos y su consumo por los miembros del grupo familiar.	155
56. - Dieta familiar y tenencia de la tierra.	156
57. - Dieta familiar y tenencia de la vivienda.	157
58. - Número de manzana de tierra cultivada e ingreso mensual familiar.	160
59. - Distribución de la población menor de cinco años por grupos de edad según su estado de vacunación.	161
60. - Tipo de vacunación y número de dosis en la población menor de cinco años.	162
61.- Vacunación con DPT según edad.	163
61.- Vacunación con SABIN según edad.	163

82. - Primeras diez causas de morbilidad general
Según grupos de edad, atendidas en el Centro de
Salud del Municipio de Guinope. 185
83. - Primeras veinte causas de morbilidad gene-
ral según grupos de edad atendidas en el
Centro de Salud del Municipio de Guinope. 186
84. -Programa de Atención a la mujer. 188
85. - Programa de Control de Crecimiento y De-
sarrollo. 188

	PAGINA
71. - Gravedad de las Infecciones Agudas y su ubicación anatómica.	175
72. - Atención de salud utilizada para el tratamiento de las Infecciones Respiratorias Agudas.	176
73. - Tipo de tratamiento de las Infecciones Respiratorias Agudas en los niños menores de cinco años.	177
74. - Prevalencia de diarrea en la población menor de cinco años.	178
75. - Prevalencia de diarrea según grupos de edad en niños menores de cinco años.	178
76. - Prevalencia de diarrea en los últimos seis meses en la población menor de cinco años.	179
77. - Tipo de tratamiento del síndrome diarreico agudo administrado a niños menores de cinco años.	180
78. - Distribución de la población infantil con diarrea que utiliza sales de rehidratación	181
79. - Distribución de la población de acuerdo a su conocimiento de las sales de rehidratación oral	182
79. - Conocimiento de la población acerca de la preparación de las sales de rehidratación oral.	183
80. - Fuente de obtención de las sales de rehidratación oral.	184

61. Vacunación con Antisarampionosa y BCG según edad.	164
62. - Prevalencia de Infecciones Respiratorias Agudas en la población menor de cinco años.	165
63. - Lactancia materna y gravedad de las Infecciones Agudas.	166
64. - Lactancia materna y localización antómica de las Infecciones Respiratorias Agudas.	167
65. - Gravedad de las Infecciones Respiratorias Agudas y sexo en los niños menores de cinco años.	168
66. -Gravedad de las Infecciones Respiratorias Agudas y edad en los niños menores de cinco años.	169
Ubicación anatómica de las Infecciones Respiratorias y Agudas en niños menores de cinco años.	170
68.- Edad del destete y gravedad de las Infecciones Respiratorias Agudas.	171
Gravedad de las Infecciones Respiratorias Agudas y estado de inmunización con DPT y Sarampión.	172
70.- Gravedad de las Infecciones Respiratorias Agudas y estado nutricional en niños menores de cinco años.	174

I N D I C E D E A N E X O S

		PAGINA
I.	MAPA DE LA REGION DE SALUD No 1	234
II.	TABLA PIRAMIDE POBLACIONAL	235
III.	GRAFICA PIRAMIDE POBLACIONAL	236
IV.	GRAFICA PRODUCTO INTERNO BRUTO	237
	MAPA DE CARRETERAS FRANCISCO MORAZAN	238
VI.	MAPA DE CARRETERAS EL PARAISO	239
VII.	MAPA DE EL MUNICIPIO DE GUINOPE	240
VIII.	CROQUIS DE LA CABECERA MUNICIPAL DE GUINOPE	241
IX.	GRAFICO DE NIVELES DE ATENCION	242
X.	DISEÑO DE FORMULARIO	243

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

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

Los parámetros o indicadores que nos perfilan el estado de salud de los Hondureños son la esperanza de vida al nacer que oscila entre los 62.0 años, la mortalidad general que es de 9.5 por mil habitantes, la mortalidad materna que es de 2.7 y la mortalidad infantil que es de 78.6 por mil niños nacidos vivos, con predominio de patologías infectocontagiosas como causas de enfermedad y muerte agravados por el sustrato de desnutrición en que se desarrollan. Se estima que un 80% de niños menores de 5 años tienen algún grado de desnutrición situación también evidente en la población adulta.

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

Al analizar el condicionante económico, encontramos un

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

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

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

los niveles superiores de educación.

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

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

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

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

Es por ello, que el medico esta en la obligación de ver la salud desde todos estos puntos de vista; para tener una visión integral de la problemática.

II. JUSTIFICACION

El presente estudio se realizará como una contribución de los médicos en Servicio Social a la región N° 1, para conocer, la problemática de salud existente en cada una de las comunidades que le corresponde.

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

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

III. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

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

Se lleva un control de su morbilidad a través de la vigilancia epidemiológica (telegrama oficial semanal) que no represente la prevalencia real de la morbilidad, y la accesibilidad de las personas a los Centros de Salud tiene obstáculos que impiden que se refleje el verdadero problema de Salud que prevalecen en la población.

La prevalencia de las enfermedades más comunes como ser IRA y diarreas son mayor que la que sospechamos y además nos da perspectivas en relación a la asistencia médica, conoceremos los factores condicionantes que las predisponen.

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

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

I V. OBJETIVOS

A. Objetivos Generales.

1. Elaborar un Diagnóstico de Salud del Municipio de Guinope, El Paraíso, identificando la problemática existente y los principales factores que inciden directamente en el nivel de salud de la población.

2. Objetivos Específicos.

1. Determinar la estructura de población de la comunidad, Según edad y sexo. •
2. Identificar el nivel económico y tipo de ocupación de la población en estudio.
3. Identificar los factores que inciden en el acceso de la población a los Servicios de Salud.
4. Identificar el nivel de escolaridad de la población.
5. Describir el tipo de servicios básicos en la población.
6. Clasificar la morbilidad registrada de la población según grupo de edad.
7. Calcular la tasa de natalidad y mortalidad en la población.
8. Establecer la prevalencia de IRA y la cobertura del PAI.
9. Establecer la prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda y el uso de sales de rehidratación oral en la población menor de cinco años.

Objetivos

11. Identificar el tamaño del predio y el tipo de cultivo más frecuente de la zona.

12. Determinar la frecuencia de lactancia de lactancia materna en niños menores de 1 año en relación a la tenencia de la tierra.

13. Establecer la prevalencia de I.R.A. y su relación con la cobertura del P.A.I. en la población.

14. Establecer la cobertura del P.A.I. en la población de 5 años.

15. Identificar la relación entre la gravedad de I.R.A y el tiempo de lactancia materna en niños de 2 años.

16. Relación en el riesgo de I.R.A. según el estado nutricional.

17. Identificar el riesgo de IRA según el estado nutricional.

18. Establece la prevalencia de enfermedad diarreica aguda y el uso de las sales de rehidratación oral y la población menor de cinco años.

19. Clasificar la morbilidad registrada en el centro de salud de Guinope según grupo de edad.

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

1.- ASPECTOS GEOGRAFICOS

a) Localización

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

Su extensión territorial es de 112,088 KMS. (43,277 millas cuadradas) y cuenta con una población aproximada de 14.4 millones de habitantes. Tiene costas en el norte con el Mar Caribe y en el sur con el Océano Pacífico con longitudes de 880 y 153 Kms. respectivamente. (2)

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

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

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

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

Extensión Territorial

Departamento	Extensión Kms ² .
Francisco Morazán	7,946.20
El Paraíso	7,218.10
Gracias a Dios	16,630.00
<u>Total</u>	<u>31,794.30</u>

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

b) Topografía

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

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

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

c) Clima

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

Región orientada hacia el Litoral Norte, que en aquellas que van hacia el litoral Pacífico, con una temperatura promedio anual de 23 C⁰ y 25 C respectivamente.

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

Utilización del Suelo

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

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

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

d) Flora y Fauna

Flora

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

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

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

Fauna

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

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

5. Xenartos: Oso hormiguero, oso perezoso etc.

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

(45)

2.- ANTECEDENTES HISTORICOS

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

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

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

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

3.- ASPECTOS DE ORGANIZACION

Los Departamentos que incluye nuestro estudio son:

1. - Francisco Morazán
2. - El Paraíso

Organizados internamente así:

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

Francisco Morazán: Posee 27 Municipios, 236 aldeas, 2,300 caseríos. Su Cabecera Departamental es Tegucigalpa, D.C.

con una superficie territorial de 7,946 Kms, con 453,597 habitantes, la densidad de población es de 57.1 habitantes por Km , contando con 88,440 viviendas.

El Paraíso: Posee 18 Municipios, 187 aldeas y 1807 caseríos. Su Cabecera Departamental es Yucarán. Su superficie territorial es de 7,218.1 Kms, 140,793 habitantes la densidad de población es 19.5 habitantes por Kms, con 28,320 viviendas. (19)

4.- ASPECTOS DEMOGRAFICOS

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

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

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

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

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

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

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

cación e impacto demográfico, contribuyendo al incremento del tamaño de la población, ensanchando la base piramidal (estructura por edad y sexo) y ha sido determinante fundamental en el aumento del ritmo de crecimiento de la población. (Ver Anexo 2 y 3.)

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

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

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

a) Migración - Tipo

Hay evidencias suficientes para afirmar que la migración

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

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

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

Se distinguen los siguientes tipos de migrantes:

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

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

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

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

Desde el final de la década de los setenta se observa una afluencia de inmigrantes hacia Honduras como consecuencia de las condiciones sociales, económicas y políticas en el Istmo Centroamericano. A inicios de 1984 habían ingresado al país 35,000 refugiados, (sin considerar los indocumentados y los desplazados) de origen Centroamericano, lo que representaba ocho refugiados (Nicaragüenses y Salvadoreños) por cada 1,000 habitante. (3), (6), (8).

5.- ASPECTOS ECONOMICOS

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

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

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

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

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

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

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

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

La insuficiencia del crecimiento de la actividad económica se manifestó en el hecho de que el producto percapita disminuyo en 14 de las 20 economías.

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

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

Por otra parte, como consecuencia de la menor entrada de

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

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

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

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

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

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

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

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

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

d.- La magnitud del desempleo actual se ha duplicado, llegando a límites alarmantes (40%) tanto en el área rural, como en los sectores marginados de los centros urbanos.

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

bles. (5)

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

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

Al analizar el condicionamiento económico encontramos un país sumido en la pobreza y la baja productividad, hechos que se atribuyen a causas internas y externas. El producto interno bruto nacional en millones de Lempiras constantes de 1978 fue 3,334 (millones de Lps.), si la distribución fuera equitativa el ingreso per cápita sería de Lps. 1,387.00 al año, lo cual traducido a Lps. constantes de 1978 (por la inflación y la devaluación) se convierten en Lps. 897.00. (1)

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

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

transporte). (1) Ver anexo No. 4

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

b.- Medidas de Producción

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

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

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

c.- Fuerza de Trabajo

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

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

d.- Relaciones Sociales de Producción

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

2.- Tenencia de la Tierra:

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

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

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

mita sustancialmente la aplicación de la ley agraria en la afectación de tierras por razón del tamaño de propiedad.

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

Por la presión de los grupos y la urgencia de entregar la tierra se intensifica la dotación, en forma de asentamientos campesinos o granjas colectivas. En esta forma se ha dado tierras a unas 35,000 familias en 1,360 grupos asentados en 220,000 hectáreas. La mayoría de los asentamientos se han hecho en tierras nacionales incultas, por ejemplo. Valle del Bajo Aguan se calcula que menos del 20% fueron asentadas en tierras de propiedad privada. (49)

La Región No. 1 comparte las características socioeconómicas del resto del país, no incluye a la ciudad de Tegucigalpa aunque económicamente están vinculadas. La Región cuenta con el 13.6% de la tierra agrícola del país, la que se concentra en los valles del Zamorano, Siria, Jamastrán, Guaimaca, Danlí, El Paraíso, San Juan de Flores, Morocelí, Talanga y Teupasenti; sin embargo utilizan tan solo 22.3% del área potencialmente cultivable. La producción agrícola principal son los granos básicos siendo los más importantes el maíz, el frijol y el maicillo, con una participación relativa de 16.0% ,37.7% y 23% de sus respectivas producciones nacionales.

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

En cuanto al subsector ganadería, en la región existe el 116.1% de la población bovina, el 14.6% de la población porcina y el 30.5% de las aves, con respecto al monto nacional. La mayoría de las explotaciones de ganado bovino están en el área de Jamastrán, concentrándose en unidades de gran producción, mientras que las explotaciones de ganado porcino y aves de corral son de minifundios localizados en las áreas periféricas y orientadas hacia el mercado de Tegucigalpa.

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

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

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

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

e.- Infraestructura

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

L

(37.83%).

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

Departamento de Francisco Morazán cuenta con una red vial de 3546 Kms. de los cuales las carreteras pavimentadas 359.0 Kms. (24.7%), carreteras transitables en todo tiempo 758 Kms. (18.78) y carreteras en tiempo de verano 419 Kms. (24.58) ver anexo No.5

Departamento de El Paraíso tiene un total de carreteras de 704 Kms. de los cuales corresponden 112 Km (5,29%) a carreteras pavimentadas, carreteras transitables en todo tiempo 451 Kms. (5.15%) y carreteras de verano 141 Kms. (2.13%).Ver anexo No.6

A pesar de ser 3.a Región No.1 una zona de bastante afluencia comercial, las carreteras de todo tiempo son las que mayor No. y % de Kms. ocupan, seguido de la carretera de verano (9), (41).

6.- NUTRICION

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

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

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

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

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

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

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

A nivel nacional se observó que la ingesta de la mayoría

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

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

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

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

Alimentos	Rurales Onzas percapita	Urbanos onzas percapita
1.- Lácteos y derivados	4	8
2.- Huevos	1/2 unid.	1/2 unid.

3.- carnes	$\frac{1}{2}$	$2 \frac{1}{2} - 3$
4.- frijol rojo	2	$1 \frac{1}{2}$
4.- hortalizas	$\frac{1}{2}$	2
5.- frutas	$\frac{2}{3}$	1
6.- musáceas (plátano)	2	$2 \frac{1}{2}$
8.- arroz	1	2
9.- azúcar	1.2	1.2
10.- grasas	$\frac{1}{4} - \frac{1}{2}$	$\frac{2}{3}$

7,- EDUCACION

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

así:

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

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

1.- situación socioeconómica de las familias que afecta en mayor medida a la población que trabaja y estudia (Institu-

tos nocturnos

2.- Deserción en los establecimientos educativos dependiente de unidades militares y el cumplimiento de servicio militar obligatorio. 1986 la población en Honduras según educación esteta distraída de la siguiente manera:

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

En la región No. 1 las escuelas existen por nivel y que tuvo matrícula n 1986.

preescolar	primario				media				
Esc. matric. %	Esc. Matric. %		Esc. Matric. %		Esc. Matric%			Esc. Matric%	
El paraíso	29	21	72	518	518	100	21	21	10
Eco.									
Morazán	226	176	77	722	720	99	98	92	94

Educación en el cuadro anterior se observa que los establecimientos en la región No.1 de los niveles primario e medio están funcionando entre un 94-100% de su eficacia

la matrícula en la región No.1 en 1986 fue:

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

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

ANALFABETISMO

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

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

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

Educación Básica Integral y la Promoción Sociocultural. (22)

8.- VIVIENDA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Carecen de agua		
" "luz eléctrica	24.6	81.1
" "servicio sanitarios	32.8	94.5
Carecen de casa propia	21.1	89.4
Casa alquilada	49.4	82.3
Casa prestada	43.4	4.0
<u>Hacinamiento</u>	<u>30</u>	<u>57.0</u>

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

9.- SANEAMIENTO AMBIENTAL

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

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

miento de la vivienda, disposición sanitaria de basura; la higiene de los centros de trabajo y la higiene en el transporte. (31)

a.- Abastecimiento de Agua

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

b.- Eliminación de Excretas

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

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

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

c.- Eliminación de Basura

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

d.- Electricidad

En Honduras disponen de servicio eléctrico el 44% de las viviendas; el 95% en la zona urbana y 13% en la zona rural. (25)

10.- SISTEMA DE SALUD

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

verificado esfuerzos para poner en práctica las decisiones y acuerdos relacionados con el cumplimiento de las metas de Salud para Todos en el Año 2000.

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

1.- Países donde la responsabilidad de la prestación de servicios corresponde exclusiva o primordialmente al Ministerio de Salud, el cual ha desarrollado sistemas únicos o integrados, con escasa o ninguna participación del subsector privado en la prestación de servicios. En este grupo se incluyen Cuba y Nicaragua.

2.- Países donde predomina el seguro de pago anticipado como forma de financiamiento y donde la prestación de la atención médica se distribuye entre los Ministerios de Salud Pública y la seguridad social, los seguros mutuales o privados y el sector privado. A este grupo pertenecen: Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, México, Panamá, Uruguay y Venezuela. Se incluyen también en esta tendencia los sistemas vigentes en los Estados Unidos y Canadá

dentro de características propias de su avanzado estado de desarrollo.

3.- Países donde prevalece la asistencia a través de los Ministerios de Salud Pública, con menor participación de la seguridad social o de otras instituciones y una practica privada cuya importancia no es posible determinar con exactitud, dada la falta de información confiable al respecto. En este grupo se incluyen Bolivia, el Caribe de habla inglesa' Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Paraguay, Perú y República Dominicana. (34).

Sistemas de Salud en Honduras

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

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

lud de la población en general. Además contamos con el IHSS servicios de salud privados.

1. Salud Publica

Ei sistema de Salud Pública, está estructurado en base a subsistemas: el institucional y el comunitario, i

Subsistema Institucional

El subsistema institucional en Honduras está organizado cinco niveles:

Centro de Salud Rural (CESAR)

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

Centro de Salud con Medico (CESAMO)

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

Hospital de Área (H.A.)

Cuenta con las cuatro especialidades básicas (Pediatría, Medicina Interna, Cirugía, y Gineco-Obstetricia), existiendo 9 hospitales de este tipo en to-

do el país

Hospital Regional (H.R.)

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

Hospital Nacional (H.N.)

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

1b.- Subsistema Comunitario

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

Región de Salud No. 1

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

Los Programas son:

Los programas son:

1. - Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
2. - Control de Enfermedades Diarreicas (TRO)
3. - Control de Infecciones Respiratorias Agudas
(IRA)
4. - Control de la Tuberculosis
5. - Control de la Malaria
6. - Atención Materno Infantil
7. - Nutrición
8. - Saneamiento Básico (28)

1.- Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

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

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

Siendo responsabilidad de este programa vigilar el proceso que asegure la adecuada conservación del biólogo hasta el momento de su administración. (*)

(*) Manual de normas del PAI

2.- Control de Enfermedades Diarreicas (TRO)

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

El programa tiene como objetivo principal la prevención de formas graves de deshidratación mediante la reposición de las pérdidas de líquidos y electrolitos mediante el uso temprano de sales de rehidratación oral. (26)

3. - Control de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)

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

Se considera como Infecciones Respiratorias Agudas: Las infecciones altas y/o bajas, virales y/o bacterianas, con corta incubación menor de 15 días y que afecten a los menores de 5 años.

.Como medidas importantes de su control, se contemplan la vacunación, lactancia materna, planificación familiar, mejoramiento socioeconómico y control del medio ambiente, así mismo se establecen medidas de diagnóstico y tratamiento específico. (2)

4.- Control de la Tuberculosis

Tiene como propósito disminuir, la infección, la morbilidad y la mortalidad por TBC. Tiene una cobertura nacional y una serie de actividades como ser:

- a) Educación de personal médico, paramédico y comunitario para la identificación de sintomáticos respiratorios entendiéndose por sintomático respiratorio a toda persona con tos y expectoración con más de 15 días de duración y de esta manera cortan la cadena de transmisión: de enfermo a sano.
- b) Aumentar la resistencia biológica de la población mediante la vacunación con BCG que está compuesta de bacilos vivos atenuados aplicándose a niños recién nacidos, de 2 años y preescolares.

c) El diagnóstico de Tuberculosis se hace mediante criterios clínicos, epidemiológicos, bacteriológicos y radiológicos. (**)

5.- Control de la Malaria

La malaria es una enfermedad producida por un microorganismo conocido como Plasmodium; que puede presentar un cuadro clínico muy variado que incluye escalofríos, fiebre, sudor profuso, cefalalgia y que puede llegar a insuficiencia renal, encefalitis, coma y ocasionalmente llevar a la muerte.

En Honduras los principales agentes son el P. falciparum y P. vivax, siendo este último el más frecuente en el país. El mecanismo de transmisión se hace por medio de la hembra del mosquito anopheles.

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

(* *) Manual de normas de vigilancia Epidemiológica.

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

6.- Atención Materno Infantil

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

Por lo que uno de sus objetivos primordiales es disminuir la morbilidad y la mortalidad materno infantil, estableciendo normas para la atención de la mujer desde su.-control prenatal brindándole por lo menos 3 atenciones de salud que permita la valoración integral de la condición de la mujer y su producto, con el fin de detectar y controlar complicaciones, proporcionando oportunamente los cuidados médicos y de enfermería, así como durante el parto. En el puerperio brindándole 2 atenciones de salud durante las primeras seis semanas, con el fin de detectar el estado de salud en que la mujer se encuentra posterior al parto (***), además se les brinda educación en

(**) Manual de normas de vigilancia epidemiológica.

(***) Manual de normas atención materno infantil, M.S.P.

aspectos como planificación familiar y lactancia materna.

La planificación familiar (P.F.) se considera un elemento inseparable de la salud materno infantil proporcionándole a la mujer educación sobre los métodos anticonceptivos naturales o artificiales, temporales o definitivos, al mismo tiempo los pone a su disposición en forma práctica.

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

El otro gran elemento de programa Materno-Infantil es la atención a la población menor de 5 años para lo que se estableció el Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo; donde se pretende dar un enfoque integral a la atención del niño respecto del cuidado de su salud mediante la prevención, detección y tratamiento precoz de las alteraciones que se presentan a lo largo del proceso de crecer y desarrollarse; por lo que se va- lera periódica y sistemáticamente el crecimiento y desarrollo del niño, al tiempo que oportunamente se le aplican medidas específicas de protección tales como vacunas, terapia de rehidratación oral, saneamiento del medio ambiente, lactancia materna,

etc. con el fin de fomentar al máximo sus potencialidades.

7.- Nutrición

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

Para esto el MSP ha desarrollado una serie de actividades directas destinadas a promover una mejoría en el estado nutricional a través de la alimentación complementaria.

La ración de alimentos del programa actualmente está constituida por 4 productos: (leche en polvo descremada, harina de trigo, arroz y aceite). Cada cuatro semanas el participante recibe una ración de 91 lbs. de alimentos distribuidos de la siguiente manera: Leche en polvo 2.50 Lbs., harina de trigo 2 Lbs. arroz 2.50 lbs., aceite 2 lbs. Con esta dieta se pretende suministrar 653 kilocalorías diarias y 19.6 gramos de proteínas per cápita.

Para obtener el alimento deberá estar en control mensual en su Centro de Salud, de lo contrario después de dos meses de ausencia se le retirará y también en el caso de comprobarse el mal uso del mismo. (***)

8.- Saneamiento Básico

Está orientado a mejorar las condiciones ambientales, factor fundamental para disminuir entre otras, las enfermedades gastrointestinales y por vectores como malaria y dengue. Incrementa la construcción y reacondicionamiento de sistemas de abastecimiento de agua potable? control de calidad de la misma, alcantarillado sanitario, pozos y letrinas, tratamiento de las aguas residuales con énfasis en las zonas de mayor densidad poblacional y control de vectores en las zonas de mayor riesgo. (1)

Los programas complementarios se ofrecen de acuerdo a los recursos disponibles y son:

1. - Salud Oral
2. - Salud Mental
3. - Enfermedades de Transmisión Sexual.
4. - Control de Alimentos
5. - Control de Zoonosis
6. - Atención Médica Hospitalaria Estos programas

se cumplen conforme a los niveles de atención. Ver Anexo No. 7

(**) Manual de norma de vigilancia epidemiológica

(***) Manual de normas de atención materno infantil, M.S.P.

La Región No 1 cuenta con 71 CESAR y 22 CESAMOS que corresponden a un 14.8% del total de los Centros de Salud del País, y un Hospital de Área. (28)

2.- Instituto Hondureño de Seguridad Social

El IHSS que funciona como entidad autónoma y dispone de patrimonio propio, distinto e independiente de la Hacienda Nacional, tiene a su cargo la orientación, dirección y administración del Seguro Social. El régimen que en su primera etapa cubre las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos profesionales tiene por objeto otorgar garantías al trabajador asegurado contra los riesgos que reducen o suprimen-: sus actividades profesionales, rebajan su nivel de vida e imponen cargas suplementarias mediante el otorgamiento de asistencia médico quirúrgico, hospitalaria, farmacéutica, asistencia dental y la concesión de prestaciones económicas en caso de incapacidad laboral, consistentes en subsidios y rentas para el asegurado y pensiones para los familiares en caso de muerte de aquel, a consecuencia de un riesgo profesional.

La asistencia médica por maternidad se extiende a la esposa o compañera de vida del asegurado y a los hijos de éste, hasta la edad de cinco años.

(13)

Financiamiento del Régimen

Para el régimen de salud (enfermedad, maternidad, accidente común y riesgos profesionales):

- a) Los trabajadores el 2.5% de sus salarios hasta un máximo de L. 600.00

- b) los patronos, incluyendo al Estado como patrono, un 5% de los salarios pagados.
- c) El Estado, como tal, un 2.5% de los salarios pagados a los trabajadores asegurados.

Para el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte:

- a) Los trabajadores un 1% de sus salarios hasta L.600.00
- b) Los patronos, incluyendo al Estado un 2%
- c) El Estado como tal, un 1% sobre el total de salarios pagados a los trabajadores asegurados. (13)

El Sistema de Seguridad Social es extensivo a los siguientes lugares: Tegucigalpa, San Pedro Sula, Puerto Cortés, Tela, La Ceiba, Santa Rosa de Copán, Choluteca, San Lorenzo y Amapala. Cuenta con un total de asegurados de 491,528 de los cuales 190,17. (38.6%) son asegurados directos y 310, 353 (61.4%) son beneficiarios. (43)

3.- Instituciones Privadas

Las Instituciones de Salud de carácter privado comprenden complejos clínico hospitalarios con y sin fines de lucro. (47)
 Un informe sobre un taller urbano de salud de 1984 distribuye la población según el tipo de servicios de salud recibidos de la siguiente manera:

Institución de Salud	Porcentaje de la Población
Salud Pública	60%
IHSS	9%
Instituciones Privadas	3%

Quedando un 28% de la población sin recibir ningún servicio de Salud. (48)

PANORAMA EPIDEMIOLOGICO

En los países desarrollados predominan enfermedades degenerativas y cardiovasculares, tenemos las enfermedades infecto-contagiosas y parasitarias en papel secundario, en cambio en los países subdesarrollados estas últimas son las que ocupan los primeros lugares; como en Honduras.

Durante el año 1986 en Honduras se brindaron un número de 3,427.405 de morbilidad, de las cuales un 34% fueron a pacientes menores de 5 años, un 14.5% a pacientes entre los 5 - 14 años y un 50.7% a mayores de 15 años. (24)

Las diez primeras causas de morbilidad general fueron:

Patologías	%
1.- Infecciones Intestinales mal definidas	7.08
2.- Parasitosis Intestinal	6.89
3.- Influenza	4.07
4.- Otras anemias	3.59
5.- Amigdalitis agudas	3.11
6.- Bronquitis no especificadas	2.74
7.- Rinofaringitis	2.29
8.- Otras formas de desnutrición	2.29
9.- Otros trastornos de la uretra	2.07
0.- Asma	1.70

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

Patologías	%
1. - Infecciones Intestinales mal definidas	13.7
2. - Disritmias Cardíacas	6.6
3. - Descripción y complicaciones mal definidas de las enfermedades del corazón	5.5
4. - Neumonía organismo causal no específico	3.9
5. - Ataque por otros medios y por las no específicas	3.4
6. - Otras causas accidentales y ambientales y las no especificadas	3.4
7. - Otras enfermedades cerebrovasculares y las mal definidas	3.4
8. - Tumor maligno de sitio no específico	2.8
9. - Ataque con arma de fuego y explosivos	2.7
10. - Otras afecciones y las mal definidas que se originan en el periodo peri-natal	2.6

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

Entre las principales causas de mortalidad infantil tenemos:

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

(23) .

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

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

Patologías

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

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

(*) Encuesta de Morbilidad con edad y sexo, 1986 M.S.P.

Países en desarrollo.

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

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

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

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

La vacunación, la lactancia materna y la nutrición también juegan un papel importante en la incidencia de la IRA. (17), (27).

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

El Problema de las Infecciones Respiratorias Agudas en Honduras

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

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

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

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

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

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

a.- Mejora de las condiciones sociales y ambientales.

Aumento de la resistencia individual a la infección debido a la nutrición e inmunización más adecuada.

c.- Mejor tratamiento clínico de los pacientes con IRA. (18),
(31)

Diarreas

En los países subdesarrollados la enfermedad diarreica es uno de los mayores problemas de Salud Pública. Estos países tienen estadísticas alarmantes si vemos que fallecen por enfermedad diarreica 120 niños cada 4 minutos alrededor del mundo. (3a),
(33)

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

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

La diarrea ocurre durante todo el año, habiendo durante

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

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

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

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

tuir los líquidos y electrolitos. La rehidratación oral es un método fácil, sencillo, fisiológico, de menor costo (70% más barato) (15) y de menor riesgo que la rehidratación I.V.

La rehidratación oral tiene la ventaja además de que no requiere de infraestructura compleja y especializada lo que permite a la población tanto urbana como rural la accesibilidad a dicho método.

(26)

B.- CARACTERIZACION DE LA ZONA DE ESTUDIO MUNICIPIO DE GUINOPE

Nuestro marco de referencia enfoca aspectos demográficos socio-económicos, culturales de la comunidad de Guinope, localizado en el departamento de el Paraíso (sur-oeste) y se encuentra a una altura que oscila entre 1200 a 1300 metros sobre el nivel del mar.

Límites Municipales:

Norte.- Con los municipios de Yucarán y San Antonio de Oriente
Sur .- Municipio de San Lucas

Oeste.- Con Municipio de Maraita

Este .- Con Municipio de Yuscarán y Oropolí

Posición Astronómica:

Guinope está ubicado entre el paralelo 13°55' y 13°56 latitud norte y entre el meridiano 86°57 y 86°51 longitud oeste.

División Política Municipal;

Este Municipio se encuentra dividido en 10 aldeas cada una de ellas con sus respectivos caseríos que la forman y dividen de la siguiente manera:

Posee 10 aldeas con sus correspondientes caseríos:

Extensión Superficial

Tiene una extensión de 193.3 Km y según el Registro Nacional de las Personas este Municipio consta con una población estimada de 5670 habitantes con una densidad poblacional de 22.0 2 Habitantes X Km.

C l i m a :

Basándose en la clasificación mundial de Climas de Wladimir Kopper (la más aceptada), este municipio cuenta con un clima tropical lluvioso de selva, que se caracteriza por temperaturas altas, precipitaciones abundantes todo el año principalmente durante el otoño.- Presentándose dos estaciones 1 lluviosa denominada "Invierno" y otra de sequía llamada "verano" I medio 19°C.

Topografía:

Guinope posee dos elevadas montañas una la 1 parte oriental y otra en la parte sur las moras y la de Yuscarán o Zapotillo con una extensión de 8X6 Kms. aproximadamente.- Cuenta con pequeñas planicies y las de Guinope, donde es bueno para el cultivo de café, frutales como naranjas, otras planicies pequeñas como la de Silis-gualagua, galeras, lipaza y la laguna.

Su suelo generalmente es quebrado teniendo partes parejas altas para cultivo del café frutales, cereales y hortalizas por la fertilidad de su suelo.

Condiciones sitúales del suelo:

Se caracteriza por lo general arcilloso con predominio de franco arenoso.- A partir de 1982 al tecnificarse los cultivos el suelo sufre una transformación hasta convertirse en lo que es actualmente un suelo fértil y apto para cualquier tipo de cultivo.

Flora y Fauna;

La riqueza forestal está formada por una gran variedad de plantas de las que podemos citar las siguientes:

Industriales: Pino, cipreses, laureles, jacaranda, llano del bosque, pacayos, etc.

Flores: Orquídeas, cartuchos, rosas, geranios, margaritas, claveles, etc.

Medicinales: Albahacam, ruda, apazote, calaguala, castor, yanten, valeriana, manzanilla, romero, etc.

Fauna: Está formada por diversidad de animales tanto domésticos como silvestres.

Domésticos: Vacas, caballos, asnos, gatos, perros, gallinas, patos, cerdos, cabras.

Silvestres: Tigrillos, coyotes, venados, zorrillos, mapaches, conejos, culebras, variedad y diversidad de aves e insectos.

ANTECEDENTES HISTORICOS

La fundación de la comunidad de Guinope data del 16 de marzo de 1921, anteriormente era una reducción indígena.

La población de Guinope en 1987 es de 5,720 habitantes y está denominado sólo por población rural.

. Aspectos Demográficos:

I El incremento poblacional de Guinope se observan los meses de noviembre, diciembre, enero, febrero, debido a que vienen muchos estudiantes que están en Tegucigalpa, Danlí y otros lugares más la gente que trabaja en las zonas urbanas de Tegucigalpa y además son meses de cosechas para café y naranjas principales productos de cultivos en esta comunidad.

La tasa de crecimiento poblacional está dada por nacimiento y defunciones y migraciones. En los censos que cuenta el R. N.P. tenemos:

1984 nacimientos= 165

1987 hasta septiembre =107 1985 Nacimientos=59

1986=Nacimientos=163

Defunciones:

1984=30

1985=37

1986=38

1987=hasta septiembre=10

La población en su mayoría el 98% mestiza y un 2% blanca.

Aspectos Económicos;

La economía de la comunidad de Guinope se desprende concretamente de la producción agrícola y forestal.

La población está constituida en 90% por campesinos dedicados a la Agricultura, a la explotación forestal, (9%); un 0.05% a la ganadería y 0.005% a desempeñar cargos públicos.

En las actividades productivas usan fuerza física, herramientas rudimentarias, (arado, azadón, bueyes, hachas, piochas) y un bajo porcentaje utilizan técnicas de apoyo en la producción de hortalizas auspiciados por instituciones extranjeras.

Fuentes de Ingreso;

Producción de café en un 40%, producción de naranjas en un 30% y producción de granos básicos y hortalizas un 30%.

En los hogares hay huertas caseras donde se producen pequeñas escalas: plátanos de diferentes variedades, frutas como

duraznos, perotes, limones, ciruelas que son comercializadas en los mercados de la capital. Casi en todos los hogares hay crías de gallinas, cerdos y otros animales domésticos que ayudan al mejoramiento de la economía del hogar.

En cuanto a la explotación forestal, se explota exclusivamente los bosques de pino de donde se extrae la resina la cual se comercializa a través de una Cooperativa llamada Cooperativa "PINO LIMITADA" con 102 miembros activos (creada en 1975) produciendo aproximadamente 4000 barriles al año actualmente por los incendios y la tala, la producción es de 1300 barriles al año.

Existe un Aserradero que producía 10,000 pies tablares por día; pero actualmente trabaja esporádicamente ya que está en litigio con los trabajadores.

También en Guinope se produce las naranjas criollas catalogadas como las mejores de Honduras, produciendo por cosecha de 6,000 a 8,000 quintales de naranja con un ingreso de Aproximadamente L.300.000 = a 400,000 = lempiras en total a la comunidad y que favorece a más de 150 productores.

Se produce café en escala comercial, esta producción de 3,000 a 4,500 quintales por cosecha, calcular este rubro en lempiras es difícil por las variaciones el precio de este

a nivel del mercado internacional.

Además de los productores antes mencionados se producen granos básicos (maíz y frijoles) para abastecer la demanda interna de la comunidad.

Además existe un grupo de Horticultores organizados en un Comité que tienen su propio mercado en la Comunidad y otra en la comunidad llamada "Boutique Agropecuaria" (Hortalizas y Frutas).

Pequeñas Industrias:

En cuanto a la pequeña Industria hay grupos de amas de casa que se dedican a embazar jaleas y verduras, elaboración de vino de naranjas, panes criollos, rosquillas, quesadillas, cuyo mercado es bien reducido ya que sólo abastece el mercado interno de Guinope.

Cuenta además con seis pequeños beneficios de café que compran en uva y venden en oro.

Existen además cuatro centros comerciales donde abastecen a las personas de enseres de consumo popular.

Instituciones Nacionales y Extranjeras.

Existe con sede en esta comunidad el Programa de desarrollo agrícola integrado (PRODESA), fundado en 1981, cuyo propósito

Fundamental es enseñar a producir más en menos áreas de terreno, esta institución está financiada y orientada por (ACORDE) vecinos mundiales y Ministerio de Recursos Naturales. Los campesinos que han integrado este programa han mejorado su producción agrícola debido a nuevas técnicas de aprendizaje práctico, manejo y mejoramiento de suelos y tratamiento nutricional y control de plagas y enfermedades de las mismas plantas.

En el campo nutricional se hace hincapié en el aprovechamiento de los recursos nutricionales que ofrecen a la comunidad e integra a la dieta de la familia alimentos nutritivos e ir poco a poco la tradicional dieta alimentaria a base de maíz y frijoles solamente; existen 69 madres de familia en un programa de nutrición.

" C A D E R H " Centro de Educación Reformada Hondureña, es otra institución de desarrollo que capacita a través de una educación sistematizada a los campesinos para así elevar su mejor escala produccional usando menos espacios físicos de tierra y a la vez educando al campesino en ciencias naturales, matemáticas, tecnología agrícola, pecuaria y servicio a la comunidad.

" I H C A F E ". Tiene Oficina de extensión en esta comunidad con un extensionista agrícola, que le da asistencia técnica y

Crediticia a los productores de café.

Educación:

El municipio de Guinope cuenta con un Kindergarten hace cinco años, además cuenta con una escuela de Primaria y un Colegio de segunda enseñanza, donde sólo se obtiene los tres primeros años de ciclo común. El porcentaje de analfabetismo anda al rededor del 70% a 80%.

Vivienda:

El déficit de vivienda en esta zona rural es de 17%, 83% poseen su propia casa.

Servicios con que Cuenta:

Servicio de agua entubada la cual sólo provee al 50% de la comunidad; pero actualmente se está llevando un Proyecto de Alcantarillado y acueductos que abastecerá al 100% de la población. En cuanto a la energía eléctrica es un servicio privado; pero está en proyecto para 1988 por la Municipalidad y la ENEE.

En cuanto a la letrinización hay un déficit del 60% sin letrina y un 40% con letrinas y fosa séptica; para esto se a formado cinco comités de salud en los diferentes barrios y uno de los proyectos es darle letrinización con apoyo del Ministerio de Salud Pública.

Para eliminación de basuras no cuenta con ningún programa, toda la gente bota la basura en las quebradas y en los patios.

Salud;

Cuenta don dos Médicos que trabajan con Instituciones Semiprivadas (S.O.S., Clínicas Evangélicas).

Posee un CESAMO ubicado en la región 1 área 2, con CESARES en San Antonio de Flores, San Lucas, Yauyupe y Oropolí, estos sólo laboran con una auxiliar de enfermería, en cambio en los CESAMOS con Médico, enfermero profesional, auxiliares de enfermería y conserje.

Panorama Epidemiológico:

Las principales causas de Morbi-mortalidad en la comunidad de Guinope son: Diarrea y enfermedades del tracto respiratorio.

VI. DEFINICION DE VARIABLES

HÍM5T ART.F.S	DEFINICION	INDICADORES
EDAD	Tiempo cronológico desde el nacimiento; cuyo rango lo tomamos desde menores de un año hasta 80 y más, con intervalo de cada 5 años.	Se agruparon: a. menor 1 Año. b. 1-4 años c. 5-9 d. 10-14 " e. 15-19 " f. 20-24 " g. 25-29 " h. 30-34 " i. 35-39 " j. 40-44 " k. 45-49 " l: 13-34 " M: 55-59 " N: 64 15 " Ñ: 65-69 " O: 70-79 " P: 75-79 " Q: 80 y más.
SEXO	Condición orgánica que distingue el macho de la hembra de los animales y plantas.	a.- Masculino b.- Femenino
PARENTESCO	Vinculo, conexión, enlace por consanguinidad o afinidad.	a.- Padres b.- Hijos c.- Abuelos
ESTADO CIVIL	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles	a. Soltero b. Casado c. Unión Libre d. Divorciado e. Viudo

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

VARIABLES	DEFINICION	ICADORES
	<p>que se percibe por alguna actividad o trabajo.- Hemos definidos los ingresos en forma mensual desde Lps. 99.00 hasta 500.00 o mas. Con Rango o intervalo de Lps. 100.00.</p>	<p>: 1. menos de Lps. 99.00 100 - 199 200 - 299 300 - 399 400 - 499 500 y mas.</p>
<p>VIVIENDA</p>	<p>Morada, habitación, posada Para nuestro estudio empezaremos por la tenencia de la vivienda</p> <p>Se evaluara la estructura fisica de la misma; haciendo una descripción completa de la vivienda.</p> <p>Servicios Básicos como ser el agua y potabilización - excretas, eliminación de basura e iluminación.</p> <p>Agua: sustancia formada por un volumen de oxígeno y dos</p>	<p>Propia Alquilada Prestada</p> <p>a. Materiales Construcción 1. Piso 2. Pared 3. Techo</p> <p>Descripción Interna Vivienda . Pintada No. cuartos No. dormitorio. No. persona dormitorio No. persona por cama. No. Ventana No. puertas Tipo cocina</p> <p>1. Pila de retención.</p>

VARIABLES	DEFINICION	INDICADORES
	<p>hidrógenos; líquida, inodora e insípida.</p> <p>Potabilización del agua: Hacer que se pueda beber y ser saludable.</p> <p>Baño: acción o efecto de - bañar o bañarse, pila que sirve para bañar parte del cuerpo o todo en total.</p> <p>Eliminación de Excretas y Basura: El acto de botar - elementos de desecho y que ayudan a mantener saneamiento ambiental.</p> <p>Iluminación: Método usado para alumbrar.</p>	<p>2. Tanque de agua 3. Otros.</p> <p>Potabilización 1. Hierve 2. Filtra 3. Clora agua 4. Ninguna</p> <p>1. Si 2. No</p> <p>1. Raz suelo 2. Fosa septic 3. Serv. Sanitario . 4. Letrina. 5. Distancia casa Mts. 6. Utiliza a. Si b. No</p> <p>1. Bota solar 2. bota fuera solar 3. Entierra 4. Quema 5. Otros.</p> <p>1. Candela 2. Candil 3. Lampara 4. Electricida 5. Ninguna</p>
MIMALES DOMESTICOS	Es el que por su condición vive en la compañía o de - pendencia del hombre y algu . .Jis59°ptibles de ocupaci o	

VARIABLES	DEFINICION	INDICADORES
	<p>Se determina qué tipo de convivencia en relación con la vivienda y si están vacunados.</p>	<p>Perro Gato Caballo Cerdos Gallinas Otros</p> <p>1. Vive en casa .</p> <p>Vive en Solar. 3. Vive lugar separado.</p> <p>Vacunado No Vacunado</p>
<p>ASISTENCIA DE SALUD</p>	<p>Libertad o bien publico y particular de cada uno, de asistir a recibir asistencia medica ante cualquier dolencia fisica, mental, moral. Valoraremos si la Salud Publica juega un papel importante en la salud de la comunidad determinando a donde asiste cuando se enferma</p> <p>En caso de no haber asistencia al Centro de Salud se valorara diferentes parametros.</p>	<p>tipo de Asistencia al Enfermar. Curandero Enfermera Medico Servicio Social. Hospital 5. Clinica Privada. Otros.</p> <p>asiste al Centro de Salud por: 1. Deficiente calidad atención. 2. Inadecuadas Relaciones Humanas. 3. Deficiencia Medicamento Desaveniencia enfermera.</p>

VARIABLE	DEFINICION	INDICADORES
LACTANCIA MATERNA	<p>Periodo de la vida, en que la criatura mama al pecho materno. Se indagara en el niño menor de dos años de edad, el tiempo de lactancia materna recibida por el sesgo de memoria de la madre.</p> <p>Tipos de Lactancia: 1. Lactancia Materna: acción de mamar. 2. Lactancia Artificial: Procedimiento simple de preparados artificiales derivados de la leche de vaca. 3. Lactancia Mixta: Materna mas artificial. Esto es en relación en el niño menor de dos años.</p> <p>Se valoraran también para - metros de nutrición como - ablactacion: Que es el inicio del niño a una alimen - tacion comprendida en los 4 grupos básicos y la edad que la madre los introdujo.</p> <p>Destete: Cesación de la Lactancia Materna, se indagara en relación a tiempo.</p>	<p>1. 0-5 meses 2. 6 -11 meses</p> <p>1. 0 - 3 meses 2. 3-6 meses 3. 6 - 9 meses</p> <p>Asi: 1. Menos de 1 mes. 2. 1-6 meses 3. 7 -11 meses 4. Mayor de 12 meses</p>
ESTADO DE VACUNACION	<p>Numero de veces en que se inocular un niño de acuerdo a su edad con un virus o principio orgánico convenientemente preparado, con el objeto de que desarrolle defensas inmunologicas contra enfermedad especifica</p>	<p>1. Menor 1 año 2. 12-23 meses 3. 24-35 meses 4. 36-47 meses 5. 48-60 meses</p>

VARIABLES	DEFINICION	INDICADORES
	<p>Se incluirán solamente a los niños menores de cinco años. Se pedirá el carnet de vacunación, sin el carnet no se tomara esta variable, con esto se verificara el No. de dosis Polio, DPT, BCG y si ya fue vacunado contra el sarampión.</p> <p>Se valorara la vacunación según los siguientes criterios. Determinar si según la edad actual tiene un cuadro de vacunación adecuado, es decir con Polio y DPT se debe aplicar desde los 2 meses de edad con No. de 3 dosis con intervalo entre ellos de 6 - 8 sem. de tal manera que a los 6 meses de edad ya debe tener un esquema co rao minimo, ademas aplicar sus refuerzos a los 2 años con intervalo de 2 años de tal manera que a los 6 años tendrá esquema completo. De lo contrario se le considerara inadecuado.</p> <p>BCG deben aplicarse una sola dosis al nacer o 15 días después, de lo contrario no se considera adecuado.</p> <p>Vacuna Antisarampinosa: Debe aplicarse en una sola dosis a los 9 meses de edad, se - considerara inadecuada si después de los 9 meses no la tiene.</p>	<p>Polio:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 1era, dosis b. 2da. " c. 3era. " d. Refuerzo 1 e. " "2 f. " "3 <p>DPT:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 1era dosis b. 2da. " c. 3era. " d. Refuerzo 1 e. " "2 f. " "3 <p>Esquemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Adecuado 2. No Adecuado .

VARIABLES	DEFINICION	INDICADORES
PRODUCCION	Suma de los productos del suelo o de la industria por el esfuerzo del trabajo del hombre.	Propia Alquilada Prestada
	Se indagara la tenencia de la tierra y las condiciones para lo cual se preguntara al jefe de familia, la cantidad de tierra con que cuenta para cultivo, dedicacion y producción anual en quintales.	Asi: No. manzana 2. Dedicación al cultivo de: a. Maiz b. Frijol c. Cafe d. Cana de azúcar e. Otros
NUTRICION	Nutrimento aquella parte del alimento que nutre el cuerpo. Para esto se desarrollo una tabla de alimentos que engloba los 4 grupos básicos para determinar la frecuencia de consumo, si es diario, menos 1 vez en la semana mas de 3 veces en la semana. Ademas se valorara si los alimentos son consumidos por todos, preferencia de algunos alimentos para niño y adulto.	agruparon Leche Deriv. Leche Huevo Carne res y cerdo. Frijoles Hoja verde, lechuga, especias. 7. Hortalizas amarilla zanahoria, ayote. Otras verduras, cebolla, tomate Papaya 10. Mango 11. Fruta, naranja. 12. Plátano, banano. 13. Raices, tubérculos.

VARIABLES	DEFINICION	INDICADORES
		14. Tortilla . maiz 15. Arroz 16. Pan 17. Otros ce- reales . 18. Margarina 19. Manteca , aceite. 20. Chocolate 21. Otros.
IRA	<p>Son aquellas infecciones del aparato respiratorio de localización alta y/o baja de origen viral y/o bacteriana con un periodo de incubación cuya evolución sea de 15 días como máximo.</p> <p>Se tomara como tal, aquel caso que reúna los criterio dados en el programa de con trol de IRA de MSPH.</p> <p>Son infecciones del aparato respiratorio de localiza - cion alta y baja de origen viral y bacteriana, con un periodo corto de incubación cuya evolución sea de 15 - días como máximo y que afee te a niños menores de cinco anos.</p> <p>IRA Alta: Se considera to - das aquellas que se locali- zen desde la nariz hasta la epiglotis.</p> <p>Incluye los Síndromes si - guientes: 1. Rinofaringitis 2. Faringitis 3. Amigdalitis 4. Otitis 5. Sinusi - tis.</p>	<p>Se clasifican por anatomia en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alta 2. Baja 3. Mixta

VARIABLES	DEFINICION	INDICADORES
	agitación y postración acen- tuada e imposibilidad para ingerir.	
RESIDENCIA	<p>Casa donde sujetándose a de- terminada reglamentación, residen y conviven personas afines por la ocupación, se- xo, estado, edad.</p> <p>Urbano: Relativo a la ciu- dad considerando que debe tener los siguientes servi- cios: Escuela primaria com- pleta, correo, telefono pu- blico, telégrafo, comunica- ción terrestre o aerea, ser- vicio de agua de caneria, alumbrado eléctrico y una población mayor de mil habi- tantes.</p> <p>Se considera la zona urbana el lugar donde se encuentra ubicado el CESAMO.</p> <p>Rural: Perteneiente o reía- tivo al campo y a las labores de el.</p> <p>Se considera la zona rural areas de influencia del CE- SAMO.</p>	<p>Se clasifican en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Urbano 2. Rural
ESTADO NLJTRI- CIONAL	<p>Es la condición que refleja la armonia del crecimiento y desarrollo con respecto a la edad cronológica.</p> <p>Se tomara como parametros el peso del nino al momen - to de la encuesta. Se consideraran desnutridos aquellos que tengan un déficit de peso mayor de 10% para su edad.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Normal 2. Bajo Peso

VARIABLES	DEFINICION	INDICADORES
	<p>Se utilizaran balanzas portátiles se pesara al niño sin ropa en No. 3 veces para obtener un peso standar, calibrando la pesa manualmente en cada toma.</p>	
TRATAMIENTO	<p>Sistema o método que se emplea para curar enfermedades o defectos. Se indagara cual es la actitud de la madre o encargado del niño ante el caso de IRA describiendo el tratamiento administrado.</p>	<p>1. No lo trata 2. Lo trata en casa. 3. Busca personal comunitario. 4. Enfermera. 5. Medico 6. Otros.</p> <p>1. Tradicional 2. Medicamento so.</p>
DIARREA	<p>Cuadro clinico caracterizado por aceleración del cuadro intestinal con aumento del contenido acuoso de la deposición y casi siempre aumento de la frecuencia. Se valorara únicamente la frecuencia de la diarrea en los últimos 6 meses de enero a junio .</p> <p>Se valorara que tipo de automedicación utilizan las madres con la diarrea como ser: Remedios caseros, antibióticos, aceites y purgantes.</p> <p>Litrosol: Es un compuesto de sales, utilizado en la terapia de rehidratación oral es un método fácil, sencillo, fisiológico de</p>	<p>a. 1 vez b. 2 veces c. 3 d. 4 e. 5 f. 6 y mas.</p> <p>1. Remedios caseros 2. Antibiótico y otros 3. Aceites y purgantes. 4. Otros</p> <p>.. Conoce el Litrosol: Si No</p>

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

V I I . METODOLOGIA

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

1.- Tipo de Estudio:

Estadístico tipo Descriptivo y Transversal.

2.- Universo Poblacional:

Toda la población de la Comunidad de y áreas de influencia que corresponden a habitantes.

3.- Tamaño de la Muestra

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

$$n = \frac{Z^2 P Q}{d^2}$$

En donde:

n = Tamaño de la muestra.

= 1.96

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

Q = 1 - P

d = Margen de error de un 5 %.

El tamaño de la muestra es:

$$n = 250$$

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

4.- Sistema de Muestreo:

El sistema de muestreo a realizar será por:

A. Sistema Clúster.

B. Sistema Aleatorio Simple.

Sistema Clúster:

Consiste en tomar el acumulado de toda la población en estudio, podemos, encontrar poblaciones infinitas (grandes) para los cuales el número clúster es 30, y en poblaciones finitas (pequeñas) para lo cual el número Clúster es 10 - 30, pero debido a que nuestra población es variable tomamos el número Clúster 15.

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

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

El número de casas a seleccionar por comunidad se obtuvo mediante la siguiente fórmula:

$$\text{No. de casas} = \frac{\text{Población comunidad}}{\text{Población Total}} \cdot 250$$

5.- Unidad de Estudio:

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

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

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

Con el procedimiento estadístico recién explicado resultaron seleccionadas las comunidades que a continuación se enlistan con el respectivo número de viviendas a encuestar en cada una de ellas:

<u>Comunidad</u>	N° de Encuestas
1. Guinope	99
2. Sta. Rosa	45
3. Manzaragua	37
4. Arrayanes	27
5. Lavanderos	15
6. Casitas	13
7. Loma Verde	9
8. Mulule	5

Total de Unidades de estudio 250 familias.

6. Fuente de Datos

Directa:

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

7. Referencias Bibliográficas. a.

Bibliotecas:

- 1. Biblioteca Médica Nacional: Facultad de Ciencias Médicas.

2. - Hemeroteca UNAH
3. - Biblioteca Nacional
4. - Biblioteca de SECPLAN
5. - Biblioteca ASHONPLAFA

b.- Instituciones:

1. - Departamento de Estadística y Departamento de Sa-
Negamiento Región de Salud No. 1
2. - Ministerio de Salud Pública
3. - SECPLAN
4. - SECOP
5. - Extensión Territorial
6. - Banco Central de Honduras
7. - Seccional OPS
8. - Catastro
9. - SANAA
10. - Alcaldías Municipales
11. - Registro Nacional de las Personas

8. - Duración del Estudio

Se realizó en el período comprendido entre junio de 1987 a febrero de 1988.

9. - Diseño de Formulario: Ver anexo No. 8

10.- Limitantes de la Investigación:

La manera de obtener el peso de los pacientes con IRA; debido a que fue imposible estandarizar las básculas, se decidió usar balanzas portátiles, teniendo sumo cuidado al calibrarlas y pesando al paciente tres veces para luego sacar el promedio del mismo.

2. - El bajo nivel cultural de la mayoría de las familias Entrevistadas dificultó tener información más exacta especialmente en lo que respecta al ingreso familiar
3. - Muchas de las comunidades a encuestar son de difícil acceso tanto por la distancia como por el mal estado carreteras, lo que aumentó los costos y ameritó mas tiempo, sin embargo se hizo el máximo esfuerzo por los encuestadores, utilizando para ello los fines de semana, ya que durante los días hábiles el Médico permanece desempeñando las actividades del CESAMO.
4. - En las instituciones encargadas de Registros Estadísticos no existen datos actualizados.

11.- Recursos Humanos;

1. - Encuestador: Médico en Servicio Social.
2. - Cuerpo Asesor: Dr. Germán Leonel Zavala, Catedrático del Departamento de Medicina Preventiva y Social Facultad de Ciencias Médicas. UNAH.
3. - Servicios de Impresión:
 - a. - Secretaria
 - b. - Empleado que realizó el tiraje de encuesta en Mimeógrafo.
 - c. - Servicios de Cómputo
4. - Recursos Materiales:

El costo total de este trabajo es de aproximadamente Lps. 2,000.00 distribuidos de la siguiente manera:

a. - Materiales de Oficina -----	Lps. 150.00
b. - Tiraje de encuesta -----	Lps. 150.00
c. - Transporte	Lps.200.00
d. - Servicios Secretariales -----	Los. 200.00
e. - Fotocopias -----	- Lps.300.00
f. - Encuadernación -----	Lps. 250.00
g. - Servicios de Cómputo -----	-- L. 1,000.00

5. - Recursos Institucionales: Ver fuente de datos

12.- Calendario de Actividades:

Planeación: Junio de 1988

Ejecución: Julio a diciembre de 1987

Procesamiento y Análisis de datos: Enero de 1988 Publicación:
Febrero de 1988

13.- Tabulación y Procesamiento:

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

Para el análisis se utilizaron un número de 81 cuadros descriptivos, con cruce de variables simples y combinadas, a cada uno de los cuadros resultantes se aplicarán medidas estadísticas de porcentaje, moda, media, mediana y desviación estándar y/o porcentaje de error.

14.- Plan de Análisis:

El análisis de los resultados se realizó en base a los objetivos planteados y al contenido teórico ya existente en la literatura, en relación al tema en estudio.

Las conclusiones responden a los objetivos planteados.

V I I . R E S U L T A D O S

CUADRO M.1

DISTRIBUCION DE LA POBLACION DEL MUNICIPIO DE
POR GRUPOS DE EDAD.

EDAD	N°	%
Menor de 1 año	80	6 -0
1- 4	250	18.2
5- 9	205	15 .0
10- 14	80	6 .0
15- 19	106	8.0
20- 24	154	11.2
25- 29	220	16.0
30_ 34	72	5.2
35- 39	65	4.8
40- 44	31	2.3
45- 49	23	1.7
50- 54	24	2.0
55- 59	15	1.1
60- 64	15	1.1
65- 69	5	0.4
70- 74	6	0.4
75- 79	6	0.4
80 y más	10	0.7
TOTAL	1367	100.0

El 80.4% de la población del municipio de Guinipe corresponde a los menores de 29 años, en segundo lugar el 13.0% a las personas entre los 30-54 años, en tercer lugar 1.9% corresponde a los mayores de 65 años de edad.

CUADRO N° 2

DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR EDAD Y SEXO.

EDAD	S E X O				TOTAL	
	MASCULINO		FEMEN INO		N	%
	N	%	N	%		
< 1 año	38	6.0	42	6.2	80	5.8
1- 4	127	18.3	123	18.3	250	18.3
5- 9	105	15.1	100	15.0	205	15 .0
10__14	47	7 .0	33	5 .0	80	5.8
15-19	47	7 .0	59	9 .0	106	8.0
20-24	73	10.5	81	12.0	154	11.3
25-29	112	16.1	108	16 .0	220	16.1
30_34	36	5.1	36	5.3	72	5.3
35-39	38	5.4	27	4 .0	65	5.0
40-44	14	2.0	17	2.5	31	2.3
45-49	11	1.5	12	1.7	23	1.7
50-54	14	2.0	10	1.4	24	2 .0
55-59	8	1.2	7	1.0	15	1.1
60-64	10	1.4	5	0.7.	15	1.1
65-69	3	0.4	2	0.2	5	0.4
70-74	4	0.5	2	0.2	6	0.4
75-79	5	0.7	1	0.1	6	0.4
80 y más	2	0.3	8	1.2	10	0.7
TOTAL	694	100.0	673	100.0	1367	100.0

El cuadro nos muestra que no hay diferencia marcada entre población masculina, femenina del municipio de Guinope, mostrando que 694 son hombres (50.7%) y 673 son mujeres (49.3%)

CUADRON°3

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN SU ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL.	N°	%
Soltero	271	37.1
Casado	288	29.5
Viudo	5	0.7
Divorciado	11	1.5
U. libre	155	21.2
TOTAL	730	100.0

Este cuadro nos muestra que la población en estudio mayor de 12 años solteros (37.1%) es similar a la de los casados (39.50, siendo notorio un porcentaje de personas unidas libremente 21.2% **y** en últimos lugares los divorciados 1.5% **y** los viudos 0.7%.

CUADRO N° 4

ESTADO CIVIL	Masculino Femenino				Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Soltero	141	37.8	130	36.4	271	37.1
Casado	146	39.1	142	39.7	288	39.4
Unión Libre	77	21.0	78	22.0	155	21.2
Divorciado	3	0.8	2	0.5	5	0.6
Viudo	6	1.6	5	1.4	11	1.5
TOTAL	373	100.0	357	100.0	737	100.0

La diferencia en el estado civil entre la población masculina y femenina no es alta, existe un 51.1% de hombres (solteros, viudos, divorciados, unión libre y casados) y un 48.9% de mujeres (soltero, viudos, divorciados, unión libre) y casados (, en las parejas que viven juntos hay un 18.1% de diferencia entre los casados y los que viven libremente.

COADRO N° 5

ESCOLARIDAD Y SEGUN AÑOS CURSADOS

AÑOS CURSADOS	N°	%
Analfabetos	219	29.6
1-3 años	209	28.3
4-6	241	32.6
7-9	43	5.8
10-12	19	2.6
13-15	3	0.4
16-18	3	0.4
19	2	0.3
TOTAL	739	100.0

El porcentaje de analfatismo de Guinope es de 29.6% una población con educación primaria de 32.6% y una incompleta de 28.3% con educación secundaria de 2.6% y un 0.7% que han concluido sus estudios superiores.

COADRO N.6

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN OCUPACION

OCUPACION	N°	%
Agricultor	193	28.1
Obrero	75	10.9
Oficios Domésticos otros.	53	7.7
Comerciante	27	3.9
Artesano	-	-
Partero, curandero	-	-
Estudiante	100	14.6
Empleados de salud	5	0.7
Profesional nivel medio	14	2.0
Profesional nivel superior	4	0.4
Oficios domésticos	216	31.5
Otros	-	-
TOTAL	686	100.0

Las ocupaciones predominantes son los oficios domésticos y la agricultura paralelamente con 31.5% y 28.1 %, en su orden descendente continúan los estudiantes, encontrando un 2.4% que corresponde a profesionales de nivel medio y superior respectivamente.

CUADRMDO N° 17

INGRESO MENSUAL FAMILIAR

INGRESO MENSUAL	N °	%
<c 99 lempiras	1	0.4
100-199	131	52.4
200-299	43	17.2
300-399	36	14.4
400-499	11	4.4
> 500	28	11.2
TOTAL	250	100.0

En este cuadro se muestra que el 52.4% tienen ingresos económicos entre L. 100-199 mensuales en segundo lugar el 17.2% que corresponde a L.200_299 mensuales y en tercer lugar está la población con ingresos de L.300, 399(14.4%), observándose un 11.2% que ganan >L.500.

CUADRO N°.8

INGRESO MENSUAL INDIVIDUAL SEGÚN OCUPACION

CUADRO N.8

INGRESO MENSUAL INDIVIDUAL SEGUN OCUPACION

OCUPACION	INGRESO													
	99		100-199		200-299		300-399		400-499		500		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Agricultor	4	10.0	72	48.0	182	83.8	5	31.3	-	-	3	10.3	266	56.3
Obrero	-	-	38	25.0	9	4.1	7	44.0	3	15.0	1	3.4	58	56.3
Oficios domes- ticos	1	2.5	5	3.3	-	-	-	-	-	-	-	-	6	1.3
Oficios domes- ticos y otros	12	30.0	22	15.0	16	6.3	1	6.3	-	-	-	-	52	11.0
Comerciante	-	-	8	5.3	8	3.6	2	12.5	3	15.0	6	21.0	27	6.0
Artesano	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Partero, curan- dero.	5	12.5	1	0.6	-	-	-	-	-	-	-	-	6	1.3
Estudiante	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	0.6
Emp.de salud	-	-	-	-	-	-	-	-	2	10.0	4	14.0	6	1.3
Otros Pr.N.M	-	-	-	-	-	-	-	-	9	45.0	12	41.3	21	4.4
Otros Pr N.S.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	10.3	3	0.6
Otros	15	37.5	4	3.0	2	1.0	1	6.3	2	10.0	-	-	24	5.1
TOTAL	40	100.0	150	100.0	217	100.0	16	100.0	20	100.0	29	100.0	472	100.0

El 56.3% de la población total según ocupación pertenece a los agricultores, observándose que el 83.8% de sus ingresos individuales corresponde entre L.20-299, en segundo lugar 48.0% con un salario que va de L.100-199 en orden de frecuencia la siguiente ocupación los obreros 12.3% de los cuales su mayor ingreso representa el 44.0% 1.300-399, el tercer lugar es para los oficios domésticos y otros con un porcentaje es de 30.0% con ingresos menores a L.99 La ocupación que tienen ingresos de L.500 son profesionales de nivel medio y superior.

CUADRO No.9

INGRESO MENSUAL INDIVIDUAL Y ESCOLARIDAD.

ESCOLARIDAD GRADOS CURSADOS.	TIPOS DE TENENCIA INGRESO MENSUAL.													
	1		2		3		4		5		6		7	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Analfabeta	4	3.6	90	81.1	13	11.7	-	-	-	-	4	3.6	111	29.7
1-3	5	6.9	50	69.4	11	15.3	1	1.4	-	-	5	6.9	72	19.3
4-6	10	6.6	78	51.7	43	28.5	10	6.6	5	3.3	5	3.3	151	40.4
7-9	1	5.6	-	-	7	38.9	4	22.2	3	16.7	3	16.7	18	4.8
10-12	-	-	-	-	-	-	-	-	2	14.3	12	85.7	14	3.7
13-15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	100.0	3	0.8
16-18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	100.0	3	0.8
19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100.0	2	0.5
TOTAL	20	5.3	218	58.3	74	19.7	15	4.0	10	2.6	37	9.8	374	100.

El mayor porcentaje de ingreso mensual corresponde a los analfabetas 81.1% con un rango de ingresos de L. 100-199 en segundo lugar están los que han cursado una primaria incompleta 69.4 % con ingresos L. 100-199, el 51.7% corresponde a los que han cursado la mitad de la primaria o [que la han completado con ingresos de L. 100-199.

CUADRO N° 10

TIPOS DE TENENCIA DE LA VIVIENDA

TIPOS DE TENENCIA	N°	%
Propia	217	86.8
Alquilada	12	4.8
Prestada	20	8.0
Pagando a plazos	-	-
Otros	1	0.4
TOTAL	250	100.0

Este cuadro nos muestra que el 86.6% de las familias tienen casa propia, un 4.8% alquilan y un 80% son prestadas.

CUDRO No. 11

CARACTERISTICAS DEL PISO DE LA VIVIENDA

TIPO DE PISO	N°	%
Tierra	169	67.6
Ladrillo	56	22.4
Cemento	21	8.4
Madera	-	-
Mosaico	4	1.6
Otros	-	-
TOTAL	250	100.0

ÉL 67.6% corresponde al piso de tierra que es el más frecuente, un 22.4% es de ladrillo y en últimos lugares cemento y mosaico con un 8.4% y 1.6% respectivamente .

CUMDRO N° 12

CARACTERISTICAS DEL TECHO DE LA VIVIENDA

TIPO DE TECHO	N°	%
Paja	1	0.4
Madera	1	0.4
Zinc	3	1.2
Teja	239	95.6
Asbesto	6	2.4
Otros	-	-
TOTAL	250	100.0

EL tipo de techo que predomina en las casas de Guinope es de teja 95.6%, seguidos en orden de frecuencia asbesto y zinc 2.4% y 1.2% respectivamente.

CUADRO No. 13

CARACTERISTICAS DE LA. PARED DE LAS VIVIENDAS

TIPO DE PARED	N°	%
Paja	-	-
Madera	1	0.4
Adobe	129	51.6
Piedra	3	1.2
Bahareque	108	43.2
Ladrillo	9	3.6
Otros	-	-
TOTAL	250	100.0

Se presenta un mayor porcentaje de la vivienda con pared de adobe (51.6%) seguido por 43.2% que corresponde a pared de bahareque, en tercer lugar ladrillo (3.6%) en menor frecuencia piedra, madera.

CUADRO No.14

NUMEROS DE HABITACIONES QUE POSEEN LAS VIVIENDAS.

CUARTOS	N°	%
1	66	26.4
2-3	164	65.6
4-6	18	7.2
7	2	0.3
Total	250	100.0

La mayoría de las viviendas poseen viviendas con 2 -3 habitaciones (65.6 %).

CUADRO No.15

NUMERO DE DORMITORIOS QUE POSEEN LAS VIVIENDAS.

DORMITORIOS	N°	%
1	190	76.0
2-3	57	22.8
4-6	3	1.2
> 7	-	-
TOTAL	250	100.0

La- mayoría de las viviendas cuentan con 1 dormitorio (76.0%) y un 22.8% con 2 6 3 dormitorios.

CUADRO No.16

DISTRIBUCION DEL NUMERO DE VENTANAS POR VIVIENDA.

VENTANAS	N°	%
0	-	-
1-2	133	53.2
3-4	107	42.8
> 5	10	4.0
TOTAL	250	100.00

DE las viviendas estudiadas un 53.2% tienen de 1-2 ventanas y un 42.8% tienen 3-4 ventanas 4.0% > de 5 ventanas.

CIDIAPBO NO. 17

DISTRIBUCION DEL NUMERO DE PUERTAS POR VIVIENDA.

PUERTAS	N°	%
1	18	7.2
2-3	199	79.6
4-5	31	12.4
> 6	2	0.8
TOTAL,	950	100.0

El 79.6% de las viviendas tienen 2-3 puertas y 12.44% 4 a 5 puertas.

CUDRO N° 18

NUMERO DE PERSONAS.POR CAMA

N° DE PERSONAS POR CAMA	N°	%
1	63	25.2
2- 3	185	74.0
4-6	2	0.8
7	-	-
TOTAL	250	100.0

El 74.0 % de las familias duermen de 2-3 personas por cama, un 25% 1 persona por cama.

CUADRO No.19

NUMERO DE PERSONAS POR DORMITORIO

N° DE PERSONAS POR DORMITORIO	N°	%
1	3	1.2
2- 3	190	76.0
4- 6	57	22.8
> 7	-	-
TOTAL	250	100.0

El número de personas por dormitorio nos demuestran que el 76.0% de las viviendas, duermen 2-3 personas por dormitorio, el 22.8% -4-6 personas por dormitorio.

CUADRO No. 20

MEDIO UTILIZADO PARA COCINAR

Medio utilizado para cocinar.	N°	%
Fogón	238	95.2
Estufa	11	4.4
Otros	1	0.4
TOTAL	250	100.0

El medio más frecuentemente utilizado para cocinar es el fogón (95.2%), en segundo lugar la estufa (4.4 %).

CUADRO No. 21

SISTEMA DE ACUMULACION DE AGUA QUE POSEEN LAS VIVIENDAS

Sistema de acumulación agua.	N°	%
Pila retención	65	26.0
Tanque agua	4	1.6
Otros	181	72.4
TOTAL	250	100.0

El tipo más frecuente para acumular agua en otros que representa el 72.4%(ollas, cántaros de barro y baldes), en segundo lugar pila de retención 26.0 %.

CUADRADO No. 22

DISTRIBUCION DE LA VIVIENDA SEGUN TENENCIA DE BAÑO

TENENCIA DE BAÑO	N°	%
SI	185	74.0
No	65	26.0
TOTAL	250	100.0

El mayor porcentaje de viviendas tiene baño (74.0%) y 26.0 % no tienen.

CUADRO No. 2 3

TIPO ABASTECIMIENTO AGUA, LOCALIZACION

Abastecimiento de agua.	Intradomiciliario		Extradomi ciliarlia			Total
	N°	%	N°	%	N	%
Rio	-	-	2	2.5	2	0.8
Pozo	56	32.5	37	47.4	93	37.2
Pila	-	-	2	2.5	2	0.8
Llave	116	67.4	37	47.4	153	61.2
TOTAL	172	100.0	78	100.0	250	100.0

El 61.2% de abastecimiento de agua es a través de llaves para la población de Guinope y de estos el 67.4% es intradomiciliaria.

CUADRO N 24

INGRESO ECONOMICO FAMILIAR Y TIPO DE ABASTECIMIENTO DE AGUA

TIPO DE	INGRESO															
	Nº	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
RÍO	-		1	50.0	-	50.0	1	-	-	-	-	-	-	-	2	100.0
Pozo	2	2.2	43	46.2	22	23.6	13	13.9	5	5.4	8	8.6	93	100.0		
Pila	-		2	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100.0		
Llave	5	3.3	48	31.3	34	22.2	25	16.3	11	7.2	30	20.0	153	100.0		
TOTAL	7	2.8	94	37.6	56	22.4	39	15.6	16	6.4	38	15.2	250	100.0		

En este cuadro observamos que el abastecimiento de agua por las familias ya sean de bajas medianas o altos ingresos es tipo llave, observando su mayor porcentaje (31.3%) con ingresos de L.100-199, en segundo lugar es abastecimiento por pozo con un 46.2% con ingreso de L.100 199.

COMPRO No. 25

METODOS DE POTABILIZACION DEL AGUA

METODOS DE POTABILIZACION	N°	%
Hervida	15	6.0
Clorada	2	0.8
Filtrada	9	3.6
Ninguna	224	89.6
Otros	-	-
TOTAL	250	100.0

Las familias en estudio el 89.6% no usan ningún método de potabilización del agua y un 6.0% la hierve, un 3.6% la filtra.

CUADRO N. 26

INGRESO ECONOMICO FAMILIAR Y METODO DE POTABILIZACION DEL AGUA.

	I N G R E S O													
	99		100-199		200-299		300-399		400-499		500		TOTAL	
	Nº	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Herbida	1	6.6	2	13.3	-	-	2	13.3	10	66.6	-	-	15	100.0
Colada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100.0	2	100.0
Filtrada	-	-	3	37.5	1	12.5	-	-	-	-	4	50.0	8	100.0
Ninguna	7	3.1	90	40.0	53	23.5	39	17.3	14	6.2	22	9.7	225	100.0
Otros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL.	8	3.2	95	38.0	54	21.6	41	16.4	24	9.6	28	11.2	250	100.0

En nuestro estudio del método de potabilización del agua por las familias se observan que en su mayoría no usa ningún método siendo el 40.0% el porcentaje mayor y corresponde a las familias con ingresos de L.100-199, en segundo lugar la herbida con un porcentaje mayor de 66.6% con ingresos de L.400 499 con ingresos de L.500.-

CUADRO No. 27

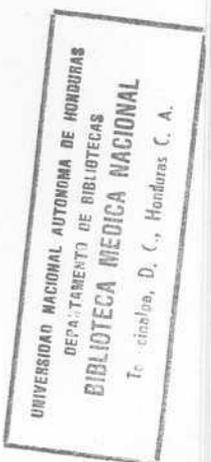
TIPOS DE ILUMINACION DE LA VIVIENDA

ILUMINACION	N°	%
Candela	21	8.4
Candil	147	58.8
Lámpara	31	12.4
Electricidad	42	16.8
Ninguna	1	0.4
Otros	8	3.2
TOTAL	250	100.0

El 58.8% de las viviendas de Guinipe usan candil, 16.4% Electricidad en tercer lugar 12.4% lámpara y un 8.4% candela y corresponde al cuarto lugar.

INGRESO ECONOMICO FAMILIAR Y TIPO DE ILUMINACION DE LA VIVIENDA

CUADRO N. 28



TIPO DE ILUMINACION	INGRESO										TOTAL	
	99		100-199		200-299		300-399		400-499			500
	Nº	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Candela	-	-	2	9.5	10	4.6	9	42.8	-	-	-	-
Candil	2	1.3	69	46.9	40	27.2	23	15.6	7	4.6	6	4.0
Lámpara	1	3.2	4	12.9	6	19.3	3	9.6	5	16.1	12	38.7
Electricidad	-	-	-	-	6	14.2	2	4.7	4	9.5	30	71.4
Ninguna	-	-	1	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-
Otros	4	50.0	1	12.5	2	25.0	1	12.5	-	-	-	-
TOTAL	7	2.8	77	30.8	64	25.6	38	15.2	16	6.4	48	19.2
											250	100.0

Nuestro estudio muestra que el 46.9 % de las familias usan el candil como medio de iluminación teniendo como ingreso económico L.100-199 en su mayoría, en segundo lugar la electricidad 71.4% con ingresos económicos L. 500 y en tercer lugar usan lámparas en cuarto lugar las candelas.

CUADRO N° 29

SISTEMAS DE ELIMINACION DE EXCRETAS

ELIMINACION EXCRETAS	, N°	%
Aire libre	164	65.6
Fosa séptica	5	2 .0
Letrina	60	24.0
Servicio sanitario	21	8 .
TOTAL	250	100.0

El 65.6% de la población elimina sus excretas a ras de suelo, el 24.0% lo hacen en letrina y el 8.4% en servicio sanitario.

CUADRO No.30

SISTEMA ELIMINACION DE BASURAS

ELIMINACION BASURA	N°	%
Solar	231	92.4
Fuera del solar	3	1.2
Enterrada	1	0.4
Quemada	15	6.0
Otros	-	-
TOTAL	250	100.0

La mayoría de las familias 92.4% depositan la basura en el solar en segundo lugar la queman 6.0%) tercer lugar la botan fuera del solar.

CUADRO No. 31

ANIMALES DOMESTICOS EN SU LUGAR DE PERMANENCIA

T I P O								
	N	%	N	%	N	%	N	%
Perros	35	11.4	273	87.0	-	-	308	100.0
Gatos	105	100.0	-	-	-	-	-	100.0
Caballos	-	-	15	5.8	244	94.2	259	100.0
Cerdos	-	-	208	100.0	-	-	-	100.0
Gallinas	-	-	1736	100.0	-	-	1736	100.0
Otros	8	0.9	42	5.0	879	94.6	927	100.0
TOTAL	148	4.0	2274	64.5	1123	31.6	3545	100.0

1.

De los animales domésticos en estudio su mayor proporción son gallinas, perros y caballos (49.0%, 7.0% y 7.3%) respectivamente de su lugar de permanencia el 64.5% vive en el solar el 31.6% viven en lugar separado y el 4.2% en menor escala viven en la casa.

CUADRO N. 32

-ESTADO DE VACUNACION DE LOS ANIMALES DOMESTICOS

TIPO DE ANIMALES.	VACUNADO						
	SI			NO		total	
	N	%	N	%			
	Perro	254	82.5	54	17.5	308	100.0
Gato	-	-	105	100.0	105	100.0	
Caballo	10	4.0	249	96.0	259	100.0	
Cerdo	-	-	208	100.0	208	100.0	
Gallina	-	-	1736	100.0	1736	100.0	
Otros	163	17.5	776	82.5	929	100.0	
TOTAL	427	12.0	3118	88.0	3545	100.0	

De los animales domésticos en su mayor proporción el 88.0 % no están vacunados y el 12.0% están vacunados en su totalidad los vacunados son perros (82.5%) siendo un 4.0% que corresponde a caballos vacunados otros con 17.5%.

CUADRO N. 33

TIPOS DE SERVICIOS DE SALUD UTILIZADOS POR LAS FAMILIAS.

TIPO DE ASISTENCIA	N°	%
Curandero	1	0.4
Enfermero		
Centro de salud	233	93.2
Hospital	4	1.6
Clínica Privada Otros.	12	4.8
TOTAL	250	100.0

Del estudio realizado en nuestra población el mayor porcentaje de familias que demanda algún tipo de salud lo hacen a través de el Centro de Salud (93.2%) la miseria lo hace a través de clínica privada y hospital.

CUADRO N. 34

RAZONES DE IA INASISTENCIA DE LAS FAMILIAS AL CENTRO DE SALUD

ASISTENCIA AL C.S	N°	%
Deficiente atención	-	-
Inadecuada Relac. Hum.	-	-
Deficiencia medicamentos	17	6.0
Desavenencias con Enfer.	-	-
Distancia	233	93.2
Otros.	-	-
TOTAL	250	100.0

Las familias encuestadas refieren su inasistencia al Centro de Salud es debido en su mayoría a la distancia en un 93.2% y un 6.8 por deficiencia en medicamentos.

CUADRO N. 35-A

NUMERO DE GESTAS MATERNAS Y EDAD

Gestas	EDAD EN AÑOS													
	15-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1	97	65.9	50	34.0	-	-	-	-	-	-	-	-	147	100.
2-3	18	9.5	66	35.1	98	52.1	4	2.1	2	1.0	-	-	188	100.
4-6	-	-	50	39.6	15	11.9	61	48.4	-	-	-	-	126	100.
6-7	-	-	-	-	25	71.4	10	28.5	-	-	-	-	35	100.
8-9	-	-	-	-	-	-	-	-	3	100.0	-	-	3	100.
10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	115	23.0	166	33.2	138	27.6	75	15.0	5	1.0	-	-	499	100.

La mayoría de las mujeres en edad fértil han tenido entre 2-3 gestas con un Porcentaje de 52.1 % en las edades de 25-29 años de edad, el 65.9% nos muestra las mujeres entre 15-19 años de edad y que han tenido una gesta, en tercer lugar tenemos que el 48.4% representa las mujeres entre los 30-34 años de edad que han tenido 4-5 gestas.

CUADRO No. 35-B

PREVALENCIA DE ABORTOS EN LA POBLACION FEMENINA

EN EDAD FERTIL.

ABORTOS	N°	%
SI	0	
NO	642	100.0
TOTAL	642	

Este cuadro nos muestra que del total de la población encuestada femenino en edad fértil 100.0 % negaron haber tenido abortos.

CUADRO No. 36

EDAD DE LA MENARQUIA EN LA POBLACION FEMENINA

EDAD EN AÑOS A LA MENARQUIA	N°	5
< 10	-	-
10-12	121	48.4
13-15	127	51.2
16-18	-	-
> 18	-	-
TOTAL	250	100.0

LA relación edad de su menarquia se observa que se presenta en las edades 13-15 años (51.2 %) y se habla con diferencia se presenta en mujeres de edad 10-12 años (48.4%).

CUADRO N° 37

DISTRIBUCION DE LAS MUJERES SEGUN SU EDAD AL PRIMER
EMBARAZO.

JEDAD EN AÑOS.	N °	%
<= 15	14	5.9
15-18	115	48.1
19-24	96	40.2
25-29	10	4.2
> 29	4	1.7
TOTAL	250	100.0

El 48.1 % que representa la mayoría de las mujeres que tuviera su primer embarazo en la edad comprendida entre 15-18 años de edad en segundo lugar lo porcentaje levemente menos 40.2% (19-24 años de edad).

CUADRO No. 38

SERVICIOS UTILIZADOS EN LA ATENCION DEL PARTO

ATENCION DEL PARTO	N°	%
Médico	40	8.4
Enfermera	2	0.4
Partera	494	91.0
Sola	3	0.6
Otros	-	-
TOTAL	499	100.0

De los servicios utilizados para la atención del parto en un 91.0% son atendidos por partera en segundo lugar 8.4% por médico, y un mínimo porcentaje enfermera, salas.

CUADRO No. 39

CONDICION DEL PRODUCTO AL HACER SEGUN EL LUGAR

CONDICION LUGAR NACIMIENTO	VIVO		MUERTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hospital 1	29	5.8	-	-	29	5.8
Centro de Salud	-	-	-	-	-	-
Casa	469	94.1	1	100.0	470	94.2
Otros	-	-	-	-	-	-
... TOTAL	498.	100.0	1	100.0	499	100.0

Este cuadro nos muestra que el 94.1% nacieron en vivos y el 5.8 % nacieron en Hospital y vivos.

CUADRO No. 40

PESO DEL PRODUCTO AL NACER SEGÚN EDADGESTIONAL

Peso Edad Gestacional	Peso Adecuado		Bajo		Peso No consignado		Total	
	N°	%	N	%	N	%	N	%
Pre-termino	1	33.3	2	66.7	-	-	3	0.6
Post. termino	3	100.0					3	0.6
A termino	467	94.7	4	0.8	22	4.5	493	98.8
TOTAL	471	93.0	6	1.2	22	4.4	499	100.0

De el 98.8% de productos al nacer según edad gestacional a término el 94.7% tuvieron peso adecuado, hay un 0.6% que representa el 100.0%, de las de pos-termino con peso adecuado el 33.3% pro-termino con peso adecuado un 0.8% de bajo peso a término.

CUADRO No. 41

P E S O A L N A C E R

PESO SEXO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N"	%	N"	%	N"	%
Adecuado	245	94.0	226	95.0	471	94.3
Bajo peso	4	1.5	2	0.8	6	1.2
No consignado	12	4.9	10	4.2	22	4.4
TOTAL	261	100.0	238	100.0	499.	100.0

3Los datos que se presentan en este cuadro nos muestra que no hay diferencia entre los productos del sexo femenino con peso adecuado y los masculinos (94.0% y 95.0%) respectivamente, el 0.7% representa la diferencia entre los productos femeninos de bajo peso y los productos masculinos

CUADRO No.42

UTILIZACION DE ANTICONCEPTIVOS POR LA POBLACION

UTILIZACION	N°	%
SI	48	19.2
No	202	80.8
TOTAL	250	100.0

El 80.8% de la población femenina de este municipio no usa ningún tipo de anticonceptivos.

CUADRO No. 43

TIPOS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS POR LA
POBLACION FEMENINA EN EDAD FERTIL

TIPO	N°	%
Anticonceptivos orales	26	92.3
DIU		
Preservativos	1	2.6
Naturales		
Espermaticidas.		
Quirúrgicos	1	2.6
Otros	1	2.6
TOTAL	39	100.0

Los anticonceptivos utilizados en mayor proporción por población femenina en edad fértil son los orales (92.3%) usándose en igual porcentaje las quirúrgicas, preservativos y otros.

RELACION ENTRE LA UTILIZACION DE ANTICONCEPTIVOS Y EL
INGRESO MENSUAL

USO T.M.P.	9	100-199		200-299		300-399		400-499		500		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SI	1		9	10.2	9	16.7	4	10.3	2	12.5	13	36.1	38	16.
NO	2	33.3	79	89.8	45	83.3	35	89.7	14	87.5	2	63.9	198	8:
		66.8												
TOTAL	3	100.0	88	100.0	54	100.0	39	100.0	16	100.0	36	100.0	236	1

En este estudio nos da a conocer el 35.1% de las mujeres que tienen ingresos económicos L.500 usan anticonceptivos, el 33.3% usan anticonceptivos con ingresos L.99 y el 16.7 % tienen-ingresos entre L.200 -299.

MOTIVOS POR LOS CUALES SE UTILIZAN ANTICONCEPTIVOS

MOTIVO	N°	%
NO desea más hijos	1	2.6
Espaciar embarazos	33	84.6
Enfermedades materno		
Económicas	4	10.3
Otros	1	2.6
TOTAL	39	100.0

La razón frecuente por el cual las mujeres en edad fértil deciden Planificar con anticonceptivos son espaciar embarazos (84.6%) en menores porcentajes económicos, no desea más Hijos y otros respectivamente.

CUADRO N° 46

TIPO DE LACTANCIA Y EDAD DE INICIO

EDAD EN MESES	TIPO DE LACTANCIA					
	Materna		Mixta		Artificial	
	N°	%	N°	%	N°	%
0-2	69	98.6	-	-	1	1.4
3-6	9	60.0	5	33.3	1	6.7
7-9	2	5.7	28	80.0	5	14.3
TOTAL	80	66.6	33	27.5	7	5.8

Este cuadro muestra que el 98.6% de la lactancia materna se inicia entre 0-2 meses de edad, en segundo lugar la mixta con un 80.0% iniciada entre los 7-9 meses de edad, en último lugar la mixta con un 60.0% con edad de inicio entre los 3-6 meses de edad.

CUADRO No. 47

LACTANCIA MATERNA POR INGRESO ECONOMICO FAMILIAR

	INC,RESO familiar															
	<99		00-199		20 0		-299		300-399		400-499		500		TOTAL	
	N°	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SI	63	34.0	32	17.2	41	2.1	29	15.6	14	7.5	6	3.2	185	100.0		
NO	1	1.6	31	50.8	15	4.5	10	16.3	2	3.2	2	3.2	61	100.0		
TOTAL	64	26.0	63	25.6	56	3.7	39	15.8	16	6.5	8	3.2	246	100.0		

Dé las familias en estudio encontramos que el 31.0% perciben ingresos económicos L. 99 y lactan a sus hijos, en segundo lugar el 22.1 I con ingresos económicos L.200-299 y en tercer lugar 17.2% con ingresos de L.100-199 dan leche materna a sus hijos.

TIPO DE LACTANCIA Y TENENCIA DE LA TIERRA

Tipo de tenencia	Tipo lactancia	Materna		Mixta		Artificial		Total	
		N°	%	N	%	N	%	N°	%
	Propia	40	62.5	20	71.4	5	100.0	65	67.0
	Alquilada	9	14.1	2	7.1	-	-	11	11.3
	prestada	12	19.1	6	21.4	-	-	18	18.5
	No tienen	-	7.0	-	-	-	-	-	-
	Otros	3	4.6	-	-	-	-	3	3.0
TOTAL		64	65.9	28	29.0	5	5.2	97	100.0

Este cuadro muestra que el 62.5% de la lactancia materna corresponde a las familias que tienen tierras propias, el 19.0% las prestan y el 14.1% alquilan en cuanto a la lactancia mixta el 71.4% tienen tierras propias el 21.4% son prestadas y el 7.1% la alquilan, la artificial nos muestra que el 100.0 % tienen tierras propias.

CUADRO No. 49

DISTRIBUCION DE LA POBLACION LACTANTE DE ACUERDO A LA EDAD DEL DESTETE

EDAD EN MESES	N°	%
1	-	-
1-6	-	-
7-11	36	46.2
12	42	53.8
TOTAL	78	100

De los datos obtenidos de la población lactante del acuerdo a la edad del destete el 53.8% lúe destinado mayor e igual a 12, meses y en segundo lugar el 46.2% fue destinada entre los 7 y 11 meses de edad.

EDAD DE INTRODUCCION DE ALIMENTOS AL NIÑO LACTANTE

ALIMENTOS ^	3		4-6		7-11		12		total	
	N°	%	N	%	N	%	N°	%	N	%
leche de vada	1	6.7	13	5.3	15	68.2	2	50.0	31	10.0
Leche enlatada	1	6.7	-	-	1	-	2	50.0	4	1.0
Papa	1	6.7	11	4.5	-	-	-	-	12	4.0
huevos	-	-	41	16.7	-	-	-	-	41	14.0
Portilla	1	6.7	13	5.3	1	4.5	-	-	15	5.0
Sopa frijoles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
frijoles	1	6.7	19	7.7	-	-	-	-	20	7.0
arroz	2	13.3	45	18.4	-	-	-	-	47	16.0
derivados de leche	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
carnes	-	-	2	0.9	5	22.0	-	-	7	2.0
Otros sopas	6	10.0	42	17.4	-	-	-	-	48	16.0
Perduras	1	6.7	45	18.4	-	-	-	-	46	16.0
frutas	1	6.7	12	4.9	-	-	-	-	13	4.0
Otros	-	-	2	4.9	-	-	-	-	2	0.0
TOTAL	15	100.0	245	100.0	22	100.0	4	100.0	286	100.0

Este cuadro se presentan los datos sobre alimentación, y muestra que la mayoría de los lactantes inician la ablactación entre los cuatro y seis meses de edad, siendo los alimentos más frecuentes (sopas, arroz, huevos, verduras leche de vaca y otras menos frecuentes son tortilla frijoles papas frutas etc.).

CUADRO N° 51

DISTRIBUCION DE LA TENENCIA DE LA TIERRA

TIERRA	N °	%
Propia	163	65.2
Alquilada	18	7.2
Prestada	27	10.8
No tiene	42	16.8
Otros	-	-
TOTAL	250	100.0

En cuanto a la distribución de la tenencia de la tierra es bien notorio que un 65.3% es propia,, el 16.8% no tiene un 10.8% es prestada y un 7.2 % es alquilada ocupando el último lugar.

CUADRO N° 52

EXTENSION DEWVREA DEL TERRENO DE LA POBLACION QUE
POSEE PARCELA

N DE MANZANAS	N°	%
1	70	28.0
1-5	155	62.0
6-10	20	8.0
11-15	2	0.8
16-20	2	0.8
> 20	1	0.4
TOTAL	250	100

EL mayor porcentaje de la población que posee parcela es el 62.0% que le corresponde una extensión de área de 1-5 manzanas y en segundo lugar 28.0,, Le corresponde de 1 manzana de área en tercer lugar las familias que poseen 11-15 manzanas (8.0%).

CUADRO No.53

NUMERO DE MANZANAS CULTIVADAS SEGÚN TIPO DE DEDICACION

DEDICACION N° MANZANAS	maíz		Frijol		café		caña de azúcar		pastos		Tenencia ganado		otros tota			
	N°	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
1	44	7.8	114	20.1	169	29.8	15	2.6	18	3.2	39	6.8	68	29.6	567	100
1-5	164	24.3	94	14.0	40	5.9	10	1.5	176	26.1	156	23.1	35	5.2	676	100
6-10	1	16.7	1	16.7	-	-	-	-	-	-	-	-	4	66.7	6	100
11-15													2	100.0	2	100
16-20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
20																
TOTAL	209	16.7	209	16.7	209	16.7	25	2.0	194	16.0	209	16.7	209	16.7	1250	1

Este cuadro nos informa que el cultivo predominante independientemente de del número de manzanas cultivadas el (maíz, frijol, café y otros que son naranjas), en segundo lugar es pertenencia de ganado y pasto utilizando en su mayoría de de 1 manzana a 10 manzanas.

CUADRO No. 54
TIPO DE ALIMENTACION Y FRECUENCIA DE CONSUMO

	N°	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Leche	217	87.1	12	4.8	20	8.0	-	-	2 4 9	100.0
queso, cuajad o	216	87.1	12	4.8	20	8.1	-	-	24 5	100.0
quesillo quesillo										
Huevos	216	87.0	12	4.5	20	8.1	-	-	24 6	100.0
Carnes	209	87.1	11	4.5	20	8.3	-	-	2 40	100.0
Frijoles	217	87.1	12	4.8	20	8.0	-	-	2 4 9	100.0
Hoja de lechuga										
	216	87.4	11	4.4	20	0.0	-	-	2 4 7	100.0
hortalizas, amarillas zanahoria, ayote	217	87.1	12	4.8	20	8.0			2 4 9	100.0
Otras verdu-										
ras cebolla tomate.	217	07.1	12	4.8	20	8.0	-	-	2 49	100.0
Papaya	217	87.1	12	4.8	20	8.0	-	-	2 4 9	100.0
Mango	217	87.1	12	4.8	20	8.0	-	-	24 9	100.0
Naranjas	21 6	07.0	12	4.8	20	8.1	-	-	248	100.0
Plátano	21.i	7.2	11	4.5	20	8.1	-	-	24 4	100.0
Banano	204	86.8	11	4.4	20	8.5	-	-	235	100.0
Raices y tubérculos										
	216	87.0	1	4.0	20	8.1	-	-	248	100.0
Tortilla maíz	216	87.0	12	9	20	8.1	-	-	248	100.0
Arroz	216	87.0	12	4.8	20	8.1	-	-	24 8	100.0
Pan	215	87.0	12	4.8	20	9.1	-	-	2 4 7	100.0
Otros cereales	150	80.6	4	2.3	15	8.0	-	-	1.6 9	100.0
Margarina	211	91.3	10	4.8	20	8.6	-	-	231	100.0
manteca										
Aceite.	214	90.0	12	4.8	20	8.1	-	-	246	100.0
chocolate	8	66.9		33.3	-	-	-	-	3	100.0
Otros										
TOTAL	4231	87.2	226	4.6	395	8.2			4852	100.0

CUADRO No. 55

TIPO DE ALIMENTOS Y SU CONSUMO POR LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR

A L I M E N T O S	CONSUMO FAMILIAR					
	Todos No	Solo %	Niños N	Solo adultos %	N	%
Leche	100	0.2	40	17.8	10	13.2
Queso cuajada 6 quesillo	238	5.9	7	3.1	4	5.3
Huevos	217	5.4	25	11.2	5	6.5
Carnes	236	5.8	2	0.8	3	3.5
Frijoles	227	5.6	19	8.5	4	5.3
Hoja de lechuga						
Especies.	243	6.0	1	0.1	4	5.4
Otras verduras, cebolla Tomate.	245	6.0	-	0.1	5	6.5
Papaya	244	6.0	1	0.1	4	5.3
Mango	-	-	-	-	-	
Naranja	241	6.0	4	1.6	4	5.3
Plátano	242	6.0	3	1.3	-	
Banano	233	5.8	1	0.1	2	2.6
Raíces y tubérculos	245	6.0	-		4	5.3
tortilla de maíz	243	6.0	2	0.8	4	2.6
Arroz	244	6.0	1	0.1	4	2.6
pan	127	3.1	113	50.4	7	9.2
otros cereales	-	-	-			
margarina	236	5.8	-		4	2.6
Manteca o aceite	242	6.0	1	0.1	4	2.6
Chocolate.	1	0.1	2	0.8	-	
otros	244	6.0	2	0.8	4	2.6
TOTAL	4048	100.0	224	100.0	76	100.0

DIETA FAMILIAR Y TENENCIA DE LA TIERRA

ALIMENTOS	N°	PROPIA		ALQUILADA		PRESTADA		NO TIENE		TOTAL
		%	N	%	N	%	N	%	N	%
Leche	217	87.1	12	4.8	20	8.0	-	-	2 4 9	100.0
queso, cuajad o	216	87.1	12	4.8	20	8.1	-	-	24 5	100.0
quesillo quesillo										
Huevos	216	87.0	12	4.5	20	8.1	-	-	24 6	100.0
Carnes	209	87.1	11	4.5	20	8.3	-	-	2 40	100.0
Frijoles	217	87.1	12	4.8	20	8.0	-	-	2 4 9	100.0
Hoja de lechuga	216	87.4	11	4.4	20	0.0	-	-	2 4 7	100.0
hortalizas, amarillas zanahoria, ayote	217	87.1	12	4.8	20	8.0	-	-	2 4 9	100.0
Otras verdu- ras cebolla tomate.	217	07.1	12	4.8	20	8.0	-	-	2 49	100.0
Papaya	217	87.1	12	4.8	20	8.0	-	-	2 4 9	100.0
Mango	217	87.1	12	4.8	20	8.0	-	-	24 9	100.0
Naranjas	21 6	07.0	12	4.8	20	8.1	-	-	248	100.0
Plátano	21.i	7.2	11	4.5	20	8.1	-	-	24 4	100.0
Banano	204	86.8	11	4.4	20	8.5	-	-	235	100.0
Raices y tubérculos	216	87.0	1	4.0	20	8.1	-	-	248	100.0
Tortilla maíz	216	87.0	12	9	20	8.1	-	-	248	100.0
Arroz	216	87.0	12	4.8	20	8.1	-	-	24 8	100.0
Pan	215	87.0	12	4.8	20	9.1	-	-	2 4 7	100.0
Otros cereales	150	80.6	4	2.3	15	8.0	-	-	1.6 9	100.0
Margarina	211	91.3	10	4.8	20	8.6	-	-	231	100.0
manteca										
Aceite.	214	90.0	12	4.8	20	8.1	-	-	246	100.0
chocolate	8									
Otros		66.9		33.3	-	-	-	-	3	100.0
TOTAL	4231	87.2	226	4.6	395	8.2			4852	100.0

CUADRO N. 57
DIETA FAMILIAR Y TENENCIA DE LA TIERRA

ALIMENTOS	TENENCIA DE LA VIVIENDA									
	Propia		Prestada		Alquilada		A plazos		Otros	Total
	N°	%	N°	%	N	%	N	%	N	%
Leche	163	78.3	8	8.7	27	13.0	1		208	100.0
queso, cuajada o quesillo	162	78.2	8	8.7	27	13.0			207	100.0
Huevos	163	79.8	17	8.2	27	13.0			207	100.0
carnes	158	79.8	17	8.2	26	13.0			20	100.0
frijoles	163	78.3	18	8.7	27	13.0			208	100.0
hoja de lechuga especies	163	79.8	17	8.2	27	13.0			207	100.0
Hortalizas amarilla										
zanahoria, ayote	163	78.3	18	8.7	27	13.0			208	100.0
Otras verduras										
cebolla tomate	163	79.3	18	8.7	27	13.0			208	100.0
papaya	163	79.3	18	8.7	26	13.0			207	100.0
mango	163	79.3	18	8.7	27	13.0			208	100.0
naranja	162	78.2	18	8.7	27	13.0			207	100.0
Plátano	161	78.5	17	8.7	27	13.0			205	100.0
Banano	151	77.0	18	9.2	27	13.8			196	100.0
raíces y tubérculos	162	77.9	18	8.7	27	13.0			208	100.0
tortilla de maíz	162	77.9	18	8.7	27	13.0			208	100.0
Arroz	162	77.9	18	8.7	27	13.0			208	100.0
San	162	77.9	18	8.7	27	13.0			151	100.0
otros cereales	113	73.0	12	8.0	19	12.8			207	100.0
margarina	160	79.2	1.6	8.0	26	12.8			20	100.0
manteca o aceite	161	78.2	8	8.7	27	13.1			20	100.0
chocolate	2	100.0								
otros									2	100.0
TOTAL	3182	78.4	348	9.0	2913.0				4059	100.0

CUADRO N. 54

Tipo de alimentos y frecuencia de consumo.

La frecuencia de ingesta de alimentos que consumen diariamente las familias de el Municipio de Guinope son: tortilla, frijoles, huevos, leche, pan en segundo lugar plátano banano aceite arroz.

CUADRO N.55

Tipo de alimentos y su consumo por los miembros del grupo familiar.

Este cuadro nos muestra que en primera lugar el mayor porcentaje de los alimentos son consumidos por todos los miembros de la familia. En segundo lugar hay alimentos que solo son consumidos en su mayoría por niños y de igual manera su cede con adultos.

CUADRO N.56

Dieta familiar y tenencia de la tierra.

Este cuadro nos demuestra que la relación ingesta alimenticia con tenencia de la tierra, observamos que las familias que poseen tierras prestadas y en último lugar las alquiladas.

CUADRO N.57

Dieta familiar y tenencia de la vivienda.

La relación entre, la dieta familiar y la vivienda las familias que poseen casa propia son los que consumen la mayoría de alimentos más frecuentemente; en segundo lugar están las familias que alquilan las vivienda, los que viven en viviendas prestada son los que consumen una dieta menos variada.

CUADRO N 58

NUMERO DE MANZANAS DE TIERRA CULTIVADAS E INGRESO MENSUAL FAMILIAR.

NUMERO DE KANZANAS.	I N G R E S O													
	99		100		300- 399		4 00 -499		500		TOTAL			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1-5	2	1.2	66	42.5	32	20.6	28	18.0	11	7.0	16	10.3	155	100.0
6-10	-	-	5	25.0	4	20.0	2	10.0	1	5.0	8	40.0	20	100.0
11-15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100.0	2	100.0
16-20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100.0	2	100.0
20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
total	2	1.1	71	39.6	36	20.1	30	16.7	12	6.7	28	15.6	179	100.0

La relación entre el número de manzanas cultivadas y el ingreso mensual familiar nos muestra que el 42.5% tiene ingresos económicos entre L.100 199 y que cultivan 1-5 manzanas de tierra en segundo lugar el 20.6% tienen ingresos económicos entre L.200.- 299 y cultivan entre 1-5 manzanas, las familias que cultivan entre 6-10 manzanas el 40.0% tienen ingresos económicos L500 en segundo lugar el 25.0% con ingresos L.100 - 19S; los que cultivan entre 11 a 20 manzanas nos muestra el cuadro que tienen ingresos L.500.00

CUADRO N. 59

DISTRIBUCION DE LA POBLACION MENOR DE 5 AÑOS POR GRUPOS
DE EDAD SEGÚN SU ESTADO DE VACUNACION

EDAD EN MESES	VACUNADO			
	Nº	SI %	no N	%
<1 año	74	92.5	6	7.5
12-23	98	97.0	3	2.9
36-47	119	99.2	1	0.8
48-59	102	99.0	1	0.9
	181	99.0	2	1.0
Total	566	97.6	13	2.2

Este cuadro nos muestra que el 97.6% de los niños menores de 5 años están vacunados y el 2.2% no está vacunado, la variedad de niños vacunados el mayor porcentaje está en niños de < 1 año (7.5).

CUADRO N. 60^a.

TIPO DE VACUNACION Y NUMERO DE DOSIS EN LA POBLACION
MENOR DE CINCO AÑOS

D O S I S	V A C U N A S	
	D p t	SABIN
Primera	11	10
segunda	16	13
tercera	28	26
refuerzo	147	153
TOTAL	202	202

La población menor de 5 años vacunado, ha recibido en total un número de 202 dosis de Dpt y Sabin.

CUADRO N. 60^b.

TIPO DE VACUNACION Y NUMERO DE DOSIS EN LA POBLACION
MENOR DE CINCO AÑOS.

D O S I S	V A C U N A S	
	D p T	SABIN
Única	204	160
TOTAL 204		160

La población infantil vacunada con BCG fuera de 204 niños y con vacuna del sarampión 160 niños.

CUADRO N. 61a.

VACUNACION CON DpT SEGUN EDAD

Edad en Meses	DOSIS					TOTAL
	1a	2da	3ra	R	N°	%
< 11	3	4	3	30	40	19.8
12-23	3	6	6	16	31	15.3
24-35	-	2	6	24	32	16.0
36-47	3	1	5	27	36	18.0
48-59	2	3	8	50	63	31.0
TOTAL	11	16	28	147	202	100.0

El número de dosis aplicadas con la vacuna Dpt es mayor en el refuerzo y primero y segundo y tercera dosis se mantiene igual y se mantiene constante en las deficientes edades y van aumentando los refuerzos.

CUADRO N. 61b

VACUNACION CON SABIN SEGUN EDAD

Edad en Meses	DOSIS					TOTAL
	1a	2da	3a	R	N°	%
< 11	2	4	4	30	40	19.8
12-23	3	4	8	16	31	15.3
24-35	-	2	5	25	32	16.0
36-47	3	1	3	29	36	18 .0
48-59	2	2	6	53	63	31.1
TOTAL	10	13	26	153	202	100.0

El numero de dosis aplicadas de la Sabin es mayor el refuerzo y no aumentando en relación primer segundo y tercera dosis, el resto de dosis respecto a las diferentes edades se mantiene de igual manera que los de 11 meses.

CUADRO N. 16C

VACUNACION CON ANTISARAMPIONOSO Y BCG SEGÚN EDAD

Edad Meses	N°	%	N	%
< 11	20	9.8	31	19.4
12-23	28	13.4	42	26.3
24-35	27	13.2	32	20.0
36-47	30	15.0	36	22.5
48-59	99	49.0	19	11.9
TOTAL	204	100.0	160	100.0

El menor número de dosis aplicadas de vacuna anti-sarampiones, en la población menor de -1 meses y el mayor número en la población entre 12-23 meses de edad.

CUADRO N. 62

PREVALENCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS EN LA
POBLACION MENOR DE CINCO AÑOS

ESTADO I.R.A	N°	%
Sano	225	90.0
Con I.R.A.	25	10.0
TOTAL	250	100.0

De la población infantil menor de cinco años que presentaba cuadro de infecciones respiratorias agudas (I.R.A.), se encontraron que el 10.0% afectadas por este cuadro patológico en el momento de la investigación.

CUADRO N° 63

LACTANCIA MATERNA GRAVEDAD DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS

AGUDAS

GRAVEDAD IRA.	LACTANCIA MATERNA				TOTAL	
	SI		NO		N°	l
	N°	%	N°	%		
Leve	6	67.0	10	71.4	16	64.0
Moderada	5	55.5	4	28.5	9	36.0
Severa	-		-			-
TOTAL	9	36.0	14	56.0	25	100.0-

DE la población con lactancia materna el 67.0% presentan I.R.A. leve y un 55.5% presentaron I.R.A. moderada; la población sin lactancia materna el 71.4% presentaron I.R.A. leve y el 28.5% presentaron moderada.

CUADRO N. 64

LACTANCIA MATERNA Y LOCALIZACION ANATOMICA DE LAS
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.

LACTANCIA	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N	%	N	%
Alta	5	41.6	10	76.9	15	60.0
Baja	7	58.3	3	23.1	10	40.0
Mixta	-	-	-	-	-	-
TOTAL	12	48.0	13	52.0	25	100.0

La distribución de la localización anatómica de los I.R.A. de la población lactante y no lactante nos muestra que el 41.6* esta con I.R.A alta y lactado y un 76.9% es alta y no tiene lactancia, en cuanto a la localización baja el 58.3% está lactando y el 23.1% no está lactando.

CUADRO N° 65

GRAVEDAD DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y
SEXO EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS

GRAVEDAD/SEXO	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Leve	7	64.0	12	85.7	19	76.0
Moderada	4	36.0	2	14.2	6	24.0
Severa	-	-	-	-	-	-
TOTAL	11	44.0	14	56.0	25	25 100.0

Los mayores porcentajes de I.R.A. según sexo y gravedad, en los niños el 64.0% es leve y el 85.7% corresponde a niñas observándose un 21.7% mayor en el sexo femenino, en la moderada sucede lo contrario hay un aumento de 21.8% en relación al sexo masculino.

CUADRO N° 66

GRAVEDAD DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EDAD EN
NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS

EDAD EN GRAVEDAD MESES I.R.A	Leve	Moderada Severa		Total	
	N°	N	N	N	%
< 1-2	2			2	8.0
12-23	7	4	-	11	44.0
24-35	5	3	-	8	32.0
36-47	2	2		4	16.0
48-59	-	-	-	-	-
TOTAL	16	9	-	25	100.0

Los mayores porcentajes de I.R.A. se presenta en niños cuya edad están comprendidas entre 12-23 meses (44.0%) y en segundo lugar los comprendidos entre 24-35 meses de edad (32.0 %) siendo las más frecuentes las I.R.A. leves.

CUADRO N. 67

CUADRO N. 75

UBICACION ANATOMIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS

AGUDAS Y EDAD NIÑOS MENORES DE CINCO AÑO.

EDAD EN MESES	LOCALIZACION IRA	ALTA		BAJA		MIXTA		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%
11				-	-				
12-23		2	1.6			-	-	2	8.0
		8	47.0	3	37.5			11	44.0
23-35		5	29.4	3	37.5			8	32.0
36-47									
48-59		2	11.6	2	25.0			4	16.0
				-	-				-
TOTAL		17	68.0	8	32.0			25	100.0

La información que nos enseña este cuadro es que el 76.0% de las I.R.A. se presentan entre las edades de 12-35 meses siendo mayor en 12-23 meses (44.0%) y son más frecuentes las I.R.A. altas

CUADRO N. 68

EDAD DEL DESTETE Y GRAVEDAD DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS

EDAD EN GRAVEDAD MESES I.R.A.	leve		moderado		total			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<4	-	-	-	-	-	-	-	-
4- 6	-	-	-	-	-	-	-	-
7- 11	3	37.5	1	25.0			4	33.3
12- 23	5	62.5	3	75.0			8	66.6
TOTAL	8	100.0	4	100.0			221	100.0

Este cuadro nos muestra que la edad del destete es mayor el porcentaje de I.R.A leve 37.5% en las edades de 7-11 meses en relación con la moderada y en las edades de 12-23 meses es mayor la moderada 75.0% respecto a la leve.

CUADRO N.69a.

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

Gravedad IRA	VACUNACION CON DPT					
	Ade cuada N°		No adecuada	%	N	total
Leve	13	68.4	6	31.5	19	76.0
Moderada	4	66.6	2	33.3	6	24.0
Severa						
TOTAL	17	68.0	8	32.0	25	100.0

La relación estado de inmunización con I.R.A. en la población infantil este cuadro nos muestra que los niños vacunados en forma adecuada con DpT el 68.4% corresponde a la leve siendo similar la moderada 66.6%, en la vacunación no adecuada el 33.3% representa la leve y el 31.5% la forma moderada.

CUADRO N° 69b

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

GRAVEDAD IRA	VACUNACION SARAMPION					
	ADECUADA		NO ADECUADA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Leche	16	84.2	3	15.7	19	76.0
moderada	6	100.0	-	-	6	24.0
severa	-	-	-	-	-	-
TOTAL	22	88.0	3	12.0	25	100.0

Este cuadro nos revela que el 88.0 % de la población infantil recibió su dosis de antisampinoso en forma adecuada y un 12.0% en forma no adecuada y entre las formas de I.R.A. leve, moderada la moderada la recibió en un 100.0 %.

CUADRO N. 70

GRAVEDAD DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE
5 AÑOS

GRAVEDAD IRA	ESTADONUTRICIONAL					
	Normal		Bajo		Peso	Total
	sí	%	N°	%	N°	%
Leve	10	52.6	9	47.3	19	76.0
Moderada	3	50.0	3	50.0	6	24.0
Severa	-	-	-	-	-	-
TOTAL	13	52.0	12	48.0	25	100.0

En la relación gravedad de I.R.A. con estado nutricional encontramos que no hay diferencia de peso (normal, bajo peso) en los niños con IRA leve y moderada

CUADRO N. 71

GRAVEDAD DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y
UBICACIÓN ANATOMICA

Gravedad	Ubicación	N°	%	N	%	N°	%	N	%
IRA	Anatómica								
Leve		17	89.4	2	10.5			19	100.0
Moderada		5	83.3	1	16.6	-		6	100.0
Severa		-	-						-
TOTAL		22	88.0	3	12.0	-		25	100.0

El 88.0% de las IRA altas y de ellos tanto leves como moderados están en proporción similar en segundo lugar están los bajos 12.0% donde nos muestran más moderados que leves.

CUADRO N. 73

TIPO DE TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN
ÑIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS.

TIPO DE TRATAMIENTO	N°	%
Tradicional	10	40.0
Medicamentoso	15	60.0
TOTAL	25	100.0

El 60. % de la población infantil menor de 5 años recibió tratamiento medicamentoso y el 40% tradicional.

CUADRO N° 74

PREVALENCIA DE DIARREAS EN LA POBLACION MENOR DE
CINCO AÑOS

CUADRO DIARREICO	N°	%
Si	114	45.6
No	136	54.4
TOTAL	250	100.0

DE la población total menor de 5 años 45.6% presentaron cuadros de diarrea y 54.5% no presentaron en los últimos 6 meses.

CUADRO N. 75

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

Número episodios Diarreicos	N°	%
Uno	3	2.6
Dos	25	21.9
Tres	10	00
Cuatro	21	18.4
Cinco	3	2.6
seis o más	52	46.0
TOTAL	114	100.0

Del total de la población que presentó episodios diarreicos en los últimos 6 meses el 46.0% presentó de 6 o más

Episodios diarreicos, en segundo lugar 21.9% presentando

2 episodios diarreicos en tercer lugar 18.4% que representa de

cuatro episodios diarreicos.

CUADRO N. 76

TIPO DE TRATAMIENTO DEL SINDROME DIARREICO AGUDO

ADMINISTRADO A NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS

TIPO TRATAMIENTO	N°	%
Remedios caseros	8	7.0
Antibióticos	3	2.6
Aceites y purgantes		-
Litrosol	100	87.7
Otros	3	2.6
TOTAL	114	100.0

De la investigación familiar donde habrá niños menores de 5 años, sobre el tipo de tratamiento del síndrome diarreico agudos el tratamiento fue el siguiente:

87.7 % que representa la mayoría fue con litroso en segundo lugar Remedios caseros (7.0%) seguido de igual porcentaje con antibióticos y otros.

CUADRO N. 77

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

USO LITROSOL	N°	%
SI NO	139 1	99.2 0.8
TOTAL	1401	100.0

De el total de familias encastadas que utilizan sales de rehidratación oral notamos que el 99.2% los usa.